



ISSN 1994-8921

**ЗДОРОВЬЕ,  
ДЕМОГРАФИЯ, ЭКОЛОГИЯ  
ФИННО-УГОРСКИХ НАРОДОВ**

**№2  
2018**

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»  
*Ministry of Health of the Russian Federation*  
*Izhevsk State Medical Academy*

---

---

**ЗДОРОВЬЕ, ДЕМОГРАФИЯ, ЭКОЛОГИЯ  
ФИННО-УГОРСКИХ НАРОДОВ**

**HEALTH, DEMOGRAPHY, ECOLOGY  
OF FINNO-UGRIC PEOPLES**

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ  
*INTERNATIONAL THEORETICAL AND PRACTICAL JOURNAL*

---

ОСНОВАН В 2008 ГОДУ

*FOUNDED IN 2008*

**№ 2**

ВЫХОДИТ ЕЖЕКВАРТАЛЬНО

---

---

Главный редактор *Н.С. Стрелков*

*Editor-in-Chief N.S. Strelkov*

ИЖЕВСК • 2018

IZHEVSK • 2018

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

**Н.С. Стрелков** (Российская Федерация), главный редактор; **Л.Л. Майор** (Венгрия), заместитель главного редактора; **Л. Ленард** (Венгрия), заместитель главного редактора

## EDITORIAL BOARD

**N.S. Strelkov** (*Russian Federation*), *Editor-in-Chief, Deputy Editor-in-Chief*;  
**L.L. Major** (*Hungary*), **L. Lenard** (*Hungary*), *Deputy Editor-in-Chief*

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

**Л.Н. Буранова** (Ижевск); **Я.М. Вахрушев** (Ижевск); **А.И. Мартынов** (Москва); **Г.В. Павлова** (Ижевск); **Н.М. Попова** (Ижевск); **А.А. Спасский** (Москва); **В.Ф. Стафеев** (Петрозаводск); **В.В. Фаузер** (Сыктывкар); **А.Е. Шкляев** (Ижевск); **Л.Л. Шубин** (Ижевск); **М.А. Якунчев** (Саранск)

## EDITORIAL COUNCIL

**L.N. Buranova** (*Izhevsk*); **Ya.M. Vakhrushev** (*Izhevsk*); **A.I. Martynov** (*Moscow*); **G.V. Pavlova** (*Izhevsk*); **N.M. Popova** (*Izhevsk*); **A.A. Spasskiy** (*Moscow*); **V.F. Stafeev** (*Petrozavodsk*); **V.V. Fauzer** (*Syktyvkar*); **A.Ye. Shklyayev** (*Izhevsk*); **L.L. Shubin** (*Izhevsk*); **M.A. Yakunchev** (*Saransk*)

Ответственный секретарь **К.А. Данилова**  
Executive secretary **X.A. Danilova**

Адрес редакции: Россия, Удмуртская Республика, 426034,  
г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281  
Телефон (3412) 68-52-24

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи,  
информационных технологий и массовых коммуникаций.  
Свидетельство ПИ № ФС77-36977 от 27.07.2009.  
Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования.  
Публикуемые статьи в полнотекстовом доступе размещаются на сайте  
научной электронной библиотеки [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru).

© Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Ижевская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2018

Научный редактор *Н.М. Попова*  
Компьютерная верстка *М.С. Широбокова*  
Художественный редактор *А.С. Киселёва*  
Переводчик *М.Л. Кропачева*  
Корректор *Н.И. Ларионова*  
Дата выхода в свет 27.06.2018. Подписано в печать 15.06.2018.  
Формат 60×84/8. Усл. печ. л. 11,9. Уч.-изд. л. 9,2.  
Тираж 500 экз. Зак.

РИО ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России  
Учредитель: ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, 426034, г. Ижевск,  
ул. Коммунаров, 281.  
Издатель: ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, 426034, г. Ижевск,  
ул. Коммунаров, 281.  
Отпечатано в ООО «Принт»  
426039, г. Ижевск, ул. Дзержинского, 11.  
Цена свободная.

## СОДЕРЖАНИЕ

### ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Е. В. Овечкина*

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ, ПО ДАННЫМ БУЗ УР «РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ» МЗ УР ЗА 2014–2016 гг. . . . . 7

*E. V. Ovechkina*

ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME IN 2014–2016 ACCORDING TO THE DATA OF THE REPUBLIC CLINICAL INFECTIOUS DISEASES HOSPITAL OF THE MINISTRY OF HEALTH OF THE UDMURT REPUBLIC . . . . . 7

*Е. О. Филиппова, Л. О. Марченко, С. Н. Левич, И. Т. Андреев, А. В. Старков*

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ВОЕННОСЛУЖАЩИМИ, ЗАНЯТЫМИ НА РАБОТАХ ПО ХРАНЕНИЮ ХИМИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ . . . . . 10

*E.O. Filippova, L.O. Marchenko, S.N. Levich, I.T. Andreev, A.V. Starkov*

PECULIARITIES OF PSYCHOPROPHYLACTIC WORK WITH MILITARY PERSONNEL WORKING AT CHEMICAL WEAPONS STORAGE FACILITIES . . . . . 10

*Э. П. Сорокин, Е. В. Шилыева, С. В. Пономарев*  
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМ . . . . . 13

*E.P. Sorokin, E.V. Shilyaeva, S.V. Ponomarev*  
EPIDEMIOLOGIC ASPECTS OF THORACOABDOMINAL INJURIES . . . . . 13

*С. А. Сидельников, Н. Г. Коршевер*  
МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СТРУКТУР И ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В БОРЬБЕ С НАРКОТИКАМИ, АЛКОГОЛЕМ, ТАБАКОКУРЕНИЕМ . . . . . 15

*S.A. Sidelnikov, N.G. Korshever*  
INTERACTION BETWEEN THE SECTORS OF GOVERNMENT INSTITUTIONS AND PUBLIC ORGANIZATIONS IN FIGHTING WITH NARCOTICS, ALCOHOL, TOBACCO SMOKING . . . 15

*А. В. Оксужан, И. В. Перевозчикова, Е. А. Перевозчикова*

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА МЕДИКАМЕНТОВ И МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ . . . . . 17

*A.V. Oksuzyan, I.V. Perevozchikova, E.A. Perevozchikova*

ON THE ISSUE OF THE ORGANIZATION OF PATIENT-SPECIFIC RECORD OF MEDICINES AND MEDICAL DEVICES . . . . . 17

*С. А. Зыкина, Е. Ю. Шкатова, Г. Г. Халиуллина, А. Б. Зарипов*

ГОТОВНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ УДМУРТИИ К ДЕЙСТВИЯМ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ . . . . . 19

*S.A. Zykina, E.Yu. Shkatova, G.G. Khaliullina, A.B. Zaripov*

READINESS OF MEDICAL ORGANIZATIONS OF THE UDMURT REPUBLIC FOR ACTIONS IN EMERGENCY SITUATIONS . . . . . 20

*И. С. Мельникова, Е. Ю. Шкатова*

СМЕРТНОСТЬ ПРИ ТРАНСПОРТНОМ ТРАВМАТИЗМЕ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ . . . . 22

*I.S. Melnikova, E.Yu. Shkatova*

MORTALITY IN TRAFFIC INJURIES IN THE UDMURT REPUBLIC . . . . . 22

*И. В. Рылов, Э. П. Сорокин, Е. В. Шилыева*  
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАНЫМИ ТРАВМАМИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ . . . . . 25

*I.V. Rylov, E.P. Sorokin, Ye.V. Shilyaeva*  
ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR FATAL OUTCOME IN PATIENTS WITH COMBINED TRAUMAS IN A RESUSCITATION DEPARTMENT . . . . . 25

*С. В. Плюхин*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В «РЕСПУБЛИКАНСКОМ БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ» МИНЗДРАВА ЧУВАШИИ . . . . . 27

*S.V. Plyukhin*

THE EFFECTIVENESS OF INTRODUCING THE SYSTEM OF QUALITY MANAGEMENT IN THE REPUBLIC BUREAU OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATION OF THE MINISTRY OF HEALTH OF CHUVASHIA . . . . . 27

*В.В. Юсупов, Л.О.Марченко, С.Н. Левич,  
А.В. Старков*  
ФАКТОРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ  
СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ В МЕДИЦИНСКОМ  
ВУЗЕ . . . . . 29

*V.V. Yusupov, L.O.Marchenko, S.N. Levich,  
A.V. Starkov*  
FACTORS OF PSYCHOLOGICAL READINESS  
FOR TRAINING IN A MEDICAL UNIVERSITY . . . 30

*С. В. Плюхин*  
ОПЫТ РАБОТЫ ПО УВЕЛИЧЕНИЮ КАДРОВОГО  
ПОТЕНЦИАЛА В СЛУЖБАХ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ  
АНАТОМИИ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ  
ЭКСПЕРТИЗЫ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ. . . . . 34

*S.V. Plyukhin*  
PRACTICAL EXPERIENCE IN INCREASING  
PERSONNEL RESERVE IN SERVICES OF  
PATHOLOGY AND FORENSIC MEDICAL  
EXAMINATION IN THE REPUBLIC OF CHUVA  
SHIA . . . . . 34

*В. В. Поздеев, П. О. Шкляев, И. В. Кунгурова,  
И. К. Бухарина, Г. Х. Газизова, А. А. Воробьев,  
О. Н. Ларина*  
ЗНАЧЕНИЕ ПРЕНАТАЛЬНОГО КОНСИЛИУМА  
В ДИАГНОСТИКЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ  
ПЛОДА. . . . . 37

*V.V. Pozdeev, P.O. Shklyayev, I.V. Kungurova,  
I.K. Bukharina, G.Kh. Gazizova, A.A. Vorobyev,  
O.N. Larina*  
PRENATAL COUNCIL OF PHYSICIANS FOR  
DIAGNOSIS OF FETAL MALFORMATIONS . . . . 37

## ЭКОЛОГИЯ

*Р. Х. Абзалов, С. П. Атланов*  
ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ  
ВОЗДЕЙСТВИИ НЕЙРОТРОПНЫХ ЯДОВ . . . . . 42

*R.Kh. Abzalov, S.P. Atlanov*  
PROVIDING MEDICAL CARE IN CASE OF EX  
POSURE TO NEUROTROPIC POISONS . . . . . 42

*Ш. О. Коржавов, З. М. Рахмонов, М. М. Юсупов,  
С. Ш. Гаффарова*  
СКРИНИНГОВАЯ ОЦЕНКА ПРОТЕКТОРНЫХ  
СВОЙСТВ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ  
ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ УЛЬТРАФИОЛЕТА НА КО  
ЖУ КРЫС . . . . . 43

*Sh.O. Korzhavov, Z.M. Rakhmonov, M.M. Yusupov,  
S.Sh. Gafforova*  
EXPOSURE OF RATS' SKIN TO ULTRAVIOLET  
FOR SCREENING EVALUATION OF PROTEC  
TIVE PROPERTIES OF DRUGS . . . . . 44

## КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

*М. И. Слобожанин*  
СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОМБИНИ  
РОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛ  
ЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЮ. . . . . 46

*M.I. Slobozhanin*  
SIMULTANEOUS OPERATIONS IN COMBINA  
TION THERAPY OF PATIENTS WITH CHOLE  
LITIASIS . . . . . 46

*А. С. Исхакова, И. Р. Гайсин*  
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН С ПОРАЖЕНИЕМ  
ПОЧЕК, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕЭКЛАМПСИЮ . . . . 49

*A.S. Iskhakova, I.R. Gaisin*  
THE PECULIARITIES OF TREATING HYPER  
TENSION IN WOMEN WITH KIDNEY DISOR  
DERS AFTER PRE-ECLAMPSIA. . . . . 49

*С. С. Максютлова, Х. М. Мустафин, А. Ф. Мак  
сютова, Л. Ф. Максютлова, С. А. Фрид, Э. Г. Му  
талова, А. Э. Нигматуллина, З. А. Акманова,  
И. В. Кудрявцева*  
ОПТИМИЗАЦИЯ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕС  
КИХ ПОДХОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИ  
ЕНТОВ С КРИЗОВЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИ  
АЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ . . . . . 52

*S.S. Maksyutova, Kh.M. Mustafin, A.F. Maksyu  
tova, L.F. Maksyutova, S.A. Frid, E.G. Mutalova,  
A.E. Nigmatullina, Z.A. Akmanova, I.V. Kudryavtseva*  
OPTIMIZATION OF PHARMACOTHERAPEU  
TIC APPROACHES IN THE TREATMENT OF  
HEART FAILURE IN ELDERLY PATIENTS  
WITH THE CRISIS COURSE OF ARTERIAL HY  
PERTENSION . . . . . 52

*S.S. Maksyutova, Kh.M. Mustafin, A.F. Maksyu  
tova, L.F. Maksyutova, S.A. Frid, E.G. Mutalova,  
A.E. Nigmatullina, Z.A. Akmanova, I.V. Kudryavtseva*  
OPTIMIZATION OF PHARMACOTHERAPEU  
TIC APPROACHES IN THE TREATMENT OF  
HEART FAILURE IN ELDERLY PATIENTS  
WITH THE CRISIS COURSE OF ARTERIAL HY  
PERTENSION . . . . . 52

*З. Я. Рустямова, Г. В. Асадуллина, Г. В. Бабуш  
кина, А. А. Жуманиязова*  
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИ  
ЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИН  
ФАРКТОМ МИОКАРДА . . . . . 55

*Z.Ya. Rustyaymova, G.V. Asadullina, G.V. Babush  
kina, A.A. Zhumaniyazova*  
ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF THROM  
BOLYTIC THERAPY IN PATIENTS WITH MYO  
CARDIAL INFARCTION. . . . . 55

*Ш. М. Ибатова*  
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ  
РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХООБСТРУКТИВ  
НОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ . . . . . 57

*Sh. M. Ibatova*  
RETROSPECTIVE ANALYSIS OF RISK FAC  
TORS FOR THE DEVELOPMENT OF BRON  
CHIAL OBSTRUCTION SYNDROME IN CHIL  
DREN . . . . . 58

<i>Н. Н. Махматмурадова, М. П. Сафарова</i> НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ . . . . .	60	<i>A. Ya. Yazdanov, Sh. M. Ibatova, A. Kh. Ergashev</i> SOME ASPECTS OF DIAGNOSIS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN AND INDICATIONS FOR HOSPITALIZATION . . . . .	74
<i>N.N. Makhmatmuradova, M.P. Safarova</i> EMERGENCY MEASURES FOR CARDIOGENIC SHOCK . . . . .	60	<i>A. X. Эргашев, Ш. М. Ибатова, Ф. Х. Маматкулова, Ф. П. Абдурасулов</i> ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ НЕРЕВМАТИЧЕСКИМ КАРДИТОМ . . . . .	77
<i>А. Г. Иванов</i> ВЛИЯНИЕ БЛОКАТОРА АТ1-РЕЦЕПТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ . . . . .	62	<i>A. Kh. Ergashev, Sh. M. Ibatova, F. Kh. Mamatku-lova, F. P. Abdurasulov</i> PECULIARITIES OF SOME INDICES OF LI-PID METABOLISM IN CHILDREN WITH NON-RHEUMATIC CARDITIS . . . . .	77
<i>A.G. Ivanov</i> THE EFFECT OF АТ1-RECEPTOR BLOCKER ON ARTERIAL HYPERTENSION IN PATIENTS WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS . . . . .	63	<i>Г. В. Бабушкина, С. В. Пермязкова, Г. В. Асадуллина, З. Я. Рустязмова</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА . . . . .	79
<i>Е. С. Бобылева</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ . . . . .	64	<i>G.V. Babushkina, S.V. Permyakova, G.V. Asadullina, Z.Ya. Rustyatova</i> THE RESULTS OF THE PROSPECTIVE OBSERVATION OF PATIENTS AFTER Q-MYOCARDIAL INFARCTION . . . . .	80
<i>E.S. Bobyleva</i> THE EFFECTIVENESS OF COMPLEX THERAPY FOR COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA . . . . .	65	<i>А. С. Богачева, Е. В. Полозова, А. В. Старков, С. Г. Симоненко</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МЕТОДОВ В ТОКСИКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ . . . . .	81
<i>Л. А. Иванов, Н. В. Коробейникова</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ . . . . .	66	<i>A.S. Bogacheva, E.V. Polozova, A.V. Starkov, S.G. Simonenko</i> EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF NEW ALTERNATIVE METHODS IN TOXICOLOGICAL-HYGIENIC RESEARCHES . . . . .	82
<i>L.A. Ivanov, N.V. Korobeynikova</i> ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF ANTIARRHYTHMIC THERAPY FOR PAROXYSMAL DISTURBANCES OF CARDIAC RHYTHM AT A PRE-HOSPITAL STAGE . . . . .	67	<i>Д. В. Чуркин, О. С. Антропова, Д. О. Ластков</i> ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СО СТАЖЕМ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО ТРУДА ВО ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ УСЛОВИЯХ . . . . .	84
<i>С. С. Давлатов, С. А. Анарбаяев, С. З. Алиева</i> ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ . . . . .	68	<i>D.V. Churkin, O.S. Antropova, D.O. Lastkov</i> PROPHYLACTIC CHECK-UPS OF SERVICEMEN WITH THE EXPERIENCE OF PREVIOUS LABOR IN HAZARDOUS WORKING CONDITIONS . . . . .	84
<i>S.S. Davlatov, S.A. Anarbayev, S.Z. Aliyeva</i> CHOLECYSTECTOMY FROM MINI-ACCESS IN THE TREATMENT OF ACUTE DESTRUCTIVE CHOLECYSTITIS . . . . .	69	<i>А. М. Шамсиев, Ж. А. Шамсиев, Д. О. Атакулов, Б. Л. Давранов, И. А. Муталибов, Ш. А. Юсупов</i> К ЛЕЧЕНИЮ ИЗОЛИРОВАННОГО ВРОЖДЕННОГО ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЩА . . . . .	87
<i>А. Э. Нигматуллина, Х. М. Мустафин, С. А. Фрид, Э. Г. Муталова, С. С. Максютлова, Г. Я. Камалтдинова, Л. И. Самигуллина, Н. Н. Сысоева</i> МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ . . . . .	71	<i>A.M. Shamsiev, Zh.A. Shamsiev, D.O. Atakulov, B.L. Davranov, I.A. Mutalibov, Sh.A. Yusupov</i> TREATMENT OF ISOLATED CONGENITAL TRACHEOESOPHAGEAL FISTULA . . . . .	87
<i>A.E. Nigmatullina, Kh.M. Mustafin, S.A. Frid, E.G. Mutalova, L.F. Maksyutova, G.Ya. Kamaltdinova, L.I. Samigullina, N.N. Sysoeva</i> THE TREATMENT OF HEPATIC ENCEPHALOPATHY IN CIRRHOTIC PATIENTS . . . . .	72	<i>А. Я. Язданов, Ш. М. Ибатова, А. Х. Эргашев</i> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ. ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ . . . . .	74
<i>А. Я. Язданов, Ш. М. Ибатова, А. Х. Эргашев</i> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ. ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ . . . . .	74		

<i>С. А. Фрид, Х. М. Мустафин, С. С. Максютова, А. Э. Нигматуллина, И. А. Бакулина, Э. Г. Муталова, Г. Я. Камалтдинова, Е. Е. Алексеева</i> КЛИНИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА . . . . .	89	<i>Г. И. Бездетко, Е. Ю. Шкатова, Р. Р. Хабибуллин, С. Е. Гусоргина</i> ХРОНОМЕТРАЖНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КАК ОСНОВА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПО ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ . . . . .	94
<i>S.A. Frid, Kh.M. Mustafin, S.S. Maksyutova, A.E. Nigmatullina, I.A. Bakulina, E.G. Mutalova, G.Ya. Kamaltdinova, E.E. Alekseeva</i> CLINICAL FEATURES OF ACUTE DECOMPENSATION OF CHRONIC HEART FAILURE OF ISCHEMIC ORIGIN IN ELDERLY PATIENTS . . . . .	89	<i>G.I. Bezdetko, E.Yu. Shkatova, R.R. Khabibullin, S.E. Gusorgina</i> TIME STUDIES AS A BASIS FOR IMPROVEMENT OF PRIMARY SPECIALISED HEALTH CARE IN PROSTHODONTICS . . . . .	95
<i>Г. В. Асадуллина, З. Я. Рустямова, Г. В. Бабушкина, Г. Я. Камалтдинова; С. Ф. Афлятунова</i> НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ (ПНЕВМОНИИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ, ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ) . . . . .	92	<i>Н. М. Попова, Р. М. Загртдинова, В. А. Мерзляков, М. С. Алексеева, Н. В. Ляшенко</i> ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2013–2017 гг. . . . .	97
<i>G.V. Asadullina, Z.Ya. Rustyamova, G.V. Babushkina, G.Ya. Kamaltdinova; S.F. Aflyatunova</i> URGENT CONDITIONS IN PULMONOGY (SEVERE PNEUMONIA, EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE) . . . . .	93	<i>N.M. Popova, R.M. Zagrtdinova, V.A. Merzlyakov, M.S. Alekseeva, N.V. Lyashenko</i> DYNAMICS OF THE INCIDENCE OF SYPHILIS IN THE UDMURT REPUBLIC OVER THE PERIOD 2013–2017 . . . . .	97

# ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.91:616.61-002.151]-036.2(470.51)

Е. В. Овечкина

БУЗ УР «Республиканская клиническая инфекционная больница МЗ УР», г. Ижевск

## АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ, ПО ДАННЫМ БУЗ УР «РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ МЗ УР» ЗА 2014–2016 гг.

Овечкина Екатерина Валерияновна – врач-инфекционист; 426034, г. Ижевск, ул. Труда, 17, тел.: 8 (919)912-56-48, e-mail: ekvalizh@yandex.ru

*В статье представлен анализ заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом по половому, возрастному признакам, сезонности, срокам госпитализации, по данным Республиканской клинической инфекционной больницы за 2014–2016 гг.*

**Ключевые слова:** геморрагическая лихорадка с почечным синдромом; госпитализация; клинические проявления

E. V. Ovechkina

Republic Clinical Infectious Diseases Hospital, Izhevsk

## ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME IN 2014–2016 ACCORDING TO THE DATA OF THE REPUBLIC CLINICAL INFECTIOUS DISEASES HOSPITAL OF THE MINISTRY OF HEALTH OF THE UDMURT REPUBLIC

Ovechkina Ekaterina Valeriyonovna – infectious disease physician; 17 Truda St., Izhevsk 426034, tel.: 8 (919)912-56-48, e mail: ekvalizh@yandex.ru

*The article presents an analysis of the incidence of hemorrhagic fever with renal syndrome in 2014-2016 according to the data of the Republic Clinical Infectious Diseases Hospital of the Ministry of Health of the Udmurt Republic. The incidence rate was analyzed on the basis of age, sex, season and hospitalization period.*

**Key words:** hemorrhagic fever with renal syndrome; hospitalization; clinical manifestations

Нами проведен анализ заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) по сезонности, степени тяжести, предполагаемым местам заражения, срокам госпитализации в Удмуртской Республике, по данным БУЗ УР «Республиканской клинической инфекционной больницы МЗ УР» (РКИБ) за 2014–2016 годы. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом – тяжелое инфекционное заболевание, проявляющееся поражением кровеносных сосудов почек и других органов: сердца, желудка, легких, надпочечников, центральной нервной системы [4]. Заболевание широко распространено в Удмуртии в связи с высокой численностью носителей вируса ГЛПС в природе – лесных грызунов, в особенности рыжей полевки. Пути заражения: воздушно-пылевой,

алиментарный, крайне редко контактный. В таблице 1 представлено распределение случаев заболевания ГЛПС по месяцам за 2014–2016 годы.

**Таблица 1. Сезонность заболевания ГЛПС в 2014–2016 гг.**

Месяцы	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Январь	14 (5,4%)	15 (1,4%)	28 (10,8%)
Февраль	7 (2,7%)	3 (0,3%)	21 (8,2%)
Март	3 (1,2%)	3 (0,3%)	14 (5,4%)
Апрель	6 (2,3%)	4 (0,4%)	10 (3,9%)
Май	3 (1,2%)	67 (6,2%)	8 (3,1%)
Июнь	27 (10,4%)	138 (12,8%)	11 (4,3%)
Июль	23 (8,9%)	158 (14,6%)	20 (7,8%)
Август	41 (15,8%)	129 (11,9%)	22 (8,6%)
Сентябрь	40 (15,4%)	181 (16,8%)	41 (15,9%)
Октябрь	56 (21,1%)	170 (15,7%)	34 (13,2%)
Ноябрь	25 (9,6%)	106 (9,8%)	30 (11,7%)
Декабрь	15 (5,8%)	104 (9,6%)	18 (7,0%)
Всего	260 (100,0%)	1078 (100,0%)	257 (100,0%)

По представленным данным динамика заболеваемости ГЛПС имеет выраженный летне-осенний характер (с июня по октябрь) с пиком заболеваемости в сентябре, что объясняется большей мобильностью населения в этот период (туризм, рыбная ловля, сбор грибов, ягод, работа на приусадебном участке) и нарастанием численности грызунов, которые являются носителями вирусов данного заболевания.

Анализ причин и условий заражений пациентов свидетельствует о том, что пациенты, в основном, заражаются вирусом ГЛПС при работе на садово-огородных участках, во время сельскохозяйственных работ (трактористы, водители, контактирующие с объектами внешней среды), в природно-лесных условиях (при сборе грибов и ягод, на охоте и рыбалке) (табл. 2).

Анализ заболеваемости ГЛПС свидетельствует, что заражению преимущественно подвержены мужчины (табл. 3). Данное обстоятельство связано, прежде всего, с образом жизни, в том числе с профессиональной деятельностью, работой в природно-лесных условиях (лесник, работники похоронно-ритуальных бюро, на рыбалке).

Наиболее часто заболевание ГЛПС регистрируется у лиц трудоспособного возраста (от 20 до 50 лет) (табл. 4).

**Таблица 2. Предполагаемые причины и условия заражения пациентов с ГЛПС**

Причины и условия заражения	2014	2015	2016
Посещение леса с целью отдыха	5,9%	4,6%	6,2%
Сбор ягод и грибов	9,7%	3,3%	6,1%
Работа на садово-огородных участках	42,9%	63,3%	54,0%
Охота и рыбалка	9,1%	6,4%	5,3%
Производственный тип заражения	4,6%	4,7%	6,4%
Во время сельскохозяйственных работ	27,8%	17,7%	22,0%

**Таблица 3. Распределение пациентов с ГЛПС по полу за 2014–2016 гг.**

Гендерный признак	2014	2015	2016
Мужчины	186 (72%)	787 (72,9%)	181 (70,4%)
Женщины	74 (28%)	293 (27,1%)	76 (29,6%)

**Таблица 4. Распределение пациентов с ГЛПС по возрасту за 2014–2016 гг.**

Возраст, лет	2014	2015	2016
до 20	8 (3,1%)	33 (3,1%)	6 (2,4%)
21–30	69 (26,5%)	280 (25,9%)	63 (24,5%)
31–40	64 (24,6%)	255 (23,6%)	67 (26,1%)
41–50	55 (21,2%)	217 (20,1%)	35 (13,6%)
51–60	43 (16,5%)	186 (17,2%)	51 (19,8%)
61–70	19 (7,3%)	86 (7,9%)	34 (13,2%)
71 и старше	2 (0,8%)	21 (1,9%)	1 (0,4%)

Своевременность госпитализации пациентов выросла с 15,8% до 23,7%. Позднее поступление связано с несвоевременной обращаемостью населения за медицинской помощью (на 4–5 сутки заболевания) (табл. 5).

Заболевание может протекать в легкой, средней и тяжелой форме. По представленным данным видно, что основная масса людей перенесли заболевание в среднетяжелой форме – 83,7% (табл. 6) [2].

В связи с несвоевременным обращением граждан с ГЛПС за медицинской помощью наиболее часто проявляются следующие осложнения: инфекционно-токсический шок, пневмония, острая почечная недостаточность, плеврит. Ведущее место из специфических осложнений за три года занимает пневмония – 71 человек, второе место – острая почечная недостаточность – 41 человек, инфекционно-токсический шок – 39 человек (табл. 7).

**Таблица 5. Сроки госпитализации пациентов с ГЛПС от начала заболевания**

Срок госпитализации	2014	2015	2016
Первые 3 дня	41 (15,8%)	255 (23,6%)	61 (23,7%)
На 4–5 день	99 (38,1%)	433 (40,1%)	101 (39,3%)
Позднее 5 дня	120 (46,2%)	390 (36,1%)	95 (36,9%)

**Таблица 6. Клиническая характеристика госпитализированных пациентов с ГЛПС по степени тяжести за 2014–2016 гг.**

Степень тяжести	2014	2015	2016
Легкая	40 (15,4%)	53 (4,9%)	12 (4,7%)
Средняя	186 (71,5%)	890 (82,4%)	215 (83,7%)
Тяжелая	34 (13,1%)	135 (12,5%)	30 (11,7%)
Всего	260 (100,0%)	1078 (100,0%)	257 (100,0%)

**Таблица 7. Осложнения течения ГЛПС у госпитализированных пациентов за 2014–2016 гг.**

Осложнения	2014	2015	2016
ОПН	13 (4,7%)	21 (1,9%)	7 (2,6%)
ИТШ	10 (3,6%)	18 (1,6%)	11 (4,1%)
Отек легких	-	-	1 (0,4%)
ДВС-синдром	-	-	-
Пневмония	11 (4,0%)	41 (3,7%)	19 (7,0%)
Тромбоцитопатия	-	2 (0,2%)	-
Миокардит	-	-	-
ОНМК	-	2 (0,2%)	-
Острый тромбоз	-	-	-
Плеврит экссудативный	1 (0,4%)	9 (0,8%)	5 (1,9%)
Острый бронхит	-	-	-
Хронический бронхит, обострение	-	-	-
Всего	35 (12,7%)	93 (8,4%)	49 (16,0%)

В связи с осложненным течением ГЛПС 89 пациентов пролечены в отделении реанимации и интенсивной терапии БУЗ УР РКИБ МЗ УР за 2014–2016 гг. (в 2014 г. – 21 (7,6%), в 2015 г. – 34 (3,0%), в 2016 г. – 34 (12,6%).

Из них 20 пациентов переведены на гемодиализ (в 2014 г. – 6 (2,2%), в 2015 г. – 11 (1,0%), в 2016 г. – 3 (1,1%).

В связи с несвоевременной обращаемостью граждан с осложненным течением ГЛПС наблюдались случаи летальных исходов за 2014–2016 гг. – 17 человек (в 2014 г. – 4 (1,4%), в 2015 г. – 7 (0,6%), в 2016 г. – 6 (2,2%).

Расхождение диагнозов между направившей медицинской организацией и приемным отделением БУЗ УР РКИБ МЗ УР составило 12,8% (33 человека) (2015 г. – 88 человек (8,1%).

Больные были направлены в БУЗ УР РКИБ МЗ УР с диагнозами острое респираторное заболевание – 14 человек; клещевой энцефалит – 2; острый гастроэнтероколит – 7; пневмония – 2; серозный менингит – 2; болезнь Лайма – 1; лихорадка неясного генеза – 5. Всего: 33 человека.

Расхождение диагнозов между приемным отделением БУЗ УР РКИБ МЗ УР и стационаром БУЗ УР РКИБ МЗ УР составило 5,8% (15 человек) (в 2015 г. – 2,4% (26 человек)).

Больные приняты с диагнозами клещевой энцефалит – 1; острое респираторное заболевание – 9; сепсис – 1; лихорадка неясного генеза – 2; серозный менингит – 1; острый вирусный гепатит «А» – 1. Всего: 15 человек.

Расхождение диагнозов между направившей медицинской организацией и стационаром БУЗ УР РКИБ МЗ УР составило 7,0% (18 человек) (2015 г. – 7,9% (85 человек)). Больные были приняты с диагнозами клещевой энцефалит – 2 человека; острое респираторное заболевание – 8; острый гастроэнтероколит – 2; лихорадка неясного генеза – 3; иксодовый клещевой боррелиоз – 1; серозный менингит – 1; пневмония – 1. Всего: 15 человек.

Микст-инфекция: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом + острый вирусный гепатит «А» наблюдалась у 2 человек. Серологическое подтверждение диагноза составило 100% – 257 человек (в 2015 г. – 100% – 1080 человек). Несовпадение диагнозов между направившей медицинской организацией и БУЗ УР РКИБ МЗ УР наблюдалось в 7,0% (в 2014 г. – 12,7%, в 2015 г. – 7,9%). Пациенты поступали с пред-

варительными диагнозами острая респираторная инфекция, иксодовый клещевой боррелиоз, острый гастроэнтероколит, клещевой энцефалит, серозный менингит, пневмония, лихорадка неясного генеза. Ученые ФГБОУ ВО «Ижевской государственной медицинской академии» Минздрава России рекомендуют проведение дифференциальной диагностики с учетом эпидемиологического анамнеза и серологического подтверждения диагноза [1].

**Вывод.** Более часто заболевание регистрируется у лиц в возрасте от 20 до 50 лет. Динамика заболеваемости ГЛПС имеет выраженный летне-осенний характер (с июня по октябрь) с пиком заболеваемости в сентябре. Пациенты заражаются вирусом геморрагической лихорадки при работе на садово-огородных участках, во время сельскохозяйственных работ, в природно-лесных условиях. Увеличился показатель своевременной госпитализации с 15,8% до 23,7%. Позднее поступление связано с несвоевременной обращаемостью населения за медицинской помощью (на 4–5 сутки заболевания). Преобладают среднетяжелые формы заболевания: в 2015 г. – 82,4%, в 2016 г. – 83,7%. Улучшилась диагностика ГЛПС, отмечается снижение расхождения диагнозов между медицинской организацией и стационаром с 7,9% до 5,8%; наблюдается увеличение расхождения диагнозов между приемным отделением и стационаром БУЗ УР РКИБ МЗ УР с 2,4% до 5,8%.

#### *Список литературы:*

1. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом у детей / О. С. Поздеева [и др.] // Практическая медицина. – 2016. – № 8 (100). – С. 52–57.
2. Кулгашева, Е. В. К вопросу клинического исследования лиц, перенесших геморрагическую лихорадку с почечным синдромом / Е. В. Кулгашева // Современные аспекты медицины и биологии: материалы 12 межвузовской научной конференции молодых ученых и студентов. 23–26 апреля 2012 года, г. Ижевск. – Ижевск, 2012. – 218 с. – (Серия «Научная конференция»). – С. 149–150.
3. Покровский, В. И. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник / В. И. Покровский, С. Г. Пак, Н. И. Брико. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1008 с.
4. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом [Электронный ресурс] // Министерство здравоохранения РФ. – Режим доступа: URL: <http://mzur.ru/useful/informatsiya-dlya-naseleniya/gemorragicheskaya-likhoradka-s-pochechnym-sindromom.html> (дата обращения: 23.11.2017).
5. Эпидемиологические сравнения геморрагической лихорадки с почечным синдромом у военнослужащих и гражданского населения на юге Хабаровского края / Ю. Н. Сидельников [и др.] [Электронный ресурс] // Дальневосточный медицинский журнал. – 2014. – № 1. – Режим доступа: URL: <http://www.fesmu.ru/dmj/20141/2014113.aspx> (дата обращения: 25.11.2017).

УДК 351.753:623.45

Е. О. Филиппова<sup>1</sup>, Л. О. Марченко<sup>1</sup>, С. Н. Левич<sup>1</sup>, И. Т. Андреев<sup>1</sup>, А. В. Старков<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург  
Научно-исследовательская лаборатория (военно-профессиональной адаптации военнослужащих)  
Научно-исследовательский отдел (медико-психологического сопровождения)  
Научно-исследовательский центр

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И. П. Павлова» МЗ РФ, Россия

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ВОЕННОСЛУЖАЩИМИ, ЗАНЯТЫМИ НА РАБОТАХ ПО ХРАНЕНИЮ ХИМИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ

Филиппова Елена Олеговна – научный сотрудник; 194044; г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, 6Ж, тел: 7 (812)29145-47, e-mail: Lena-Philippova@bk.ru; Марченко Лариса Олеговна – младший научный сотрудник; Левич Светлана Николаевна – старший научный сотрудник; Андреев Игнат Трофимович – старший лаборант кандидат психологических наук; Старков Александр Васильевич – заведующий кафедрой кандидат медицинских наук, доцент

*В статье приводятся результаты исследования физиологического резерва, интеллектуальных и личностных характеристик, особенностей психического состояния и соматического статуса военнослужащих объектов по хранению химического оружия. Проведен сравнительный анализ показателей по критерию опосредованности работы с химическим оружием. Определены основные направления психопрофилактической работы (сохранение работоспособности и психического здоровья военнослужащих объектов по хранению химического оружия).*

**Ключевые слова:** военнослужащие; химическое оружие; психопрофилактика; психическое состояние; психосоматические нарушения

E.O. Filippova<sup>1</sup>, L.O. Marchenko<sup>1</sup>, S.N. Levich<sup>1</sup>, I.T. Andreev<sup>1</sup>, A.V. Starkov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>S.M. Kirov Military Medical Academy, Saint-Petersburg  
Scientific research laboratory (military professional adaptation of servicemen)  
Scientific research department (medical and psychological support)  
Research Center

<sup>2</sup> Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, Russia  
Department of Mobilization Training and Disaster Medicine

## PECULIARITIES OF PSYCHOPROPHYLACTIC WORK WITH MILITARY PERSONNEL WORKING AT CHEMICAL WEAPONS STORAGE FACILITIES

Filippova Elena Olegovna – Researcher; 6zh Akademika Lebedeva St., St. Petersburg 194044, tel.: 7 (812) 291 45-47, e-mail: Lena-Philippova@bk.ru; Marchenko Larisa Olegovna – Junior Researcher; Levich Svetlana Nikolaevna – Senior Researcher; Andreev Ignat Trofimovich – Candidate of Psychological Sciences, senior laboratory assistant; Starkov Alexander Vasilyevich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department

*The article describes the results of studying physiological reserve, intellectual and personality characteristics, peculiarities of mental condition and somatic status of military personnel of chemical weapons storage facilities. A comparative analysis of the selected indicators was carried out based on the criterion of the mediation of working with chemical weapons. The main directions of psychoprophylactic work (preserving the performance and mental health of military personnel of chemical weapons storage facilities) are defined.*

**Key words:** military personnel; chemical weapons; psychoprophylaxis; mental condition; psychosomatic disorders

Служба в подразделениях по охране объектов хранения химического оружия предъявляет повышенные требования к профессиональной подготовке, состоянию здоровья и личностным качествам личного состава, что определяет необходимость осуществления социальных, психологических и медицинских мероприятий, направленных на поддержание высокой работоспособности, профилактику заболеваний и сохранение здоровья личного состава [1, 2, 6].

Персонал объекта подвергается воздействию различных факторов, приводящих к возникновению как соматических, так и стресс-зависимых заболеваний психосоматической этиологии [3, 4, 5, 7, 9]. К этим факторам могут быть отнесены как непосредственное воздействие отравляющих

веществ (ОВ) в результате нарушения условий хранения или недоработки технологических процессов при его утилизации, так и повышенное нервно-эмоциональное напряжение, связанное с потенциальной опасностью ОВ. Выявленные психические расстройства по структуре, уровням и частоте соответствуют патологии, регистрируемой при диспансеризации населения. Возникновение психических расстройств связано с возрастом, полом и неблагоприятными социально-бытовыми условиями жизни [8].

**Цель исследования:** оценка психофизиологического состояния военнослужащих объектов по хранению химического оружия и проведения психопрофилактической работы, направленной на предупреждение дезадаптационных рас-

стройств и развития нервно-психических расстройств и соматических заболеваний с сохранением высокой работоспособности и профессионального здоровья.

**Материал и методы исследования.** Для оценки функционального состояния и психического статуса военнослужащих объектов по хранению химического оружия (ОУХО) проведено комплексное психологическое и психофизиологическое исследование 87 военнослужащих ОУХО в возрасте от 21 до 50 лет, проходивших стационарное обследование и лечение в клинике военно-полевой терапии.

В ходе обследования изучены социально-психологические качества, уровень развития интеллектуальных функций (методики «Аналогии» (АН), «Арифметический счет» (АС) и «Числовые ряды» (ЧС), психологические свойства личности, степень выраженности психопатологической симптоматики, физиологические резервы, соматический статус), а также проведено обследование комплексом «Омега-М» [6]. Обследование проводилось с использованием аппаратных комплексов и бланковых методов исследования.

Для изучения личностных свойств и степени адаптированности военнослужащих использовался стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) и методика «Многоуровневый личностный опросник» (МЛО). Уровень тревожности определялся с помощью шкалы проявлений личностной тревожности Ж. Тейлора и шкалы самооценки Спилбергера-Ханина. Психологический симптоматический статус обследуемых оценивался с помощью «Опросника выраженности психопатологической симптоматики» (*SCL-90-R*). Соматический статус обследуемых определялся с помощью Гиссенского перечня жалоб Е. Блюхера и Дж. Снера. Оценка функциональных резервов организма проводилась с помощью теппинг-теста с использованием методики Е. Ильина, пробы Штанге, Генча и индекса Богомазова.

Проводилась как общая оценка физиологического, соматического и психологического статуса обследуемых, так и сравнительный анализ показателей физиологических резервов, состояния психического и соматического здоровья, личностных особенностей и характеристик познавательных психических процессов у различных категорий военнослужащих ОУХО. Сравнение указанных показателей проводилось по группам

в зависимости от возраста и от степени опосредованности контакта с химическим оружием с использованием Т-критерия Стьюдента.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Первичный статистический анализ полученных результатов показал, что среднегрупповые значения большинства психологических показателей, характеризующих состояние интеллектуальной сферы, особенностей психической и социальной адаптации и психического состояния обследованных военнослужащих, в целом, соответствуют среднестатистическим значениям, характерным для контингента военнослужащих, и не выходят за рамки нормативного разброса. Анализ результатов, полученных с помощью опросника *SCL-90-R*, выявил в группе обследованных военнослужащих повышение симптоматических признаков, свидетельствующих о наличии соматических расстройств в области сердечно-сосудистой, пищеварительной, респираторной и других систем организма.

У военнослужащих старшей возрастной группы (возраст от 40 лет и старше) наблюдалось некоторое снижение показателей в интеллектуальной сфере. В частности, показатели эффективности аналитического мышления по методике «Аналогии» в этой группе ниже среднегрупповых стеновых значений и достоверно ниже, чем в первой возрастной (20–39 лет) группе ( $3,88 \pm 0,52$  и  $5,12 \pm 0,38$  соответственно,  $p < 0,05$ ).

В личностной сфере также отмечались различия между первой и второй группами. В группе военнослужащих старше 40 лет более высокие показатели по шкале депрессии ( $64,57 \pm 2,14$  и  $59,38 \pm 1,75$ ,  $p < 0,01$ ), индивидуализации процессов мышления ( $61,93 \pm 1,59$  и  $56,54 \pm 1,50$ ,  $p < 0,05$ ) и ригидности ( $54,64 \pm 2,04$  и  $49,04 \pm 1,94$ ,  $p < 0,1$ ). Военнослужащие старшей возрастной группы также имели более низкий уровень компенсационного регулирования ( $1,90 \pm 0,14$  и  $2,57 \pm 0,23$ ,  $p < 0,05$ ) и резервных возможностей организма ( $2,00 \pm 0,12$  и  $2,65 \pm 0,21$ ,  $p < 0,05$ ). При этом они предъявляли меньше жалоб на физическое недомогание по шкале «Истощение» Гиссенского опросника ( $3,21 \pm 0,01$  и  $4,00 \pm 0,91$ ,  $p < 0,05$ ).

Результаты сравнительного анализа выделенных показателей в группах военнослужащих, непосредственно не работающих с ХО и работающих с ХО (работа в хранилищах или связанная с переработкой химического оружия), показали, что военнослужащие, непосредственно работающие с ХО, характеризуются более низкой

продуктивностью выполнения интеллектуальных субтестов ЧР ( $5,35 \pm 0,48$  и  $4,05 \pm 0,39$ ) и АС ( $6,65 \pm 0,44$  и  $5,48 \pm 0,42$  соответственно,  $p < 0,05$ ). У военнослужащих, непосредственно работающих с ХО выявлены достоверно более низкие показатели функциональных резервов кардиореспираторной системы ( $63,39 \pm 4,48$  и  $49,88 \pm 3,42$ ,  $p < 0,05$ ).

Вместе с тем, в подгруппе лиц, непосредственно не работающих с ХО, на субъективном уровне наблюдается более выраженный уровень тревожности по шкалам *Pt* методики СМИЛ ( $55,11 \pm 1,36$  и  $59,67 \pm 1,75$  соответственно,  $p < 0,05$ ), шкале личностной тревоги методики Спилберга-Ханина ( $16,38 \pm 0,99$  и  $22,20 \pm 1,22$ ,  $p < 0,1$ ) и тревожности *ANX* опросника *SCL-90-R* ( $0,13 \pm 0,03$  и  $0,33 \pm 0,07$ ,  $p < 0,05$ ). У них также более выражена интенсивность соматического дистресса *PTSD* ( $0,94 \pm 0,08$  и  $1,19 \pm 0,47$ ,  $p < 0,05$ ) и психосоматических нарушений *SOM* ( $0,28 \pm 0,05$  и  $0,66 \pm 0,13$ ,  $p < 0,05$ ).

Более высокие показатели тревожности и психосоматических нарушений у лиц, непосредственно не связанных с работой по переработке ХО, а также в более молодой возрастной группе военнослужащих, могут определяться негативной субъективной оценкой экологической ситуации и ощущением потенциальной витальной угрозы, вызванной недостаточной информацией. Этот вывод подтверждается работами таких авторов как А. В. Елифанцев (2003), П. Е. Шкодич (2002) и др.

**Вывод.** В исследовании не установлено отклонения от нормативных значений эффективности и надежности интеллектуальных функций и показателей психического состояния военнослужащих в условиях выполнения работ по хранению и уничтожению химического оружия.

На основе проведенных исследований обоснованы основные направления психопрофилактической работы (предупреждение развития нервно-психических расстройств и соматических заболеваний с целью сохранения высокой работоспособности и профессионального здоровья военнослужащих ОУХО). Эти направления включают в себя:

- экспресс-диагностику функционального состояния военнослужащих ОУХО и выявление лиц со сниженными физиологическими резервами и наличием признаков соматического и психического неблагополучия;

- проведение информационно-разъяснительной работы, направленной на снижение тревоги и психического напряжения, связанного с деятельностью на ОУХО;

- проведение психокоррекционной работы с военнослужащими, отнесенными по результатам исследования к группе «риска», направленной на снятие повышенного уровня тревожности, эмоциональной возбудимости и раздражительности.

#### Список литературы:

1. **Беляев, Е. Н.** Социально-гигиенический мониторинг как основа для оценки вредного воздействия на человека факторов среды обитания / Е. Н. Беляев, К. П. Щербаков // Угрозы здоровью человека: современные гигиенические проблемы и пути их решения: материалы пленума 15–16 декабря 2002 г. – М., 2002. – С. 30–31.
2. **Буланова, Е. В.** Информационно-аналитическая система медицинского наблюдения за персоналом объектов уничтожения химического оружия / Е. В. Буланова, Б. Н. Филатов, Н. Г. Британов // Информационные технологии в образовании, технике и медицине: материалы междунар. науч. - тех. конф., 24–26 сентября 2002 г. – Волгоград, 2002. – С. 240–243.
3. **Елифанцев, А. В.** Неблагоприятное воздействие экологических факторов различной природы: технология выявления и оценки медицинских эффектов / А. В. Елифанцев // Материалы 2-го съезда токсикологов России. – М., 2003. – С. 98–99.
4. **Кочергин, А. И.** Оценка риска возникновения аварийной ситуации на химически опасных объектах / А. И. Кочергин, М. С. Овчинников // Тез. докл. V науч.-практ. конф. «Научно-технические аспекты обеспечения безопасности при уничтожении, хранении и транспортировке химического оружия». – М., 2010. – С. 42–46.
5. **Кузьменко, И. Е.** Юбилей медицинской службы Федерального управления по безопасному хранению и уничтожению химического оружия / И. Е. Кузьменко // Военно-медицинский журнал. – 2013. – Т. 334, № 1. – С. 83–85.
6. Оценка психофизиологического состояния военнослужащих, занятых на работах по хранению и уничтожению химического оружия / И. И. Дорофеев [и др.] // Материалы военно-научной конференции «20 лет функционирования системы профессионального психологического отбора в ВС РФ, итоги и перспективы совершенствования» (22 апреля 2014). – М.: Военная академия ГШ ВС РФ, 2014. – С. 183–185.
7. Повышение устойчивости персонала объектов по уничтожению химического оружия к воздействию ФОВ / В. Б. Прозоровский [и др.]; НИЦ (медико-биологической защиты) ГНИИ военной медицины МО РФ // Биомедицинский журнал. – 2004. – Т. 5. – С. 98.
8. **Филиппов, В. Л.** К проблеме лечения психосоматических расстройств у лиц, работающих с особо опасными токсичными химическими веществами. Медико-токсикологический регистр в проблеме химической безопасности / В. Л. Филиппов, Ю. В. Филиппова // Химическая и биологическая безопасность. – 2004. – № 3–4. – С. 15–16.
9. **Шкодич, П. Е.** Медико-гигиенические исследования по изучению условий труда и состояния окружающей среды на предприятиях по производству особо опасных химических веществ / П. Е. Шкодич, В. В. Клаучек // Медико-гигиенические аспекты обеспечения работ с особо опасными химическими веществами: науч.-практ. конф., посвященная 40-летию НИИГПЭЧ. – СПб., 2002. – С. 360.

УДК 617.54/55-001-036.22

Э. П. Сорокин<sup>1</sup>, Е. В. Шиляева<sup>2</sup>, С. В. Пономарев<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика  
Кафедра хирургических болезней с курсом анестезиологии и реаниматологии ФПК и ПП

<sup>2</sup>БУЗ УР «Городская клиническая больница № 9 МЗ УР», г. Ижевск

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМ

**Сорокин Эдуард Павлович** – доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; 426063, г. Ижевск, ул. Промышленная, 52, тел.: 8 (912)745-93-69, e-mail: ep.sorokin@yandex.ru; **Шиляева Елена Викторовна** – врач-анестезиолог-реаниматолог; **Пonomarev Сергей Вячеславович** – ассистент кафедры кандидат медицинских наук

*В ходе ретроспективного анализа заключений экспертов и медицинских карт стационарных пациентов выявлены возрастнo-половые и социальные особенности пострадавших с торакоабдоминальными травмами, установлены среднее время доезда бригады скорой медицинской помощи, оказания помощи на догоспитальном этапе, а также потребность в стационарных койках.*

**Ключевые слова:** торакоабдоминальная травма; шкала ISS; «золотой час»; алкогольное опьянение; гендерный состав

*E.P. Sorokin<sup>1</sup>, E.V. Shilyaeva<sup>2</sup>, S.V. Ponomarev<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Surgical Diseases and the Course in Anesthesiology and Resuscitation of the Faculty of Advanced Training for Doctors

<sup>2</sup>Municipal Clinical Hospital No.9, Izhevsk

## EPIDEMIOLOGIC ASPECTS OF THORACOABDOMINAL INJURIES

**Sorokin Eduard Pavlovich** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; 52 Promyshlennaya str., Izhevsk 426063, tel.: 8(912)745-93-69, e-mail: ep.sorokin@yandex.ru; **Shilyaeva Yelena Victorovna** – Anesthesiologist, Resuscitation specialist; **Ponomarev Sergey Vyacheslavovich** – Lecturer, Candidate of Medical Sciences

*A retrospective analysis of expert opinions and medical records of inpatients revealed age, sex and social characteristics of victims with thoracoabdominal injuries. The average time of receiving the call and providing medical care at the prehospital stage after the emergency team arrival, as well as the need for hospital beds were established.*

**Key words:** thoracoabdominal injury; ISS scale; «golden hour», alcohol intoxication, gender composition

Механическая травма является ведущей причиной смерти и инвалидизации среди лиц молодого возраста. В общей структуре травматизма на торакоабдоминальные травмы приходится 0,5–16,4% [1–7]. Более чем у 50,0% пострадавших диагноз травмы диафрагмы устанавливается несвоевременно [7]. Среди пациентов с торакоабдоминальными травмами преобладают мужчины (71,2–96,3%) [1, 2, 4, 8, 9] трудоспособного возраста (90,0–95,0%) [2]. Средний возраст пострадавших составляет 28,7–39,1 года [1, 3, 9, 10]. Каждый пятый пациент при этом находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения [4, 6]. Торакоабдоминальные травмы характеризуются значительной тяжестью состояния пациентов, большим числом осложнений, высокой летальностью.

**Цель исследования:** изучить социально-биологические характеристики пострадавших с торакоабдоминальными травмами и время оказания помощи на догоспитальном этапе.

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 154 медицинских карт стационарного больного (форма 003/у) и проспективное обследование 90 пострадавших с торакоабдоминальными травмами, пролеченных в отделениях анестезиологии и реанимации и торакальной хирургии БУЗ УР

«Городской клинической больницы № 9» МЗ УР и Центре сочетанной травмы БУЗ УР «Первой Республиканской клинической больницы» МЗ УР в период с 2012 по 2016 год. Кроме того, изучены 107 заключений экспертов БУЗ УР «Бюро судебно-медицинской экспертизы» МЗ УР за 2013–2015 годы. Оценивались показатели: частота встречаемости торакоабдоминальных травм, гендерный и возрастной состав пострадавших, их социальное положение, временной интервал оказания медицинской помощи до экстренного оперативного вмешательства. Статистический анализ выполнен с использованием пакета компьютерных программ *Excel 7.0 (MS)*. Определялись абсолютные и относительные величины, средние величины и стандартное отклонение, медиана, 25 и 75 квартили. Достоверность полученных данных подтверждалась с помощью критериев Колмогорова-Смирнова, Манна-Уитни, Стьюдента, критерия  $\chi^2$ . В ходе исследования соблюдались основные положения биомедицинской этики.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По нашим данным, торакоабдоминальная травма составляет 4,4% от общего числа механических травм и до 21,5% – от числа сочетанных травм среди госпитализированных пациентов.

Среди 107 судебно-медицинских экспертиз трупов погибших на догоспитальном этапе, основной причиной смерти которых явились сочетанные травмы, повреждения диафрагмы выявлены у 17 (15,9%) пострадавших. Таким образом, догоспитальная летальность у пострадавших с травмами диафрагмы за анализируемый период составила 21,8% (17 человек), а общая – 25,6% (20 пациентов). Средний возраст пострадавших составил  $43,5 \pm 12,6$  года, что не имеет достоверных различий с госпитализированными пациентами ( $38,7 \pm 12,2$  года,  $p > 0,05$ ). Среди погибших на догоспитальном этапе, как и в целом в выборке, преобладали мужчины – 12 (70,6%) человек. По данным судебно-химической экспертизы, алкоголь в крови обнаружен у 3 (17,6%) погибших, что достоверно ниже частоты встречаемости признаков алкогольного опьянения у доставленных в специализированный стационар – 183 (75,0%) пострадавших ( $\chi^2 = 25,5$ ,  $p < 0,01$ ). Основными причинами смертельных травм в танатогенезе на догоспитальном этапе, по заключению судебно-медицинских экспертиз, явились геморрагический шок – в 9 (52,9%) случаях и закрытая травма грудной клетки – у 8 (47,1%) пострадавших.

Среди доставленных в специализированный стационар пострадавших с торакоабдоминальными травмами встречались как мужчины – 201 (82,4%) пациент, так и женщины – 43 (17,6%). Тенденция к преобладанию пациентов мужского пола наблюдалась во всех возрастных группах, но с увеличением возраста разница уменьшалась.

Средний возраст пациентов с торакоабдоминальными травмами составил  $35,9 \pm 10,1$  года. При этом мужчины в среднем были моложе женщин ( $34,7 \pm 9,4$  и  $41,3 \pm 12,1$  года соответственно) ( $\lambda = 1,58$ ,  $p = 0,01$ ). В динамике наблюдалось увеличение среднего возраста женщин за 2010–2016 гг. на 50,8%, мужчин – на 12,1% ( $t = 5,1$ ,  $p < 0,05$ ).

Основная часть пострадавших являлись жителями городов республики – 210 (86,1%) человек, только 34 (13,9%) пациента – сельскими жителями. На момент получения травмы проживали в городе Ижевске 206 (98,1%) пациентов, место жительства троих пострадавших осталось неизвестным. Наибольшее количество пострадавших доставлено из Ленинского района города – 59 (29,1%) человек.

Ранения, как наиболее частая причина торакоабдоминальных травм, выявлены у 227 (93,0%) пациентов, закрытые травмы – у 17 (7,0%) пострадавших. При ранениях основным ранящим предметом явился нож – 203 (83,2%) пациента.

Пик поступления пациентов с торакоабдоминальными травмами наблюдался в феврале и январе – 28 (11,5%) и 27 (11,1%) пострадавших соответственно, наименьшее количество – в ноябре и декабре – по 16 (6,6%) больных. При изучении эпидемиологических особенностей для оценки тяжести травм при поступлении в стационар использовалась шкала *ISS*. Установлено, что пациенты с наиболее тяжелыми травмами поступали в специализированный стационар в июне –  $24,6 \pm 6,7$  балла по шкале *ISS*, с наименее тяжелыми – в ноябре –  $18,0 \pm 7,3$  балла ( $U = 88$ ,  $p < 0,05$ ). Анализ времени поступления пациентов в специализированный стационар показал, что преобладающее число больных поступало в ночные часы (с 20.00 до 4.00), минимальное – в утренние.

Пациенты с наиболее тяжелыми травмами ( $25,25 \pm 2,98$  балла) поступали в период времени с 4:00 до 8:00, с наименее тяжелыми травмами ( $16,8 \pm 7,0$  баллов) – с 8:00 до 12:00. Время доставки пациентов бригадой скорой медицинской помощи (БСМП) в приемный покой специализированного стационара не имело существенных различий на протяжении суток и находилось в пределах «золотого часа». Между тем, самое короткое время доставки зафиксировано в период с 12:00 до 16:00 часов ( $43 [40–46]$  минуты), а длительное –  $56 [52,5–65]$  минут – в период с 8:00 до 12:00 часов. При этом не установлено зависимости между тяжестью травмы по шкале *ISS* и длительностью транспортировки пациентов ( $r = 0,08$ ,  $p < 0,05$ ).

По результатам анализа эпидемиологических данных и перечисленных выше показателей были установлены временные интервалы, когда требуется выделение «резервных» коек для госпитализации пациентов с торакоабдоминальными травмами, поступающих по экстренным показаниям. Учитывая рост числа пациентов в январе и феврале на 44,7% по сравнению с другими месяцами года, в этот период необходимо увеличение числа коек для экстренных пациентов на 50%.

**Вывод.** Среди пострадавших с торакоабдоминальными травмами преобладали мужчины трудоспособного возраста (средний возраст  $35,9 \pm 10,1$  года), большинство из которых на момент поступления в специализированный стационар имели признаки алкогольного опьянения (75,0%). Основное число пациентов поступали в период с 20:00 до 24:00 часов в январе и феврале месяце. Именно в это время необходимо перераспределить койки в сторону увеличения числа для экстренной госпитализации.

При этом самые тяжелые травмы выявляются в июне ( $24,6 \pm 6,7$  балла по шкале *ISS*) и в утренние часы – с 4:00 до 8:00. Время доставки пострадавших БСМП в приемный покой специализированного стационара после приема вызова находится в пределах «золотого часа».

*Список литературы:*

1. **Агаларян, А.Х.** Особенности диагностики и хирургического лечения поврежденной диафрагмы у пострадавших с политравмой / А.Х. Агаларян // Политравма. – 2015. – № 1. – С. 29–41.
2. **Гаджиев, Ш.А.** Диагностика и хирургическое лечение травм грудной клетки и живота с повреждением диафрагмы: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ш.А. Гаджиев. – Великий Новгород, 2011. – 20 с.
3. **Корженевский, В.К.** Торакоабдоминальная травма: походы к стандартизации, лечебно-диагностический алгоритм / В.К. Корженевский // Медицина-Урал. – 2013. – № 3. – С. 15–17.
4. **Кукушкин, А.В.** Торакоабдоминальные ранения / А.В. Кукушкин // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2011. – Т. 16, № 1. – С. 39–45.

5. Медико-социальные особенности женщин с торакоабдоминальными травмами / Э.П. Сорокин [и др.] // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т. 16, № 5. – С. 1323–1325.

6. Социальный портрет пострадавших с сочетанной травмой / Э.П. Сорокин [и др.] // Политравма. – 2015. – № 1. – С. 23–28.

7. **Хлиян, Х.Е.** Хирургическая тактика у пострадавших с торакоабдоминальными травмами / Х.Е. Хлиян, В.А. Саркисян, Е.В. Андреев // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2014. – Т. 9, № 1. – С. 102.

8. An easily overlooked cause of mortality in trauma: rupture of diaphragm / F. Taskesen [et al.] // Ann Ital Chir. – 2016. – № 87. – P. 225–229.

9. Laparoscopy in the diagnosis and repair of diaphragmatic injuries in left-sided penetrating thoracoabdominal trauma: Laparoscopy in trauma [Электронный ресурс] / M. Mjoli [et al.] // Surg Endosc. – 2014. – Режим доступа: <http://PMID:25125096>. – [Заглавие с экрана] (дата обращения: 06.07.2017).

10. Traumatic diaphragmatic injuries: epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects / O. Thiam [et al.] // Springerplus. – 2016. – 5 (1). – P. 1614.

УДК 334.724.2:613.8

*С. А. Сидельников<sup>1</sup>, Н. Г. Коршевер<sup>2</sup>*

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» МЗ РФ, Россия

<sup>1</sup>Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф

<sup>2</sup>Кафедра общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины)

## МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СТРУКТУР И ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В БОРЬБЕ С НАРКОТИКАМИ, АЛКОГОЛЕМ, ТАБАКОКУРЕНИЕМ

**Сидельников Сергей Алексеевич** – заведующий кафедрой кандидат медицинских наук, доцент; 410012, г. Саратов, ул. Большая Казачья, 112, тел.: 8 (927)224-72-13, e-mail: [ssidelnikov@mail.ru](mailto:ssidelnikov@mail.ru); **Коршевер Натан Григорьевич** – профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор

*В статье исследованы возможности межсекторального взаимодействия государственных структур и общественных организаций в борьбе с наркотиками, алкоголем, табакокурением.*

**Ключевые слова:** наркотики; алкоголь; табакокурение; здоровье; население; заинтересованные секторы

*S.A. Sidelnikov<sup>1</sup>, N.G. Korshever<sup>2</sup>*

Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky, Russia

<sup>1</sup>Department of Mobilization Training and Disaster Medicine

<sup>2</sup>Department of Public Health and Health Care Service (with courses in medical law and history of medicine)

## INTERACTION BETWEEN THE SECTORS OF GOVERNMENT INSTITUTIONS AND PUBLIC ORGANIZATIONS IN FIGHTING WITH NARCOTICS, ALCOHOL, TOBACCO SMOKING

**Sidelnikov Sergey Alekseyevich** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department; 112 Bolshaya Kazachya St., Saratov 410012, tel.: 8 (927)224-72-13, e-mail: [ssidelnikov@mail.ru](mailto:ssidelnikov@mail.ru); **Korshever Natan Grigoryevich** – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department

*The article studies the possibilities for interaction between sectors of government institutions and public organizations to fight narcotics, alcohol, tobacco smoking.*

**Key words:** narcotics; alcohol; tobacco smoking; health; population; sectors concerned

Образ жизни (определенный вид жизнедеятельности) во многом обуславливает состояние здоровья человека и включает семь основных составляющих (детерминант): качество питания, физическую активность, табакокурение, употребление алкоголя и наркотиков, сексуальное поведение, медицинскую активность [3, 4, 5,

6]. Установлено, что употребление наркотиков наиболее значимо (8,31 балла) по 10-балльной шкале, достаточно важны табакокурение (7,14) и употребление алкоголя (7,07) [1].

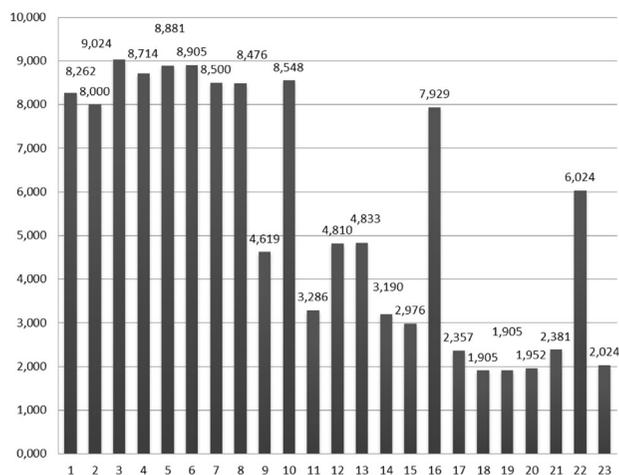
В работе [2] борьба с наркотиками, алкоголем, табакокурением определена в качестве информативного вектора оценки успешности охраны

здоровья населения, который предполагает проведение комплекса мероприятий: установление фактических масштабов распространения наркотиков, алкоголизма и табакокурения; разработку и реализацию в учебных заведениях программы профилактики курения, потребления алкоголя, различных наркотических и психоактивных веществ детьми, подростками, молодыми людьми; создание социально неприемлемого имиджа употребления алкоголя, табакокурения, наркомании в обществе; создание единой сети центров профилактики наркозависимости и формирование групп волонтеров по борьбе с наркоманией; осуществление мер, направленных на ограничение рекламы курения, пива и других алкогольных напитков, развитие антирекламы; осуществление экономических мер, направленных на борьбу с наркотиками, алкоголем и табакокурением; осуществление защиты прав некурящих на чистый воздух; организацию системы медико-психологической помощи желающим бросить курить, употреблять алкоголь, наркотики; осуществление таможенных мер, направленных на борьбу с наркотиками, алкоголем и табакокурением. Данные мероприятия должны проводить различные секторы государства и общества, заинтересованные в охране здоровья населения.

**Цель исследования:** возможности межсекторального взаимодействия государственных структур и общественных организаций в борьбе с наркотиками, алкоголем, табакокурением.

**Материалы и методы исследования.** Анализировались результаты анонимного анкетирования 136 врачей, проходивших усовершенствование на факультете повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского (СГМУ) по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». Значимость влияния заинтересованных в охране секторов на информативный вектор определялась по 10-балльной шкале (8–10 баллов – имеет существенное значение; 4–7 баллов – важное значение; 2–4 балла – имеет значение; 0–1 балл – не имеет значения).

**Результаты исследования и их обсуждение.** На рисунке представлен показатель значимости влияния заинтересованных в охране здоровья секторов государства и общества на информативный вектор оценки успешности «Борьбы с наркотиками, алкоголем, табакокурением».



1. Администрация территории (аппарат главы администрации)
2. Депутаты думы территории
3. Средства массовой информации и печати
4. Здравоохранение
5. Сфера образования
6. Сфера молодежной политики, физической подготовки, спорта и туризма
7. Общественные организации
8. Органы внутренних дел и прокуратура
9. Военный комиссариат
10. Сфера социального развития
11. Сфера охраны окружающей среды и природопользования
12. Сфера финансов
13. Сфера обеспечения безопасности жизнедеятельности населения
14. Промышленность и энергетика
15. Сельское хозяйство
16. Сфера торговли
17. Лесное хозяйство
18. Охотничье хозяйство и рыболовство
19. Транспорт
20. Дорожное хозяйство
21. Ветеринария
22. Сфера культуры
23. Строительство и жилищно-коммунальное хозяйство

**Рис.** Показатель значимости влияния заинтересованных в охране здоровья секторов на информативный вектор «Борьба с наркотиками, алкоголем, табакокурением»

Из данных, представленных на рисунке, следует, что из 23 заинтересованных в охране здоровья секторов значимо влияют на информативный вектор «Борьба с наркотиками, алкоголем, табакокурением» 17. Наиболее значимо (более 7 баллов) могут влиять на уровень рассматриваемого вектора следующие секторы: «Средства массовой информации», «Сфера молодежной политики, физической подготовки, спорта и туризма»; «Сфера образования»; «Здравоохранение»; «Сфера социального развития», «Общественные организации»; «Органы внутренних дел и прокуратура»; «Администрация территории (аппарат главы администрации)»; «Депутаты думы территории»; «Сфера торговли». Практически не оказывают влияния такие секторы, как «Лесное хозяйство», «Охотничье хозяйство и рыболовство», «Транспорт», «Дорожное хозяйство», «Ветеринария», «Строительство и жилищно-коммунальное хозяйство».

**Вывод.** Полученные данные могут быть использованы при осуществлении межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения.

*Список литературы:*

1. **Коршевер, Н.Г.** Исследование детерминант здоровья и влияния на них заинтересованных секторов / Н.Г. Коршевер, С.А. Сидельников // Медицинский вестник Башкортостана. – 2013. – Т. 8, № 1. – С. 9–12.
2. **Коршевер, Н.Г.** Критериально-диагностический инструментарий охраны здоровья населения и борьба с употреблением наркотиков, алкоголя и табакокурением / Н.Г. Коршевер, С.А. Сидельников, О.М. Кузнецов // Единый всероссийский научный вестник. – 2016. – № 5. – Ч. 1. – С. 77–80.

3. **Коршевер, Н.Г.** Секторы, заинтересованные в охране здоровья населения, и пропаганда здорового образа жизни / Н.Г. Коршевер, С.А. Сидельников, Ю.В. Карагаичева // Взаимодействие науки и общества: проблемы и перспективы: сборник статей по итогам Международной научно-практической конференции: в 3 ч. – Стерлитамак: АМИ, 2017. – Ч. 3. – С. 53–56.

4. **Лисицын, Ю.П.** Здоровый образ жизни. История и современность / Ю.П. Лисицын. – М.: НИИ истории медицины РАМН, 2012. – 136 с.

5. **Лисицын, Ю.П.** Образ жизни и здоровье / Ю.П. Лисицын. – М.: МГМСУ, 2011. – 192 с.

6. **Коршевер, Н.Г.** Меры медицинского характера и межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья населения / Н.Г. Коршевер, С.А. Сидельников // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 4. – С. 41. – Режим доступа: URL: <http://www.science-education.ru/article/view?id=24929> (дата обращения: 11.02.2018).

УДК 615.4:61:658.77

А. В. Оксюзян<sup>1</sup>, И. В. Перевозчикова<sup>2</sup>, Е. А. Перевозчикова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика  
Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности

<sup>2</sup>БУЗ УР «Стоматологическая поликлиника № 3 МЗ УР», г. Ижевск

## К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА МЕДИКАМЕНТОВ И МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

Оксюзян Артур Валериевич – доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; Перевозчикова Ирина Владимировна – главная медицинская сестра; 426069, г. Ижевск, ул. 30 лет Победы, 32 а, тел.: 8 (3412)59-60-43, e-mail: muzsp3@gambler.ru; Перевозчикова Екатерина Александровна – студент

*В основе персонафицированного учета медикаментов лежит применение компьютерных технологий, позволяющих сделать прозрачность движения медикаментов и медицинских изделий с момента поступления в медицинскую организацию до списания на конкретного пациента, с возможностью контроля на любом этапе. Это дает возможность увидеть в режиме реального времени, какие лекарства и расходные материалы, в каком количестве тратятся на лечение каждого пациента.*

**Ключевые слова:** персонафицированный учет; медицинские изделия; медикаменты

A.V. Oksuzyan<sup>1</sup>, I.V. Perevozchikova<sup>2</sup>, E.A. Perevozchikova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic  
Department of Disaster Medicine and Health and Safety

<sup>2</sup>Stomatological Polyclinic No. 3, Izhevsk

## ON THE ISSUE OF THE ORGANIZATION OF PATIENT-SPECIFIC RECORD OF MEDICINES AND MEDICAL DEVICES

Oksuzyan Artur Valerievich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; Perevozchikova Irina Vladimirovna – nurse manager; 32a, 30 Let Pobedy St., Izhevsk 426069, tel.: 8 (3412) 59-60-43 e-mail: muzsp3@rambler.ru; Perevozchikova Ekaterina Aleksandrovna – student

*Patient-specific record of medicines is based on the use of computer technologies that allow us to make movement of medicines and medical devices transparent from the moment they are received by a medical organization to the moment they are written off for a specific patient; monitoring is possible at any stage. This provides an opportunity to see in real time what medicines and consumable supplies, in what quantities are spent for the treatment of each patient.*

**Key words:** patient-specific record; medical devices; medicines

Организация персонафицированного учета медикаментов и медицинских изделий в стоматологических поликлиниках Удмуртской Республики является одной из важных организационных задач.

Учет в целом позволяет проводить анализ:

- затрат на медицинское обеспечение в ходе оказания стоматологической помощи, оказы-

ваемой как за счет средств ОМС, так и за счет средств от приносящей доход деятельности;

- выполненных работ для формирования экономической заинтересованности в результатах труда [5];

- обеспеченности медицинского учреждения медикаментами и медицинскими изделиями [4].

**Цель исследования:** оценка организации персонифицированного учета медикаментов и медицинских изделий.

**Материалы и методы исследования.** С момента вступления в силу Приказа Министерства здравоохранения Удмуртской Республики (МЗ УР) от 28.12.2012 г. № 924 «Об организации персонифицированного учета лекарственных препаратов в медицинских организациях УР» в БУЗ УР «Стоматологическая поликлиника № 3 МЗ УР» (СП № 3) внедрена программа «Персонифицированный учет медикаментов в ЛПУ» [1]. Данная программа разработана в Республиканском медицинском информационно-аналитическом центре Министерства здравоохранения Удмуртской Республики и предназначена для использования в медицинской организации в качестве программного инструмента на всех уровнях прихода и отпуска медикаментов. На основании Постановления Правительства УР от 29.12.2015 г. № 579 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории УР» в соответствии с приложениями № 3, 10; Приказа МЗ СССР от 12.06.1984 г. № 670 «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению»; инструкций по применению пломбирочных материалов и расходами, определенными эмпирическим путем (опыты проведены с использованием весов, мерных цилиндров, пипеток, дозаторов) в поликлинике внесены изменения в действующий формуляр лекарственных средств, пломбирочных материалов, медицинских изделий, расходных материалов, введены нормы расхода по нозологическим формам на посещение одного пациента и на всю рабочую смену [2,3].

**Результаты исследования и их обсуждение.** В лечебных кабинетах поликлиники организовано 9 рабочих мест, оснащенных персональными компьютерами (ПК), создана единая компьютерная сеть. В процессе внедрения персонифицированного учета медикаментов методом анкетирования проведен анализ оценки уровня компьютерной грамотности сотрудников. 29 медицинских сестер вне зависимости от возраста и стажа работы (средний возраст – 46 лет, стаж работы – 22 года) ранее пользовались компьютером – 55%; не обучались ранее работе на компьютере – 86%; считали, что владение компьютером необходимо – 85%; были сложности

в освоении программы «Персонифицированный учет медикаментов» у 68%; отмечали, что с введением программы появилось больше времени для работы с врачом и пациентом – 86%.

В настоящее время в СП № 3 МЗ УР списание медикаментов проводится на трех уровнях: 1 уровень – «аптечный склад медицинской организации»: главная медсестра заносит информацию о поступлении медицинского имущества, 2 уровень – «отделения в поликлинике». Старшей медсестрой проводится выдача в кабинеты лекарственных средств, перевязочного материала и других медицинских средств в лечебные кабинеты согласно требованиям, оформленным медсестрами. 3 уровень – выдача медикаментов в кабинетах медсестрами на конкретного пациента согласно нозологической форме на одно посещение, расходных и вспомогательных материалов за рабочую смену.

Следует отметить, что функционирование данной программы обеспечивает:

- регистрацию поставок медикаментов и их расход на всех уровнях;
- контроль движения медикаментов, как в количественных характеристиках, так и по ценовой категории, что позволяет прогнозировать финансовые затраты;
- контроль на фальсифицированность медикаментов и их списание по другим причинам;
- формирование заявок на медикаменты от нижестоящего на вышестоящий уровень;
- анализ медикаментозного лечения на приеме у врача;
- возможность персонифицированной информации о медикаментах: наименование, количество, стоимость;
- контроль за целевым использованием финансовых средств;
- контроль движения медикаментов и фактических остатков в поликлинике;
- контроль сроков годности, серии лекарственных форм и детализацию при проведении инвентаризации на складе медицинской организации.

В процессе реализации персонифицированного учета выявились новые проблемы в организации работы среднего медицинского персонала. Одна из них основана на том, что рабочий день медицинской сестры в поликлинике составляет 7 часов 42 минуты. Количество посещений в смену у врача-стоматолога-хирурга – 15 пациентов, а у врача-стоматолога-тера-

певта – 10 человек. Одна медицинская сестра работает одновременно в смену с несколькими врачами и должна списать медикаментов на 30–40 пациентов за рабочий день. При этом, в кабинетах организовано одно рабочее место, оснащенное компьютером, что увеличивает затраты времени до 1,5 часов в смену. В течение месяца средний медицинский персонал обучался главной и старшей медсестрой работе на ПК с программным обеспечением. Была проведена его корректировка по лекарственным средствам и медицинскому имуществу, используемому на стоматологическом приеме (всего более 1100 наименований). По мере освоения средним медицинским персоналом информационной системы время списания уменьшилось до 40 минут. Проведя сравнительный анализ финансовых затрат на приобретение медикаментов и расходного материала за 2015–2017 год по сравнению с аналогичным периодом 2012–2014 гг, установлено снижение затрат на 10%.

Недостатками в программном обеспечении в ходе работы с данной информационной системой явилось, во-первых, отсутствие единой системы электронного документооборота. От большинства поставщиков приходит счет-фактура и накладная только в бумажном варианте, вследствие этого возникает проблема с версиями документов; во-вторых, отсутствует связь с бухгалтерией через программу 1-С.

**Вывод.** Таким образом, поэтапное внедрение персонифицированного учета медикаментов и медицинских изделий дает возможность увидеть

в режиме реального времени, какие лекарства и расходные материалы, в каком количестве затрачиваются на лечение каждого пациента. Внедряя данную систему, легко проконтролировать их движение, что является необходимым условием для организации эффективного ресурсосберегающего менеджмента в системе здравоохранения. Однако выявленные недостатки требуют доработки данной методики персонифицированного учета медикаментов и медицинских изделий.

#### Список литературы:

1. «Об организации персонифицированного учета лекарственных препаратов в медицинских организациях УР»: Приказ Министерства здравоохранения Удмуртской Республики от 28.12.2012 г. № 924.
2. «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории УР»: Постановление Правительства УР от 29.12.2015 г. № 579.
3. «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению»: Приказ МЗ СССР от 12.06.1984 г. № 670.
4. «Об утверждении правил регистрации операции, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, включенных в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, в специальных журналах учета операции, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, и правил ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения»: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 июня 2013 года № 378 н.
5. «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта»: Приказ МЗ РФ от 19 декабря 2016 года N 973 н.

УДК 614.8.01:614.21

С. А. Зыкина<sup>1</sup>, Е. Ю. Шкатова<sup>1</sup>, Г. Г. Халиуллина<sup>2</sup>, А. Б. Зарипов<sup>3</sup>

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика

<sup>1</sup>Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности

<sup>2</sup>Кафедра хирургических болезней с курсом анестезиологии и реаниматологии ФПК и ПП

<sup>3</sup>Лечебный факультет

## ГОТОВНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ УДМУРТИИ К ДЕЙСТВИЯМ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

**Зыкина Светлана Авенировна** – старший преподаватель кафедры кандидат медицинских наук; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281; тел: 8 (922)683-29-39, e-mail: svzykina@yandex.ru; **Шкатова Елена Юрьевна** – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, доцент; **Халиуллина Гулия Газинуровна** – ординатор кафедры; **Зарипов Айрат Булатович** – студент

*В работе представлены результаты исследования готовности медицинских организаций Удмуртии к функционированию в чрезвычайных ситуациях. Выявлены проблемы, касающиеся вопросов управления медицинскими организациями, идентификации пациентов, их сортировки и транспортировки. Для решения данной проблемы требуется совместная работа Минздрава республики, территориального центра медицины катастроф и Ижевской государственной медицинской академии.*

**Ключевые слова:** чрезвычайная ситуация; медицинская организация; медицина катастроф

S.A. Zykina<sup>1</sup>, E.Yu. Shkatova<sup>1</sup>, G.G. Khaliullina<sup>2</sup>, A.B. Zaripov<sup>3</sup>

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

<sup>1</sup>Department of Disaster Medicine and Health and Safety

<sup>2</sup>Department of Surgical Diseases with a Course in Anesthesiology and Resuscitation of the Faculty of Advanced Training for Doctors

<sup>3</sup>Faculty of General Medicine

## READINESS OF MEDICAL ORGANIZATIONS OF THE UDMURT REPUBLIC FOR ACTIONS IN EMERGENCY SITUATIONS

Zykina Svetlana Avenirovna – Candidate of Medical Sciences, senior lecturer; 281 Kommunarov St., Izhevsk 426034; tel.: 8 (922) 683-29-39, e-mail: svzykina@yandex.ru; Shkatova Elena Yurievna – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the department; Khaliullina Guliya Gazinurovna – resident; Zaripov Ayrat Bulatovich – student

*The paper presents the results of studying the readiness of medical organizations of Udmurtia to function in emergency situations. The problems concerning management of medical institutions, identification of patients, their triage and transportation have been revealed. To solve this problem, the joint work of the Ministry of Health of the Republic, the territorial disaster medicine center and Izhevsk State Medical Academy is required.*

**Key words:** emergency situation; medical organization; disaster medicine

Ежегодно в России возникают техногенные, природные и биолого-социальные чрезвычайные ситуации (ЧС), которые приводят не только к материальным потерям, но и к гибели и инвалидности людей. В Российской Федерации по данным причинам ежегодно погибает от 400 до 800 человек, а пострадавшими становятся десятки тысяч человек [5]. Значительную часть среди пострадавших составляют лица с различными по виду и тяжести нарушениями здоровья, что относится к медико-санитарным последствиям ЧС.

В зависимости от масштаба ЧС к ликвидации ее медико-санитарных последствий привлекаются силы и средства Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК) различного уровня, а также могут быть привлечены силы и средства Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В распоряжении организации имеется более 60 бригад медиков из 25 стран мира [3], классифицированных для оказания медицинской помощи, необходимой для ликвидации последствий ЧС, в том числе полевой многопрофильный госпиталь Всероссийского центра медицины катастроф «Защита». Однако первыми оказывают помощь пострадавшим медицинские организации (МО), находящиеся на территориях где произошла ЧС, или рядом с ними: стационары, поликлиники, станции скорой медицинской помощи, территориальные центры медицины катастроф. Ликвидация медико-санитарных последствий ЧС может происходить в условиях недостатка сил и средств медицинской организации и формирований ВСМК при увеличившейся потребности пострадавших в медицинской помощи. Улучшить деятельность МО и снизить негативное влияние ряда факторов

поможет заблаговременная подготовка ее к работе в условиях ЧС. Данной проблеме уделяется внимание как в нашей стране, так и за рубежом [2,3,4]. Так, специалистами ВЦМК «Защита» разработан проект методических рекомендаций «Оценка состояния готовности Всероссийской службы медицины катастроф на региональном, муниципальном и объектовом уровнях». Специалистами ВОЗ разработан опросник для оценки готовности МО к ЧС, позволяющий выявить их проблемы. В Удмуртской Республике (УР) возможно возникновение ЧС различного масштаба, следовательно, необходима оценка готовности МО к действиям в условиях ЧС.

**Цель исследования:** выявить проблемные аспекты готовности медицинских организаций Удмуртской Республики к работе в условиях чрезвычайных ситуаций.

**Материалы и методы исследования.** Для решения поставленной задачи сотрудниками Минздрава УР и кафедры медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВО «Ижевской государственной медицинской академии» Минздрава России проведено анкетирование специалистов МО, ответственных за медицину катастроф и гражданскую оборону, по «Контрольному вопросу для оценки готовности больниц к ЧС», разработанному ВОЗ ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017)), терминологически адаптированному для местных условий. Вопросник состоит из девяти разделов: «Управление больницей в ЧС», «Коммуникации», «Безопасность и защищенность», «Сортировка больных», «Работа с повышенной нагрузкой», «Бесперебойная работа основных служб», «Кадровые ресурсы», «Ло-

гистика и управление запасами», «Восстановление после бедствия», включающих 90 вопросов. Уровень готовности к решению поставленной задачи оценивался в баллах: один балл – ответ «Ожидает выполнения», два балла – «В процессе выполнения», три балла – «Выполнено». При ответе на вопросы по разделам респондент мог получить максимально «три балла», минимально – «один балл». Статистическая обработка материалов проводилась с помощью программы *Microsoft Excel*. Анкеты были разосланы в 78 медицинских организаций, подведомственных Минздраву Удмуртии, возвращено 48 анкет. Из них пригодными для обработки были 46 (33 анкеты из городских МО, 13 – из сельских).

#### Результаты исследования и их обсуждение.

Уровень готовности МО Удмуртии к ликвидации ЧС по всем разделам составил  $2,22 \pm 0,45$  балла, минимальное значение – 1,44 балла, максимальное – 3,00 балла. Наибольшие баллы получены по разделам «Управление больницей» и «Коммуникации» ( $2,60 \pm 0,31$  и  $2,46 \pm 0,37$  балла соответственно), минимальные – по разделам «Кадры» и «Восстановление после ЧС» ( $1,95 \pm 0,49$  и  $1,72 \pm 0,33$  балла соответственно). В разделе «Управление больницей в ЧС» наименьшее количество баллов получено по разделам знание национальных и международных документов, связанных с управлением деятельности больниц в ЧС ( $2,15 \pm 0,38$  балла). В разделе «Коммуникации» худшими были показатели, отражающие разработку механизмов сбора, обработки и предоставления информации всем заинтересованным сторонам ( $2,30 \pm 0,39$  балла). Ответы на вопросы раздела «Безопасность и защищенность» выявили проблемы по выделению территорий/помещений для отделения специальной обработки ( $1,86 \pm 0,23$ ), а также по обеспечению надежного способа идентификации сотрудников больницы, пациентов и посетителей ( $2,0 \pm 0,35$  балла). В разделе «Сортировка больных» наиболее не разработанными явились вопросы, касающиеся протокола сортировки пациентов при массовом поступлении ( $1,83 \pm 0,34$  балла), методов маркировки пациентов ( $1,73 \pm 0,29$  балла). В разделе «Работа с повышенной нагрузкой» отмечены затруднения с разработкой плана по обращению с телами умерших ( $1,71 \pm 0,37$  балла), а также с определением потенциальных проблем в предоставлении медицинской помощи. В разделе «Бесперебойная работа основных служб» выявлены нерешенные вопросы по обеспечению

больницы продуктами и водой в условиях ЧС ( $1,94 \pm 0,36$  балла). В разделе «Кадровые ресурсы» отмечены затруднения по набору и обучению дополнительных сотрудников в соответствии с предполагаемыми потребностями, передачи им части полномочий и ответственности ( $1,34 \pm 0,31$  балла). В разделе «Логистика и управление запасами» актуальным являлся вопрос по стратегии транспортировки пациентов для обеспечения их бесперебойной перевозки ( $1,95 \pm 0,26$  балла). В разделе «Восстановление после бедствия» наименьшее число баллов ( $1,37$ ) получено по вопросу о разработке программы психологического и физического восстановления сотрудников после ЧС.

**Вывод.** Таким образом, в целом медицинские организации, подведомственные Минздраву Удмуртской Республики, готовы к работе в условиях ЧС, однако большой разброс значений итоговых результатов говорит о наличии нерешенных вопросов и различной степени готовности МО, что требует отдельного детального анализа по каждой медицинской организации. Выявленные в результате анкетирования проблемные вопросы требуют углубленного изучения и разработки и корректировки учебной программы по преподаванию актуальных вопросов медицины катастроф для врачей в системе непрерывного медицинского образования на кафедре медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности Ижевской государственной медицинской академии, а также производственных планов по обучению медицинских работников медицинских организаций актуальным вопросам мобилизационной подготовки здравоохранения и гражданской обороны, в том числе в территориальном центре медицины катастроф.

#### Список литературы:

1. Богодаров, М. Ю. Организация работы приемного отделения больницы в чрезвычайных ситуациях / М. Ю. Богодаров, С. Л. Соков, Ю. М. Шефер. – М.: РУДН, 2010. – 116 с.
2. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В. И. Стародумова [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 624 с.
3. Новая Программа ВОЗ по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения [Эл. ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/features/qa/health-emergencies-programme/ru/>. Дата обращения 04.03.2018 г.
4. Оценка состояния готовности Всероссийской службы медицины катастроф на региональном, муниципальном и объектовом уровнях: методические рекомендации / Проект ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита». – М., 2016. – Режим доступа: [http://www.vcmk.ru/metod\\_rek/proekt/metod\\_rec\\_ocenka\\_gotov.pdf](http://www.vcmk.ru/metod_rek/proekt/metod_rec_ocenka_gotov.pdf). Дата обращения 04.03.2018 г.
5. Статистика. Чрезвычайные ситуации [Эл. ресурс]. – Режим доступа: [http://www.mchs.gov.ru/activities/stats/CHrezvichajnie\\_situacii](http://www.mchs.gov.ru/activities/stats/CHrezvichajnie_situacii). Дата обращения 04.03.2018 г.

УДК 614.86:616-001.3-036.88 (470.51)

*И. С. Мельникова, Е. Ю. Шкатова*

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика  
Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности

## СМЕРТНОСТЬ ПРИ ТРАНСПОРТНОМ ТРАВМАТИЗМЕ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

**Мельникова Ирина Сергеевна** – аспирант кафедры; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (982) 828-06-43, e-mail: Irina.mel.s@yandex.ru; **Шкатова Елена Юрьевна** – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, доцент

*В статье проведен анализ показателей смертности в результате дорожно-транспортных происшествий в Удмуртской Республике за 2011–2016 гг.*

**Ключевые слова:** дорожно-транспортные происшествия; смертность; дорожно-транспортный травматизм; дорожный несчастный случай

*I.S. Melnikova, E.Yu. Shkatova*

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic  
Department of Disaster Medicine and Health and Safety

## MORTALITY IN TRAFFIC INJURIES IN THE UDMURT REPUBLIC

**Melnikova Irina Sergeevna** – Postgraduate; 281 Kommunarov St., Izhevsk 426034; tel.: 8 (982) 828-06-43, e-mail: Irina.mel.s@yandex.ru; **Shkatova Elena Yurievna** – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department

*The article analyzes mortality rates from road traffic accidents in the Udmurt Republic in 2011–2016.*

**Keywords:** road traffic accidents; mortality; road traffic injuries; road accident

Дорожно-транспортные травмы отличаются особой тяжестью в связи с большой частотой множественных и сочетанных повреждений, составляющих 50,9% случаев от общего числа пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП), а у погибших – 98,4% [2]. Более 30% погибших в ДТП составляют люди наиболее активного трудоспособного возраста [1,5]. По данным Минздравсоцразвития, в России общая смертность пострадавших в ДТП выше, чем от других травм в 12 раз, инвалидизация – в 6 раз, а потребность в госпитализации – в 7 раз [4,6].

Для разработки мероприятий по снижению смертности от ДТП необходим достоверный и подробный учет статистических данных. В здравоохранении для решения этой задачи используется Международная статистическая классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10), которая является единым нормативным документом для формирования системы учета заболеваемости и смертности. Согласно рекомендациям по кодированию травм при ДТП в соответствии с МКБ-10 от 30.09.2011 г., транспортные несчастные случаи подразделяются на две большие группы: дорожные и недорожные [3].

**Транспортный несчастный случай** – любой несчастный случай, связанный с устройством,

которое предназначено главным образом или используется в данное время для перевозки пассажиров или грузов (МКБ-10, т. 1, ч. 2).

**Дорожный несчастный случай** – это любой несчастный случай, связанный с моторным транспортным средством, произошедший на общественной автомагистрали (т.е. начинающийся, заканчивающийся или частично связанный с нахождением этих средств на автомагистрали).

**Недорожный несчастный случай** – любой несчастный случай, связанный с моторным транспортным средством, произошедший в любом месте, кроме общественной автомагистрали (МКБ-10, т. 1, ч. 2) [3].

**Цель исследования:** изучить показатели смертности в результате дорожно-транспортного травматизма в Удмуртской Республике за 2011–2016 гг.

**Материалы и методы исследования.** Данные о структуре смертности за 2011–2016 гг. получены из баз данных Бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканский медицинский информационно-аналитический центр Министерства здравоохранения Удмуртской Республики». Расчет показателей проведен с помощью вычисления средней арифметической простой, ошибок репре-

зентативности, определение достоверности различий по *t*-критерию Стьюдента (далее – всего).

**Результаты исследования и их обсуждение.**

Дорожно-транспортный травматизм на территории Удмуртской Республики (УР) составляет 67,2% от общего количества травм.

Доля смертельных исходов от дорожно-транспортных случаев за 2011–2016 гг. составила в зависимости от территории (в %):

Село .....	64,5
Город .....	70,2
Всего .....	67,2

За шестилетний период в УР погибло 1165 человек в результате дорожно-транспортных травм, которые входят в структуру несчастных случаев, отравлений и травм, занимающих первое место среди причин смерти населения в трудоспособном возрасте. Среди них жители городов и сельской местности составляют 50,2% и 49,8% соответственно.

По статистическим данным 2016 г. уровень смертности в результате ДТП в УР относительно 2011 г. снизился на 36,0% ( $p < 0,05$ ). Максимальный темп убыли составил 18,1% в 2014 г. В сельской местности смертность от ДТП выше в 2 раза, чем в городе ( $p < 0,05$ ) и динамика имеет волнообразный характер (рис. 1).

В сельской местности в сравнении с городом смертность среди пешеходов и лиц, находившихся в автотранспортном средстве, в результате ДТП в 2 раза выше ( $p < 0,05$ ); пешеходов, пострадавших при наезде железнодорожного транспортного средства в 2,5 раза выше ( $p < 0,05$ ); велосипедистов, мотоциклистов и лиц, находящихся в трехколесном транспортном средстве во время ДТП в 4 раза выше ( $p < 0,05$ ) (рис. 2).

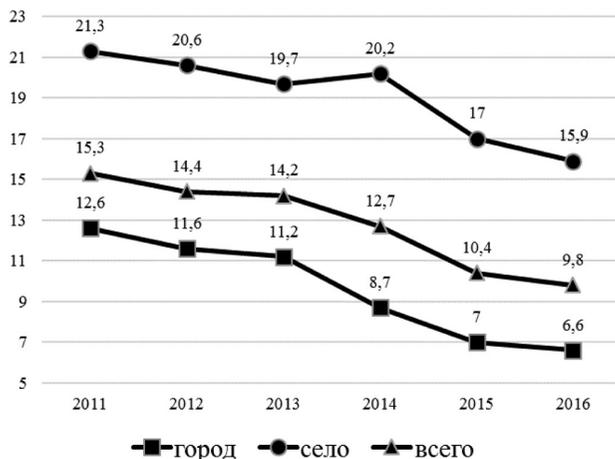


Рис. 1. Динамика смертности в результате дорожно-транспортного травматизма в Удмуртской Республике за 2011–2016 гг., на 100 тыс. населения

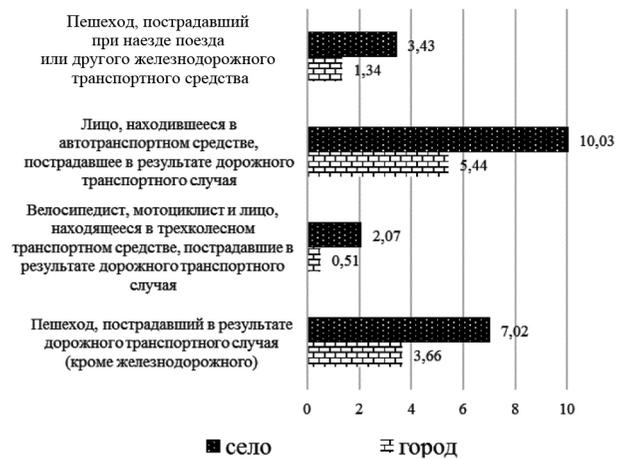


Рис. 2. Особенности в структуре смертности вследствие транспортного травматизма в городской и сельской местности в Удмуртской Республике, на 100 тыс. населения

Смертность в результате ДТП включает в себя 3 категории погибших: пешеход, пострадавший в результате дорожного транспортного случая (кроме железнодорожного); велосипедист (любой), мотоциклист (любой) и лицо, находящееся в трехколесном транспортном средстве, пострадавшие в результате дорожного транспортного случая; лицо, находившееся в автотранспортном средстве, пострадавшее в результате дорожного транспортного случая.

В структуре смертности от ДТП 1-е место занимают лица, находившиеся в автотранспортном средстве (54,5%), на втором месте – пешеходы (37,5%), на третьем – велосипедисты, мотоциклисты либо лица, находящиеся в трехколесном транспортном средстве (8,0%). Смертность лиц, находившихся в автотранспортном средстве во время ДТП в УР за 2011–2016 гг. имеет достоверное снижение за счет городского населения. Максимальный темп убыли составил 24,4% в 2015 г. В сельской местности снижение этого показателя неустойчивое и уровень смертности выше в 2–3 раза, чем в городе ( $p < 0,05$ ) (рис. 3).

Смертность пешеходов в результате ДТП в УР достоверно снижается за счет лиц, проживающих в городах. В сельской местности уровень смертности пешеходов выше в 2,2 ( $p < 0,05$ ) и имеет волнообразное течение (рис. 4).

Показатель смертности велосипедистов и мотоциклистов в УР за анализируемый период находится на одном уровне ( $p > 0,05$ ). Хотя в сельской местности наблюдается достоверное снижение этого показателя и темп убыли в 2015 г. относительно 2011 г. составил 75,0 ( $p < 0,05$ ), их уровень достоверно выше в 4,1 раза в сельской местности, чем в городе ( $p < 0,05$ ) (рис. 5).

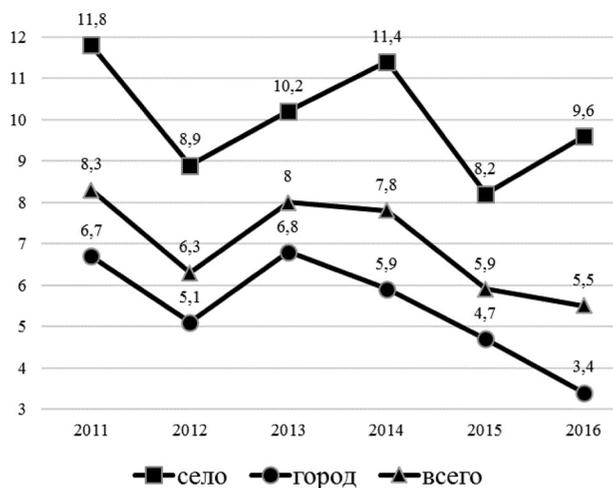


Рис. 3. Динамика смертности лиц, находившихся в автотранспортном средстве во время ДТП, на 100 тыс. населения

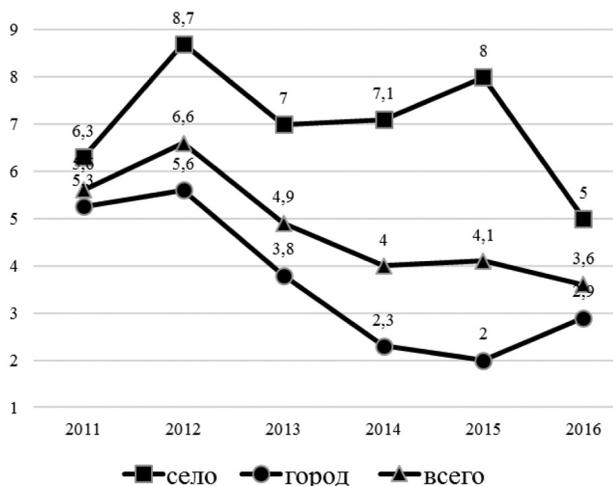


Рис. 4. Динамика смертности пешеходов, погибших в результате ДТП в Удмуртской Республике за 2011–2016 гг., на 100 тыс. населения

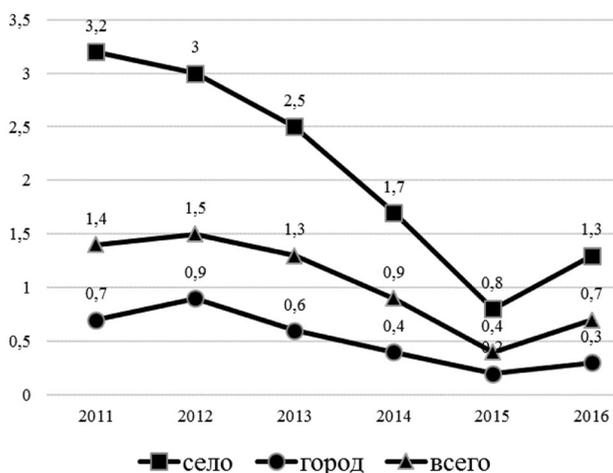


Рис. 5. Динамика смертности велосипедистов и мотоциклистов и лиц, находящихся в трехколесном транспортном средстве, в результате ДТП за 2011–2016 гг. в Удмуртской Республике, на 100 тыс. населения

**Вывод.** Показатель смертности от ДТП в Удмуртской Республике составляет до 67,2% случаев от общего травматизма в УР, входя в структуру основных внешних причин смертности трудоспособного населения. Наиболее часто погибают лица, находившиеся в автомобиле, и пешеходы на дорогах: 54,5% и 37,5% от всех погибших в ДТП, соответственно.

Сложная ситуация складывается в сельской местности, где уровень смертности от дорожно-транспортного травматизма в 2 раза выше, чем в городе ( $p < 0,05$ ), при этом нет динамики к снижению. Это связано со множеством факторов, самым важным из которых является близость сельских населенных пунктов к крупным автомагистралям с высоким скоростным режимом. В связи с чем необходимо уделять большое внимание обучению жителей сельских районов грамотному поведению на дорогах. Также необходимо совершенствовать медицинскую помощь пострадавшим в ДТП вне города за счет организационных, материально-технических, спасательных и медицинских мероприятий.

#### Список литературы:

1. Анализ дорожно-транспортного травматизма у жителей г. Ставрополя / М.И. Ульяновский [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 5. – С. 427–431.
2. Осипов, В.В. Особенности дорожно-транспортного травматизма в регионе и научное обоснование путей уменьшения его медицинских и социально-экономических последствий (на примере Хабаровского края): автореф. дисс. ... канд. мед. наук / В.В. Осипов. – Хабаровск, 2004. – 27 с.
3. Рекомендации по кодированию травм при дорожно-транспортных происшествиях в соответствии с МКБ-10 утвержденные согласно письма Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30.09.2011 № 14–9/10/2–9696 «Об особенностях кодирования травм при дорожно-транспортных происшествиях в соответствии с МКБ-10»
4. Сорокин, Н.Т. Концепция развития автомобильной промышленности России / Н.Т. Сорокин // Автомобильная промышленность. – 2002. – № 7. – С. 1–5.
5. Современные проблемы травматизма / Д.А. Шуркин [и др.] // Актуальные проблемы управления здоровьем населения: юбилейный сборник научных трудов; под общ. ред. И.А. Камаева, В.М. Леванова. – Н. Новгород: Изд-во «Ремедиум Приволжье», 2017. – Вып. X. – С. 137–140.
6. Постановление правительства РФ от 6 ноября 2014 № 1167 о Федеральной целевой программе «Повышение безопасности дорожного движения в 2013–2020 гг.» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: [http://www.fcr-pbdd.ru/about\\_program/index.php](http://www.fcr-pbdd.ru/about_program/index.php) (дата обращения: 27.03.2015)

УДК 616-001.1-022.1:616-089.5-036.88

И. В. Рылов, Э. П. Сорокин, Е. В. Шияева

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика  
Кафедра хирургических болезней с курсом анестезиологии и реаниматологии ФПК и ПП

## АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ

Рылов Илья Владимирович – ординатор; 426063 г. Ижевск, ул. Промышленная, 52, тел.: 8 (3412)66-58-33, e-mail: ilya\_rylov@mail.ru; Сорокин Эдуард Павлович – доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; Шияева Елена Викторовна – врач-анестезиолог-реаниматолог

*На основании анализа медицинских карт стационарных больных с диагнозом сочетанная травма, находившихся на лечении в отделении анестезиологии и реанимации БУЗ УР Первой РКБ МЗ УР за период с 2015 по 2016 г., выявлены факторы риска летального исхода у пациентов с сочетанными травмами.*

**Ключевые слова:** сочетанная травма; летальность; дорожно-транспортное происшествие

I.V. Rylov, E.P. Sorokin, Ye.V. Shilyaeva

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Surgical Diseases with a Course in Anesthesiology and Resuscitation of the Faculty of Advanced Training for Doctors

## ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR FATAL OUTCOME IN PATIENTS WITH COMBINED TRAUMAS IN A RESUSCITATION DEPARTMENT

Rylov Ilya Vladimirovich – Ordinator; 52 Promyshlennaya St., Izhevsk 426063, tel.: 8 (3412)66-58-33; e-mail: ilya\_rylov@mail.ru; Sorokin Eduard Pavlovich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; Shilyaeva Yelena Viktorovna – Anesthesiologist, Resuscitation specialist

*Risk factors for fatal outcome in patients with combined traumas were revealed on the basis of the analysis of medical records of inpatients diagnosed with combined traumas who were admitted to the Department of Anesthesiology and Resuscitation of the Republic Clinical Hospital No.1 over the period 2015–2016.*

**Key words:** combined trauma; fatal outcome; road accidents

Анализ причин летальности позволяет судить о качестве и эффективности лечебно-профилактической работы отделения реанимации и улучшать эти показатели [2, 3, 5]. Основными причинами летальности в первые часы после травмы являются шок и острая массивная кровопотеря. В более позднее время – тяжелые мозговые расстройства и сопутствующие осложнения [1, 2, 6, 7]. Осложнения, ведущие к летальным исходам, носят множественный характер. В последние годы в Удмуртской Республике отмечается неуклонный рост травматизма, связанного с различного рода криминальными травмами, увеличением числа дорожно-транспортных происшествий (ДТП). Неотложные состояния при сочетанной травме объёмны и неоднородны, о чём свидетельствует обширная специальная литература [1]. Эта группа объединяет ряд заболеваний, различных по этиологии и патогенезу, но непременно угрожающих жизни больного и требующих срочных вмешательств, в том числе хирургических [4, 8]. Сочетанная травма признается обществу как острейшая медико-социальная проблема, стоящая в числе приоритетных задач правительств многих стран мира [1, 8].

**Цель исследования** – выявить причины летальных исходов больных травматологического профиля в отделении реанимации.

**Материалы и методы исследования.** Проведено ретроспективное исследование 82 медицинских карт стационарных больных (форма 003/у) с диагнозом сочетанная травма и летальным исходом в отделении анестезиологии и реанимации Первой Республиканской клинической больницы города Ижевска за период с 2015 по 2016 г. У пострадавших учитывали возраст, пол, наличие признаков алкогольного опьянения, причину травмы, тяжесть травмы по шкале *ISS*, в основе которой лежит балльная оценка тяжести повреждения по системе *AIS*, тяжесть состояния по шкале *SAPS II*, осложнения травмы (как инфекционные, так и неинфекционные). Пациенты были разделены на две группы: в первую группу вошли 64 (78%) пострадавших в возрасте до 34 лет, во вторую группу – 18 (22%) человек от 35 лет и старше. Расчет производился с помощью автоматического калькулятора сайта <http://criticare.chat.ru/s-002.html>. Полученные данные подверглись статистической обработке с помощью программ *Microsoft Excel* и «*Statistica 6.0*».

**Результаты исследования и их обсуждение.** Средний возраст пострадавших составил  $26,5 \pm 2,1$  года. В целом среди пациентов с сочетанными травмами преобладают лица мужского пола – 53 (64,6%) человека, лиц женского пола было 29 (35,4%). В первой группе количество мужчин составило 37 (57,8%), женщин – 27 (42,2%). Во второй группе также преобладали мужчины – 16 (88,9%) человек, женщин было 2 (11,1%),  $p < 0,05$ . Во второй группе соотношение мужчин к женщинам на 63,2% больше, чем в первой группе.

Признаки алкогольного опьянения были выявлены у 48 (58,5%) пациентов (37 (69,8%) мужчин и 11 (37,9%) женщин): в первой группе – у 37 (57,8%) человек, во второй группе – у 11 (61,1%).

В 69 (84,1%) случаях причинами тяжелых сочетанных травм были дорожно-транспортные происшествия (ДТП), в 13 (15,9%) – кататравма. В первой группе 51 (79,7%) пациент после ДТП, 13 (20,3%) – после падений с высоты. Все пострадавшие второй группы получили травмы во время ДТП – 18 (100%) человек,  $p < 0,05$ . В ДТП пострадали 49 (71,0%) пациентов мужского пола и 20 (29,0%) – женского. При падении с высоты получили травмы 4 (30,8%) мужчин и 9 (69,2%) женщин,  $p < 0,05$ . Таким образом, в результате ДТП смертельные травмы чаще получают мужчины, при падении с высоты – женщины.

Тяжесть травмы по шкале *ISS* составила от 16 до 42 баллов, в среднем –  $27,3 \pm 4,2$  балла. У 8 (9,76%) пациентов тяжесть травмы была оценена как средней степени ( $17,85 \pm 1,5$  балла по шкале *ISS*), у 74 (90,24%) человек – как тяжелая и крайне тяжелая ( $26,9 \pm 5,1$  балла по шкале *ISS*). При кататравме тяжесть травмы составила  $21,1 \pm 4,3$  балла. При этом травмы средней степени тяжести были выявлены у 8 (61,5%) человек, а тяжелой степени – у 5 (38,5) пострадавших. При ДТП все 69 случаев (100%) характеризовались как травмы тяжелой степени.

Тяжесть состояния при кататравме составила у 3 (23,07%) человек  $18,2 \pm 1,1$  балла по шкале *SAPS II*, что соответствует тяжелой степени. У 10 (76,93%) пострадавших состояние можно было охарактеризовать как крайне тяжелое –  $23,7 \pm 5,3$  балла. Тяжесть состояния при ДТП составила у 20 человек  $17,46 \pm 3,39$  балла, что соответствует тяжелой степени, у 49 человек –  $27,78 \pm 6,13$  балла, что соответствует крайне тяжелой степени,  $p < 0,05$ .

При проведении исследования были выявлены ранние и поздние осложнения сочетанной травмы. В 73 (89,0%) случаях была выявлена постгеморрагическая анемия, из них 4 (5,5%) пациента с кататравмой, 69 (94,5%) пострадавших поступили после ДТП. У 48 (58,5%) человек был диагностирован гемоторакс, причиной которого в 7 (14,6%) случаях послужила кататравма, в 41 (85,4%) – ДТП. У 6 (7,3%) человек ранний посттравматический период осложнился тромбоэмболией легочной артерии, все пациенты были доставлены в стационар после ДТП. Так же были выявлены поздние осложнения: у 6 (7,3%) пациентов развилась пневмония, 4 (66,7%) из них после кататравмы. В 2 (33,4%) случаях, когда пневмония сочеталась с сепсисом и полиорганной недостаточностью, причинами травм стали ДТП.

Летальный исход наступил в 40 (48,8%) случаях в течение 24 часов после госпитализации в стационар. Основной причиной смерти у данных пациентов выставлен травматический шок. В промежутке времени от 24 до 72 часов смерть наступила у 33 (43,9%) пострадавших. Её причиной явилась полиорганная недостаточность. После 3 суток от поступления в стационар погибли 6 (7,3%) пострадавших. У этих пациентов развились инфекционные осложнения, а непосредственной причиной смерти явилась полиорганная недостаточность.

**Вывод.** Среди пациентов со смертельными сочетанными травмами преобладают мужчины молодого возраста (моложе 35 лет). Большинство из них имеют признаки алкогольного опьянения на момент поступления в специализированный стационар. Сочетанные травмы с летальным исходом чаще являются следствием ДТП. Как тяжесть травм (по шкале *ISS*), так и тяжесть состояния (по шкале *SAPS II*) в случаях с неблагоприятным исходом при поступлении в стационар характеризуются как крайне тяжелые. Самым частым неинфекционным осложнением сочетанных травм является постгеморрагическая анемия, инфекционным – пневмония. Наибольшее число летальных исходов у поступивших в специализированный стационар пострадавших с сочетанными травмами наступает в первые 72 часа после госпитализации вследствие травматического шока и полиорганной недостаточности.

*Список литературы:*

1. **Агаджанян, В. В.** Госпитальная летальность при политравме и основные направления её снижения / В. В. Агаджанян, С. А. Кравцов, А. В. Шаталин // Политравма. – 2006. – № 1. – С. 6–13.
2. **Быховская, О. А.** Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи / О. А. Быховская // Судебная медицина. – 2012. – № 2. – С. 18–19.
3. **Гуманенко, Е. К.** Политравма. Актуальные проблемы и новые технологии в лечении / Е. К. Гуманенко // Новые технологии в военно-полевой хирургии и хирургии повреждений мирного времени: материалы междунар. конференции. – СПб, 2006. – С. 4–14.
4. **Ерьюхин, И. А.** Теоретические и практические аспекты концепции травматической болезни / И. А. Ерьюхин, Е. К. Гуманенко // Вестник хирургии. – 2013. – С. 8–9.
5. **Захаров, С. О.** О методике экспертного анализа неблагоприятных исходов лечения, обусловленных закономерным развитием заболеваний / С. О. Захаров // Медицинское право. – 2008. – № 4. – С. 40.
6. **Лузанова, И. М.** Ненадлежащее оказание медицинской помощи пациентам с сочетанной травмой / И. М. Лузанова // Судебная медицина. – 2012. – С. 21.
7. **Пиголкин, Ю. И.** Судебно-медицинская характеристика автомобильной травмы / Ю. И. Пиголкин, И. А. Дубровина, А. С. Мосоян // Судебно-медицинская экспертиза. – 2015. – С. 12–25.
8. Социальный портрет пострадавших с сочетанной травмой / Э. П. Сорокин [и др.] // Политравма. – 2014. – № 1. – С. 23–28.

УДК 614.258:340.6:338.45(470.344)

С. В. Плюхин

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА  
В «РЕСПУБЛИКАНСКОМ БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ»  
МИНЗДРАВА ЧУВАШИИ**

Плюхин Сергей Викторович – заочный аспирант кафедры; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281; тел: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedra-ozz.mail.ru

*Внутренний контроль качества процессов в организации необходим для регуляции деятельности всего учреждения. Данный вопрос поднимался неоднократно на всех съездах и конференциях и остается актуальным. Каждый руководитель решает этот вопрос по-своему, нет единых рекомендаций.***Ключевые слова:** менеджмент качества; международные стандарты; контроль качества; внутренние аудиты; процессы

S.V. Plyukhin

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic  
Department of Public Health and Public Health Service**THE EFFECTIVENESS OF INTRODUCING THE SYSTEM OF QUALITY MANAGEMENT  
IN THE REPUBLIC BUREAU OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATION  
OF THE MINISTRY OF HEALTH OF CHUVASHIA**

Plyukhin Sergey Victorovich – Postgraduate; 281 Kommunarov St., Izhevsk 426034; tel.: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedra-ozz.mail.ru

*The internal quality control of any process in organization is necessary for regulation of the activities of the whole establishment. This question has been raised many times at all the congresses and conferences and is still topical. Every administrator solves this question in his own way; there are no common recommendations.***Key words:** quality management; international standards; quality control; internal auditing; processes

Международная организация по стандартизации определяет качество (стандарт *ISO-9001*) как совокупность свойств и характеристик продукции или услуги, которые придают им способность удовлетворять обусловленные или предполагаемые потребности. Этот стандарт ввел такие понятия, как «обеспечение качества», «управление качеством», «спираль качества». Важную роль в этом процессе занимает стандартизация основных процессов медицинской деятельности, которая базируется на зарекомендовавших себя научно-практических результатах.

Ошибки и дефекты в работе экспертов областных и республиканских бюро судебно-медицинской экспертизы не являются редкостью, несмотря на продолжительный период и достаточно удовлетворительные условия работы, внедрение современных технологий и уровня профессиональной подготовки специалистов.

Анализ дефектов первичных судебно-медицинских экспертиз трупов [1] выявил следующие причины их возникновения: 1) отсутствие достаточного контроля за качеством первичных экспертиз; 2) неправильная организация рабо-

ты экспертов; 3) увеличение объема работы при низкой квалификации экспертов (это касается в основном врачей, имеющих стаж до 5 лет); 4) отсутствие полноты предоставленных материалов предварительного следствия и первичных медицинских документов.

**Цель исследования:** оценить эффективность внедрения контроля качества в Чувашской Республике на уровне БУ «Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы» Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

**Материалы и методы исследования.** Анализ учетно-отчетной статистической документации системы контроля качества Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы (РБСМЭ) с 2015 по 2017 г. и изучение системы контроля качества.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В Чувашской Республике (ЧР) в 2015 г. были реорганизованы путем присоединения БУ «Республиканское патологоанатомическое бюро» МЗЧР и БУ «Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы» МЗЧР. Совместно начали работать врачи-патологоанатомы и судебно-медицинские эксперты. Необходим был жесткий контроль качества проводимых экспертиз и исследований. Для этого в 2015 г. было разработано положение о внутреннем контроле качества, которое осуществлялось в три этапа:

первый этап – контроль со стороны лица, ответственного за соблюдение норм качества и безопасности медицинской деятельности по профилю «патологическая анатомия» и «судебно-медицинская экспертиза» в отделении. Таким ответственным лицом является заведующий отделением.

Второй этап – контроль осуществляет заместитель начальника бюро по медицинским вопросам и по экспертной работе.

Третий этап – контроль качества и безопасности медицинской деятельности по профилю «патологическая анатомия» и «судебно-медицинская экспертиза» осуществляет врачебная комиссия.

В целях повышения эффективности контрольных мероприятий и своевременного устранения причин дефектов медицинской помощи в 2016 г. было принято решение внедрить систе-

му менеджмента качества *ISO 9001*. Реализованы следующие мероприятия:

1. Образование рабочей группы по созданию системы управления организацией, назначение представителя руководства в области качества;

2. Определение основных рабочих-процессов деятельности системы, назначение руководителей основных рабочих-процессов;

3. Разработка и утверждение Политики и Целей организации (в том числе подразделений организации);

4. Разработка обязательных документированных процедур, руководство по качеству процессов;

5. Проведение обучения персонала;

6. Проведение внутренних аудитов;

7. Определение результативности системы управления организацией.

После создания и внедрения процессов системы менеджмента качества приступили к разработке единых стандартов организации.

В результате внедрения системы менеджмента качества в Бюро были разработаны критерии контроля качества деятельности судебно-медицинских экспертов и патологоанатомов, а также исследований, позволяющих минимизировать субъективную составляющую определяемых дефектов работы, и способствовать улучшению не только организации медицинской деятельности путем четкой регламентации технологических циклов, но и повышению качества оформления документации.

Ежегодно проводится внутренний аудит во всех подразделениях. Сравнивая результаты проверок 2016 г. и 2018 г. выявлено, что количество несоответствий значительно снизилось (рис.). Заведующие структурных подразделений стали более ответственно относиться к ведению учетно-отчетной документации со стопроцентной проверкой экспертиз (протоколов).

Одним из показателей качества работы являются сроки проведения экспертиз (исследований).

В 2016 г. проведение экспертиз свыше месяца в межрайонных отделениях судебно-медицинской экспертизы составило в среднем 13,7% от всех экспертиз. В 2017 г. данный показатель снизился до 8,9%.

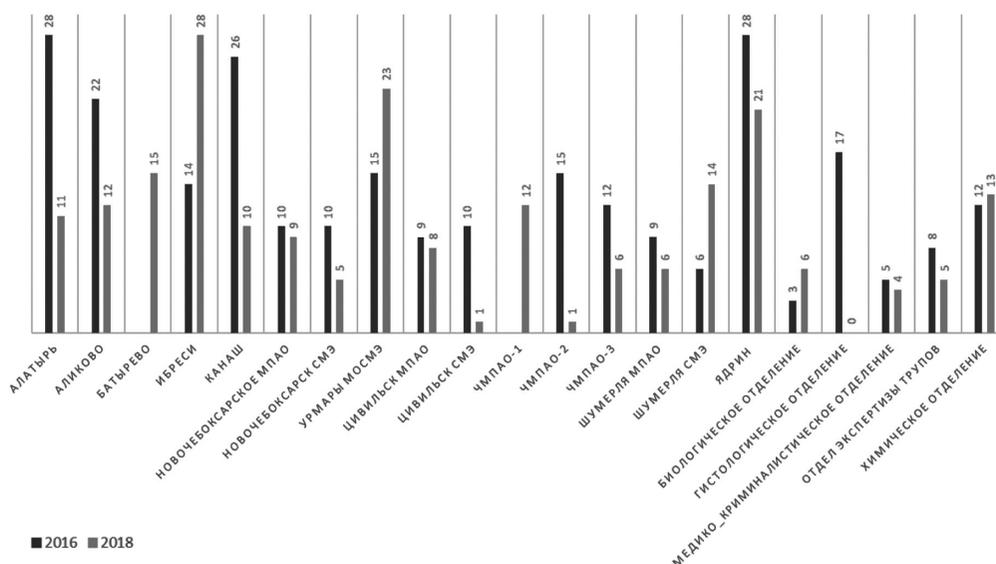


Рис. Результаты внутренних аудитов отделений БУ «РБСМЭ»МЗЧР в 2016 и 2018 гг.

**Вывод.** Разработанные программы и система управления качеством в соответствии с международным стандартом *ISO 9001* позволяют обеспечивать постоянный контроль качества проведения судебно-медицинских экспертиз/протоколов и исследований, а также позволяют управлять качеством работы врачей двух специальностей. Система оценки и формирование базы данных с оценкой качества работы судебно-медицинских экспертов и патологоанатомов дает возможность осуществлять полноценный мониторинг качества работы и своевременно корректировать их практическую деятельность в сторону повышения качества.

*Список литературы:*

1. Новоселов, В.П. О некоторых формах организации работы танатологического отделения по повышению качества экспертиз / В.П. Новоселов, Г.О. Кравченко // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – Новосибирск, 2002. – Вып. 7. – С. 33–55.
2. Новоселов, В.П. О повышении качества работы бюро судебно-медицинской экспертизы / В.П. Новоселов // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – Новосибирск–Томск–Барнаул, 2008. – Вып. 13. – С. 59–64.
3. Стандарт международный ИСО 8402–94 Управление качеством: словарь.
4. ИСО 9000:2005 Системы менеджмента качества. Основные положения.
5. ИСО 19011:2002 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента качества и/или систем экологического менеджмента.

УДК 159.9.072

В.В. Юсупов<sup>1</sup>, Л.О.Марченко<sup>1</sup>, С.Н. Левич<sup>1</sup>, А.В. Старков<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург  
 Научно-исследовательская лаборатория (военно-профессиональной адаптации военнослужащих)  
 Научно-исследовательский отдел (медико-психологического сопровождения)  
 Научно-исследовательский центр

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, Россия  
 Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф

**ФАКТОРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

Юсупов Владислав Викторович – начальник лаборатории доктор медицинских наук, доцент, 94044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, 6, тел: 7(911)175-00-69, e-mail: vladyusupov@yandex.ru; Марченко Лариса Олеговна – младший научный сотрудник; Левич Светлана Николаевна – старший научный сотрудник; Старков Александр Васильевич – заведующий кафедрой кандидат медицинских наук, доцент

*В статье проанализированы факторы психологической готовности студентов, влияющие на успешность обучения в вузе на начальном его этапе. Психологическая готовность к обучению является интегральным образованием, важным прогностическим фактором быстрой адаптации к условиям обучения в вузе и успешности усвоения образовательной программы. Результаты исследования показали, что психологическую готовность можно рассматривать как долгосрочный прогноз эффективности учебно-профессиональной деятельности в медицинском вузе. На начальном периоде обучения фактором психологической готовности является психологическое состояние, отражающее особенности адаптации студентов с различной степенью успешности в вузе. Адаптация «наименее успешных» студентов сопровождается перенапряжением и истощением личностных психологических ресурсов. Изменение субъективной оценки состояния здоровья, фиксация на нарушениях в коммуникативной и деятельностиной сферах позволяет проводить раннее выявление снижения психологической готовности и своевременную коррекцию, направленную на ее повышение.*

**Ключевые слова:** психологическая готовность; адаптационные возможности; личностные характеристики; учебно-профессиональная деятельность

V.V. Yusupov<sup>1</sup>, L.O. Marchenko<sup>1</sup>, S.N. Levich<sup>1</sup>, A.V. Starkov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>S.M. Kirov Military Medical Academy, Saint-Petersburg  
Scientific research laboratory (military professional adaptation of servicemen)  
Scientific research department (medical and psychological support)  
Research Center

<sup>2</sup>Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, Russia  
Department of Mobilization Training and Disaster Medicine

## FACTORS OF PSYCHOLOGICAL READINESS FOR TRAINING IN A MEDICAL UNIVERSITY

**Yusupov Vladislav Viktorovich** – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the laboratory, 6 Akademika Lebedeva St., St. Petersburg 194044, tel.: 7 (911) 175-00-69, e-mail: vladysupov@yandex.ru; **Marchenko Larisa Olegovna** – Junior Researcher; **Levich Svetlana Nikolaevna** – Senior Researcher; **Starkov Alexander Vasilyevich** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department

*The article analyzes the factors of students' psychological readiness affecting the success of training at the initial stage of studying at university. Psychological readiness for training is an integral formation, an important prognostic factor for rapid adaptation to the conditions of study at university and the success of mastering a curriculum. The results of the research showed that psychological readiness could be viewed as a long-term forecast of the effectiveness of educational and professional activities in a medical school. During the initial period of training, the factor of psychological readiness is the psychological state reflecting the peculiarities of adaptation in students with varying degrees of academic achievement at university. Adaptation of the «least successful» students is accompanied by overstrain and exhaustion of personal psychological resources. Changing the subjective assessment of the state of health, fixing on violations in the communicative and activity spheres allows for early detection of a decrease in psychological readiness and timely correction aimed at increasing it.*

**Key words:** psychological readiness; adaptive possibilities; personality characteristics; educational and professional activity

Процесс постоянных преобразований в экономике и профессиональной жизни, в культуре современного российского общества требует от человека достаточно быстрой адаптации к новым реалиям, постоянного пополнения и расширения знаний. Научно-технический и социально-экономический прогресс, изменение темпов обновления техники и технологии требуют и изменения содержания, характера и направленности профессиональной подготовки [1, 4].

В связи с этим возникает потребность как в корректировке и научном обосновании условий оптимизации образовательных моделей, в частности – образовательной среды вуза, так и в усилении психологической готовности, способствующей успешной адаптации студентов к обучению в начальный период их образования в высшей школе [2, 9].

Само понятие адаптации к профессиональной деятельности неразрывно связано с понятием психологической готовности. Под термином «психологическая готовность» понимается состояние субъекта, определяемое способностью к успешному выполнению какой-либо деятельности и связанное с сознательной направленностью на эту деятельность [5, 11].

Психологическая готовность не является константным образованием. Методологический принцип единства сознания и деятельности позволяет подойти к рассмотрению психологической готовности как динамического образования,

формирующегося и развивающегося в процессе учебной и профессиональной деятельности [11].

В структуру психологической готовности студентов к условиям обучения в вузе входят следующие компоненты: мотивационная готовность, которая включает в себя желание обучаться в данном вузе по избранной специальности (предполагает осознанный выбор и наличие представлений о будущей профессиональной деятельности) и выполнять все обязанности в соответствии с новым статусом; интеллектуальная готовность, подразумевающая не ниже среднего уровень интеллектуального развития и наличие необходимых знаний, умений и навыков в рамках школьной программы, речевую готовность, к этой же категории можно отнести наличие некоторых специфических навыков работы с текстом, самостоятельного анализа большого объема информации, конспектирования; личностная готовность, которая может включать в себя волевую, эмоциональную, коммуникативную готовность, соответствие темпераментальных и психологических особенностей избранной специальности и форме обучения в вузе [5].

Готовность выступает так же и в виде психического состояния, которое характеризует возможности студента решать в условиях обучения задачи, близкие к реальным задачам профессиональной деятельности, а после распределения успешно включиться в работу по специальности. Поэтому готовность как психическое состояние

личности студента во время обучения и с началом работы после вуза – это его внутренняя настроенность на определенное поведение при выполнении учебных и трудовых задач, установка на активные и целесообразные действия [3, 10].

Недостаточная сформированность компонентов, входящих в структуру психологической готовности студентов к обучению в вузе, неизбежно влечет за собой проблемы адаптации, риск быть отчисленным, уход по собственному желанию (перевод в другое учебное заведение). Происходит резкая ломка многолетнего привычного стереотипа, изменяется характер взаимодействия с педагогом, происходит включение в новую социальную общность, попытка занять место в системе этих взаимоотношений и как результат – сравнительно низкая успеваемость, трудности в общении, снижение уровня учебной мотивации, рассогласование взглядов и убеждений личности, находящейся в стадии становления [9, 10].

**Цель исследования:** выявление факторов, влияющих на психологическую готовность, определение структуры психологической готовности, ее динамики на начальном этапе обучения и возможных путей ее повышения.

**Материалы и методы исследования:** комплексное обследование студентов первого курса медицинского вуза. Обследовано 385 человек в возрасте 16–18 лет. Исследование проводилось в 2 этапа. В ходе первого этапа использовались следующие методики: батарея интеллектуальных тестов КР-85-3, многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛЮ) [6], опросники «Модуль» [8] и «Профессиональная направленность» [6].

При повторном обследовании, проведенном через 6 месяцев после поступления в вуз, использованы следующие методики: часть методик из батареи интеллектуальных тестов КР-85-3, МЛЮ «Адаптивность», психодиагностический опросник «Модуль», для диагностики актуального состояния – опросники «Анкета самооценки состояния» (АСС) [6] и «Сопровождение» [6]. Для определения успешности обучения получены экспертные оценки, отражающие успешность обучения.

Уровень развития познавательных психических процессов оценивался с помощью батареи интеллектуальных тестов ОИР, в состав которой входили методики: «Аналогии», «Числовые ряды», «Зрительная память», «Образное мыш-

ление», «Арифметический счет», «Вербальная память», «Установление закономерностей», направленные на определение уровня развития вербально-логического и образного мышления, а также особенностей памяти, внимания и темповых характеристик мыслительной деятельности.

С помощью опросников «Модуль» и МЛЮ «Адаптивность» изучались личностные особенности студентов, уровень их нервно-психической неустойчивости, а так же баланс познавательных, эмоциональных и волевых характеристик психической деятельности. Шкалы методики «Модуль» характеризуют нарушения в сфере познавательных психических процессов (М1), в эмоционально-волевой сфере (М2) и в сфере поведенческой регуляции (М3). Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» предназначен для изучения адаптационных возможностей на основе оценки некоторых социально-психологических и психологических характеристик личности, отражающих интегральные особенности психического и социального развития.

С помощью опросника «Профессиональная направленность» оценивался уровень мотивации к профессиональной деятельности. Для выявления студентов с признаками затрудненной адаптации к условиям обучения в вузе использовался опросник «Сопровождение». Он направлен на оценку состояния обследуемого в текущий период времени, на выявление лиц с нарушениями в коммуникативной, деятельностной и психосоматической сферах, и применялся для диагностики развивающегося утомления и переутомления при адаптации к новым условиям профессиональной деятельности.

Для выявления динамики психологической готовности в зависимости от эффективности адаптации в начальный период обучения в медицинском вузе на основании экспертных оценок выделены две группы: «более успешные» ( $n = 110$ ) и «менее успешные» ( $n = 80$ ) студенты.

Полученные данные обследования имели нормальное распределение, поэтому при анализе результатов использовались методы параметрической статистики [7]. В работе использовались следующие методы математико-статистической обработки данных: для определения достоверности различий между группами по уровню успешности обучения использовался Т-критерий Стьюдента, факторный анализ, позволяющий выявить

роль каждого из факторов по степени значимости. Статистическую обработку проводили с использованием программы «статистический пакет для социальных наук» (*SPSS Statistics 17.0.*).

#### Результаты исследования и их обсуждение.

Исследование динамики психологической готовности в процессе обучения выявило, что интеллектуальные функции студентов не претерпевали значительных изменений, при этом на статистически значимом уровне изменялись только показатели пространственно-образного мышления ( $p < 0,05$ ) и незначительно увеличивались показатели памяти и внимания (табл. 1, 2). Отсутствие статистически значимых отличий в изменении показателей интеллектуальной готовности как в группе «успешных», так и «неуспешных» студентов объясняется тем, что интеллектуальные показатели достигли своего «пика» на момент поступления, поэтому их изменения в начальном периоде обучения не носили статистически значимый характер.

В значительно большей степени изменялись личностные качества студентов, характеризующие уровень нервно-психической устойчивости и личностного адаптационного потенциала. По личностным показателям статистически значимые отличия получены по шкалам методики «Модуль»: М1 (нарушения в сфере познавательных психических процессов), М2 (нарушения в эмоционально-волевой сфере), М3 (нарушения в сфере поведенческой регуляции) ( $p < 0,01$ ). Повышение нервно-психической устойчивости (НПУ) и снижение признаков тревожно-фобических и психотических нарушений

наблюдалось как в группе «более успешных», так и в группе «менее успешных» студентов, что говорит об удовлетворительной адаптации студентов к условиям обучения в медицинском вузе.

В дальнейшем исследована взаимосвязь психологической готовности с успешностью обучения в медицинском вузе. Сравнительный анализ показателей психологической готовности «более успешных» и «менее успешных» студентов на этапе отбора представлен в таблице 1.

Как показано в табл. 1 в ретроспективе (этап конкурсного отбора) группа «более успешных» отличалась от «менее успешных» практически по всем профессионально важным качествам, включенным в интегральное понятие психологической готовности. В группе «более успешных» студентов выявлены более высокие статистически значимые способности к логическому и образному мышлению, анализу и синтезу, построению самостоятельных умозаключений, высокий уровень развития памяти и внимания и высокие знания по русскому языку. Кроме того для группы «более успешных» характерны более высокие показатели личностного адаптационного потенциала и нервно-психической устойчивости, коммуникативных качеств и моральной нормативности, также у них выражена профессиональная направленность. Наиболее важными для прогноза успешности учебной деятельности оказались показатели интеллектуальной готовности, личностного адаптационного потенциала, профессиональной направленности и базовые знания по русскому языку.

Таблица 1. Различия показателей учебной деятельности студентов обследуемых групп на момент поступления в вуз (по Т-критерию)

Показатели (стены)	Описательная статистика ( $\bar{x} \pm m$ )		P<
	«менее успешные» (n=80)	«более успешные» (n=110)	
Интегральный показатель по интеллектуальному блоку	5,83±0,10	6,50±0,10	0,01**
Вербально-логическое мышление («Аналогии»)	6,62±0,10	7,00±0,09	0,05*
Формально-логическое мышление («Числовые ряды»)	6,26±0,11	7,01±0,10	0,01**
Образное мышление («Узоры»)	6,09±0,11	6,57±0,12	0,05*
Внимание, логическое мышление («Установление закономерностей»)	6,51±0,10	6,99±0,11	0,01**
Логическое мышление («Силлогизмы»)	6,83±0,10	7,39±0,11	0,01**
Понятийное мышление, способность классифицировать понятия («Исключение слова»)	7,06±0,10	7,71±0,10	0,01**
Пространственно-образное мышление («Кубы»)	6,19±0,12	6,78±0,11	0,01**
Невротические нарушения (шкала М2 методики «Модуль»)	6,93±0,14	7,42±0,18	0,05*
Уровень знаний по русскому языку (методика «Русский язык» теста достижений)	5,19±0,12	5,67±0,13	0,05*
Шкала «Личностный адаптационный потенциал»	6,14±0,13	6,55±0,13	0,05*
Шкала «Коммуникационный потенциал»	6,55±0,11	6,96±0,12	0,05*

Примечания:  $\bar{x}$  – среднее по выборке,  $m$  – стандартная ошибка; \* – различие статистически значимо ( $p < 0,05$ ); \*\* – различие статистически значимо ( $p < 0,01$ )

Полученные результаты позволяют предположить, что психологическая готовность к деятельности, как интегральное образование, выражается через сформированность когнитивных функций, личностную зрелость, профессиональную направленность. Высокий уровень развития познавательных психических процессов: памяти, внимания и мышления является необходимым базисом для получения необходимых знаний и умений и развития профессионального мышления. Профессиональная направленность, достаточный уровень НПУ и личностной зрелости являются необходимыми условиями, обеспечивающими быструю адаптацию к обучению в медицинском вузе и успешности усвоения образовательной программы.

В процессе адаптации изменение показателей психологической готовности носит гетерохронный и неравномерный характер. Одни профессионально важные качества «сразу включаются» и развиваются быстрее, другие – медленнее. И только со временем, с опытом, с развитием профессиональных навыков специалиста «догоняют, подтягиваются» до уровня развития первых. В этом случае создается гармоничная и адекватная для этапа развития профессионала целостная структура профессионально важных качеств [4, 10].

При повторном исследовании психологической готовности и психологического настроения, определяемого как субъективная оценка своего текущего состояния, а также нарушений в учебной деятельности, общении и в области здоровья, в группах «более успешных» и «менее ус-

пешных» студентов выявлено, что статистически значимые различия сохраняются по шкалам М1 (нарушения в сфере познавательных психических процессов), М3 (нарушения в сфере поведенческой регуляции) методики «Модуль» и нервно-психической неустойчивости методики МЛО «Адаптивность» (табл. 2). Из интеллектуальных показателей достоверные отличия сохранились только по показателю пространственно-образного мышления (методика «Узоры»).

Сравнительный анализ субъективного психологического состояния показал, что уровень субъективного самочувствия статистически достоверно выше у «более успешных» студентов, у них достоверно меньше жалоб на состояние здоровья, менее выражены нарушения в коммуникативной и деятельностной сферах. Учитывая вышесказанное можно предположить, что выявленные различия обусловлены не прямой динамикой показателей психологической готовности, а изменением в самой ее структуре.

В результате проведенных исследований установлено, что психологическая готовность к деятельности как интегральное образование, отражающее сформированность познавательных психических процессов, личностную зрелость, профессиональную направленность, является важным прогностическим фактором быстрой адаптации к условиям обучения и успешности усвоения образовательной программы в медицинском вузе. Следовательно, психологическую готовность можно рассматривать как долгосрочный прогноз на эффективность учебно-профессиональной деятельности.

**Таблица 2. Различия показателей учебной деятельности студентов обследуемых групп через шесть месяцев после поступления в вуз (по Т-критерию)**

Показатели (стены)	Описательная статистика ( $\bar{x} \pm m$ )		P<
	«менее успешные» (n=80)	«более успешные» (n=110)	
Психотические нарушения (шкала М1 методики «Модуль»)	6,24±0,28	7,37±0,22	0,05*
Расстройства личности и зависимое поведение (шкала М3 методики «Модуль»)	7,04±0,12	7,81±0,12	0,05*
Нервно-психическая устойчивость (шкала НПУ методики МЛО)	5,90±0,14	6,34±0,13	0,05*
Деятельные нарушения (методика «Сопровождение»)	5,62±0,06	4,66±0,06	0,02*
Психосоматические проявления (методика «Сопровождение»)	5,08±0,2	4,59±0,3	0,02*
Дезадаптационные проявления (интегральный показатель по методике «Сопровождение»)	5,68±0,3	4,69±0,2	0,05*
Образное мышление («Узоры»)	6,60±0,10	7,02±0,10	0,05*

Примечания:  $\bar{x}$  – среднее по выборке,  $m$  – стандартная ошибка; \* – различие признано статистически значимым ( $p < 0,05$ )

Выявлено, что в начальный период обучения основным фактором психологической готовности является актуальное психологическое состояние, отражающее особенности адаптации к условиям обучения в медицинском вузе у студентов с различной степенью успешности в учебно-профессиональной деятельности. Адаптация «наименее успешных» студентов в этот период обучения сопровождается перенапряжением и истощением личностных психологических ресурсов. Изменение субъективной оценки самочувствия и состояния здоровья, фиксация на нарушениях в коммуникативной и деятельностной сферах, позволяет проводить раннее выявление снижения психологической готовности и своевременную коррекцию, направленную на ее повышение.

#### Список литературы:

1. Багаундинова, Н.Г. Высшая школа сегодня и завтра: пути преодоления кризиса / Н.Г. Багаундинова. – М.: Экономика, 2003. – 426 с.
2. Браун, Т.П. Адаптация студентов к обучению в вузе в условиях оптимизации образовательной среды: дис. ... канд. пед. наук / Т. П. Браун. – СПб, 2007. – 179 с.
3. Геник, Е.А. Психолого-педагогическое обеспечение многоуровневого высшего образования / Е.А. Геник, А.В. Капцов, Л.В. Карпушина. – Самара: СамГАСА, 2003. – 410 с.
4. Корзунин, В.А. Закономерности динамики профессионально важных качеств военных врачей в процессе профессионализации: автореф. дис. ... д-ра психол. наук / В. А. Корзунин. – СПб, 2002. – 37 с.
5. Кусакина, С.Н. Психологическая готовность к обучению в вузе / С.Н. Кусакина // Управление дошкольным образовательным учреждением. – 2011. – №8. – С. 24–37.
6. Методические рекомендации по организации и проведению профессионального психологического отбора в военно-учебные заведения МО РФ / под ред. С.В. Чермянина [и др.]. – М.: ГВМУ МО РФ, 2002. – 288 с.
7. Наследов, А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: учебное пособие / А.Д. Наследов. – СПб.: Речь, 2008. – 392 с.
8. Оценка знаний основ безопасности жизнедеятельности и специальных способностей в области медицины и медико-биологических наук / под ред. В.В. Юсупова [и др.]. – СПб.: ФГБОУ ВПО ВМедА, 2015. – 50 с.
9. Смирнов, С.Д. Учеба – в радость: психологические факторы успешной учебы студентов / С.Д. Смирнов // Студенчество: диалоги о воспитании. – 2011. – Т. 4, № 58. – С. 911.
10. Факторы, способствующие профессиональному росту военных врачей // Психология. Социология. Педагогика. – 2012. – № 8 (21). – С. 14-18.
11. Чернова, Е.П. Особенности психологической готовности студентов-первокурсников к продолжению обучения в вузе / Е.П. Чернова. – Режим доступа: i-exam.ru/.../chernova\_e.p\_peculiarities\_of\_psychological\_readiness.pdf). г. Йошкар-Ола: НИИ мониторинга качества образования.

УДК 614.258:616-091+340.6:331.108.2(470.344)

С. В. Плюхин

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

## ОПЫТ РАБОТЫ ПО УВЕЛИЧЕНИЮ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА В СЛУЖБАХ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Плюхин Сергей Викторович – заочный аспирант; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281; тел: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedra-ozz.mail.ru

*На протяжении многих лет существует проблема дефицита врачей-патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов, а также фельдшеров-лаборантов и санитаров. В данной статье приведен анализ укомплектованности кадрами Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы Чувашской Республики, представлены мероприятия по привлечению молодых специалистов.*

**Ключевые слова:** кадры; укомплектованность; Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы; Чувашская Республика

S.V. Plyukhin

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic  
Department of Public Health and Public Health Service

## PRACTICAL EXPERIENCE IN INCREASING PERSONNEL RESERVE IN SERVICES OF PATHOLOGY AND FORENSIC MEDICAL EXAMINATION IN THE REPUBLIC OF CHUVASHIA

Plyukhin Sergey Victorovich – Postgraduate; 281 Kommunarov St., Izhevsk 426034; tel.: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedra-ozz.mail.ru

*During a long period of time there is a great lack of pathologists and forensic experts, as well as laboratory assistants and orderlies. The article analyzes the staffing level of the Republic bureau of forensic medical examination of the Republic of Chuvashia and some measures to attract young specialists.*

**Key words:** personnel; staffing level; Republic bureau of forensic medical examination; Republic of Chuvashia

Ежегодно медицинский факультет Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова выпускает 500 студентов-медиков. В интернатуру, ординатуру по судебной медицине

и патологической анатомии с 2010 по 2014 г. поступили 0,1 % от этого количества. Поэтому данные службы на протяжении многих лет испытывают острый кадровый «голод».

Длительное время здания отделений патологической анатомии и судебно-медицинской экспертизы находились на балансе медицинских организаций и финансировались по остаточному принципу. Санитарно-эпидемиологические условия не соответствовали нормам (отсутствие вытяжных систем, капитальных ремонтов, горячей воды, устаревшее оборудование).

**Цель исследования:** проведение мероприятий, направленных на увеличение кадрового потенциала в службах патологической анатомии и судебной медицины.

**Материал и методы исследования.** Проведена выкопировка данных из ежегодных статистических отчетов за 2010–2017 гг. в Республиканском бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Чувашской Республики (РБСМЭ). Методом сопоставления проведен анализ штатных единиц.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Укомплектованность врачами патологоанатомического бюро в 2010–2011 гг. составляла 60%, в 2012–2014 гг. данный показатель снизился до 43% (рис. 1). Такое снижение произошло из-за присоединения городских патологоанатомических отделений г. Чебоксары к Республиканскому патологоанатомическому бюро, дефицита врачей-патологоанатомов. Укомплектованность фельдшеров-лаборантов (см. рис. 1) в 2010–2011 гг. составила 51%, в 2012 г. – 46%, а в 2014 г. данный показатель увеличился до 72%. В 2013–2014 г. началось интенсивное взаимодействие с медицинским колледжем, за счет чего увеличилась укомплектованность фельдшерами-лаборантами. Укомплектованность санитарями на протяжении 2012–2014 гг. практически не менялась и оставалась на уровне 46%.

В Бюро судебно-медицинской экспертизы идет снижение количества врачей к 2014 г. (45,2%) по сравнению с 2008 г. (57,1%) на 11,9%.

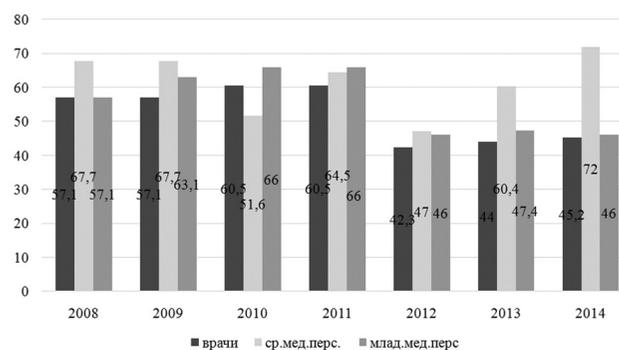


Рис. 1. Укомплектованность кадрами патологоанатомической службы за 2008–2014 гг.

С 2010 по 2014 г. отмечается дефицит фельдшеров-лаборантов и санитаров. Укомплектованность службы санитарями составляла 48%, фельдшерами-лаборантами в 2013 г. – 60,4%. В 2014 г. кадровая ситуация значительно улучшилась – 72%, за счет привлечения выпускников медицинского колледжа: сотрудники СМЭ и ПАО стали преподавать гистологию для медсестер. Патологоанатомическое бюро предоставило площади для занятий групп по лабораторной диагностике.

После объединения двух служб: судебно-медицинской экспертизы и патологической анатомии, в 2015 г. расширились возможности по подготовке кадров. За два года были отремонтированы все отделения, закуплено новое оборудование, автоматизированы рабочие места, созданы учебные комнаты, разработаны компьютерные программы.

Для укомплектованности специалистами данных служб согласно штатному расписанию Бюро начало дополнительную работу со студентами, добиваясь большей заинтересованности «будущих специалистов» данного профессионального направления.

С сентября 2015 г. Бюро начало тесно сотрудничать с кафедрой Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова «Общая клиническая морфология и судебная медицина». Одновременно был создан научный кружок. Разработано положение о работе кружка, определены кураторы (врачи с высшей квалификационной категорией по обеим специальностям).

Благодаря специфике работы кафедры и Бюро уже с первого курса обучения студенты имеют возможность выполнять научно-исследовательские работы. На кафедре данные дисциплины начали преподавать практикующие врачи – сотрудники Бюро. Студенты два раза в месяц посещают кружок, где заведующие отделений знакомят их с работой и разбирают интересные случаи из практики. У студентов есть возможность ходить на вскрытия и участвовать в исследованиях. Научно-исследовательская работа является обязательным разделом научного кружка. В образовательных стандартах высшего профессионального образования, пожалуй, нет ни одной дисциплины, которая в той или иной степени не была бы связана с патологической анатомией и судебной медициной. Поэтому уже с первого курса студенты участвуют в научных конференциях различного уровня по заданной тематике Бюро и кафедры.

Была создана открытая Интернет-группа «Судебный медик и патологоанатом» для обмена информацией, мыслями, опытом, что вызвало интерес студентов к данным направлениям.

В 2016 г. в интернатуру по судебной медицине поступили 5 выпускников, 1 человек пошел в ординатуру, по патологической анатомии в интернатуру поступили 3 студента, в 2017 г. по результатам набранных баллов на основании Приказа Минздрава России от 11.05.2017 г № 212 н «Об утверждении Порядка приема на обучение по образовательным программам высшего образования – программ ординатуры» было только три ординатора по судебной медицине.

С 2015 г. для сопровождения молодых уже работающих специалистов в учреждении введена и совершенствуется система наставничества. Бюро активно взаимодействует с кафедрами судебной медицины и патологической анатомии гг. Перми, Казани, Нижнего Новгорода, Ижевска, обменивается опытом и научно-методическими рекомендациями.

Огромная работа проводится с практикующими врачами экспертами и патологоанатомами. Для повышения качества профессиональной деятельности в Бюро применяется система непрерывного медицинского образования. Помимо необходимого повышения квалификации в разрезе двух специальностей большое внимание уделяется корпоративной культуре, позволяющей ориентировать все подразделения учреждения на реализацию общих целей. Важным элементом системы обучения является самообразование и саморазвитие сотрудников. Для этого еженедельно организационно-методический отдел делает рассылку по электронной почте во все отделения подборки научных статей для ознакомления и изучения. Кроме того, каждую пятницу проводятся врачебные комиссии, где идет разбор интересных случаев из практики. Ежемесячно на рабочих совещаниях проходят семинары с участием главных специалистов Минздрава Чувашии.

Проводимые мероприятия позволяют повысить мотивацию персонала к непрерывному обучению и саморазвитию, создают комфортные условия для работы специалистов и повышают социальный статус медицинских работников учреждения, что способствует закреплению специалистов в Бюро, а также повышает качество проведения судебно-медицинских экспертиз и патологоанатомических исследований.

Укомплектованность врачами службы патологической анатомии за 2015–2017 гг. повысилась и составила 47,9% по сравнению с 2015 г. – 41,3%. Показатели незначительно повысились (на 6,6%) из-за отсутствия лицензии на проведение ординатуры по патологической анатомии в Чувашском государственном университете, а возможностей выезжать в другие регионы у многих выпускников нет.

Укомплектованность врачами службы судебно-медицинской экспертизы повысилась с 57% до 62%. Укомплектованность средними медицинскими работниками составляет 77%, младшим медицинским персоналом – 70% (рис. 2).

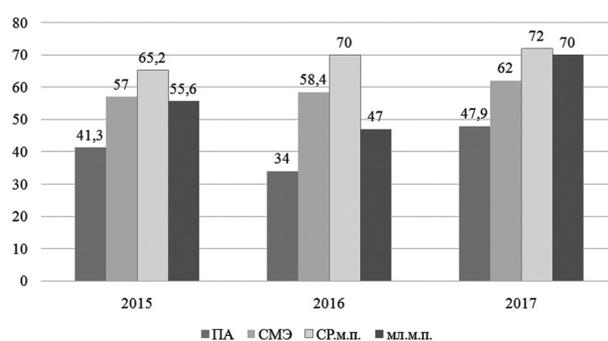


Рис. 2. Укомплектованность кадрами БУ РБСМЭ МЗ ЧР 2015–2017 гг.

**Вывод.** Несмотря на проведение многочисленных мероприятий по привлечению работников в Бюро, результаты исследования указывают на необходимость постоянного взаимодействия со студентами медицинского факультета и медицинского колледжа для привлечения их в данные специальности, а также непрерывной работы с медицинским персоналом: врачами, средними и младшими медицинскими работниками для повышения уровня профессиональной компетенции.

#### Список литературы:

1. **Бордовский, Г. А.** Модели и методы внутреннего и внешнего оценивания качества образования в вузах: научно-методические материалы / Г. А. Бордовский, О. А. Гранчина, С. Ю. Трапицын. – СПб.: Книжный Дом, 2008. – 550 с.
2. **Глухов В. В.** Качество образования: учеб. пособие / В. В. Глухов. – 2-е изд. – СПб.: Изд-во политехн. ун-та, 2011. – 155 с.
3. **Есенина, Е. Ю.** Сравнительный анализ содержания, форм и методов проведения оценки качества подготовки специалистов в российской и зарубежной практике профессионального образования / Е. Ю. Есенина, А. А. Факторович, Я. И. Милехеда. – М., 2005.
4. **Здравоохранение в Чувашской Республике.** Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Чувашской Республике. – Чебоксары, 2017.
5. **Метова, Г. Н.** Экспертиза качества образования: европейский подход / Г. Н. Метова, В. Г. Наводнов. – Йошкар-Ола: Учебно-консультационный центр, 2008. – 106 с.

УДК 618.33-007-073.432:614.254.4

В. В. Поздеев<sup>1</sup>, П. О. Шкляев<sup>1</sup>, И. В. Кунгурова<sup>2</sup>, И. К. Бухарина<sup>2</sup>, Г. Х. Газизова<sup>2</sup>, А. А. Воробьев<sup>2</sup>, О. Н. Ларина<sup>3</sup>

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика

<sup>1</sup>Кафедра хирургических болезней детского возраста

<sup>2</sup>БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР», г. Ижевск

<sup>3</sup>БУЗ УР «Республиканский клинический диагностический центр МЗ УР», г. Ижевск

## ЗНАЧЕНИЕ ПРЕНАТАЛЬНОГО КОНСИЛИУМА В ДИАГНОСТИКЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

**Поздеев Виктор Владимирович** – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (912)752-30-35, e-mail: dethir@igma.udm.ru; **Шкляев Павел Олегович** – ассистент кафедры; **Кунгурова Ирина Владимировна** – заместитель главного врача по акушерству и гинекологии; **Бухарина Инна Карловна** – врач-генетик медико-генетической консультации; **Газизова Гузалия Хамзаевна** – заведующий отделением ультразвуковой диагностики; **Воробьев Алексей Анатольевич** – врач-нейрохирург отделения нейрохирургии; **Ларина Ольга Николаевна** – врач-детский кардиолог, заведующий отделением детской поликлиники

*Статья посвящена организации пренатального консилиума в Удмуртской Республике на базе перинатального центра г. Ижевска. Пренатальный консилиум организован по Приказу МЗ УР от 01 ноября 2012 г. № 1204. В пренатальном консилиуме участвуют врачи УЗ-диагностики, акушеры-гинекологи, детские хирурги, детские кардиологи неонатологи, при необходимости привлекаются профильные специалисты по порокам развития, которые предполагаются у плода. Внедрение УЗ-диагностики в декретированные сроки позволяет выявлять большинство пороков развития плода начиная от 11–14-й недели гестации при исследовании беременных. Установление диагноза, обсуждение прогноза течения беременности, возможности и сроков хирургической коррекции порока необходимо проводить на пренатальном консилиуме. В статье рассмотрены проблемы, возникающие у беременной женщины и ее родственников во время консилиума, даны четкие рекомендации по ведению беременности.*

**Ключевые слова:** пренатальный консилиум; пороки развития плода; пренатальная УЗ-диагностика; хирургические заболевания новорожденного; детский хирург

V.V. Pozdееv<sup>1</sup>, P.O. Shklyayev<sup>1</sup>, I.V. Kungurova<sup>2</sup>, I.K. Bukharina<sup>2</sup>, G.Kh. Gazizova<sup>2</sup>, A.A. Vorobyev<sup>2</sup>, O.N. Larina<sup>3</sup>

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

<sup>1</sup>Department of Pediatric Surgery

<sup>2</sup>Republic clinical hospital No.1, Izhevsk

<sup>3</sup>Republic clinical diagnostic centre, Izhevsk

## PRENATAL COUNCIL OF PHYSICIANS FOR DIAGNOSIS OF FETAL MALFORMATIONS

**Pozdееv Victor Vladimirovich** – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department; 281 Kom-munarov St., Izhevsk 426034, tel.: 8 (912) 752-30-35, e-mail: dethir@igma.udm.ru; **Shklyayev Pavel Olegovich** – Lec-turer; **Kungurova Irina Vladimirovna** – Deputy Head Doctor for Obstetrics and Gynecology; **Bukharina Inna Karlovna** – Phisycian-geneticist of medical and genetic consultation; **Gazizova Guzalia Khamzayevna** – Head of the Department of Ultrasound Diagnostics; **Vorobyov Aleksey Anatolyevich** – Neurosurgeon of the Department of Neurosurgery; **Larina Olga Nikolaevna** – Pediatric cardiologist, Head of a department of the children's polyclinic

*This paper deals with organization of the work of prenatal council of physicians in Izhevsk Perinatal Center. Prenatal council of physicians was organized on November 1, 2012; it includes specialists in ultrasound diagnostics, obstetricians-gynecologists, pediatric surgeons, and pediatric cardiologists-neonatologists; if necessary other physicians specializing in malformations, which the fetus is supposed to have, are added. The wide application of diagnostic US techniques for screening studies during pregnancy allows revealing the majority of malformations as early as 11–14 weeks of gestational age. Making diagnosis, discussing prognosis, as well as possibilities for surgical treatment should be performed by the prenatal council of physicians. The article discusses the problems that can arise with pregnant women and their relatives. Recommendations for pregnancy prolongation or interruption are outlined*

**Key words:** prenatal council of physicians; fetal malformations; prenatal US diagnostics; surgical diseases in neonates; neonatal surgeon

В настоящее время повсеместно применяется УЗИ беременных женщин, которое позволяет диагностировать пороки развития плода на ранних сроках беременности. В этот период врачи УЗ-диагностики, акушеры-гинекологи и детские хирурги получили возможность совместно диагностировать пороки и решать проблему протонирования или прерывания беременности в зависимости от прогноза для жизни и здоровья ребенка. Например, во Франции 98 % женщин проводят УЗИ во время бе-

регенности, что позволило увидеть истинную картину распространенности пороков развития [4,6].

В медицинских организациях Удмуртской Республики беременные женщины обследуются посредством скринингового УЗИ на 11–14, 18–21 и 30–34-й неделях беременности [2]. При выявлении аномалий развития плода беременные направляются на пренатальный консилиум организованный на базе перинатального центра Республиканской клинической больницы.

Факторы, влияющие на течение беременности и формирование плода можно разделить следующим образом:

**1. Социально-биологические факторы:** возраст матери (до 18 лет, старше 35 лет), возраст отца (старше 40 лет), профессиональные вредности родителей, никотиновая зависимость, алкоголизм, наркомания, токсикомания, физические данные матери (рост 150 см и менее, масса на 25 % выше или ниже нормы).

**2. Акушерско-гинекологический анамнез:** число родов 4 и более; неоднократные или осложненные аборт; оперативные вмешательства на матке и придатках; пороки развития матки; бесплодие в анамнезе; невынашивание беременности; неразвивающаяся беременность; преждевременные роды; мертворождения; смерть в неонатальном периоде; рождение детей с генетическими заболеваниями и аномалиями развития; рождение детей с низкой или крупной массой тела; осложненное течение предыдущей беременности; бактериальные и вирусные заболевания женской половой сферы (генитальный герпес, хламидиоз, цитомегалия, сифилис, гонорея и др.).

**3. Экстрагенитальные заболевания:** сердечно-сосудистые заболевания: пороки сердца, гипер- и гипотензивные расстройства; заболевания мочевыделительных путей; эндокринопатии; болезни крови; болезни печени; болезни легких; заболевания соединительной ткани; острые и хронические инфекции; нарушение гемостаза, алкоголизм, наркомания.

**4. Осложнения беременности:** рвота; угроза прерывания; кровотечение; поздний гестоз, преэклампсия; многоводие; маловодие; плацентарная недостаточность; многоплодие; анемия; резус- и групповая сенсибилизация; обострение вирусной инфекции (генитальный герпес, цитомегалия); анатомически узкий таз; неправильное положение плода; переношенная беременность (более 41 нед.); индуцированная беременность.

Если по результатам пренатального скрининга выявляются пороки развития и заболевания плода, беременная направляется в перинатальный центр Первой РКБ. В перинатальном центре беременная с антенатальной патологией плода приглашается на пренатальный консилиум, где работают главные внештатные специалисты по УЗ-диагностике, акушеры-гинекологи, детские хирурги, генетики, челюстно-лицевые хирурги, кардиологи, нейрохирурги, врачи зна-

ющие особенности пороков еще не родившегося ребенка. Специалисты, работающие с детьми, родившимися с предполагаемыми пороками, профессионально могут оценить каждую конкретную ситуацию, объективно и с высокой долей вероятности объяснить будущим родителям прогноз беременности [3,4]. При неблагоприятном прогнозе для жизни и здоровья будущего ребенка консилиум имеет возможность рекомендовать прервать беременность.

Цель консилиума – подробно информировать родителей, с какими проблемами они могут столкнуться непосредственно после рождения ребенка с врожденным пороком развития, какие предстоят хирургические вмешательства в будущем, каковы возможности интенсивной терапии и реабилитации при данной патологии, предполагаемый прогноз для жизни ребенка и возможность выхода на инвалидность. Беременность – процесс физиологический, но предсказать течение беременности и родов довольно сложно, учитывая диагностированные пороки развития. Необходимо отметить, что до настоящего времени 30–40% пороков развития у плодов не диагностируется внутриутробно даже в развитых странах [3,5]. Для уточнения диагноза в сложных случаях консилиум рекомендует провести кариотипирование плода. Консилиум не занимается предсказанием течения родов и беременности, специалисты контролируют процесс для предотвращения неблагоприятных последствий для ребенка и матери.

Надо понимать, что максимально точная, основанная на объективных методах обследования, дородовая диагностика пороков развития дает возможность планировать и контролировать адекватный алгоритм ведения беременности и родов и оказание последующей специализированной помощи ребенку.

На основании объективных сведений об анатомической форме порока, патогенезе патологического процесса, необходимости и сроках хирургического лечения выделяют несколько групп пороков плода в зависимости от показаний к хирургическому лечению [6,7]:

1-я группа: патология, требующая оперативного вмешательства в первые часы и дни после рождения: гастрошизис, эмбриональные грыжи с узким основанием, атрезия пищевода, атрезия двенадцатиперстной кишки, атрезия тонкой и толстой кишки, диафрагмальная грыжа, аде-

номатоз легкого с явлениями дыхательной недостаточности, опухолевидные образования, приводящие к дыхательной недостаточности;

2-я группа: патология, требующая отсроченного оперативного вмешательства в течение первых недель или первого месяца жизни (объемные образования брюшной полости, мультикистоз, мегауретер, гидронефроз, атрезия желчного пузыря, тератомы, кисты яичников);

3-я группа: патология, дающая основание для обсуждения вопроса о прерывании беременности (поликистоз обеих почек, агенезия почек, атрезия уретры, множественные пороки развития, злокачественные опухоли, хромосомные болезни);

4-я группа: патология, требующая прерывания беременности (анэнцефалия, гидроцефалия в стадии декомпенсации, гигантские менингоэнцефалоцеле и менингомиелоцеле, микроцефалия, пороки сердца, несовместимые с жизнью, и множественные пороки развития);

5-я группа: патология, требующая активного диспансерного наблюдения хирурга (пиелоктазия, релаксация купола диафрагмы, дистопия почек, гипоплазия почки, аномалия количества органов, солитарные кисты легких без явлений дыхательной недостаточности, паховые грыжи, водянка оболочек яичка);

6-я группа: патология, при которой возможны внутриутробные вмешательства (диафрагмальные грыжи, гидроцефалия, гидронефротическая трансформация почек, клапан задней уретры, аденоматоз легкого, крестцово-копчиковые тератомы).

Показания к прерыванию беременности появляются при неблагоприятном прогнозе для жизни и здоровья будущего ребенка, что является опасным для здоровья женщины. На консилиуме в каждом конкретном случае проблема сохранения или прерывания беременности решается индивидуально и определяется сроком беременности матери, ее соматическим, акушерским и гинекологическим анамнезом.

За 2016 год на консилиуме было принято 210 беременных женщин. Из них направлены в перинатальный центр после I скрининга (11–14 неделя) 36 женщин, после II скрининга (18–21 неделя) 121 женщина и после III скрининга (30–34 недели) 53 женщины.

У плодов были выявлены следующие пороки развития: множественные врожденные пороки развития – 27, врожденные пороки развития сер-

дечно-сосудистой систем – 33, ВПР лица – 20, ВПР мочевыделительной системы – 24, ВПР желудочно-кишечного тракта – 17, ВПР дыхательной системы – 3, ВПР скелета – 16, ВПР центральной нервной системы – 14, синдром Дауна – 20, синдром Эдвардса – 8, синдром Патау – 2, синдром Тернера-Шершевского – 6, синдром Арнольда-Киари – 7, синдром Кляйнфельтера – 1, хромосомные патологии – 4, гипотрофия плода – 3, ретроамниальная гематома – 1, пузырный занос – 1, выраженное маловодие – 2, вентрикуломегалия – 1. Прервано беременностей 118. Пролонгирована беременность 92 женщинам.

**Таблица. Сроки диагностики пороков развития плода за 2016 год**

Наименование патологии	Число прерванных беременностей	Недели беременности
Синдром Дауна	20	от 13 до 22
Синдром Эдвардса	8	от 12 до 25
Синдром Патау	2	от 18 до 20
Синдром Шершевского-Тернера	6	от 18 до 21
Множественные врожденные пороки развития	27	от 12 до 29
Врожденные пороки развития центральной нервной системы	14	от 12 до 22
Врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта	17	от 12 до 19
Врожденные пороки развития мочевыделительной системы	24	от 17 до 21
Врожденные пороки сердца	33	от 18 до 23
Синдром Арнольда-Киари	7	от 16 до 21
Врожденные пороки развития скелета	16	20
Хромосомные патологии	4	от 13 до 21
Гипотрофия плода	3	от 20 до 22
Врожденные пороки развития дыхательной системы	3	20
Ретроамниальная гематома	1	18
Выраженное маловодие	2	от 12 до 24
Синдром Кляйнфельтера	1	24
Вентрикуломегалия	1	19
Пузырный занос	1	14
Врожденные пороки развития лица	20	от 16 до 21
Всего	210	

Современные УЗ-аппараты экспертного класса уже на первом скрининге в сроке беременности 14 недель позволяют предположить порок развития. Динамическое наблюдение беременных женщин на консилиуме позволяет проследить процесс внутриутробного развития порока и судьбу беременности. Первым пороки развития обнаруживает врач УЗ-диагностики и информирует родителей о проблеме. В последующем направляет на консилиум для решения вопроса о пролонгировании или прерывании беременности. При обсуждении этой проблемы большое значение имеет настрой родителей и полученная ими информация. Зачастую информацию люди черпают из Интернета или из бесед с родственниками и знакомыми. Понятия, (это не знания) полученные таким образом, зачастую дезориентируют родителей. Задача специалистов консилиума довести до родителей полную информацию о пороке развития будущего ребенка, какая судьба ожидает ребенка и мать в дальнейшем. При сохранении беременности родители должны знать в каком роддоме будут проходить роды, куда ребенок будет переведен из родильного дома, какой специалист его будет наблюдать, в каком стационаре и в какие сроки предстоит операция. Желательно информировать родителей о характере оперативного вмешательства и особенностях послеоперационного лечения. Обязательно обсуждается вопрос возможной инвалидизации ребенка и его дальнейшей судьбы. *К сожалению, нам пришлось столкнуться с полным непониманием родителями предстоящих проблем, даже с отрицанием возможности рождения ребенка с пороком, обычно мотивируя недоверием к современным методам диагностики. В последующем родители горько сожалеют о случившемся, столкнувшись с проблемой ухода за ребенком, осознав, что уже не могут вести обычный образ жизни, не в состоянии продолжать обучение и т.д. Практически в 100% случаев они утверждают, что им недостаточно точно все объяснили или они не поняли, что их ждет.* Окончательное решение пролонгировать или прервать беременность остается за родителями. В России прерывание беременности осуществляется до 21-й недели гестации, до этого срока врачам необходимо точно поставить диагноз и принять решение. Для наблюдения за развитием плода отводится срок от 14 до 21 недели. Но отведенного

времени в некоторых конкретных случаях недостаточно для принятия точного решения.

Законы Франции и Израиля дают возможность прервать беременность на любом сроке, если есть несовместимая с жизнью и некорригируемая патология плода [3,5]. Такое право в случае сомнительного прогноза для жизни дает возможность специалистам по перинатальной медицине проследить течение беременности до более поздних сроков и принять взвешенное и оправданное решение.

Специалисты, участвующие в работе пренатального консилиума, решают проблему способа родоразрешения и выбора медицинского учреждения, в котором будут проходить роды. Необходимо установить, как будут проведены роды, путем кесарева сечения или естественным путем. Все показания для оперативного родоразрешения можно разделить на абсолютные и относительные.

#### **Абсолютные показания для кесарева сечения:**

- омфалоцеле больших размеров (более 5 см). При этом существует высокая вероятность разрыва пуповинных оболочек и эвентрации петель кишечника;
- тератомы крестцово-копчиковой области, если к моменту родов размер тератомы превышает размеры головы ребенка. В этой ситуации существует угроза обтурации ребенком родовых путей матери, что приводит к тяжелой асфиксии или разрыву оболочек тератомы, сопровождающемуся тяжелым кровотечением;
- кисты яичников более 10 см. В этой ситуации существует высокая вероятность разрыва кисты во время родов с последующим излитием содержимого в брюшную полость;
- менингомиелоцеле представляет угрозу разрыва оболочек и инфицирование спинномозгового канала;
- лимфангиомы больших размеров, расположенные в области шеи. Высокая вероятность не пройти по родовым путям матери.

#### **Относительные показания для кесарева сечения:**

- гастрошизис – нет четких указаний о способе родоразрешения детей с гастрошизисом. В большом числе наблюдений родоразрешения через естественные родовые пути и посредством кесарева сечения не выявлены существенные различия, влияющие на прогноз и развитие

заболевания. Мы предпочитаем родоразрешать путем кесарева сечения при данной патологии;

- диафрагмальная грыжа – нет четких указаний о предпочтительном способе родоразрешения при этой патологии у плода. Способ родоразрешения не влияет на летальность при врожденной диафрагмальной грыже. Однако большинство авторов указывают, что шансы детей на выживаемость повышаются, когда роды происходят в учреждении 3-го уровня, днем при наличии всего персонала отделения неонатальной реанимации, а не только дежурных врачей.

**Вывод.** Пренатальный консилиум позволяет подробно информировать родителей о проблемах, которые могут быть непосредственно после рождения ребенка с врожденным пороком развития, какие хирургические вмешательства предстоят в будущем. В пренатальном консилиуме должны принимать участие специалисты по УЗИ-диагностике, детские хирурги, акушеры-гинекологи, неонатологи, генетики, психологи, юристы. Только при таком комплексном подходе возмож-

но значительно уменьшить число детей с некорригируемыми пороками развития и уменьшить количество выходов на инвалидность.

*Список литературы:*

1. **Кучеров, Ю.И.** Пренатальный консилиум при пороках развития плода / Ю.И. Кучеров и соавт. // *Детская хир.* – 2016. – Т. 20, № 4. – С. 211–215.
2. **Поздеев, В.В.** История детской хирургической службы Удмуртии / В.В. Поздеев, Н.С. Стрелков, В.А. Бушмелев // *Российский вестник детской хирургии анестезиологии и реаниматологии.* – 2014. – № 1. – С. 111–117.
3. **Benachi, A.** Prenatal counselling and the role of the paediatric surgeon / A. Benachi, S. Samacki // *Semin. Pediatr. Surg.* – 2014. – 23. – P. 240–243.
4. Lack of institutional pathways for referral: results of a survey among pediatric surgeons on prenatal consultation for congenital anomalies / L. Aite [et al.] // *Prenat. Di-agn.* – 2013. – 33 (9). – P. 904–907.
5. National Coordination Group of the National Perinatal Surveys. Trends in perinatal health in France from 1995 to 2010. Results from the French National Perinatal Surveys / B. Biondel [et al.] // *J. Gynecol Obstet Biol. Reprod.* – 2012. – P. 41–44.
6. Prenatal management of the fetus with isolated congenital diaphragmatic hernia in the era of the TOTAL trial / J. Deprest [et al.] // *Semin. Fetal Neonatal Med.* – 2014. – 19. – P. 338–348.
7. Prenatal Consultation with a neonatologist for congenital anomalies: parental perceptions / F. Miquel-Verges [et al.] // *Pediatrics.* – 2009. – 124 (4). – P. 573–579.

# ЭКОЛОГИЯ

---

УДК 614.88:615.099

*Р. Х. Абзалов, С. П. Атланов*

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Республика Татарстан  
Кафедра анестезиологии и реаниматологии, медицины катастроф

## ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НЕЙРОТРОПНЫХ ЯДОВ

Абзалов Рустем Хафизович – ординатор кафедры; 420087, г. Казань, ул. Бутлерова, 49, тел: 7 (917) 286-64-59, e-mail: rustavelli2016@bk.ru; Атланов Сергей Петрович – старший преподаватель кафедры

*Проведен анализ литературы по отравлениям населения сероуглеродом и фосфорорганическими соединениями в современных условиях. Последние данные говорят об увеличении количества хронических отравлений сероуглеродом на предприятиях, в промышленности и острых отравлений фосфорорганическими соединениями в быту и на предприятиях. Оказание правильной медицинской помощи – важная задача врачей на этапах медицинской эвакуации.*

**Ключевые слова:** медицинская помощь; воздействие нейротропных ядов; сероуглерод; фосфорорганические соединения; хронические интоксикации

*R.Kh. Abzalov, S.P. Atlanov*

Kazan State Medical University, Republic of Tatarstan  
Department of Anesthesiology and Resuscitation, Disaster Medicine

## PROVIDING MEDICAL CARE IN CASE OF EXPOSURE TO NEUROTROPIC POISONS

Abzalov Rustem Khafizovich – Resident; 49 Butlerova st., Kazan 420087, tel.: 7(917)286-64-59, e-mail: RUSTAVELLI2016@BK.RU; Atlanov Sergey Petrovich – Senior lecturer

*The analysis of literature on carbon disulfide and organophosphorous compounds (OPC) poisoning in modern conditions is carried out. The latest data show an increase in chronic carbon disulfide poisoning at industrial enterprises and an increase in acute OPC poisoning in everyday life and at enterprises. The provision of proper medical care is an important task for doctors at the stages of medical evacuation.*

**Key words:** medical care; the effect of neurotropic poisons; carbon disulfide; organophosphorous compound; chronic intoxication

На сегодняшний день трудно представить хотя бы один вид человеческой деятельности, прямо или косвенно не связанный с влиянием на организм химических веществ, количество которых составляет десятки тысяч и продолжает непрерывно расти. В их числе – ядохимикаты (инсектициды, пестициды, гербициды), препараты бытового назначения (краски, лаки, растворители, синтетические моющие средства), лекарственные вещества, химические добавки к пищевым продуктам, косметические средства и др.

На складе типового химического комбината хранятся сотни тонн потенциально токсичных продуктов. На мясокомбинатах, в холодильниках, на очистных сооружениях и водозаборах имеются емкости с ядовитыми веществами (аммиак, хлор). Кроме того, большое их количество транспортируется по магистральным тру-

бопроводам, перевозится в железнодорожных и автомобильных цистернах. На предприятиях химической, нефтехимической и других видов промышленности, которые специализируются на выпуске материалов, широко используемых в народном хозяйстве и в быту, перерабатывают самые различные химические вещества, в том числе и опасные для здоровья человека. Несмотря на принимаемые на предприятиях и транспорте меры безопасности, аварийные ситуации, сопровождающиеся выливами или выбросами в атмосферу ядовитых паров (аэрозолей), нередки.

**Цель исследования:** определить эффективность оказания первой медицинской помощи при воздействии нейротропных ядов.

**Материалы и методы исследования.** Анализ отечественной и зарубежной литературы. Проанализировав литературу мы убедились, что

острые отравления сероуглеродом в последние годы почти исчезли, и что определенную значимость приобретают уже хронические интоксикации. Хроническое воздействие малых концентраций приводит к заболеванию центральной, вегетативной, периферической нервных систем, эндокринных и внутренних органов, системы крови [5].

Что касается фосфорорганических соединений (ФОС), то они представляют собой разнородную группу химических веществ, используемых с различными целями, в том числе в качестве нервно-паралитических газов. Отравления ФОС представляют серьезную проблему в развивающихся странах. Во всем мире ежегодно регистрируют 300 000 смертельных случаев при отравлении ими. Фосфорорганические соединения могут попадать в организм через кожу, легкие или при проглатывании. Отравление вызывает мышечную слабость, фасцикуляции и слабость дыхательной мускулатуры. Также они влияют на центральную нервную систему, вызывая раздражительность, судороги, кому [1,2,3].

Нейротропные яды – это вещества, действующие на генерацию, проведение и передачу нервного импульса. К ним относятся вещества, нарушающие механизм периферической нервной регуляции, а также модулирующие состояние самой нервной системы (сероуглерод, ФОС). В основе их действия лежит способность вмешиваться в процессы синтеза, хранения, выброса, инактивации в синаптической щели нейромедиаторов; взаимодействовать с рецепторами нейромедиаторов; изменять проницаемость ионных каналов возбудимых мембран [5].

УДК 616-092.4:611.77:613.165.6

Ш. О. Коржавов<sup>1</sup>, З. М. Рахмонов<sup>1</sup>, М. М. Юсупов<sup>2</sup>, С. Ш. Гаффарова<sup>3</sup>

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан

<sup>1</sup>Кафедра анатомии человека и ОХТА

<sup>2</sup>Кафедра нормальной и патологической физиологии

<sup>3</sup>Педиатрический факультет

## СКРИНИНГОВАЯ ОЦЕНКА ПРОТЕКТОРНЫХ СВОЙСТВ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ УЛЬТРАФИОЛЕТА НА КОЖУ КРЫС

Коржавов Шерали Облакулович – ассистент кафедры; 140100, г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18, тел: +998 (66)233-07-66, e-mail: shamsiev@mail.ru; Рахмонов Зафар Мамадиевич – ассистент кафедры; Юсупов Мирза Мурадович – старший преподаватель кафедры; Гаффарова Садокат Шакировна – студент

В статье представлены результаты исследования апоптоза и разработка метода скрининга для оценки защитных свойств терапевтических эффектов на модели повреждения кожи крыс ультрафиолетом.

Ключевые слова: апоптоз; воспаление; эритема; крыса; кожа; ультрафиолет

Для увеличения эффективности оказания медицинской помощи при отравлении сероуглеродом и ФОС необходимо [4]:

- помнить о самозащите;
- немедленно прекратить поступление яда в организм путем надевания противогаза и быстрой эвакуации в безопасную зону;
- использовать антидот;
- по возможности организовать двухэтапность оказания медицинской помощи (догоспитальная-специализированная);
- помнить, что эффективность помощи напрямую зависит от начала мероприятий;
- промывание желудка проводить только при защищенных дыхательных путях;
- контроль за жизненно важными функциями организма; при необходимости проведение сердечно-легочной реанимации и проведение мер на снижение всасывания и ускорение выведения токсина.

**Вывод.** Отравления нейротропными ядами в современном мире широко распространены и выполнение алгоритма оказания помощи на этапах лечения является актуальной задачей.

### Список литературы:

1. Лудевиг, Р. Острые отравления / Р. Лудевиг, К. Лос; пер. с нем. А. В. Низового; под ред. Е. В. Гембицкого. – М.: Медицина, 2003. – 560 с.
2. Маккормик, Б. Основы интенсивной терапии / Б. Маккормик; ред. русского изд. Э. В. Недашковский, В. В. Кузьков. – 2-е изд., дораб. и доп. – 2016. – 122 с.
3. Gastrointestinal decontamination in the acutely poisoned patients / T.E. Albertson [et al.] // Int J Emerg Med. – 2011. – 4. – P. 65.
4. Fertel, B.D. Extracorporeal removal techniques for the poisoned patient: a review for the intensivist / B.D. Fertel, L.S. Nelson, D.S. Goldfarb // J Intensive Care Med. – 2010. – 25. – P. 139.
5. Renal injury at first presentation as a predictor for poor outcome in severe paracetamol poisoning referred to a liver transplant unit / N. Pakravan [et al.] // Eur J Clin Pharmacol. – 2009. – 65. – P. 163–168.

Sh.O. Korzhavov<sup>1</sup>, Z.M. Rakhmonov<sup>1</sup>, M.M. Yusupov<sup>2</sup>, S.Sh. Gafforova<sup>3</sup>

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan

<sup>1</sup>Department of Human Anatomy, Topographic Anatomy and Operative surgery

<sup>2</sup>Department of Normal and Pathological Physiology

<sup>3</sup>Pediatric Faculty

## EXPOSURE OF RATS' SKIN TO ULTRAVIOLET FOR SCREENING EVALUATION OF PROTECTIVE PROPERTIES OF DRUGS

Korzhavov Sherali Oblakulovich – Lecturer; 18 Amir Temur st., Samarkand 140100, tel.: +998 (66) 233-07-66, e-mail: shamsiev@mail.ru; Rakhmonov Zafar Mamadievich – Lecturer; Yusupov Mirza Muradovich – Senior Lecturer; Gaffarova Sadokat Shakirovna – student

*Apoptosis as a form of programmed cell death is one of the key options of the cell response to damage, along with necrosis. Apoptosis plays an important role in the pathogenesis of many diseases. Due to this, developing a simple technique to study in vivo screening and to evaluate the impact of therapeutic interventions on the severity of necrosis and apoptosis is a topical issue. The aim of our study was to develop a screening method for assessing protective properties of therapeutic effects on the model of ultraviolet skin damage in rats.*

**Key words:** apoptosis; inflammation; erythema, rat; skin; ultraviolet

Апоптоз как вид запрограммированной клеточной смерти наряду с некрозом является одним из ключевых вариантов ответа клетки на повреждение [1,5]. Апоптоз играет большую роль в патогенезе многих заболеваний [2,3]. В связи с чем ранее актуальной является разработка простой методики *in vivo* для изучения и скрининговой оценки влияния терапевтических воздействий на выраженность некроза и апоптоза.

**Цель исследования:** разработка скринингового метода оценки протекторных свойств терапевтических воздействий на модели ультрафиолетового повреждения кожи у крыс.

**Материалы и методы исследования.** Исследование выполнено в лаборатории кафедры анатомии человека и ОХТА Самаркандского государственного медицинского института (СамГосМИ). Эксперименты проведены на 6 белых нелинейных самцах крыс средней массой 250±35 г. Содержание животных и постановка экспериментов проводились в соответствии с требованиями Приказов № 1179 МЗ УзССР от 11.10.1983 года и № 267 МЗ РУз от 19.06.2003 года, а также международными правилами «*Guide for the Care and Use of Laboratory Animals*». При оперативных вмешательствах использовали золетил-ксилазиновый наркоз по следующей схеме: золетил 0,3 мг в/м («Virbac», Франция), ксиланит 0,8 мг в/м (ЗАО «НИТА-ФАРМ», Россия), атропина сульфат 0,1% раствор – 0,01 мл п/к из расчета на 100 г массы тела животного. Наркоз верифицировали по исчезновению реакции на болевые раздражители (укол лапы) и угнетению роговичного рефлекса. Крысы были разделены на 2 группы: первая – 2 животных, интактные крысы; вторая – 4 крысы, которым проведен сеанс ультрафиоле-

тового облучения кожи. Облучение кожи проводилось с использованием ультрафиолетового облучателя ОББ-92У с лампой мощностью 30 ватт, длиной волны 253,7 нм. После введения наркоза на боку крысы в участке размером 4×4 см проводилось удаление шерсти. Далее на эту область проводилось наложение плотной ткани с вырезанным участком размером 3×3 см. Ультрафиолетовый облучатель располагался на высоте 20 см от уровня кожи. Проводился один сеанс облучения в течение 25 минут, после чего крысу оставляли в клетке на сутки. На следующие сутки после облучения под наркозом проводился забор участка облученной кожи, с последующей его фиксацией в 10% растворе забуференного фосфатами нейтрального формалина на двое суток. Для изготовления гистологических препаратов из кожи крыс была проведена модификация методики проводки в парафин с использованием изопропанола и минерального масла (изменялось время экспозиции в растворах, принципиальная схема не менялась). В дальнейшем изготавливались парафиновые блоки, проводилась их нарезка на микротоме МПС-2 (СССР) на срезы толщиной 10 мкм. Проводилось монтирование срезов на покрытые адгезивным покрытием предметные стекла. Микропрепараты окрашивались гематоксилином-эозином, а также по методу Браше. Полученные микропрепараты фотографировали с помощью окулярной камеры «Levenhuk 230» (США) на микроскопе Микромед-6 (Россия).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Случаев незапланированной гибели и осложнений у животных зарегистрировано не было. При исследовании микропрепаратов, полученных

от крыс из первой группы, выявлено нормальное строение их кожи. При исследовании микропрепаратов, полученных от крыс из второй группы, подвергшихся облучению, обнаружена микроскопическая картина УФ-индуцированного дерматита. При исследовании микропрепаратов, окрашенных гематоксилином-эозином, отмечается наличие признаков отека и стаза крови в сосудах дермы. Незначительно выражена нейтрофильная инфильтрация дермы, отмечено наличие участков отслойки рогового слоя эпителия от дермы, выявлены признаки неоднородной окраски ядер кератиноцитов, появление «солнечно-ожоговых клеток» (кератиноцитов в состоянии апоптоза). При окраске микропрепаратов по методу Браше наряду с клетками, имеющими в своем составе ДНК и РНК, обнаруживается большое число предположительно кератиноцитов, окрашенных только метиловым зеленым; наличие окраски пиронином, который окрашивает РНК, в них не выявлено. Это косвенно свидетельствует о функциональной неактивности ядер, остановившихся процессах транскрипции и трансляции. Расположение неактивных клеток соответствует таковому расположению «солнечно-ожоговых клеток» на срезах.

**Вывод.** Облучение оголенной кожи крысы в течение 25 минут с использованием УФ-лампы

мощностью 30 ватт, длиной волны 253,7 нм приводит к развитию ультрафиолетового дерматита, при этом наряду с некротизированными обнаруживаются кератиноциты в состоянии апоптоза «солнечно-ожоговые клетки». Разработанный скрининговый метод может применяться в качестве оценки протекторных свойств лечебных воздействий.

*Список литературы:*

1. Трофименко, А.И. Патогенетическое обоснование применения ТЭС-терапии при ишемическом инсульте (экспериментальное исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.И. Трофименко. – Краснодар, 2014. – 24 с.
2. Трофименко, А.И. Динамика уровня β-эндорфина при моделировании ишемического инсульта у крыс / А.И. Трофименко, А.Х. Каде, Ф.А. Нехай // Кубанский научный медицинский вестник. – 2014. – № 3 (145). – С. 115–118.
3. β-эндорфин и цитокиновый профиль в динамике экспериментального ишемического инсульта / А.И. Трофименко [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – Режим доступа: URL: <http://www.science-education.ru/120-16368>.
4. Динамика цитокинового статуса у крыс при моделировании ишемического инсульта / А.И. Трофименко [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 2. – Режим доступа: URL: <http://www.science-education.ru/116-12557>.
5. Характеристика цитокинового профиля и оксидативного статуса у крыс с экспериментальным ишемическим инсультом / В.Д. Левичкин [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 2. – Режим доступа: URL: <http://www.science-education.ru/120-16282>.

# КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

---

УДК 616.366-003.7-039.38-089.17

М. И. Слобожанин

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика

Кафедра хирургических болезней с курсом анестезиологии и реаниматологии ФПК и ПП

<sup>2</sup>БУЗ УР «Городская клиническая больница № 9 МЗ УР», г. Ижевск

## СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Слобожанин Михаил Иванович – доцент кафедры кандидат медицинских наук, доцент; 426063, г. Ижевск, ул. Промышленная, 52, тел.: 8(912)875-58-51; e-mail: khbkair@yandex.ru

*Проведен ретроспективный анализ историй болезни 439 пациентов, которым выполнены плановые сочетанные оперативные вмешательства. Оценены количество послеоперационных осложнений, длительность раннего послеоперационного периода и летальность. Выявлено, что выполнение плановых симультанных оперативных вмешательств у пациентов с желчнокаменной болезнью не приводит к увеличению количества осложнений, длительности раннего послеоперационного периода.*

**Ключевые слова:** симультанные операции; холелитиаз

M.I. Slobozhanin

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

<sup>1</sup>Department of Surgical Diseases with a Course in Anesthesiology and Resuscitation of the Faculty of Advanced Training for Doctors

<sup>2</sup>Municipal Clinical Hospital No. 9, Izhevsk

## SIMULTANEOUS OPERATIONS IN COMBINATION THERAPY OF PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS

Slobozhanin Mikhail Ivanovich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; 52 Promyshlennaya St., Izhevsk 426063, tel.: 8(912)875-58-51, e-mail: khbkair@yandex.ru

*The author made a retrospective analysis of medical records of 439 patients who had undergone planned simultaneous operations. The number of postoperative complications, the duration of early postoperative period and mortality were estimated. It was revealed that performing planned simultaneous surgical operations in patients with cholelithiasis did not increase the number of complications and the duration of early postoperative period.*

**Key words:** simultaneous operations; cholelithiasis

В связи с увеличением продолжительности жизни населения и с повышением уровня диагностики, в последние годы наметилась тенденция к увеличению количества людей, имеющих сочетанные хирургические заболевания, частота возникновения которых колеблется от 2,8 до 63% [1]. По статистическим данным ВОЗ, сочетанная хирургическая патология встречается у 20–30% пациентов хирургического профиля [5]. Несмотря на наличие реальных возможностей для оказания необходимого объема медицинской помощи людям с сочетанной хирургической патологией, для достижения максимального медико-социального и экономи-

ческого эффекта, достигающего 42,4% [4, 6, 7], до настоящего времени лишь у 1,5–6% таких пациентов проводятся симультанные операции, что не соответствует реальным потребностям. В печати периодически появляются публикации о повторных оперативных вмешательствах по поводу тяжёлых осложнений сопутствующих хирургических заболеваний, не устранённых во время первой операции.

Симультанная (сочетанная) операция – это основное (наибольшее по объёму) вмешательство, направленное на устранение наиболее опасного для жизни патологического процесса и дополнительная операция по поводу разных,

этиологически не связанных между собой заболеваний, выявленных при дооперационном обследовании или обнаруженных во время основного хирургического вмешательства, выполняемая в условиях одной анестезии.

Такие заболевания, как скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), панкреатит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, наиболее часто сочетаются с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) [2].

В России ежегодная обращаемость по поводу ЖКБ составляет 5–6 человек на 1000 населения, а количество выполняемых холецистэктомий превышает 500 тысяч [3]. Из-за малой эффективности патогенетической терапии сформировавшихся желчных камней лапароскопическая холецистэктомия стала «золотым стандартом» в лечении калькулёзного холецистита, а эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией для холедохолитиаза. Выполнение симультанных операций для каждого конкретного пациента, страдающего ЖКБ, стало возможным после внедрения в практику щадящих хирургических методик и многокомпонентного эндотрахеального наркоза. Видеоскопические малоинвазивные методики обеспечивают пациенту практически полное отсутствие болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, раннюю двигательную активность и высокое качество уровня жизни в отдаленном послеоперационном периоде.

**Цель исследования:** оценить результаты хирургического лечения пациентов с сочетанной хирургической патологией, которым выполнялись симультанные оперативные вмешательства.

**Материал и методы исследования.** В период с 2000 по 2015 г. в БУЗ УР ГКБ № 9 МЗ УР г. Ижевска прооперировано 4678 пациентов, страдающих холелитиазом. Для оценки результатов хирургического лечения пациентов с сочетанной хирургической патологией проведен ретроспективный анализ 435 историй болезни пациентов, которым выполнены симультанные оперативные вмешательства. Процент малоинвазивных вмешательств составил 97,5%.

В исследование включались пациенты, которым были выполнены симультанные операции при ЖКБ, пупочных и двусторонних паховых грыжах, аденомах надпочечников, грыжах пищеводного отверстия диафрагмы с рефлюкс

эзофагитом. Противопоказанием к симультанной операции считали отнесение пациента к III классу по шкале операционно-анестезиологического риска Американского общества анестезиологов (ASA).

Оценивались следующие показатели: пол, возраст, характер и количество сочетанных хирургических патологий, характер и длительность оперативного вмешательства, наличие и характер послеоперационных осложнений, длительность раннего послеоперационного периода. Для показателей, характеризующих качественные признаки, указывалось абсолютное число и относительная величина в процентах.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Исследуемая группа (435 пациентов с сочетанной хирургической патологией) составила 9,3% от всех госпитализированных с холелитиазом, оперированных в отделении за выбранный период времени. Основной патологией, по поводу которой пациент был госпитализирован в хирургическое отделение, чаще всего была ЖКБ – у 368 (84,6%) человек, а как сопутствующая патология ЖКБ была у 67 (15,4%) пациентов. Средний возраст пациентов составил 51 год. Женщин было 279 (64,1%), из которых у 119 ЖКБ сочеталась с пупочной грыжей, у 62 – с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, у 96 – с односторонней паховой грыжей, у 2 – с доброкачественными образованиями надпочечника. Мужчин в хирургическое отделение поступило 156 (35,9%), из которых у 65 ЖКБ сочеталась с пупочной грыжей, у 56 – с односторонней паховой грыжей, у 32 – с двусторонней паховой грыжей, у 5 – с доброкачественными образованиями надпочечника. Всем пациентам выполнялись операции под многокомпонентным эндотрахеальным наркозом в следующих объемах: лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) с дренированием подпеченочного пространства по показаниям, а так же хирургическая коррекция сопутствующей патологии из того же лапароскопического доступа, за исключением пупочной грыжи, аутопластика которой была выполнена после извлечения троакаров у 184 (42,8%) пациентов. Расширенные сочетанные операции были выполнены пациентам, страдающим ЖКБ осложненной холедохолитиазом без механической желтухи, в следующих объемах: ЛХЭ, холедохотомия, литоэкстракция, холедохоско-

пия, дренирование общего желчного протока по Холстеду с первичным швом на рану холедоха и различные варианты протезирующих герниопластик паховой грыжи – аллогерниопластика по Лихтенштейну у 152 (35,3%) пациентов и лапароскопическая герниопластика у 32 (17,4%). Грыженосителей в сочетании с ЖКБ в исследуемой группе было 430 пациентов. Оперативные вмешательства в большинстве случаев выполнялись в двух анатомических областях – 407 человек, и лишь у 32 человек – в трех анатомических областях. Процент малоинвазивных герниопластик при внутренних (ГПОД – у 62 пациентов) и наружных (паховых – у 32 пациентов) грыжах составил 21,8%.

В соответствии с классификацией оперативных вмешательств по объему (*Lochlein, Pichlmayr*) были выделены малые, средние и большие операции. К малым относили протезирующие герниопластики при паховых и аутопластики при пупочных грыжах. Средними операциями считали холецистэктомию. Герниопластики при ГПОД у 62 пациентов, удаление гормонально неактивных аденом надпочечников у 5 причисляли к большим операциям. Хирургические вмешательства выполнялись поэтапно одной хирургической бригадой от более чистого этапа операции к менее чистому – фундопликация и адrenaлэктомия, а вторым этапом – ЛХЭ. Сочетания средних и малых операций были у 364 пациентов (84,1%), а больших и средних – у 71 (15,9%) пациента. Продолжительность при сочетании больших и средних операций составила 140 минут. Ранний послеоперационный период составил 9 суток. Продолжительность средних и малых операций составила 90 минут, а у 32 больных – 114 минут. Ранний послеоперационный период составил 5 суток.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 19 (4,4%) пациентов из 435 исследуемых. А доля осложнений по отношению к общему количеству операций (870) составила 2,2%. Среди осложнений отмечены нагноение послеоперационной раны (1,5% – после 336 пластик паховых и 5 пупочных грыж), гематомы и серомы троакарной раны у 8 пациентов (1,8%). После 32 лапароскопических герниопластик послеоперационные серомы грыжевого мешка отмечены у 3 (9,4%) пациентов; острый орхоэпидидимит – у 1 (3,1%); послеоперационное желчеистечение (ПЖИ) в результате прорезывания клипсы

на культе пузырного протока – у 2 (0,5%) пациентов, которые были оперированы повторно в объеме релапароскопии, дополнительного надёжного клипирования пузырного протока, санации и дренирования подпеченочного пространства. В дальнейшем послеоперационный период протекал благоприятно. У большинства пациентов в послеоперационном периоде имел место слабой интенсивности болевой синдром, поэтому достаточно было назначение ненаркотических анальгетиков. Летальных исходов не было. Средний срок госпитализации пациентов с сочетанной хирургической патологией составил  $5,6 \pm 1,8$  койко-дня.

**Вывод.** Проведенный анализ плановых симультанных операций у пациентов с сочетанной хирургической патологией в БУЗ УР ГКБ № 9 МЗ УР позволяет говорить о хороших результатах лечения, достигнут медико-социальный эффект – ранний послеоперационный период составил от 5 до 9 суток. При симультанных операциях не выявлено усиления операционной травмы от сочетанного хирургического вмешательства. В послеоперационном периоде не потребовалось усиления анальгетической терапии. Выполнение симультанных операций не сопровождалось увеличением количества послеоперационных осложнений, летальных исходов не было.

#### Список литературы:

1. **Белобородов, В. А.** Симультанные операции в хирургической практике / В. А. Белобородов, О. С. Олифарова, С. П. Шевченко // Сибирское медицинское обозрение. – 2007. – Вып. 2, Т. 43. – С. 15–25.
2. **Васнев, О. С.** Симультанные операции у больных желчнокаменной и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / О. С. Васнев, О. Б. Янова // Экспериментальная клиническая гастроэнтерология. – 2010. – № 4. – С. 73–77.
3. Желчнокаменная болезнь / С. А. Дадвани [и др.]. – М.: Видар-М., 2000. – 139 с.
4. **Курыгин, А. А.** Симультанная эндоскопическая холецистэктомия у больных вентральными грыжами / А. А. Курыгин, В. В. Семёнов // Тезисы XIX съезда общества эндоскопических хирургов России (РОЭХ). – Москва, 16–18 февраля 2016. – С. 40–42.
5. Одномоментные операции. Терминология (обзор литературы и собственное предложение) / А. В. Фёдоров [и др.] // Хирургия. – 2011. – № 7. – С. 72–76.
6. Сочетанные эндовидеоскопические вмешательства в абдоминальной хирургии / О. Э. Луцевич [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – № 2. – С. 78.
7. **Кригер, А. Г.** Медико-экономический стандарт сочетанных операций / А. Г. Кригер, А. В. Федоров, А. В. Колыгин // Общероссийская общественная организация «Российское общество хирургов». – Режим доступа: URL: <http://общество-хирургов.pf/stranica-pravlenija/standarty-v-hirurgicheskoi-praktike/mediko-yekonomicheskii-standart-sochetanyh-operacii.html> (дата обращения: 01.09.2014).

УДК 616.3-06:618.8-009.24:616.12-008.331.1:616.61]-085

А. С. Исхакова<sup>1</sup>, И. Р. Гайсин<sup>2</sup>

<sup>1</sup>БУЗ УР «Республиканский клинико-диагностический центр МЗ УР», г. Ижевск

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика  
Кафедра госпитальной терапии с курсами кардиологии и функциональной диагностики ФПК и ПП

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕЭКЛАМПСИЮ

Исхакова Альфия Сабитовна – врач-кардиолог; Гайсин Ильшат Равилевич – профессор кафедры доктор медицинских наук, доцент; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. +7 (3412)680456; e-mail: igaisin@mail.ru

*В статье представлены результаты терапии женщин, перенесших во время беременности преэклампсию различной степени тяжести. Была установлена высокая клиническая эффективность ингибиторов АПФ лизиноприла и периндоприла в монотерапии и в фиксированной комбинации с индапамидом.*

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия; преэклампсия; терапия после родов

A.S. Iskhakova<sup>1</sup>, I.R. Gaisin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Republic Clinical Diagnostic Center, Izhevsk

<sup>2</sup>Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Hospital Therapy with courses in cardiology and functional diagnostics

## THE PECULIARITIES OF TREATING HYPERTENSION IN WOMEN WITH KIDNEY DISORDERS AFTER PRE-ECLAMPSIA

Iskhakova Alfiya Sabitovna – cardiologist; Gaisin Ilshat Ravilevich – Doctor of Medical Sciences, Professor; 281 Kommunarov St., Izhevsk 426034, tel.: +7 (3412)680456; e-mail: igaisin@mail.ru

*The article presents the results of therapy of women who have undergone pre-eclampsia of various degrees during pregnancy. The high clinical efficacy of ACE inhibitors lisinopril and perindopril was established in monotherapy and in fixed combination with indapamide.*

**Key words:** arterial hypertension; pre-eclampsia; postpartum therapy

Вследствие патобиологического сходства с атеросклерозом (эндотелиоз, дислипидемия), преэклампсия у женщин после родов ведет к раннему развитию атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [2, 15]. Женщины, у которых развивается преэклампсия, имеют в последующем повышенный риск артериальной гипертензии (АГ), мозгового инсульта, инсулинорезистентности, ожирения, метаболического синдрома, ишемической болезни сердца, хронического гломерулонефрита, пиелонефрита, хронической болезни почек [4, 7, 8]. По данным З.В. Васильевой и А.В. Тягуновой (2000), нормализация функций почек у реконвалесцентов преэклампсии происходит через 5 лет, после тяжелой преэклампсии – через 10, а после эклампсии даже через 10–15 лет не происходит полного их восстановления [1].

Женщинам, перенесшим гипертензивные состояния в гестационном периоде, современные руководства предписывают изменение образа жизни после родов, регулярный контроль артериального давления (АД) и оценку метаболических факторов во избежание осложнений последующих беременностей и для снижения материнского сердечно-сосудистого риска в будущем [11, 15].

Однако общепринятых рекомендаций по медикаментозному лечению АГ после родов нет.

**Цель исследования:** оценка эффективности лизиноприла, периндоприла и его комбинации с индапамидом у женщин с АГ и поражением почек после перенесенной преэклампсии.

**Материалы и методы исследования.** В открытое неконтролируемое годичное исследование вошли 29 женщин с АГ II степени после родов (14 женщин; 48,3%), III степени (15 женщин; 51,7%) и поражением почек [высокая альбуминурия (30–299 мг/л) у 25 пациенток (86,2%), протеинурия – у 4 (13,8%), умеренное снижение скорости клубочковой фильтрации – СКФ (60–89 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (ППТ)) – у 17 (58,6%), умеренно-средняя СКФ (45–59 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (ППТ)) – у 3 (10,3%)]. У 28 (96,6%) диагностирована во время беременности гипертензивная болезнь (ГБ II стадии у 18, III стадии – у 11), у 1 (3,4%) – ренопаренхиматозная АГ (гипертензивный вариант хронического гломерулонефрита установлен после родов). После родов 1 пациентка перенесла ишемический инсульт, 7 – страдали дисциркуляторной энцефалопатией, 10 – имели хроническую сердечную недостаточность (ХСН) I стадии (в т. ч. 2 – со сниженной фракци-

ей выброса левого желудочка). Женщины перенесли умеренно выраженную (20; 69,0%) или тяжелую преэклампсию (9; 31,0%) с нарушениями маточно-плацентарно-фетального кровотока II (27 пациенток; 93,1%) или III степени (2 женщины; 6,9%). Преждевременные роды были у 18 (62,1%) пациенток, маловесные дети родились в 24 (82,8%) случаях. Все дети живы, у 13 новорожденных (44,8%) имелись признаки гипоксически-ишемической энцефалопатии, у 9 (31%) – внутриутробного инфицирования.

Кормление грудью женщины прервали в связи с назначением препаратов, несовместимых с грудным вскармливанием: периндоприла (10 пациенток), лизиноприла (8 пациенток) или фиксированной комбинации периндоприла с ретардным индапамидом (11). В зависимости от клинической ситуации препараты у 5 пациенток менялись один на другой, в частности, монотерапия ингибитором ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) при недостаточном контроле АД была заменена на фиксированную комбинацию либо комбинированный препарат при чрезмерном снижении АД менялся на один из иАПФ.

Мы сочли этически недопустимым формирование контрольной группы сравнения: «традиционный послеродовой»  $\alpha_2$ -адреномиметик центрального действия метилдопа был бы заведомо неэффективным у женщин с умеренной/тяжелой АГ и органическими поражениями. К тому же применение метилдопы как препарата, вызывающего послеродовую депрессию, не рекомендуется пациентам европейскими специалистами [15].

Анализ исходных показателей факторов риска, бессимптомного поражения органов и установленных клинических состояний свидетельствовал о наличии высокого и очень высокого добавочного сердечно-сосудистого риска у женщин с анамнезом преэклампсии и поражением почек (табл.).

#### Результаты исследования и их обсуждение.

К концу года проводимого лечения, помимо эффективного контроля АД, статистически значительно снизились показатели общего холестерина (ХС), альбумин-/протеинурии, индекс массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), частота ХСН, повысились эндотелий-зависимая вазодилатация (ЭЗВД) (по приросту диаметра плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией) и расчетная СКФ (см. табл.).

Таблица. Динамика кардиоренальных показателей у женщин с АГ, перенесших преэклампсию

Показатель	После родов (n=29)	Через год лечения (n=29)	p
АД, мм рт.ст.	168,5±5,7 /105,3±3,5	128,3±3,2 /83,5±2,4	< 0,001
Масса тела, кг	76,9±5,8	68,4±3,6	> 0,05
Холестерин, ммоль/л	7,56±0,24	6,62±0,18	< 0,05
Триглицериды, ммоль/л	3,21±0,13	3,10±0,11	> 0,05
ХС ЛНП, ммоль/л	4,58±0,17	4,11±0,15	> 0,05
ХС ЛВП, ммоль/л	1,02±0,05	1,08±0,06	> 0,05
Апо-В/Апо-А1	1,41±0,08	1,35±0,05	> 0,05
Глюкоза плазмы натощак, ммоль/л	5,62±0,32	4,83±0,28	> 0,05
K+ плазмы, ммоль/л	3,98±0,51	4,02±0,32	> 0,05
Na+ плазмы, ммоль/л	142,3±3,2	138,5±2,9	> 0,05
Индекс ММЛЖ, г/м <sup>2</sup>	112,2±9,6	82,1±5,3	< 0,05
Диаметр плечевой артерии, мм	4,32±0,09	3,58±0,07	< 0,001
V, см/сек	62,1±1,9	67,8±2,1	< 0,05
ЭЗВД, %	7,8±1,2	18,5±1,5	< 0,001
Толщина интимы-медии, мм	0,97±0,03	0,64±0,02	< 0,001
СКФ, мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> (ППТ)	64,3±8,3	93,2±5,4	< 0,01
Альбуминурия, мг/л	478,2±105,4	67,5±8,7	< 0,05
ХСН, n (%)	10 (34,5)	0	< 0,01

Примечание: ЛНП – липопротеиды низкой плотности, ЛВП – липопротеиды высокой плотности, Апо- – аполипротеин, V – скорость кровотока в плечевой артерии, СКФ – скорость клубочковой фильтрации, ППТ – площадь поверхности тела.

Согласно современным рекомендациям по лечению АГ [17], иАПФ являются наиболее предпочтительными антигипертензивными препаратами при наличии у пациентов альбуминурии /протеинурии, почечной дисфункции, гипертрофии левого желудочка, метаболического синдрома. Перенесенная преэклампсия с выраженными нарушениями маточно-плацентарно-фетального кровотока, вызвавшая послеродовую альбумин-/протеинурию и снижение СКФ, таким образом, является показанием для назначения женщинам иАПФ. Монотерапия иАПФ (периндоприл или лизиноприл) или комбинация иАПФ с индапамидом позволяют уже в течение года после родов значительно снизить экскрецию белка с мочой и восстановить почечные функции.

Снижение протеинурии (как альбуминурии, так и явной протеинурии) считается важной терапевтической целью: обсервационный анализ данных различных рандомизированных клинических исследований показал, что изменения экскреции белка с мочой являются предикторами нежелательных ренальных и кардиоваску-

лярных событий [5, 9, 16]. Также четко доказано, что блокада ренин-ангиотензиновой системы более эффективна в снижении альбуминурии, чем плацебо или другие антигипертензивные средства, при диабетической и недиабетической нефропатии и у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [12, 13] и эффективна в предотвращении случаев альбуминурии [10, 14]. Женщины, перенесшие преэклампсию и имеющие различные варианты остаточного поражения почек, находятся, таким образом, в группе риска дальнейших кардиоренальных осложнений. Лишь единичные работы посвящены применению иАПФ у женщин с сохраняющейся АГ после родов [3].

АГ является главным обусловленным фактором риска развития сердечной недостаточности [18]. Профилактика ХСН оказалась самой важной составляющей пользы, связанной с антигипертензивными препаратами, включая диуретики, бета-блокаторы, иАПФ и блокаторы ангиотензиновых рецепторов, тогда как блокаторы кальциевых каналов были менее эффективными в сравнительных исследованиях [6]. В нашей работе при применении иАПФ периндоприла или лизиноприла у женщин с АГ после родов, помимо нормализации АД, к концу года наблюдалось значительное уменьшение частоты ХСН: с 34,5% до 0 ( $p < 0,01$ ).

**Вывод.** В ходе лечения некорморящих матерей с АГ II, III степени и поражением почек (высокая альбуминурия, протеинурия, умеренное снижение СКФ или умеренно-средняя СКФ), перенесших умеренно выраженную или тяжелую преэклампсию с нарушениями маточно-плацентарно-фетального кровотока II или III степени, была установлена высокая клиническая эффективность иАПФ лизиноприла и периндоприла в монотерапии и в фиксированной комбинации с ретардным индапамидом.

В течение года проводимой терапии на фоне стабильного контроля АД нормализовались почечные функции, проявления ХСН, статистически значимо снизились показатели общего ХС, альбумин-/протеинурии, индекс ММЛЖ, повысилась ЭЗВД. Перенесенная преэклампсия с выраженными нарушениями маточно-плацентарно-фетального кровотока, вызвавшая послеродовую альбумин-/протеинурию и снижение СКФ, таким образом, является показанием для назначения женщинам иАПФ.

### Список литературы:

1. **Васильева, З.В.** Отдаленные последствия и реабилитация женщин, перенесших тяжелые формы гестоза / З.В. Васильева, А.В. Тягунова // Рос. мед. журн. – 2000. – № 1. – С. 24–26.
2. **Гайсин, И.Р.** Артериальная гипертензия у беременных – новый кардиоренальный континуум / И.Р. Гайсин // Тер. архив. – 2012. – Т. 84, № 1. – С. 48–53.
3. Изучение органопротективных и метаболических эффектов энalapрила при лечении артериальной гипертензии, сохраняющейся после родов / О.Н. Ткачева [и др.] // Трудный пациент. – 2006. – Т. 4, № 3. – С. 18–22.
4. Прогностическое значение артериальной гипертензии в период беременности / А.Л. Верткин [и др.] // Российский кардиол. журнал. – 2005. – № 4 (54). – С. 53–57.
5. Albuminuria, a therapeutic target for cardiovascular protection in type 2 diabetic patients with nephropathy / D. de Zeeuw [et al.] // Circulation. – 2004. – Vol. 110. – P. 921–927.
6. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomised trials // Lancet. – 2003. – Vol. 362. – P. 1527–1535.
7. Cardiovascular health after maternal placental syndromes (CHAMPS): population-based retrospective cohort study / J. G. Ray [et al.] // Lancet. – 2005. – Vol. 366. – P. 1797–1803.
8. Cardiovascular sequel of preeclampsia/eclampsia: a systematic review and meta-analyses / S. D. McDonald [et al.] // Am. Heart J. – 2008. – Vol. 156. – P. 918–930.
9. Changes in albuminuria predict mortality and morbidity in patients with vascular disease / R. E. Schmieder [et al.] // J. Am. Soc. Nephrol. – 2011. – Vol. 22. – P. 1353–1364.
10. Effects of verapamil added-on trandolapril therapy in hypertensive type 2 diabetes patients with microalbuminuria: the BENEDICT-B randomized trial / P. Ruggenti [et al.] // J. Hypertens. – 2011. – Vol. 29. – P. 207–216.
11. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women – 2011 update: a Guideline from the American Heart Association / L. Mosca [et al.] // Circulation. – 2011. – Vol. 123. – P. 1243–1262.
12. Meta-analysis: effect of monotherapy and combination therapy with inhibitors of the renin angiotensin system on proteinuria in renal disease / R. Kunz [et al.] // Ann. Intern. Med. – 2008. – Vol. 148. – P. 30–48.
13. Renin-angiotensin system and cardiovascular risk / R. E. Schmieder [et al.] // Lancet. – 2007. – Vol. 369. – P. 1208–1219.
14. ROADMAP Trial Investigators. Olmesartan for the delay or prevention of microalbuminuria in type 2 diabetes / H. Haller [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2011. – Vol. 364. – P. 907–917.
15. Task force on the management of cardiovascular diseases during pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy / V. Regitz-Zagrosek [et al.] // Eur. Heart J. doi:10.1093/eurheartj/ehr218. – 51 p.
16. The relationship between magnitude of proteinuria reduction and risk of end-stage renal disease: results of the African American study of kidney disease and hypertension / J. Lea [et al.] // Arch. Intern. Med. – 2005. – Vol. 165. – P. 947–953.
17. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension / G. Mancia [et al.] // Eur. Heart J. – 2013. – Vol. 34. – P. 2159–2219.
18. **Tocci, G.** Development of heart failure in recent hypertension trials / G. Tocci, S. Sciarretta, M. Volpe // J. Hypertens. – 2008. – Vol. 26. – P. 1477–1486.

УДК 616.12-008.331.1-08-053.9

С. С. Максютова<sup>1</sup>, Х. М. Мустафин<sup>2</sup>, А. Ф. Максютова<sup>1</sup>, Л. Ф. Максютова<sup>1</sup>, С. А. Фрид<sup>1</sup>,  
Э. Г. Муталова<sup>1</sup>, А. Э. Нигматуллина<sup>1</sup>, З. А. Акманова<sup>2</sup>, И. В. Кудрявцева<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Уфа

Кафедра госпитальной терапии № 1

Кафедра фармакологии № 1 с курсом клинической фармакологии

Кафедра факультетской терапии

<sup>2</sup>ГБУЗ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн» МЗ РБ, г. Уфа

Отделение функциональной диагностики

Отделение паллиативной медицинской помощи

## ОПТИМИЗАЦИЯ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С КРИЗОВЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Максютова Софья Самиевна – доцент кафедры кандидат медицинских наук; 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3, тел.: +7 (347)2724173, сот: +7 (917)417-49-31, e-mail: denmus@list.ru; Мустафин Халил Мужавирович – главный врач кандидат медицинских наук, доцент; Максютова Альфия Фагимовна – доцент кафедры кандидат медицинских наук; Максютова Лилия Фагимовна – доцент кафедры кандидат медицинских наук; Фрид Светлана Аркадьевна – доцент кафедры кандидат медицинских наук; Муталова Эльвира Газизовна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Нигматуллина Альбина Эльдусовна – доцент кафедры кандидат медицинских наук; Акманова Зульфия Алмасовна – врач отделения; Кудрявцева Ирина Вячеславовна – заведующий отделением кандидат медицинских наук, доцент

*Параметры, характеризующие диастолическую функцию, точнее отражают функциональное состояние миокарда, особенно при кризовом течении АГ, и могут быть использованы для оценки эффективности лечебных мероприятий. Обследовано 66 пациентов пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью и гипертоническими кризами. Оценивались клиническое состояние, параметры внутрисердечной гемодинамики, толерантность к физической нагрузке. Выявлено позитивное влияние препаратов нейрогуморального действия на диастолическую функцию левого желудочка у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, осложнившейся гипертоническим кризом.*

**Ключевые слова:** сердечная недостаточность; гипертонические кризы; пожилой возраст; внутрисердечная гемодинамика; препараты нейрогуморального действия

S.S. Maksyutova<sup>1</sup>, Kh.M. Mustafin<sup>2</sup>, A.F. Maksyutova<sup>1</sup>, L.F. Maksyutova<sup>1</sup>, S.A. Frid<sup>1</sup>, E.G. Mutalova<sup>1</sup>,  
A.E. Nigmatullina<sup>1</sup>, Z.A. Akmanova<sup>2</sup>, I.V. Kudryavtseva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bashkir State Medical University, Ufa

Department of Hospital Therapy No.1

Department of Pharmacology № 1 with a course of clinical pharmacology

Department of Faculty Therapy

<sup>2</sup>Republic Clinical Hospital for War Veterans, Ufa

Department of Functional Diagnostics

Department of Palliative Care

## OPTIMIZATION OF PHARMACOTHERAPEUTIC APPROACHES IN THE TREATMENT OF HEART FAILURE IN ELDERLY PATIENTS WITH THE CRISIS COURSE OF ARTERIAL HYPERTENSION

Maksyutova Sofia Samievna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; 3 Lenin St., Ufa 450000, tel.: +7(347)2724173, mob. +79174174931, e-mail: denmus@list.ru; Mustafin Khalil Muzhavirovich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head Doctor; Maksyutova Alfiya Fagimovna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; Maksyutova Liliya Fagimovna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; Frid Svetlana Arkadiyevna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; Mutalova Elvira Gazizovna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department; Nigmatullina Albina Eldusovna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; Akmanova Zulfiya Almasovna – physician of the Department; Kudryavtseva Irina Vyacheslavovna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, head of the Department

*The parameters characterizing diastolic function reflect the functional state of the myocardium more accurately, especially in the crisis course of arterial hypertension, and can be used to assess the effectiveness of therapeutic measures. 66 elderly patients with chronic heart failure and hypertensive crises were examined. Clinical condition, parameters of intracardiac hemodynamics and exercise tolerance were evaluated. It was revealed that drugs of neurohumoral action had a positive effect on the diastolic function of the left ventricle in patients with arterial hypertension and chronic heart failure complicated by a hypertensive crisis.*

**Key words:** heart failure; hypertensive crises; old age; intracardiac hemodynamics; drugs of neurohumoral action

Главной причиной хронической сердечной недостаточности (ХСН) является ухудшение способности сердца к наполнению или опорожнению, обусловленное повреждением миокар-

да, а также дисбалансом вазоконстрикторных и вазодилиатирующих нейрогуморальных систем. Согласно многочисленным исследованиям у значительного числа пациентов с симптомами

ХСН диагностируется сохранная фракция выброса (ФВ) [2,3,4]. Обычно левожелудочковая диастолическая дисфункция предшествует систолической дисфункции, являясь следствием артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС) или сахарного диабета (СД). Вызванная АГ диастолическая дисфункция ассоциирована с концентрической гипертрофией левого желудочка (ЛЖ) и сама по себе может индуцировать появление ХСН даже при нормальной ФВ. Установлено, что параметры, характеризующие диастолическую функцию, точнее отражают функциональное состояние миокарда и его резервные возможности, а также могут быть использованы для оценки качества жизни и эффективности лечебных мероприятий [1, 5]. Основные патогенетические механизмы, определяющие возникновение и прогрессирование ХСН, сходны при систолической и диастолической формах [5]. С позиций современной нейрогуморальной модели патогенеза ХСН можно предполагать, что патология диастолы определяется патологической активацией симпатико-адреналовой и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем [2]. В связи с этим представляется актуальной возможность терапии диастолической формы ХСН на фоне кризового течения АГ с использованием медикаментозных средств нейрогуморального действия: ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), бета-адреноблокатора и антагониста альдостерона.

**Цель исследования:** оценка показателей внутрисердечной гемодинамики и эффективности различных вариантов медикаментозного лечения у пациентов с диастолической формой ХСН, осложнившейся гипертоническими кризами.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 66 пациентов с ИБС и АГ (36 мужчин и 30 женщин) с диастолической формой ХСН после купирования гипертонических кризов в возрасте от 66 до 85 лет (средний возраст  $76,5 \pm 4,7$  года). Систолическое артериальное давление (АД) повышалось у 69,7% пациентов до 180 мм рт.ст., у остальных – было в пределах 160–179 мм рт.ст. Диастолическое АД установлено выше 110 мм рт.ст. у 50,0% пациентов, у остальных – в пределах 95–109 мм рт.ст. Синусовая тахикардия отмечалась у 80,3% пациентов, у 15,2% наблюдались желудочковые и наджелудочковые экстрасистолы. Критериями включения пациентов в исследование явились клинические

проявления ХСН, ФВ по данным ЭхоКГ  $> 50\%$ , наличие диастолической дисфункции ЛЖ. Критериями исключения явились пациенты с систолической дисфункцией ЛЖ (ФВ  $< 40\%$ ), ХСН IV ФК (NYHA), нестабильной стенокардией.

Пациентам проводилось общеклиническое обследование, включающее сбор анамнеза, объективное исследование. Как свидетельствует анализ анамнестических данных, 45,5% больных перенесли инфаркт миокарда давностью более 2 лет, стенокардия напряжения II–III функциональных классов отмечалась у 42,4% пациентов, у значительного числа обследуемых (80,3%) наблюдалась артериальная гипертензия, у 51,5% – сахарный диабет. Курение отмечали 51,5% пациентов. Клиническое состояние больных оценивалось после купирования гипертонических кризов с помощью специализированной 10-шкальной методики в модификации В. Ю. Мареева [1]. Эхокардиографическое исследование проводили на аппарате «Toshiba». Изучали структурно-функциональные показатели ЛЖ с доплерографическим анализом трансмитрального кровотока. Определяли пиковую скорость раннего диастолического наполнения ЛЖ (Е), пиковую скорость предсердного диастолического наполнения (А), коэффициент Е/А, время изоволюмического расслабления (ВИР). Толерантность к физической нагрузке определялась с помощью теста шестиминутной ходьбы (ТШХ). После обследования пациенты были рандомизированы на 3 группы. В дополнение к базисной терапии пациенты первой группы (23 человека) получали ингибитор АПФ – периндоприл А в дозе 5–10 мг в сутки, второй группы (22 человека) – бета-адреноблокатор (небиволол) в дозе 5 мг в сутки, третьей группы (21 человек) антагонист альдостерона эплеренон в дозе 50 мг в сутки. Обследование всех пациентов проводилось до и после лечения через 8 недель. Статистическая обработка полученных данных выполнялась с помощью пакета программ *Statistica 6.1*. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** После купирования гипертонического криза у 60,6% пациентов диагностировался II ФК ХСН, у 39,4% – III ФК ХСН. В процессе лечения отмечалось снижение ФК ХСН у 50,0% пациентов. У всех госпитализированных наблюдалось улучшение клинического состояния и уменьшение количества баллов по сравнению с исходны-

ми данными от 6 до 2 ( $p < 0,05$ ). Структурно-функциональные показатели ЛЖ (табл. 1) в группах пациентов до и после лечения касались снижения ИММЛЖ, в первой – на 4,4% ( $p < 0,05$ ), в третьей группе на 5,8% ( $p < 0,05$ ). Размер ЛП у пациентов первой и третьей групп уменьшался на 4,8% ( $p < 0,05$ ) по сравнению с исходными величинами. Остальные параметры, такие как ФВ, ТЗС ЛЖ и ТМЖП у пациентов достоверно не изменялись.

В процессе лечения доплер ЭхоКГ выявила в первой группе больных увеличение пика  $VE$  на 8,5% ( $p < 0,05$ ), во второй – на 6,4% и в третьей – на 4,3% ( $p < 0,05$ ). Также возросло отношение  $VE/VA$  в первой группе больных на 7,7% ( $p < 0,05$ ), во второй – на 3,8% ( $p < 0,05$ ) и в третьей – на 10% ( $p < 0,05$ ). ВИР снизилась у пациентов на 12,7% ( $p < 0,05$ ), на 16,5% ( $p < 0,05$ ) и 13,7% ( $p < 0,05$ ) соответственно. Толерантность к физической нагрузке (ТШХ) повышалась у всех пациентов (табл. 2).

Так, дистанция ТШХ увеличилась у пациентов наблюдаемых групп на 5,2% ( $p < 0,05$ ), 8,8% ( $p < 0,05$ ), 8,1% ( $p < 0,05$ ) соответственно. Таким образом, использование пациентами препаратов, обладающих нейрогуморальной активнос-

тью, имеет значимый положительный эффект в отношении клинических и структурно-функциональных свойств миокарда с сердечной недостаточностью, особенно с диастолической.

В основе диастолических нарушений, приводящих к развитию ХСН, лежат, как правило, два процесса: изменение активной релаксации и ухудшение пассивных диастолических свойств ЛЖ [3]. Реальный путь воздействия на диастолическую дисфункцию ЛЖ – использование лекарственных препаратов, способствующих улучшению эластических свойств миокарда [1, 5]. В большинстве случаев пассивные диастолические свойства ЛЖ определяются его гипертрофией и развитием интерстициального фиброза [2]. Хорошо известно, что в основе этих процессов лежит нарушение баланса основных нейрогуморальных факторов: симпатoadrenalовой системы, ангиотензина II и альдостерона. Очевидно, что медикаментозная блокада именно этих факторов может привести к положительным клиническим эффектам, в том числе и при кризовом течении АГ, защищая органы-мишени (сердца) от дальнейшего повреждения.

Таблица 1. Показатели внутрисердечной гемодинамики у пациентов до и после лечения

Показатели ЭхоКГ	До лечения	После лечения			P
		первая группа (n=23)	вторая группа (n=22)	третья группа (n=21)	
1	2	3	4	5	6
ЛП, см	4,2±0,5	4,0±0,6	4,1±0,4	4,0±0,5	$p_1 < 0,05$ ; $p_3 < 0,05$
ТЗС ЛЖ, мм	12,5±1,5	11,7±2,2	11,5±2,5	11,6±2,7	
ТМЖП, мм	13,8±1,5	13,0±1,2	13,2±1,4	12,9±1,1	
ИММЛЖ, г/м <sup>2</sup>	148,8±23,8	142,2*21,2	145,3±24,4	140,1*23,2	$p_1 < 0,05$ ; $p_3 < 0,05$
ФВ, %	55,8±4,1	56,7±4,2	56,2±5,1	57,1±5,2	
$VE$ , см/с	0,47±0,06	0,51±0,05	0,50±0,06	0,49±0,07	$p_1 < 0,05$ ; $p_2 < 0,05$ ; $p_3 < 0,05$
$VA$ , см/с	0,45±0,05	0,49±0,06	0,5±0,05	0,48±0,05	
$vE/vA$	1,04±0,06	1,12±0,05	1,08±0,04	1,19±0,06	$p_1 < 0,05$ ; $p_2 < 0,05$ ; $p_3 < 0,05$
ВИР, мс	102±10,5	89±9,2	85±8,9	88±10,2	$p_1 < 0,05$ ; $p_2 < 0,05$ ; $p_3 < 0,05$

Примечание:  $p_1$  – достоверность различий между 2 и 3 группой;  $p_2$  – достоверность различий между 2 и 4 группой;  $p_3$  – достоверность различий между 2 и 5 группой; ЛП – размер левого предсердия; ТМЖП – межжелудочковая перегородка; ТЗСЛЖ – задняя стенка ЛЖ; ИММЛЖ – индекс массы миокарда ЛЖ;  $VE$  – ранняя фаза трансмитрального потока;  $VA$  – предсердная фаза трансмитрального потока;  $VE/VA$  – отношение скорости  $VE/VA$ ; ВИР – время изоволюмического расслабления миокарда ЛЖ.

Таблица 2. Толерантность к физической нагрузке у больных до и после лечения

Показатель	Исходно (n=66)	первая группа (n=23)	вторая группа (n=22)	третья группа (n=21)
Дистанция ТШХ, м	285,0±26,2	300,0±30,3	310,0±28,7	308,0±27,5

Примечание:  $p_1$  ( $p < 0,05$ ) – достоверность различий между 2 и 3 группой;  $p_2$  ( $p < 0,05$ ) – достоверность различий между 2 и 4 группой;  $p_3$  ( $p < 0,05$ ) – достоверность различий между 2 и 5 группой.

**Вывод.** Результаты нашего исследования показали, что обеспечение блокады нейрогуморальных факторов сопровождается достоверными позитивными изменениями всех показателей, характеризующих диастолическую функцию ЛЖ, и, как следствие, наблюдается улучшение клинического состояния пациентов особенно при кризовом течении АГ и повышение толерантности к физической нагрузке.

*Список литературы:*

1. **Беленков, Ю.Н.** Знакомьтесь: диастолическая сердечная недостаточность / Ю.Н. Беленков, Ф.Т. Агеев,

В.Ю. Мареев // Журнал сердечная недостаточность. – 2000. – 1 (2). – С. 40–44.

2. Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) / Общество специалистов по сердечной недостаточности. Российское кардиологическое общество. – 2016. – 92 с.

3. **Хамуев, Я.П.** Прогностическое значение диастолической дисфункции левого желудочка у больных ИБС с СН / Я.П. Хамуев // Журнал сердечная недостаточность. – 2011. – 12 (2). – С. 102–108.

4. Global 2-dimensional strain as a new prognosticate in patients with heart failure / G. Y. Cho [et al.] // J Am Coll Cardiol. – 2009. – Aug 11. – 54 (7). – P. 618–624.

5. Pathophysiological characterization of isolated diastolic heart failure in comparison to systolic heart failure / D. W. Kitzman [at al.] // JAMA. – 2002. – 12 (2). – P. 102–108.

УДК 616-005.8-085

**З. Я. Рустямова<sup>1</sup>, Г. В. Асадуллина<sup>1</sup>, Г. В. Бабушкина<sup>1</sup>, А. А. Жуманиязова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Уфа

Кафедра госпитальной терапии № 1

<sup>2</sup>МУ «Городская клиническая больница № 13», г. Уфа

Кардиологическое отделение № 1

## АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

**Рустямова Зульфия Явдатовна** – доцент кафедры кандидат медицинских наук; 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3, тел.: +7 (347) 260-40-07, e-mail: rzulfiya@yandex.ru; **Асадуллина Гульнара Венеровна** – доцент кафедры кандидат медицинских наук; **Бабушкина Галина Владимировна** – профессор кафедры доктор медицинских наук; **Жуманиязова Алтынай Амангельдиевна** – заведующий кардиологическим отделением кандидат медицинских наук

*Представлена характеристика пациентов с инфарктом миокарда, поступивших в первично-сосудистое отделение ГКБ № 13 г. Уфы в 2015 г. Выполнен ретроспективный анализ эффективности тромболитической терапии у данной категории пациентов.*

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда; тромболизис; факторы риска

**Z.Ya. Rustyamova<sup>1</sup>, G.V. Asadullina<sup>1</sup>, G.V. Babushkina<sup>1</sup>, A.A. Zhumaniyazova<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Bashkir State Medical University, Ufa

Department of Hospital Therapy No.1

<sup>2</sup>Municipal Clinical Hospital No. 13, Ufa

Cardiology Department No.1

## ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF THROMBOLYTIC THERAPY IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

**Rustyamova Zulfiya Yavdatovna** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; 3 Lenin St., Ufa 450008, tel.: +7 (347) 260-40-07, e-mail: rzulfiya@yandex.ru; **Asadullina Gulnara Venerovna** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; **Babushkina Galina Vladimirovna** – Doctor of Medical Sciences, Professor; **Jumaniyazova Altynai Amangeldiyevna** – Candidate of Medical Sciences, Head of the department

*The paper presents the characteristics of patients with myocardial infarction admitted to the primary vascular department of the Municipal Clinical Hospital No. 13 in 2015. A retrospective analysis of the effectiveness of thrombolytic therapy was performed in this group of patients.*

**Key words:** myocardial infarction; thrombolysis; risk factors

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и, в частности, острый инфаркт миокарда (ОИМ) остаются ведущими причинами заболеваемости и смертности в России как у мужчин, так и у женщин. Показатель больничной летальности от ИМ в Российской Федерации, по данным

официальной статистики, составляет в среднем 15,0–16,0%. При этом в экономически развитых странах мира летальность существенно ниже и составляет в среднем 6,0–8,0% [1, 2]. Расширение зоны некроза при ОИМ нарастает лавинообразно, в связи с этим, основной задачей

организационной и лечебной тактики становится достижением ранней, эффективной и стойкой реперфузии окклюзированного сосуда любым доступным способом [3,6]. Ранее внедрение такого подхода в странах Западной Европы позволило в течение двух десятилетий существенно снизить показатель госпитальной летальности. Внедрение в клиническую практику тромболитической терапии привело к снижению 30-дневной летальности больных ИМ до 5,0–8,0%, тогда как в «дофибринолитическую эру» она достигала 17,0–18,0% [2,6,8]. Тромболитическая терапия (ТЛТ) оказывает благоприятные эффекты на прогноз и качество жизни больных ИМ при проведении ее в первые 12 ч от начала заболевания, а наилучшие результаты описаны при ее применении в первый-второй час от начала болевого приступа [4]. По данным мета-анализа 6 рандомизированных исследований, ТЛТ на догоспитальном этапе снижает смертность на 17,0% [7]. К сожалению, в России достаточно велик процент пациентов без реперфузии при ИМ. Так, по данным регистра «РЕКОРД», первичные чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) при ИМ с подъемом сегмента *ST* (ИМп*ST*) проводились в 27,8% случаев, ТЛТ – у 25,34% пациентов, число пациентов без реперфузии составило 49,0%. По результатам регистра «РЕКОРД-2», частота выполнения ТЛТ при ИМп*ST* увеличилась до 62,6% в неинвазивных центрах, что обусловило уменьшение числа пациентов без реперфузии. Тем не менее, на Европейском конгрессе по неотложной кардиологии в г. Женеве в 2014 году была представлена информация: непроведение любой реперфузии при ИМп*ST* в России достигает 85% [1].

**Цель исследования:** анализ проведения тромболитической терапии у пациентов с инфарктом миокарда в первично-сосудистом отделении.

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов с ИМ, госпитализированных в первично-сосудистое отделение ГКБ № 13 г. Уфы в 2015 году.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Нами проведен ретроспективный анализ медицинских карт 247 пациентов, находившихся на стационарном лечении в первично-сосудистом отделении МУ ГКБ № 13 г. Уфы в 2015 году с диагнозом ИМ. Мужчин было 148 человек

(60%), женщин – 99 (40%). По возрасту больные распределены следующим образом: 30–39 лет – 8 человек (3%), 40–49 лет – 25 (10%), 50–59 лет – 56 (23%), 60–69 лет – 52 (21%), 70–79 лет – 63 (26%), старше 80 лет – 43 человека (17%). Наблюдается закономерная прямая связь развития ИМ от возраста пациентов. Работающими были 90 больных с ИМ (36%), пенсионерами – 157 человек (64%). Выявлено, что у 84 пациентов (34%) имелась отягощенная по сердечно-сосудистым заболеваниям наследственность, курили 86 человек (35%), 190 человек (77%) имели повышенное артериальное давление, при этом прием антигипертензивных препаратов отмечен лишь у 64% (36 пациентов), 165 человек (67%) имели избыточную массу тела, 77 пациентов (31%) страдали сахарным диабетом. У 49% пациентов (121 человек) ИМ послужил первым проявлением ИБС, у 51% (126 человек) наблюдалась стенокардия в анамнезе. Более половины пациентов с ИМ доставлены в стационар бригадой скорой медицинской помощи – 56% (138 человек), 41% (102) – направлены из поликлиник, 3% (7) – обратились сами. Подавляющее число пациентов имели первичный ИМ – 73% (180 человек), повторный ИМ наблюдался у 27% (67). Чаще диагностирован крупноочаговый ИМ – 65% (160 человек), у 35% пациентов (87) выявлен мелкоочаговый ИМ. Более половины пациентов имели поражение передней стенки миокарда левого желудочка – 65% (161), нижний – у 35% (86). Наиболее частыми осложнениями ИМ явились нарушение ритма сердца (у 52% пациентов) и проводимости (у 26%), острая левожелудочковая недостаточность наблюдалась у 17%, гипертонический криз – у 4%, кардиогенный шок – у 1%. Характер необходимого экстренного вмешательства определяется положением сегмента *ST* относительно изоэлектрической линии на ЭКГ и временем, прошедшим от начала заболевания. При подъеме сегмента *ST* вверх эффективна и показана ТЛТ.

При отсутствии подъема сегмента *ST* эта терапия неэффективна. У 112 пациентов (45%) наблюдался ИМ с подъемом сегмента *ST*, у 135 человек (55%) – без подъема сегмента *ST*. К сожалению, очень высока доля лиц, поступивших в приемный покой позже 12 часов от момента начала заболевания – 44% (49 человек), в данном случае время проведения тромболитической терапии было упущено. В первые 3 часа от момента раз-

вития болевого синдрома поступили лишь 33% пациентов (37), в первые 3–6 часов – 13% (15), в период от 6 до 12 часов – 10% (11).

Тромболитическая терапия проведена у 39% (44) пациентов с ИМпST, у 17% (19) имелись противопоказания к ТЛТ. Противопоказаниями к проведению ТЛТ явились гипертонический криз, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе, операции, кровотечения, наличие онкологических заболеваний. Для ТЛТ в 96% случаев применялся препарат Альтеплаза (Актилизе® (*Actilyse*®)), в 4% – Тенектеплаза (Метализе® (*Metalyse*®)).

Чаще ТЛТ проводилась у пациентов с ИМпST, поступивших в первые 3 часа от момента развития болевого синдрома – 68% (30 человек), в 20% случаев (9) ТЛТ проведена при поступлении пациентов в интервале от 3 до 6 часов от начала заболевания, в 12% случаев (5) – при поступлении их в пределах 6–12 часов. Эффективность ТЛТ, оцененная нами по ЭКГ критерию, составила 65%.

**Выводы.** Таким образом, из 112 пациентов, госпитализированных в первично-сосудистое отделение МУ ГКБ № 13 г. Уфы в 2015 году с диагнозом ИМпST, ТЛТ проведена лишь в 39% случаев (44 пациентам). Не проводилась ТЛТ в связи с упущенным временем в 44% (49) случаев при поступлении пациентов в стационар после 12 часов от начала болевого синдрома, в 17% (19) – в связи с наличием иных противопоказаний (гипертонический криз, наличие ОНМК в анамнезе, кровотечения и др.). Основным фактором, определяющим успех тромболитической терапии, явилось время начала лечения. Следует шире проводить просветительскую работу как

среди населения, так и среди медицинского персонала амбулаторно-поликлинической службы и скорой медицинской помощи о своевременном обращении пациентов с острым коронарным синдромом в специализированные центры для оказания эффективной медицинской помощи.

#### Список литературы:

1. **Кашгалап, В. В.** Эндovasкулярная реваскуляризация при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST в России: проблемы и перспективы дальнейшего развития / В. В. Кашгалап, И. Н. Завырылина, О. Л. Барбараш // Креативная кардиология. – 2015. – № 3. – С. 5–15.
2. **Ощепкова, Е. В.** Заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда в Российской Федерации в 2000–2011 гг. / Е. В. Ощепкова, Ю. Е. Ефремова, Ю. А. Карпов // Терапевтический архив. – 2013. – № 85 (4). – С. 4–10.
3. A modern treatment approach of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation / D. V. Skrypnik [et al.] // Kreativnaya kardiologiya. – 2014. – 2. – P. 5–14 (in Russian).
4. **Chazov, E. I.** The task of a large scale. Improved technology in treatment of ACS as an important mechanism to reduce cardiovascular mortality in the Russian Federation / E. I. Chazov, S. A. Boytsov, P. V. Ipatov // Sovremennye meditsinskie tekhnologii. – 2008. – № 1. – С. 35–38.
5. National guidelines for diagnosis and treatment of patients with acute myocardial infarction with ST-segment elevation of ECG // Kardiovaskuljarnaja terapija i pro-flaktika. – 2007. – 6 (8) suppl 1. – P. 1–42.
6. Red alert for women's heart: the urgent need for more research and knowledge on cardiovascular disease in women / A. H. Maas [et al.] // Eur Heart J. – 2011. – 32 (11). – P. 1362–1368.
7. ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: Recommendations on Triage of Patients to Heart Attack Centers-Is it Time for a National Policy for the Treatment of ST-Segment Elevation Myocardial Infarction / H. Atkins [et al.] // J Am Coll Cardiol. – 2006. – 47. – P. 1339–1345.
8. **Tereshchenko, S. N.** Treatment of the acute coronary syndrome with ST segment elevation at the pre-hospital care / S. N. Tereshchenko, I. V. Zhiron // Rational Pharmacother Card. – 2010. – 6 (3). – P. 363–369.

УДК: 616.233-002.053

Ш. М. Ибатова

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан  
Кафедра педиатрии № 4

## РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Ибатова Шоира Мавляновна – доцент кафедры кандидат медицинских наук; 140100, г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18, тел: +998 (66)233-07-66, e-mail: sh.ibatova@mail.ru

Проведен ретроспективный анализ 912 карт стационарного пациента с бронхообструктивным синдромом в возрасте от 1 года до 3 лет за период с 2013 по 2016 год. Бронхообструктивный синдром, развившийся на фоне острого обструктивного бронхита, был диагностирован у 494 (54,2%) детей. В группе сравнения диагноз острый бронхит без явлений бронхиальной обструкции был диагностирован у 418 (45,8%) детей.

**Ключевые слова:** факторы риска; ретроспективный анализ; бронхообструктивный синдром; пневмония; острый обструктивный бронхит

Sh. M. Ibatova

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan  
Department of Pediatrics No. 4

## RETROSPECTIVE ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF BRONCHIAL OBSTRUCTION SYNDROME IN CHILDREN

Ibatova Shoirra Mavlyanovna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; 18 Amir Temur st., Samarkand 140100, tel.: +998 (66) 233-07-66, e-mail: sh.ibatova@mail.ru

We carried out a retrospective analysis of medical records of 912 inpatients with bronchial obstruction syndrome (BOS) aged between 1 and 3 over the period 2013 - 2016. BOS associated with acute obstructive bronchitis (COB) was diagnosed in 494 (54.2%) children. In the comparison group, the diagnosis of acute bronchitis without bronchial obstruction was diagnosed in 418 (45.8%) patients.

**Key words:** risk factors; retrospective analysis; bronchial obstruction syndrome; pneumonia; acute obstructive bronchitis

Заболевания органов дыхания на сегодняшний день остаются одной из актуальных проблем педиатрии и занимают первое место в структуре детской заболеваемости и смертности [1, 4]. У детей раннего возраста широко распространены острые пневмонии и бронхиты, которые протекают с бронхообструктивным синдромом (БОС) и часто обуславливают неблагоприятный исход основного заболевания у ребенка. На возникновение и развитие БОС оказывают влияние различные факторы и, прежде всего, респираторная инфекция, обуславливая обструкцию от 5% до 40% случаев [2, 3, 5]. Факторами риска развития бронхиальной обструкции у детей являлись токсикозы во время беременности, осложненные роды (со стороны матери), гипоксия в родах, недоношенность, отягощенный аллергологический анамнез, рахит, белково-энергетическая недостаточность питания, перинатальная энцефалопатия, раннее искусственное вскармливание, перенесенные респираторные заболевания в раннем возрасте, наследственная и врожденная патология бронхолегочной системы, неблагоприятное состояние окружающей среды [6, 7].

**Цель исследования:** оценить факторы риска развития бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста и провести их ретроспективный анализ.

**Материалы и методы исследования.** Оценка факторов риска развития БОС проведена по статистическим методам в эпидемиологическом анализе. Нами проведен ретроспективный анализ 912 карт стационарного пациента детей

с БОС в возрасте от 1 года до 3 лет, которые были госпитализированы в отделение интенсивной педиатрии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период с 2013 по 2016 год.

Для оценки факторов риска развития заболевания проведены исследования, которые включали в себя тщательный анализ жалоб, анамнестических данных больных, данных общего осмотра, результатов физикальных методов обследования, общеклинических лабораторных, иммунологических, микробиологических и инструментальных методов исследования по стандартным методикам с учетом антропометрических данных и массовых показателей. Все полученные данные из архивных материалов внесены в специально разработанные на кафедре педиатрии № 4 карты.

Для диагностики синдромологических особенностей заболевания использовались данные параклинических методов исследования: общий анализ крови, мочи, кала, рентгенологические исследования органов грудной клетки, данные пульсоксиметрии и заключения специалистов.

БОС, развившийся на фоне острого обструктивного бронхита (ООБ), был диагностирован у 494 (54,2%) детей (1 группа). В группе сравнения диагноз острого бронхита (ОБ) без явлений бронхиальной обструкции констатирован у 418 (45,8%) пациентов (2 группа). Среди них дети грудного возраста составили 499 (54,7%), дети от 1 года до 3 лет – 277 (30,4%) и дети от 3 до 5 лет – 136 (14,9%). Среди всех обследованных мальчиков было 540 (59,2%), девочек – 372 (40,8%) (табл.).

Таблица. Распределение обследованных больных по возрасту и полу

Пол	Группы	Возрастная структура						Всего	
		2 мес – 1 год		1–3 года		3 года – 5 лет		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Мальчики всего 540 (59,2%)	1	165	50,8	103	31,7	57	17,5	325	65,8
	2	124	57,7	59	27,4	32	14,9	215	51,4
Девочки всего 372 (40,8%)	1	94	55,6	54	31,9	21	12,5	169	34,2
	2	116	57,1	61	30,0	26	12,9	203	48,6
Всего		499	54,7	277	30,4	136	14,9	912	100

В группе детей с БОС на фоне ООБ преобладало количество мальчиков – 325 человек (65,8% и 34,2% соответственно). Во 2 группе среди детей с ОБ мальчиков было 215 (51,4%), девочек – 203 (48,6%), т. е. существенной разницы в половой принадлежности больных не отмечалось. Как представлено в таблице, среди всех обследованных больных дети до 1 года жизни болели ООБ и ОБ чаще (54,7%), чем дети, более старшего возраста (1–3 года – 30,4%; 3 года–5 лет – 14,9%).

Отмечалась следующая сезонность ООБ: наиболее часто дети с данным заболеванием поступали зимой (201 пациент) и весной (175 пациентов); осенью поступило 102 и летом 56 человек. Если в относительно холодные и влажные периоды года подъем заболеваемости ООБ можно сопоставить с повышением активности соответствующих вирусных инфекций, то в летний период возможна роль пыльцевой и пищевой аллергии, как фактора риска развития БОС.

Изучая сезонность ОБ, выявлено, что в зимние месяцы года поступили 161 человек, весной – 132, осенью – 86 и летом – 39 пациентов. Рост заболеваемости ОБ в зимний период также связан с повышением вирусной активности возбудителей заболевания.

Повторные случаи ОРИ (6 раз и более) в течение года были отмечены у 212 (42,9%) пациентов с ООБ. У большинства детей с ООБ (358–72,5%) выявлены дефицитные состояния и отягощенный преморбидный фон: 313 (63,4%) детей были рано переведены на искусственное вскармливание, у 278 (56,3%) в анамнезе выявлено перинатальное поражение ЦНС, у 222 (45%) – рахит, у 481 (97,3%) – анемия.

Большинство детей родились доношенными – 851 (90,6%) пациент и имели массу тела более 2500 гр. Недоношенным был всего 61 (9,4%) ребенок, причем с ООБ – 46, с ОБ – 15 детей. У половины обследованных детей с ООБ отмечалось нарушение физического развития. При этом чаще встречалось высокое и дисгармоничное физическое развитие (у 223 детей, 36,4%). На рисунке показана частота проявлений различных анамнестических данных у больных детей с ООБ.

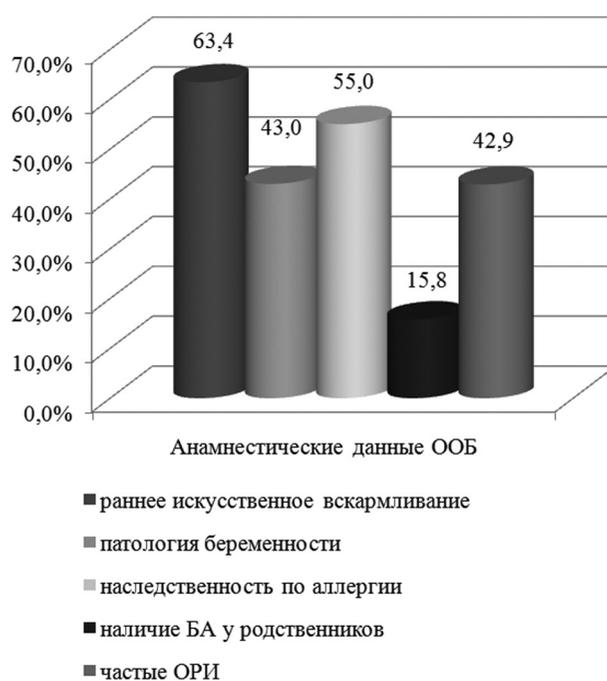


Рис. Частота проявлений различных анамнестических данных у детей с ООБ

**Результаты исследования и их обсуждение.** Ретроспективный анализ историй болезни показал, что развитие острой дыхательной недостаточности (ОДН) по типу бронхиальной обструкции у пациентов с ООБ зависел от совокупности многих факторов, возрастных различий, наличия сопутствующих заболеваний, их комбинации, факторов риска и т. д.

Фактором риска являлись и аномалии конституции, в частности случаи экссудативных форм атопического дерматита (39,1%), лимфатико-гипопластический диатез (19,5%).

Согласно полученным данным, физикальные симптомы бронхиальной обструкции при ООБ отмечались у всех детей. Частый и продуктивный кашель имел место у 36,4% детей, редкий, чаще по утрам – у 63,5% пациентов, что связано с недостаточным мукоцилиарным клиренсом в этом возрастном периоде.

Более информативными в диагностическом и дифференциально-диагностическом плане оказались органоспецифические симптомы и данные рентгенологических методов исследования. Так, сухой кашель в начале заболевания, с дальнейшим переходом во влажный отмечен у всех больных ООБ и ОБ. Влажный кашель с отхождением вязкой, слизисто-гноющей мокроты или рвота отмечены в карте стационарного пациента у 303 (61,3%) больных ООБ и у 264 (63,2%) с ОБ. Шумное свистящее дыхание

и одышка экспираторного характера как явные признаки бронхиальной обструкции нижних дыхательных путей (у 460–93,1 % и 448–90,6 % соответственно) были выявлены только у больных ООБ, в отличие от пациентов контрольной группы с ОБ, у которых данная симптоматика не была зафиксирована в истории болезни.

**Вывод.** Проведена оценка факторов риска развития БОС, таких как перинатальная энцефалопатия, раннее искусственное вскармливание, частые ОРИ, недоношенность, отягощенный аллергологический анамнез, белково-энергетическая недостаточность питания, наследственная и врожденная патология бронхолегочной системы, которая диктует необходимость проведения превентивной работы в семьях, сельских врачебных пунктах и семейных поликлиниках для профилактики заболеваний, протекающих с бронхообструктивным синдромом.

УДК 614.88:616.1

*Н. Н. Махматмурадова, М. П. Сафарова*

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан  
Кафедра внутренней медицины № 4 с гематологией

## НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ

**Махматмурадова Наргиза Негматуллаевна** – ассистент кафедры; 140161, г. Самарканд, Саттепо 148/18, тел.: +998(66)233-07-66, e-mail: shavkat-smbe@rambler.ru; **Сафарова Мунаввар Пардаевна** – ассистент кафедры

*В статье освещена актуальная проблема диагностики и лечения кардиогенного шока. Приведены ряд мер лечебно-диагностического характера.*

**Ключевые слова:** диагностика; механизм развития; терапия; кардиогенный шок

*N.N. Makhmatmuradova, M.P. Safarova*

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan  
Department of Internal Medicine No.4 with hematology

## EMERGENCY MEASURES FOR CARDIOGENIC SHOCK

**Makhmatmuradova Nargiza Negmatullaевна** – Lecturer; 148/18 Sattepo, Samarkand 140161, tel.: +998(66)233-07-66, e-mail: shavkat-smbe@rambler.ru; **Safarova Munavar Paradaevna** – Lecturer

*The article highlights the urgent problem of diagnostics and treatment of cardiogenic shock. A number of measures of a therapeutic and diagnostic nature are given.*

**Key words:** diagnostics; development mechanism; therapy; cardiogenic shock

The most common complication of cardiovascular diseases is cardiogenic shock (CSH) [1]. The main causes of cardiogenic shock are myocardial infarction (MI), myocarditis, cardiomyopathies, toxic myocardial lesions, heart diseases, severe heart defects, trauma, pericardial tamponade, pulmonary embolism, severe cardiac rhythm disturbances [2,4]. At the same time, the practical practitioner has to deal with cardiogenic shock in patients with acute

## Список литературы:

1. **Ахмедова, Д.И.** Влияние физической активности на формирование гармонично развитого и здорового поколения / Д.И. Ахмедова, Н.Р. Ахмедова, К.Ш. Салихова // *Материалы междунар. конференции «Достижения и перспективы специализированной медицинской помощи детям (узбекская модель).* – Ташкент, 2015. – С. 25–26.
2. Аллергология и иммунология. Национальное руководство / гл. ред. Р.М. Хаитов, Н.И. Ильина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 656 с.
3. **Германова, О.Н.** Обструктивные бронхиты у детей с инфекциями респираторного тракта / О.Н. Германова // *Педиатрическая фармакология.* – 2010. – Т. 7, № 5. – С. 106.
4. **Даминов, Т.А.** Выявление группы риска по развитию бронхитов у детей и прогнозирование отдаленных последствий заболеваний с бронхообструктивным синдромом: инф. письмо (№ 8 п/53) / Т.А. Даминов, Б.Т. Халматова, Н.Р. Сотиболдиева. – Ташкент, 2011. – 4 с.
5. **Зайцева, О.В.** Бронхообструктивный синдром у детей / О.В. Зайцева // *Педиатрия.* – 2005. – № 4. – С. 94–104.
6. **Зайцева, С.В.** Синдром бронхиальной обструкции у детей / С.В. Зайцева, О.А. Мургазаева // *Трудный пациент.* – 2012. – № 10 (2–3). – С. 34–39.
7. **Умарова, С.С.** Основные причины и факторы риска бронхообструктивного синдрома у детей / С.С. Умарова, Ш.М. Ибатова и соавт. // *Тенденции и перспективы развития науки и образования в условиях глобализации: материалы XIII Международной научно-практической конференции.* – Переяслав-Хмельницкий, 2016. – С. 224–226.

coronary syndrome, especially in STEMI. Cardiogenic shock is the leading cause of death in patients with myocardial infarction [3].

**The aim of the study** was to develop optimal measures for diagnosing and treating cardiogenic shock.

**Material and methods of investigation.** The material was used to study the medical history of patients who were hospitalized in the cardiological and resuscitation departments of the Samarkand City Hos-

pital in the period from 2013 to 2017. The ineffectiveness of hemodynamic and other impairments at CSH was achieved by means of: ECG; the pathogenesis of the elements of the garnet cell; direct selection of the cep; measurement of pressure in the full circle; eko-kardiografii; a hemodynamic mono-ringing.

**Results of the study.** A retrospective analysis of the obtained results showed that cardiogenic shock develops in the first hours after the appearance of the first symptoms of MI and much less often – in a later period. The risk of developing this formidable complication and its severity is largely determined by the extent of the infarction – the size of the victim from ischemia and necrosis of the myocardium. Therefore, most often cardiogenic shock develops in the left anterior chamber of the left ventricle, the apex of the heart and the anterior part of the interventricular septum, that is, with the occlusion of the left coronary artery, which provides blood to most of the myocardial mass, as well as all three major coronary arteries (which causes involvement in the zone of a heart attack more than 40% of the mass of the myocardium of the left ventricle). Cardiogenic shock in the right ventricular myocardium is much less common.

Diagnostic. As CSh represents a clinical clinic, its diagnostics includes in its entirety the combination of symptoms, which are characteristic for the hypoplasia of individual ops and the mechanism in general: the optimal hypotension (less than 80 mm pc); reduction pulpovogo pressure (less than 20 mm pc ct) (65%); reduction in the size of the dog (anuria or oliguria of less than 20 ml per hour) (53%); cultivation and other disrepair of consciousness (75%); Symptoms of the ciclo of microcirculation (dark, dark skin, cold pain, acrosenosis); the occurrence of metabolic acidosis (64%). The absence of concomitant, pathetic for CSH symptoms, makes possible the acquisition of a diagnosis of a cardiac shock solely on the basis of a combination of clinical symptoms. In this case, it is necessary to take into account the flexibility of the CSH design in each case, which depends on the basic diagnostics, on the basis of which the shock is developed.

Specification of wounds of female CSH: a bullet in the room of a cep (of gravel); cepedgebenie and ppeboyi in rabotasepdtsa (83%); slaboc (64%); blood supply (72%); dyspnea (57%); a decrease in the amount of the allocated dog (oligo-, anuria) (43%); coarse fineness (57%); Affected livelihood (62%); sensation stpaxa (51%). The active room of a patient in the status of the CSH reveals the symptoms of the severity of its condition. In the early stages, as

a rule, a seemingly decisive excitement is emerging, which in its turn is replaced by a general and an adammance. Consciousness gradually decays the parallel space of the computer to the surrounding, which is the reason for the insertion of hypocritic processes in the brain. When the palpation of the palpation is severe, it has a bloated, cyanotic, reddened and abundantly closed poop. The pulsation of the rays of the apex is characterized by a slight impairment and impairment, prior to the filamentary pulselessia or ego. As a rule, the level of the original high pressure is lower than 80 mm.p., but in some cases it can rise to 90 and above (in the main case, if the anamnestic internal hypnosis is present). Typical indications for the CSh include a critical decrease in pulsed wave (from Z0 to 10 mm pc) and a marked deafness of the cervical tones during the cultivation of the cedar, the rhythm of the galopa and the acute noise. In the final states, the tones are not muffled, therefore, the determination of AP by the method of anesthesia is cumbersome. Co lightbody systems observe a tachypnoea and a permanent type of breathing, which in the final stages alters the aperiodic type (Chain-Stokes). The size of the essential oils is indicative of the development of a light beam on the background of the signal in the small envelope of the casing.

A particular problem with cardiogenic shock was severe depression of the systolic function and lowering of arterial pressure (AP), causing inefficiency of coronary perfusion, as a result, coronary blood flow worsens even more, and myocardial ischemia and necrosis progressively worsen, which further worsens the pump function of the left ventricle. If the mass of necrotic myocardium is 40–50% or more, then, as a rule, cardiogenic shock becomes areactive (torpid), that is, in which the introduction of inotropes and vasopressors does not have an effect. Mortality in this group of patients is close to 100%.

Treatment. The development of thermostepestic devices for the docking of CSH is caused by: the construction of a general plan (analgesics, thrombolytics, osciogenations, monopening of hemodynamics); infusion therapy (in the absence of contraindications); scudding copolymer; medikamentSIONOTROPSACTIVITY (improving the co-operative efficiency of the myocardium); Electroimpulse therapy – for the purpose of eliminating the notions of a cepedinal rhythm; electrocapditio-intimulation – when there is no continuity. In addition, to the instrumental methods of CSh therapy, a ballistic counterpulseis observed inside the aorta. With the

breakdown of the multicellular system, the opaque laparini indicated (as well – when the dysfunction of the cocochus muscle is broken).

Heavy assistance with a cardiac shock is an alarm. The effective release of any of the CSh's beginnings begins with an effective cure. With the account of the hypotensive effect of hypercalcularanalgetics, they are referred to as the drugs of the group of immunoglobulins (mezaton). The hospital cardia is for inducing intravenous injection of atropine. When the reflective CSH is used, the feet of the patient are determined with the aim of increasing the amount of the spill to the cracks. When there is no evidence of intubation of the trachea. With the help of oxidation (through the mask or catheter), the improvements in the supply of tissue to the oxygen are killed. Ventricular fibrillation is the direct indications for defibrillation.

The forecast of the CSHs divided into parts and in many ways is controlled by the growth of the miocard, the rapidity of the diagnostics and the relevance of the miracles. Areaktivis considered a poor prognostic form of CSH. B With an adequate correction on the development of the left and an increase in the level of the AP, a pleasant expenditure can be made. In the room, in a row you can change the size of the clinch to a smaller one. The heavy forms of CSh in 70% of the cases lead to a positive energy in the course of the first few hours and the day of the disease.

Thrombolysis is less effective for revascularization in the case of cardiogenic shock, since low perfusion pressure prevents adequate delivery of fibrinolytic to the coronary arteries. However, thrombolytic therapy, according to the GUSTO-I study, reduces the incidence of cardiogenic shock to 7.2%, and the mortality rate in this complication is up to 55%. A significant improvement in the survival of patients with cardiogenic shock was confirmed with thrombolysis compared with conservative therapy (without revascularization). Therefore, thromboly-

sis in conditions of inaccessibility of urgent coronary artery bypass grafting is the optimal method of treatment, especially considering that thrombolysis can be performed in a much shorter time, including pre-hospital stage, which can be life-saving in patients with cardiogenic shock. Currently, this is a more acceptable treatment strategy, although not optimal, of course, compared with aortocoronary bypass.

In addition, the therapeutic treatment of patients with cardiogenic shock was significantly improved: during this time period, the use of acetylsalicylic acid (from 80,4 to 89,2%), clopidogrel (from 11,7 to 65,5%), increased in this cohort of patients, (from 11,8% in 1999 to 35,6%), lipid lowering drugs (from 14,3% to 77,8%),  $\beta$ -blockers (from 32,7 to 40%).

**Conclusion.** Thus, the optimal use of the proposed measures for the diagnosis and treatment of cardiogenic shock, improve both the effectiveness of the measures taken, and will contribute to the lethality of patients with this pathology.

#### *Список литературы:*

1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction – executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction) / E. M. Antman [et al.] // *Circulation*, 2004. – 110. – P. 588–636.
2. **Duvernoy, C.S.** Management of cardiogenic shock attributable to acute myocardial infarction in the reperfusion era / C. S. Duvernoy, E. R. Bates // *J Intensive Care Med*, 2005. – 20 (4). – P. 188–98.
3. For the AMIS Plus Registry Investigators. Ten-Year Trends in the Incidence and Treatment of Cardiogenic Shock / R. V. Jeger [et al.] // *Ann Intern Med*. – 2008. – 149 (9). – P. 618–26.
4. **Mann, H.J.** Jr. Update on the management of cardiogenic shock / H. J. Mann, P. E. Nolan // *Curr Opin Crit Care*. – 2006. – 12 (5). – P. 431–436.
5. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology / F. Van de Werf [et al.] // *Eur Heart J*. – 2008. – 29. – P. 2909–2945.

УДК 616.12

А. Г. Иванов

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика  
Кафедра внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения, ВПТ

## **ВЛИЯНИЕ БЛОКАТОРА АТ1-РЕЦЕПТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ**

Иванов Александр Григорьевич – ассистент кафедры кандидат медицинских наук; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел: 8 (922)681-77-58; e-mail: alex.g.ivanov@mail.ru

*В работе описаны основные патогенетические механизмы развития артериальной гипертензии у больных хроническим пиелонефритом. Представлено значение сартанов для лечения синдрома артериальной гипертензии. Проанализированы клинические симптомы, результаты мониторинга артериального давления и ЭХО-кардиографии. Доказана высокая клиническая эффективность препарата «Микардис» в лечении артериальной гипертензии у больных хроническим пиелонефритом.*

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия; сартаны; пиелонефрит

A.G. Ivanov

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Internal Diseases with the Courses in Radiological Methods of Diagnostics and Treatment

## THE EFFECT OF AT1-RECEPTOR BLOCKER ON ARTERIAL HYPERTENSION IN PATIENTS WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS

Ivanov Alexander Grigorievich – Candidate of Medical Sciences, Lecturer; 281 Kommunarov st., Izhevsk 426034, tel: 8 (922) 681-77-58; e-mail: alex.g.ivanov@mail.ru

*The paper presents the basic pathogenic mechanisms of the development of arterial hypertension in patients with chronic pyelonephritis. The importance of sartans for the treatment of arterial hypertension syndrome is presented. Clinical symptoms, results of arterial pressure monitoring and echocardiography have been analyzed. The high clinical efficacy of the drug "Micardis" in the treatment of arterial hypertension in patients with chronic pyelonephritis has been proved.*

**Key words:** arterial hypertension; sartans; pyelonephritis

Хронический пиелонефрит относится к числу распространенных инфекционно-воспалительных заболеваний в лоханочно-чашечной системе почки и ее тубулоинтерстициальной зоне [2].

Артериальная гипертензия (АГ) наблюдается в 1/3–1/2 случаев хронического пиелонефрита, чаще сопровождается двусторонним пиелонефритом, но может выявляться и при одностороннем патологическом процессе. Более чем у 77% больных хроническим пиелонефритом АГ возникает в возрасте до 40 лет. У большинства больных течение АГ доброкачественное, но может наблюдаться и синдром злокачественной АГ. Нередко отмечается связь между обострением воспаления в почках и появлением или утяжелением АГ.

Связь между состоянием почек и АГ сложна и образует порочный круг: почки являются одновременно и причиной АГ, и органом-мишенью. Так, с одной стороны, поражение почек и особенно почечных сосудов через механизмы задержки натрия и активацию прессорных систем приводит к развитию гипертонии. С другой стороны, сама АГ может быть причиной поражения почек и развития нефроангиосклероза (первично сморщенной почки), а АГ, развившаяся на фоне уже имеющейся почечной патологии, усугубляет поражение почек и ускоряет развитие почечной недостаточности [2, 5].

Представленные данные о взаимосвязи состояния почек и АГ диктуют необходимость тщательного контроля артериального давления (АД) у всех больных с хроническими заболеваниями почек, в том числе и при хроническом пиелонефрите. В настоящее время много внимания уделяется тактике гипотензивной терапии – вопросам темпа снижения АД и установлению уровня АД, до которого следует снижать исходно повышенное АД [1]. Выбор антигипертензивного препарата не всегда оказывается достаточно эффективным, что ведет не только

к серьезным медицинским и экономическим, но также к социальным последствиям [4].

В последние годы в клинической нефрологии для лечения синдрома артериальной гипертензии применяется группа сартанов. Наше внимание привлек телмисартан. Телмисартан – специфический антагонист рецепторов ангиотензина II. Обладает высоким сродством к подтипу AT1-рецепторов ангиотензина II, через который реализуется действие ангиотензина II.

**Цель исследования:** изучить у пациентов с хроническим пиелонефритом с артериальной гипертензией гипотензивный эффект антагониста рецепторов ангиотензина II типа 1 препарата «Микардис» (телмисартан, «Берингер Ингельхайм», Германия).

**Материалы и методы исследования.** В соответствии с поставленной целью в комплексное клиническое исследование было включено 25 пациентов с хроническим пиелонефритом с артериальной гипертензией 1–2 степени. Среди обследованных было 14 мужчин и 11 женщин в возрасте 40–60 лет (средний возраст 55,3±2,5 года), с длительностью артериальной гипертензии от 3 до 15 лет (средняя продолжительность заболевания 6,8±2,4 года), находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении БУЗ УР ГКБ № 6 МЗ УР.

В исследование включали пациентов с сопутствующей хронической сердечной недостаточностью, перенесенным инфарктом миокарда, гипертрофией левого желудочка, мерцательной аритмией, сахарным диабетом, метаболическим синдромом, при кашле на фоне приема ингибиторов АПФ и при ускальзывающем эффекте ингибиторов АПФ при их длительном приеме.

Все пациенты получали комплексную медикаментозную терапию, включавшую дезинтоксикационные мероприятия, антиагрегантную, спазмолитическую терапию и др. «Микардис»

(телмисартан) назначался в дозе 40–80 мг. в сутки в течение 1 месяца.

Анализ результатов проводили на основании субъективной оценки эффективности лечения пациентами и врачом, а также динамики объективных исследований: показателей центральной гемодинамики методом ЭХО-кардиографии, состояния углеводного, липидного, электролитного обменов, функции почек в исходе и через 1 месяц лечения «Микардисом».

Оценивался гипотензивный эффект препарата, наличие побочных эффектов, переносимость лечения. Отсутствие клинического эффекта от лечения определялось как сохранение или усиление клинических проявлений в любое время. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ «Statistica 5.0» и «Microsoft Excel 2010». За критерий достоверности различий статистических выборок принято  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** Положительный лечебный эффект был достигнут у всех пациентов. У 92% пациентов эффективность комплексной терапии препаратом «Микардис» была признана очень хорошей, а у 8% – хорошей. Основными жалобами пациентов были головные боли, чувство тяжести в голове, шум в ушах, плохой сон, раздражительность, мелькание «мушек» перед глазами, чувство тяжести в поясничной области.

Под воздействием комплексной терапии с использованием препарата «Микардис» к окончанию курсового лечения все пациенты чувствовали себя удовлетворительно и не предъявляли жалоб.

Мониторинг артериального давления (аппарат МЭКГ-ДП-НС-01), проводившийся на протяжении исследования в основной группе, зафиксировал положительную динамику: к концу курса лечения уровни систолического АД, диастолического АД и среднего АД уменьшились на 25%, 22% и 23% соответственно ( $p < 0,05$ ). Снижение

АД сопровождалось увеличением систолического индекса, тенденцией к уменьшению как систолических, так и диастолических размеров и объемов левого желудочка. При этом показатели углеводного, липидного обменов и функция почек не имели отрицательной динамики.

Жалобы, характерные для церебральной гипертензии, уменьшились. Имевшая место болезненность при пальпации поясничной области на стороне поражения также регрессировала у всех пациентов к концу исследования.

За время лечения препаратом «Микардис» побочных эффектов отмечено не было, препарат хорошо переносился всеми пациентами.

**Вывод.** Результаты исследования показали, что «Микардис» (телмисартан) является эффективным и безопасным средством пролонгированного действия для лечения артериальной гипертензии 1–2 степени у больных хроническим пиелонефритом. Препарат оказывает благоприятное действие на гемодинамику, усиливая сократительную и насосную функцию левого желудочка. Полученные данные позволяют рекомендовать препарат «Микардис» к клиническому применению в нефрологической практике, что позволяет значительно расширить возможности врача при проведении комплексной терапии хронического пиелонефрита.

#### Список литературы:

1. Колмакова, Е. В. Хроническая болезнь почек: учебное пособие / Е. В. Колмакова, В. Р. Шумилкин, И. Н. Конакова. – СПб, 2012. – 47 с.
2. Нефрология. Национальное руководство / под ред. Н. А. Мухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 720 с.
3. Чазов, И. Е. На пути к достижению цели лечения артериальной гипертензии / И. Е. Чазов, Т. В. Мартынюк // Терапевтический архив. – 2013. – № 9. – С. 35–45.
4. Effect of inhibitors of the rennin-angiotensin system and other antihypertensive drugs on renal outcomes: systematic review and meta-analysis / J. P. Casas [et al.] // Lancet. – 2005. – № 366. – P. 2026–2233.
5. Pathogenesis of hypertension in glomerular disease / E. Ritz [et al.] // Amer. J. Nephrol. – 1989. – № 9. – P. 85–90.

УДК 616.24-002-085

Е. С. Бобылева

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика  
Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом сестринского дела

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Бобылева Елена Сергеевна – очный аспирант кафедры; 426010, г. Ижевск, ул. Саратовская, 29-63; тел: 8 (912) 672-36-29, e-mail: lena.bobyleva2017@yandex.ru

*Внебольничная пневмония является актуальной проблемой современной медицины вследствие ее высокой распространенности, тяжести течения, возрастающей устойчивости микрофлоры к антибактериальной терапии, большого количества осложнений и высокой летальности. Важную роль в развитии осложнений играет поражение печени, поэтому применение гепатопротективных препаратов является обоснованным.*

**Ключевые слова:** внебольничная пневмония; дыхательная система; сукцинатсодержащие препараты; поражение печени

E.S. Bobyleva

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Propaedeutics of Internal Diseases with a Course in Nursing

## THE EFFECTIVENESS OF COMPLEX THERAPY FOR COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA

**Bobyleva Elena Sergeevna** – postgraduate; 29, flat 63, Saratovskaya St., Izhevsk 426010, tel.: 8 (912) 672-36-29, e-mail: lena.bobyleva2017@yandex.ru

*Community-acquired pneumonia (CAP) is an urgent problem of modern medicine owing to its high prevalence, severe course, the increasing resistance of microflora to antibacterial therapy, a large number of complications and a high lethality. Liver damage plays an important part in the development of complications, therefore using drugs protecting the liver is well-grounded.*

**Key words:** community-acquired pneumonia (CAP); respiratory system; succinate containing medicines; liver damage

Внебольничная пневмония (ВП) является актуальной проблемой современной пульмонологии. Несмотря на то, что достигнут большой прогресс в понимании этиологии, патогенеза и терапии данной патологии, происходит увеличение числа больных по всему миру, а, следовательно, и летальности [4,5].

**Цель исследования:** оценка эффективности комплексной терапии при внебольничной пневмонии.

**Материалы и методы исследования.** В наше исследование было включено 120 человек с доказанным диагнозом ВП, возраст которых варьировал от 23 до 72 лет (средний возраст составил  $45 \pm 1,8$  года). Пациенты с ВП были подразделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу и выраженности клинических проявлений. Пациенты первой группы (70 чел.) получали в составе комплексной терапии препарат реамберин; второй группы (50 чел.) – стандартную терапию ВП; группу контроля составили 20 практически здоровых лиц в возрасте от 18 до 45 лет.

В таблице 1 представлена характеристика пациентов обследованных групп.

Судя по данным таблицы, и в первой и во второй группах преобладали женщины, средний возраст которых составил 54,2 года, большинство из которых работающие.

Жалобы пациентов при поступлении представлены в таблице 2.

**Таблица 1. Клиническая характеристика пациентов обследованных групп**

Характеристика	Первая группа n = 70	Вторая группа n = 50
Пол (ж/м), чел	46/24	27/23
Возраст, лет	52,7 $\pm$ 1,2	56,3 $\pm$ 2,02
Работающий/неработающий, чел	45/25	32/18

**Таблица 2. Основные жалобы пациентов при поступлении**

Жалобы	Первая группа n = 70 человек	Вторая группа n = 50 человек
Повышение температуры тела (градусы, С) (%), абс)	100 % (70)	100 % (50)
Одышка в покое и при умеренной физической активности (%), абс)	43,5 % (38)	48,2 % (28)
Кашель с мокротой зеленого цвета (%), абс)	67,2 % (51)	72,9 % (38)
Общая слабость, потливость, быстрая утомляемость (астенический синдром) (%), абс)	82,7 % (66)	88,5 % (46)
Снижение аппетита, нарушение сна (%), абс)	62,9 % (48)	66 % (40)

Повышение температуры тела было зарегистрировано у 100 % обследованных, при поступлении преобладал астенический синдром (в обеих группах).

В зависимости от характера поражения легочной ткани отмечено, что при ВП средней степени тяжести в первой группе отмечается в 42,5 % бисегментарный характер поражения, сегментарный в 31,9 % и полисегментарный в 25,7 %. Во второй группе пациентов бисегментарный характер поражения легочной ткани при ВП средней степени тяжести был выявлен у 45,3 %, сегментарный у 28,2 %, полисегментарный у 26,5 %. В обеих группах ВП тяжелой степени тяжести носила полисегментарный характер.

Помимо жалоб пациентов на симптомы, связанные с ВП, выяснялись специфические жалобы, которые указывали на поражение гепатобилиарного тракта (табл. 3)

Все пациенты получали антибактериальную терапию, преимущественно антибиотиками группы цефалоспоринов (цефтриаксон 2,02 раза в сутки), в сочетании с респираторными фторхинолонами (левофлоксацин 500 мг/сутки) или макролидами (кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки или азитромицин 500 мг в сутки).

**Таблица 3. Симптомы, связанные с поражением гепатобилиарного тракта**

Симптомы	Первая группа n = 70	Вторая группа n = 50
Тяжесть (боль) в правом подреберье (%), (абс. число)	13,7 (10)	11,7 (8)
Изжога, тошнота, отрыжка кислым (%), (абс. число)	7,2 (5)	5,6 (4)
Горечь во рту (%), (абс. число)	3,2 (3)	1,2 (1)
Кожный зуд (%), (абс. число)	2,9 (2)	1,75 (1)

Помимо антибактериальной терапии пациенты получали муколитики (амброксол 30 мг 2 раза в сутки), бронхолитики (ипратропия бромид/фенотерол 250/500 мг, через небулайзер 3 раза в сутки). При поступлении у 62,0% пациентов в анамнезе отмечена следующая сопутствующая патология, со стороны ССС: артериальная гипертензия (АГ) у 73,4%, ишемическая болезнь сердца (ИБС) – у 32,2% и неспецифический перикардит – у 13 пациентов (17,5%). При этом АГ у пациентов с ВП средней степени тяжести встречалась в 86,4%, тяжелой степени – в 13,6%.

Сочетание ВП средней степени тяжести и ИБС отмечалось у 69,9%, тяжелая степень у 30,1%. По распространенности поражения легочной ткани при ВП у больных с ИБС чаще отмечался сегментарный (28,0%) и бисегментарный (68,0%), реже субтотальный (4,0%) характер процесса. При АГ превалировал сегментарный и бисегментарный характер процесса (у 59,7% и 31,2% соответственно). У 2 пациентов на фоне тяжелого течения пневмонии был выставлен диагноз острый коронарный синдром (ОКС), после чего они были переведены в специализированное кардиологическое отделение.

Средний койко-день в первой группе составил 11,3±0,8 дня, во второй группе увеличился до 16,3±3,5 дня. По данным биохимического исследования, у пациентов до лечения наблюдались следующие показатели крови: фибриноген – 6,72±0,12 г/л, общий белок – 52,8±0,99 г/л, альбумин – 32,6±1,1 г/л, ПТИ – 69,3±0,9, АЛТ –

29,7±2,1 Ед/л и АСТ – 28,4±21,7 Ед/л, коэффициент де Ритиса составил 1,22.

После курсового лечения у пациентов первой группы уровень АЛТ снизился до 18,9±1,8 Ед/л, АСТ – до 13,3±2,3 Ед/л. Во 2 группе наблюдалось менее значимое снижение показателей крови. Уровень фибриногена у пациентов первой группы уменьшился до 3,8±1,007 г/л ( $p>0,05$ ), уровень ПТИ увеличился до 100,0±0,001 % ( $p<0,05$ ), общего белка – до 79,02±0,075 г/л ( $p>0,05$ ), альбумина до 43,22±0,056 г/л ( $p>0,05$ ), а коэффициент де Ритиса составил 1,32, что свидетельствует об улучшении белково-синтетической функции печени и уменьшении проявлений синдрома цитолиза. После курсового лечения у пациентов второй группы уровень фибриногена, общего белка и альбумина практически не изменялся, а ПТИ имел тенденцию к снижению, коэффициент де Ритиса практически не изменился.

**Вывод.** Таким образом, при включении в терапию ВП реамберина улучшается клиническая картина заболевания, уменьшается продолжительность лечения, отмечается улучшение белково-синтетической функции печени, уменьшаются явления цитолиза, благоприятно влияя на прогноз заболевания.

#### Список литературы:

1. Березняков, И. Г. Внебольничные пневмонии / И. Г. Березняков // Болезни и антибиотики. – 2009. – № 2. – С. 38–42.
2. Гланц, С. Медико-биологическая статистика: пер. с англ. / С. Гланц. – М.: Практика, 1998. – 459 с.
3. Зайцев, В. М. Прикладная медицинская статистика / В. М. Зайцев, В. Г. Лифляндский, В. И. Маринкин. – СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2003. – 432 с.
4. Синопальников, А. И. Внебольничные инфекции дыхательных путей: руководство для врачей / А. И. Синопальников, Р. С. Козлов. – СПб, 2009. – 352 с.
5. Чучалин, А. Г. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А. Г. Чучалин, А. И. Синопальников // Клиническая микробиология, антимикробная терапия, химиотерапия. – 2013. – № 3. – С. 27–29.
6. Чучалин, А. Г. Пневмонии – актуальная проблема медицины XXI века / А. Г. Чучалин // Пульмонология. – 2015. – № 2. – С. 133–142.

УДК 616.12-008.318-085:615.22

Л. А. Иванов, Н. В. Коробейникова

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика  
Кафедра врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФПК и ПП

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Иванов Леонид Алексеевич – заведующий курсом скорой медицинской помощи доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281; тел: 8 (3412) 52-62-01, e-mail: rector@igma.udm.ru; Коробейникова Надежда Владимировна – врач скорой медицинской помощи

Проведена оценка антиаритмической терапии на догоспитальном этапе на основании карт вызовов скорой медицинской помощи 441 пациента с пароксизмальными нарушениями сердечного ритма.

**Ключевые слова:** электроимпульсная терапия; пароксизмальная наджелудочковая тахикардия; пароксизмальная желудочковая тахикардия

L.A. Ivanov, N.V. Korobeynikova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of General Practice and Internal Diseases with a Course of Emergency Medical Care

## ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF ANTIARRHYTHMIC THERAPY FOR PAROXYSMAL DISTURBANCES OF CARDIAC RHYTHM AT A PRE-HOSPITAL STAGE

Ivanov Leonid Alekseyevich – Doctor of Medical Sciences, Professor, head of the Course of Emergency Medical Care; 286 Kommunarov st, Izhevsk 426034; tel: 8 (3412) 52-62-01, e-mail: rector@igma.udm.ru; Korobeynikova Nadezhda Vladimirovna – emergency medical care physician

*This article contains ambulance call data on 441 patients with paroxysmal disturbances of cardiac rhythm. The assessment of antiarrhythmic therapy at a pre-hospital stage was carried out.*

**Key words:** cardioversion; paroxysmal supraventricular tachycardia (PSVT); paroxysmal ventricular tachycardia (PVT)

Аритмии являются основной причиной внезапной смерти при острых формах ишемической болезни сердца (ИБС), частыми осложнениями, отягощающими течение и прогноз других заболеваний, одной из причин временной и стойкой утраты трудоспособности, ухудшения качества жизни. Своевременное оказание скорой медицинской помощи при этих состояниях уменьшает риск летального исхода [1,5].

Пароксизмальная тахикардия (ПТ) – это приступообразное увеличение частоты сердечных сокращений свыше 100 (обычно 140–250) в минуту при сохранении их правильного ритма, обусловленное патологической циркуляцией возбуждения по миокарду или активацией в нем патологических очагов высокого автоматизма. В клинической практике выделяют две основные формы ПТ: желудочковую (вентрикулярную) и наджелудочковую (суправентрикулярную), в зависимости от локализации очага патологической импульсации [2].

Распространенность пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии в популяции составляет 2,29 на 1000 человек [4]. У женщин она регистрируется в два раза чаще, чем у мужчин. Риск её развития более чем в 5 раз выше у лиц старше 65 лет. При этом предсердные тахикардии составляют 15–20%, предсердно-желудочковые – 80–85% случаев. Лечение сводится к купированию приступа пароксизмальной наджелудочковой тахикардии (ПНТ) и последующему подбору поддерживающей антиаритмической терапии; в ряде случаев применяется оперативное лечение [3].

**Цель исследования:** оценить антиаритмическую терапию на догоспитальном этапе при пароксизмальных нарушениях сердечного риска.

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 441 карты вызова скорой медицинской помощи (СМП) г. Ижевска за период с 1.09.16 по 30.04 17 г. (рис. 1).



Рис. 1. Структура вызовов бригады скорой медицинской помощи

**Результаты исследования и их обсуждение.** Нами было установлено количество обращений с диагнозом пароксизмальные суправентрикулярные (СВ) тахикардии – 92,5% (408 карт вызовов), с диагнозом пароксизмальные желудочковые тахикардии (ПЖТ) – 7,5% (33).

У мужчин преобладал возраст от 71 до 90 лет (67% случаев), у женщин – от 51 до 70 лет (48% случаев) (рис. 2).

Соотношение мужчин и женщин составило 1:4 при ПНТ и 4:1 – при ПЖТ.

Бригадой СМП оказывалось лечение: при СВ-тахикардии в 85% (347) случаев применяли аденозин (АТФ), а в 12% (47) – кордарон, у 2% (8) – верапамил. При ЖТ в 87% случаев (28) – электроимпульсная терапия (ЭИТ), а в 10% случаев проведено купирование с помощью ЭИТ и кордарона (рис. 3,4). АТФ принято вводить быстро болюсно в вену, начальная доза его составляет 6 мг.

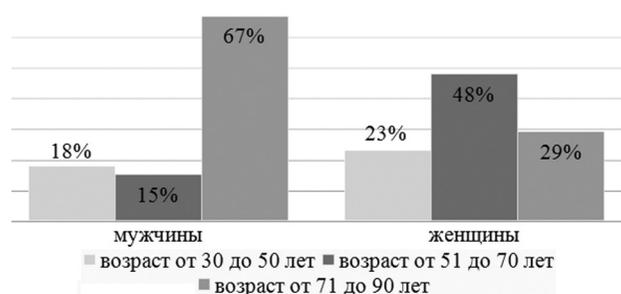


Рис. 2. Соотношение пола и возраста пациентов с диагнозом пароксизмальные тахикардии



Рис. 3. Структура применения антиаритмических препаратов на догоспитальном этапе при св-тахикардии

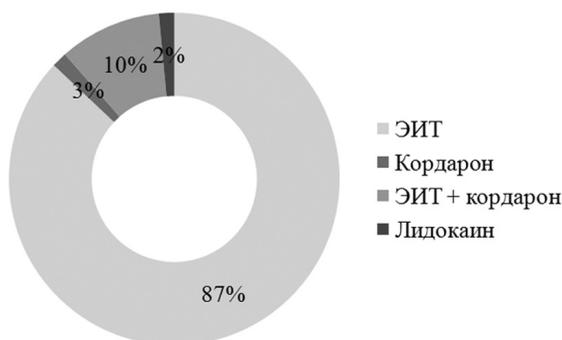


Рис. 4. Структура применения антиаритмических препаратов при пароксизмальной желудочковой тахикардии

При отсутствии эффекта через 2 минуты вводят еще 6 мг. Важно отметить, что введение аденозина необходимо проводить под постоянным ЭКГ-контролем. Диагностику тахикардий принято выполнять, когда ЧСС >120/мин, при этом обязательно обращаем внимание на ширину комплекса QRS и регулярность сердечного ритма. Чаще встречается широкий комплекс QRS и регулярный ритм. Обычно на основании этих признаков и устанавливается диагноз желудочковой тахикардии. Хотим отметить, что стабильная гемодинамика не исключает диагноз желудочковой тахикардии.

УДК 616.366-002-089

С. С. Давлатов, С. А. Анарбаев, С. З. Алиева

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан  
Кафедра хирургических болезней № 1

## ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Давлатов Салим Сулаймонович – старший преподаватель; 140100, г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18, тел: +998 (66)233-07-66, e-mail: sammi-xirurgiya@yandex.ru; Анарбаев Санжар Алишерович – резидент магистратуры; Алиева Сайёра Зокировна – студент

Нами проведен анализ результатов холецистэктомий у 4037 пациентов, оперированных в клинике СамМИ за период с 2006 по 2016 год. Конверсия мини-доступа в традиционное пособие потребовалась в 84 (2,08%) случаях. Таким образом, 3953 операции при остром холецистите завершены холецистэктомией из мини-доступа (МЛПЭ). Интраоперационные осложнения, приведшие к расширению доступа, имели место в 7 наблюдениях (0,17%) при остром холецистите. Во всех этих случаях во время операции по поводу острого калькулезного холецистита отмечено кровотечение из пузырной артерии. Осложнения в послеоперационном периоде у пациентов, оперированных по методике из мини-доступа развились в 40 (0,99%) случаях. Проведенное исследование непосредственных и отдаленных результатов холецистэктомии в зависимости от способа операции показало, что переход от методики традиционной холецистэктомии к малоинвазивным технологиям, особенно операции из мини-доступа, позволил существенно снизить частоту осложнений и улучшить течение раннего послеоперационного периода

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь; холецистэктомия; минилапаротомия

Так, нами установлены ПЖТ на догоспитальном этапе в 75 % случаев, которые преимущественно выявляются у мужчин, а суправентрикулярные тахикардии – в 75 % у женщин. Вызовов с поводом «перебои в работе сердца» за период с 1.09.2016 по 30.04.2017 г. поступило 17862, из них 2,5 % (441) с выставленным диагнозом пароксизмальная тахикардия.

Следует подчеркнуть, что при всех случаях оказания скорой медицинской помощи был восстановлен сердечный ритм.

**Выводы.** Таким образом, пароксизмальные желудочковые тахикардии чаще на догоспитальном этапе в 75 % случаев встречаются у мужчин, а суправентрикулярные тахикардии в 75 % случаев у женщин. Вызовов с поводом «перебои в работе сердца» за период с 1.09.2016 по 30.04.2017 поступило 441 с установленным диагнозом пароксизмальная тахикардия. При пароксизмальных суправентрикулярных тахикардиях в 85 % случаев помощь оказана с применением АТФ, а в 12 % случаев – кордарона. При пароксизмальных желудочковых тахикардиях использовалась ЭИТ в 87 % случаев. Во всех случаях оказания скорой медицинской помощи был восстановлен сердечный ритм.

### Список литературы:

1. Беленков, Ю. Н. Национальные клинические рекомендации по кардиологии / Ю. Н. Беленков, Р. Г. Оганов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – С. 629–641.
2. Киношенко К. Ю. Лечение аритмий. Курс лекций по клинической кардиологии / К. Ю. Киношенко; под ред. В. И. Целуйко. – Харьков: Гриф, 2004. – С. 497–522.
3. Недоступ, А. Лечение нарушений ритма сердца кордароном. Ответы на актуальные вопросы / А. Недоступ, О. Благова // Врач. – 2005. – № 8. – С. 20–27.
4. Неотложная помощь в терапии и кардиологии: учеб. пособие / под ред. Ю. И. Гринштейна. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 220 с.
5. Руководство по скорой медицинской помощи для врачей / С. Ф. Багненко [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С. 79–105.

S.S. Davlatov, S.A. Anarbayev, S.Z. Aliyeva

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan  
Department of Surgical Diseases No.1

## CHOLECYSTECTOMY FROM MINI-ACCESS IN THE TREATMENT OF ACUTE DESTRUCTIVE CHOLECYSTITIS

**Davlatov Salim Sulaymonovich** – Senior lecturer; 18 Amir Temur st., Samarkand 140100, tel.: +998 (66) 233-07-66, e-mail: sammi-xirurgiya@yandex.ru; **Anarbayev Sanzhar Alisherovich** – Postgraduate; **Aliyeva Sayiera Zokirovna** – student

*We analyzed the results of cholecystectomy in 4,037 patients operated at the clinic of Samarkand State Medical Institute over the period 2006–2016. Conversion of the mini-access to the traditional approach was required in 84 (2.08%) cases. Thus, 3953 operations for acute cholecystitis were completed by mini-access cholecystectomy. Intraoperative complications leading to extending access occurred in 7 cases (0.17%) in acute cholecystitis. In all these cases bleeding from the cystic artery was noted during surgery for acute calculous cholecystitis. In the postoperative period complications in patients operated by the method of mini-access developed in 40 (0.99%) cases. The study of immediate and long-term results of cholecystectomy, depending on the method of operation, showed that the transition from traditional cholecystectomy to minimally invasive technologies, especially surgery from the mini-access, allowed significant reduction of the frequency of complications and improvement of the course of the early postoperative period.*

**Key words:** cholelithiasis; cholecystectomy; mini-laparotomy

Диагностика, лечение и реабилитация пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) остаются актуальными проблемами хирургии. Среди различных заболеваний желчевыводящей системы частота ЖКБ составляет 50–65% [5, 6]. По данным большинства исследователей, ЖКБ страдает практически каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина. Неутешительные результаты консервативного лечения ЖКБ (лекарственное растворение, экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия и др.) определили рост оперативной активности [1, 4]. Хирургический метод лечения, являясь патогенетически обоснованным, сохраняет свои лидирующие позиции. Операция удаления желчного пузыря – холецистэктомия – в настоящее время рассматривается как операция выбора при воспалительных и других заболеваниях желчного пузыря [2, 4, 5]. В настоящее время наряду с традиционной холецистэктомией получили признание так называемые малоинвазивные технологии, к которым относятся лапароскопические вмешательства и операции из минилапаротомного доступа. Основным достоинством последних, по мнению многих исследователей, является малая степень травматизации тканей [3, 7]. Течение послеоперационного периода во многом связано не столько с объемом хирургического воздействия непосредственно в брюшной полости, сколько с локализацией и размерами операционной раны [2]. Учитывая рост числа больных и появление новых мало-травматичных методов хирургического вмеша-

тельства, показания к оперативному лечению пациентов значительно расширяются, что естественно приводит к увеличению количества операций [4]. Острый холецистит остается актуальной проблемой современной неотложной хирургии, особенно гериатрической, поскольку болеют преимущественно люди пожилого и старческого возраста [5]. Среди больных общехирургических отделений острый холецистит – самая частая патология, идущая на уровне острого аппендицита и даже превышающая его (обнаруживается у 20–25% всего контингента больных) [1, 2]. Традиционная холецистэктомия (ТХЭ) более ста лет оставалась единственным хирургическим методом лечения ЖКБ. В прежние десятилетия только большой разрез позволял выполнить полноценную ревизию органов брюшной полости, поставить окончательный клинический диагноз и выполнить адекватную патологическому процессу операцию [7]. Такой подход к выполнению операционного доступа нередко сопровождался известными осложнениями в послеоперационном периоде, связанными с пересечением мощных мышечно-апоневротических слоев, крупных кровеносных сосудов и нервов [6]. Неизбежным следствием этого был длительный восстановительный период, частые инфекционные осложнения послеоперационной раны, заканчивающиеся развитием эвентраций и послеоперационных грыж [4].

**Цель исследования:** провести анализ результатов холецистэктомии в послеоперационный период.

**Материалы и методы исследования.** Нами проведен анализ результатов холецистэктомии у 4037 пациентов, оперированных в клинике Самаркандского медицинского института (СамМИ) за период с 2006 по 2016 год. Конверсия мини-доступа в традиционное пособие потребовалась в 84 (2,08%) случаях. Таким образом, 3953 операции при остром холецистите завершены холецистэктомией из мини-доступа. В нашем исследовании среднее время операции при остром калькулезном холецистите составило  $56,4 \pm 7,3$  минуты в случае выполнения холецистэктомии из традиционного широкого доступа. Продолжительность холецистэктомии из мини-доступа в среднем составила  $61,2 \pm 9,7$  минуты. Сложности, возникшие в процессе операции и потребовавшие конверсии доступа, были связаны с инфильтративно-спаечными изменениями в подпеченочном пространстве у 47 пациентов (1,16%), с синдромом Мириizzi у 19 (0,47%) и склероатрофическими изменениями желчного пузыря и его интрапеченочным расположением у 18 пациентов (0,44%).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Интраоперационные осложнения, приведшие к расширению доступа, имели место в 7 случаях (0,17%) при остром холецистите. Во всех этих наблюдениях во время операции по поводу острого калькулезного холецистита отмечено кровотечение из пузырной артерии. Осложнения в послеоперационном периоде в группе завершенных по методике мини-инвазивной лапароскопической холецистэктомии (МЛХЭ) вмешательств развились у 40 (0,99%) пациентов с острым холециститом.

Общесоматические осложнения отмечены у 12 пациентов (0,29%). Структура общесоматических осложнений выглядит следующим образом: пневмония – у 5 (0,12%); пароксизм мерцательной аритмии – у 3 (0,07%); тромбоэмболия ветвей легочной артерии – у 2 (0,05%); острый тромбофлебит вен нижних конечностей – у 2 (0,05%). Послеоперационные осложнения, связанные с зоной операции, – 28 наблюдений (0,69%). Структура осложнений, связанных с зоной операции, представлена следующим образом: несостоятельность культи пузырного протока – у 7; внутрибрюшное кровотечение (из ложа желчного пузыря) – у 6; абсцесс под-

печеночного пространства – у 3; гематома подпеченочного пространства – у 4; ятрогенное повреждение холедоха – у 3; гематома послеоперационной раны – у 3; абсцесс сальниковой сумки – у 2. В 18 случаях была выполнена релапаротомия: у 7 пациентов с повторным лигированием культи пузырного протока, у 6 – с остановкой внутрибрюшного кровотечения прошиванием ложа пузыря, у 2 пациентов – вскрытие и дренирование гематомы подпеченочного пространства, у 3 – с формированием холедохозентероанастомоза в связи с ятрогенным повреждением холедоха. Для лечения подпеченочных гематом и абсцессов прибегли к дренированию гнойных очагов под контролем ультразвуковой диагностики с выраженным положительным эффектом – у 5 пациентов. Так, под контролем ультразвукового исследования дренирован абсцесс подпеченочного пространства в 3 наблюдениях, в двух случаях – дренирование выполнено в связи с гематомой подпеченочного пространства, у 2 пациентов дренирован абсцесс сальниковой сумки. Исходя из вышеуказанных данных, наименьшая частота интра- и послеоперационных осложнений при остром калькулезном холецистите отмечается в группе пациентов с применением МЛХЭ и составляет 1,87% от числа операций, выполненных с применением этой методики. Частота осложнений при выполнении операции из лапароскопического доступа при остром холецистите в нашем исследовании составила 2,79%. Таким образом, результаты лапароскопической холецистэктомии из мини-доступа сопоставимы и существенно лучше, чем при ТХЭ. Наибольшее число осложнений выявлено в группе больных, перенесших операцию из традиционного широкого доступа. Частота осложнений у пациентов с острым холециститом в этой группе составила 9,43%. На течение раннего послеоперационного периода большое влияние оказывает характер заболевания и вид хирургического вмешательства. Малоинвазивные вмешательства при ЖКБ выполнялись с минимальной травмой для больного. Течение раннего послеоперационного периода после мини-инвазивных операций в большинстве случаев было гладким. Отсутствие больших ран на передней брюшной стенке позволяло провести раннюю активизацию при

минимальных усилиях со стороны пациента. Больные были активны с первых суток после операции. У пациентов, которым была выполнена холецистэктомия из мини-доступа, средний койко-день составил  $4,4 \pm 0,3$  дня. Несколько иная картина наблюдается после традиционной холецистэктомии. Пациенты позже начинали подниматься с постели. Кроме того, активизация в этом случае в значительной степени зависела от возраста больного и сопутствующих заболеваний. Чем старше больной, чем больше избыточная масса тела, тем дольше он не может подняться и начать двигаться. Создаются благоприятные условия для проявления сопутствующих заболеваний, связанных с гиподинамией, таких как хронический бронхит, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь. Увеличивается вероятность присоединения инфекции. Нарушаются физиологические функции организма, появляются запоры. Период реабилитации затягивается. В нашем исследовании средний послеоперационный койко-день у пациентов после ТХЭ составил  $9,12 \pm 0,7$  дня.

**Вывод.** Проведенное исследование непосредственных и отдаленных результатов холецистэктомии в зависимости от способа операции показало, что переход от методики традиционной холецистэктомии к малоинвазивным технологиям, особенно к операции

из мини-доступа, позволил существенно снизить частоту осложнений и сократить среднее пребывание пациента в стационаре; течение раннего послеоперационного периода у пациентов характеризовалось малой выраженностью болевого синдрома, что позволяло отказаться от применения наркотических анальгетиков и активизировать пациента с первых послеоперационных суток.

#### Список литературы:

1. Опыт оперативного лечения острого деструктивного холецистита / С.И. Возлюбленный [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2004. – Том 9, № 2. – С. 115–116.
2. Тактика при остром холецистите / Г.Г. Устинов [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2004. – Т. 9, № 2. – С. 156–157.
3. Хирургическое лечение больных с синдромом Мирizzi / З.Б. Курбаниязов [и др.] // *Врач-аспирант.* – 2012. – Т. 51, № 2.1. – С. 135–138.
4. Хирургический подход к лечению больных с посттравматическими рубцовыми стриктурами магистральных желчных протоков / З.Б. Курбаниязов [и др.] // *Академический журнал Западной Сибири.* – 2013. – Т. 9, № 2. – С. 14.
5. Эффективность мини-инвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом / С.С. Давлатов [и др.] // *Academy.* – 2017. – № 7. – С. 92–94.
6. Evaluating the effectiveness of minimally invasive surgical treatment of patients with acute destructive cholecystitis / Z.Y. Saydullayev [et al.] // *The First European Conference on Biology and Medical Sciences.* – 2014. – С. 101–107.
7. Haemosorption In Complex Management Of Hepatargia / S. Kasimov [et al.] // *The International Journal of Artificial Organs.* – 2013. – Т. 36, № 8. – С. 548.

УДК 616.36-004-085

А. Э. Нигматуллина<sup>1</sup>, Х. М. Мустафин<sup>2</sup>, С. А. Фрид<sup>1</sup>, Э. Г. Муталова<sup>1</sup>, С. С. Максютлова<sup>1</sup>,  
Г. Я. Камалтдинова<sup>1</sup>, Л. И. Самигуллина<sup>1</sup>, Н. Н. Сысоева<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Уфа  
Кафедра госпитальной терапии № 1

<sup>2</sup>ГБУЗ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн», г. Уфа

<sup>3</sup>МУ «Городская клиническая больница № 13», г. Уфа

## МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Нигматуллина Альбина Эльдусовна — доцент кафедры кандидат медицинских наук; 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3, тел.: +7 (347) 260-40-07, e-mail: albanigma@rambler.ru; Мустафин Халил Мужавирович — главный врач кандидат медицинских наук, доцент; Фрид Светлана Аркадьевна — доцент кафедры кандидат медицинских наук; Муталова Эльвира Газизовна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Максютлова Лилия Фагимовна — доцент кафедры кандидат медицинских наук; Камалтдинова Гульнара Ядгаровна — доцент кафедры кандидат медицинских наук; Самигуллина Лиана Искандеровна — доцент кафедры кандидат медицинских наук; Сысоева Надежда Николаевна — заведующий гастроэнтерологическим отделением кандидат медицинских наук

В статье представлены результаты исследования эффективности препарата L-орнитин-L-аспартат (Гена-Мерц) в лечении печеночной энцефалопатии у пациентов с циррозом печени.

**Ключевые слова:** цирроз печени; печеночная энцефалопатия; лечение

A.E. Nigmatullina<sup>1</sup>, Kh.M. Mustafin<sup>2</sup>, S.A. Frid<sup>1</sup>, E.G. Mutalova<sup>1</sup>, L.F. Maksyutova<sup>1</sup>, G.Ya. Kamaltdinova<sup>1</sup>, L.I. Samigullina<sup>1</sup>, N.N. Sysoeva<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bashkir State Medical University, Ufa  
Department of Hospital Therapy No.1

<sup>2</sup>Republic Clinical Hospital for War Veterans, Ufa

<sup>3</sup>Municipal Clinical Hospital No.13, Ufa

## THE TREATMENT OF HEPATIC ENCEPHALOPATHY IN CIRRHOTIC PATIENTS

**Nigmatullina Albina Eldusovna** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; 3 Lenin St., Ufa 450008, tel.: + 7 (347) 260-40-07; e-mail: albanigma@rambler.ru; **Mustafin Khalil Muzhavirovich** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head Doctor; **Frid Svetlana Arkadieva** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; **Mutalova Elvira Gazizovna** – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department; **Maksyutova Liliya Fagimovna** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; **Kamaltdinova Gulnara Yadgarovna** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; **Samigullina Liana Iskanderovna** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; **Sysoeva Nadezhda Nikolaevna** – Candidate of Medical Sciences, Head of Gastroenterological Department

*The article presents the results of a research into the efficiency of L-ornithine-L-aspartate (Hepa-Merz) in treating hepatic encephalopathy in cirrhotic patients.*

**Key words:** liver cirrhosis; hepatic encephalopathy; treatment

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в гепатологии на современном этапе, лечение цирроза печени (ЦП) по-прежнему остается трудной клинической задачей. Одним из грозных осложнений ЦП является печеночная энцефалопатия (ПЭ), при развитии наиболее тяжелой ее стадии – печеночной комы – летальность достигает 80–100%. Клинические проявления ПЭ складываются из психических, нервно-мышечных расстройств и изменений электроэнцефалограммы [1,2,3]. Спектр перечисленных нарушений широк и определяет несколько степеней тяжести этого потенциально обратимого нарушения функции мозга.

В патогенезе цирротической энцефалопатии ведущую роль отводят портосистемному шунтированию и печеночно-клеточной недостаточности. В результате этих патологических процессов в печени нарушается синтез мочевины и глутамина, что приводит к избыточному накоплению аммиака и гипераммониемии. Аммиак легко проникает через гематоэнцефалический барьер и стимулирует транспорт в головной мозг ароматических аминокислот, вследствие чего индуцируется продукция ложных нейротрансмиттеров и серотонина. Токсическое действие аммиака и ароматических аминокислот с одной стороны и нарушение медиаторного обмена в ЦНС с другой и обуславливают развитие описанных выше психоневрологических нарушений при ПЭ. Учитывая патогенетические механизмы возникновения ПЭ, терапия ее, в основном, направлена на подавление образования и нейтрализацию аммиака [3,5]. С этой целью

используют препараты различных фармакологических групп: антибиотики, подавляющие аммониегенную флору кишечника, дисахариды, снижающие образование и всасывание аммиака, препараты, усиливающие метаболизм аммиака. Для обезвреживания уже всосавшегося в кровь аммиака и других метаболитов применяют глутаминовую кислоту, L-аргинин, орнитетил, вводят препараты, улучшающие обмен печеночных клеток – гипоаммониемическое средство, действие которого связано с его участием в орнитинном цикле мочевинообразования [2,4].

**Цель исследования:** изучение эффективности препарата L-орнитин-L-аспартат (Гепэ-Мерц) при ПЭ 0-II стадии у больных циррозом печени.

**Материал и методы исследования.** В исследование были включены 30 пациентов с ЦП (класс В по Чайльд-Пью – 19 пациентов, класс С – 11 пациентов), находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении ГКБ № 13 г. Уфы, из них 11 женщин и 19 мужчин в возрасте от 36 до 78 лет (средний возраст – 51,3±3,5 года). Вирусная этиология цирроза была установлена у 16 пациентов (*HBV* – 5, *HCV* – 9, *HBV+HCV* – 2), алкогольный цирроз – у 7 исследуемых, вирусный + алкогольный – у 2 пациентов, первичный билиарный цирроз – у одного пациента, у 4 пациентов этиологический фактор развития заболевания не был установлен. При поступлении всем пациентам проводились лабораторные и инструментальные методы исследования, включающие определение протромбинового индекса (ПТИ), уровня общего белка, альбумина, функциональных проб печени, уль-

тразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия. Для определения наличия ПЭ всем пациентам проводился тест связи чисел (время, превышающее 30 с, рассматривалось как патология), оценка клинико-лабораторных данных. Всем пациентам назначался *L*-орнитин-*L*-аспартат (Гепа-Мерц) по следующей схеме: первый этап – семь внутривенных вливаний по 20 г в день, второй этап – 14 дней перорального приема препарата в дозе 18 г в сутки (по 6 г 3 раза в день за 20 минут до еды).

После окончания курса лечения проводились повторные клинические исследования.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Клинически выраженная ПЭ установлена у 17 больных (I стадия – у 13 пациентов, II стадия – у 4 пациентов), у 13 пациентов определена субклиническая ПЭ только по результатам выполнения теста связи чисел (ТСЧ). Проявления ПЭ в виде нарушения ритма сна наблюдалось у 40% исследуемых, апатии – у 20%, возбуждения – у 10%, астерексиса – у 13% больных. У всех обследованных отмечались субъективные проявления ЦП (общая слабость – у 90%, боли в правом подреберье – у 40%, тошнота – у 73%, диарея – у 20%, снижение аппетита – у 87%, кожный зуд – у 37%, головные боли – у 63%), у 87% пациентов выявлена желтуха, «малые признаки» цирроза определены у 57% пациентов, геморрагический синдром отмечался у 37%, асцит – у 73% пациентов, спленомегалия – у 47%, варикозное расширение вен пищевода – у 83%, периферические отеки – у 20% обследуемых. Повышение уровня трансаминаз наблюдалось у 83% госпитализированных, гипербилирубинемия у 100%, признаки холестатического синдрома в виде повышения уровня щелочной фосфатазы (ЩФ), гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП), гиперхолестеринемии – у 73%, 67% и 37% пациентов соответственно. Снижение белково-образовательной функции печени, проявляющееся гипоальбуминемией, отмечено у 63% пациентов, уменьшение ПТИ определено у 93% пациентов. Снижение уровня холестерина наблюдалось у 40% пациентов.

После проведения терапии выявлено улучшение клинического состояния у всех обследованных. Полная регрессия астенического синдрома отмечена у 63% пациентов, у 87%

нормализовался ритм сна, головная боль исчезла у 77%, у всех пациентов купировался астерексис. Улучшение показателей выполнения психометрических тестов происходило к завершению курса лечения у всех больных. Полная нормализация показателей тестирования достигнута у 69% лиц с субклинической ПЭ, у 46% пациентов с ПЭ I стадии и 25% – с ПЭ II стадии. Средняя скорость выполнения теста на цифровую последовательность достоверно улучшилась у больных на 48,6% ( $p < 0,05$ ) в сравнении с показателями до лечения. На фоне лечения у всех пациентов отмечено уменьшение кожного зуда, тошноты, уменьшение асцита и периферических отеков. Выявлена положительная динамика лабораторных показателей. Так, наблюдалось достоверное снижение трансаминаз (аланинаминотрансферазы на 36,8%, аспартатаминотрансферазы на 24,4%,  $p < 0,05$ ), показателей ферментов холестаза (ЩФ на 23,4%, ГГТП на 19,1%,  $p < 0,05$ ), общего билирубина на 64,6% ( $p < 0,01$ ).

**Вывод.** Таким образом, применение препарата *L*-орнитин-*L*-аспартат (Гепа-Мерц) в исследуемой когорте пациентов с циррозом печени различной этиологии с ПЭ 0-II стадии привело к улучшению клинического состояния, уменьшению степени тяжести заболевания, позволило добиться регрессии проявлений энцефалопатии, что, безусловно, позитивно повлияло на качество жизни больных.

#### Список литературы:

1. **Ивашкин, В. Т.** Осложнения портальной гипертензии при циррозе печени / В. Т. Ивашкин // Российский физиологический журнал им. И. М. Сеченова. – 2009. – 95 (10). – С. 1074–1092.
2. **Ивашкин, В. Т.** Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом С / В. Т. Ивашкин, Н. Д. Юшук, М. В. Маевская // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2013. – 23(2). – С. 41–70.
3. **Ивашкин, В. Т.** Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества по изучению печени по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом В / В. Т. Ивашкин, Н. Д. Юшук, М. В. Маевская // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2014. – 24 (3). – С. 58–88.
4. **Федосьина, Е. А.** Принципы терапии портальной гипертензии у больных циррозом печени / Е. А. Федосьина, М. В. Маевская, В. Т. Ивашкин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2012. – 22(5). – С. 46–55.
5. *L*-ornithine-*L*-aspartate in the management of hepatic encephalopathy: meta-analysis / J. Acevedo [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2009. – 24 (1). – P. 9–14.

УДК 616-07.24.002.053

А. Я. Язданов<sup>1</sup>, Ш. М. Ибатова<sup>1</sup>, А. Х. Эргашев<sup>2</sup>

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан

<sup>1</sup>Кафедра педиатрии № 4

<sup>2</sup>Кафедра педиатрии № 2

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ. ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Язданов Амон Язданович – доцент кафедры; 140100, г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18, тел: +998 (66) 233-07-66, e-mail: sh.ibatova@mail.ru; Ибатова Шоира Мавляновна – доцент кафедры кандидат медицинских наук; Эргашев Абдурашид Хурсандович – доцент кафедры

*В статье представлены результаты наблюдения за пациентами с внебольничной пневмонией и лечения в амбулаторных условиях, данные клинических, рентгенологических и лабораторных исследований и показания к госпитализации.*

**Ключевые слова:** пневмония; диагностика; лечение; больные; дыхательная недостаточность; гиповитаминоз

A. Ya. Yazdanov<sup>1</sup>, Sh. M. Ibatova<sup>1</sup>, A. Kh. Ergashev<sup>2</sup>

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan

<sup>1</sup>Department of Pediatrics No. 4

<sup>2</sup>Department of Pediatrics No.2

## SOME ASPECTS OF DIAGNOSIS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN AND INDICATIONS FOR HOSPITALIZATION

Yazdanov Amon Yazdanovich – Associate Professor; 18 Amir Temur st., Samarkand 140100, tel.: +998 (66) 233-07-66, e-mail: sh.ibatova@mail.ru; Ibatova Shoira Mavlyanovna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; Ergashev Abdurashid Khursandovich – Associate Professor

*The article details the results of monitoring patients with community-acquired pneumonia on an outpatient basis; clinical, radiologic and laboratory data, as well as the results of treating patients in outpatient departments and indications for hospitalization are presented.*

**Key words:** pneumonia; diagnosis; treatment; patients; respiratory failure; hypovitaminosis

Пневмония – это острый инфекционно-воспалительный процесс, поражающий преимущественно респираторный отдел легочной ткани, клинически проявляющийся разной степенью дыхательной недостаточности, а рентгенологически – инфильтративными изменениями в легких [1,3,5]. Наличие рентгенологических признаков – «золотой стандарт» диагностики, поскольку позволяет не относить к пневмониям вирусные поражения нижних дыхательных путей (бронхит, бронхиолит), при которых антибактериальное лечение не нужно. Заболеваемость пневмониями согласно литературным данным составляет в год около 15–20 на 1000 детей первых трех лет жизни и примерно 5–6 случаев на 1000 детей старше 3 лет [6,7]. Предрасполагающими факторами к развитию пневмонии у детей раннего возраста являются перинатальная патология, врожденные пороки сердца и других внутренних органов, рахит, атопический дерматит, гиповитаминозы и дефицитные состояния, в том числе иммунодефициты [2,4,8].

**Цель исследования:** определить роль своевременной диагностики, комплексного лечения внебольничной пневмонии у детей раннего возраста в амбулаторных условиях и разработать рекомендации к госпитализации в стационар.

**Материалы и методы исследования.** Нами обследованы 116 пациентов в возрасте от 3 мес. до 3 лет, обратившихся в семейную поликлинику № 2 г. Самарканда с внебольничной пневмонией. У больных изучены жалобы, анамнестические данные, клиническая симптоматика, проанализированы результаты лабораторных и инструментальных методов исследования и на их основе разработаны рекомендации к госпитализации больных детей с острой пневмонией в стационар.

Клинические симптомы являлись основой для диагностики внебольничных пневмоний у детей. У детей раннего возраста на первый план выступали признаки острой дыхательной недостаточности (ОДН), интоксикации, а локальные физикальные изменения в легких чаще

появлялись позже. Поэтому, если при осмотре у ребенка, независимо от уровня температуры тела и при отсутствии обструкции, имеется учащение дыхания (60 в минуту у детей первых месяцев жизни, 50 в минуту у детей 2–12 мес, 40 в минуту у детей 1 года–4 лет); втяжение межреберий; стонущее (кряхтящее) дыхание; цианоз носогубного треугольника; признаки токсикоза, то состояние оценивалось как тяжелое с большой вероятностью наличия внебольничной пневмонии. Этим больным назначали антибиотик и направляли их в стационар.

Если у ребенка нет признаков, указанных выше, но имеются температура  $38^{\circ}\text{C}$  дольше 3 дней, локальные физикальные признаки внебольничной пневмонии, а также асимметрия хрипов, то следует предположить наличие данного заболевания. Этим пациентам рекомендовали сделать общий анализ крови, рентгенографию грудной клетки, а при невозможности ее проведения – назначали антибиотик.

Все больные с признаками дыхательной недостаточности направлялись на стационарное лечение. Если у детей отмечалась фебрильная температура в течение 1–2 дней при отсутствии указанных выше признаков проводилось наблюдение на дому как больного с острым респираторным заболеванием (ОРЗ).

Кроме клинических критериев диагноз пневмонии подтверждали рентгенологическими данными. Детей до трех лет чаще всего госпитализировали для постоянного наблюдения за состоянием и во избежание развития осложнений. Детей старшего возраста оставляли дома, при условии неукоснительного выполнения родителями всех рекомендаций.

Основными принципами антибактериальной терапии при пневмонии являлись следующие:

- антибиотики при установленном диагнозе или при тяжелом состоянии больного назначали незамедлительно, при сомнении в диагнозе у нетяжелого больного решение принимали после рентгенографии;

- при неосложненных пневмониях отдавали предпочтение назначению препаратов перорально, переходя на парентеральное введение при утяжелении течения заболевания.

Показаниями к назначению антибиотиков у детей при респираторной патологии являлись

выраженная интоксикация, высокая температура тела более 3 дней, клинические признаки пневмонии, ранний возраст ребенка (первый год жизни), затяжное течение воспалительного процесса. В большинстве случаев антибиотик назначали до получения сведений о возбудителе болезни. Поэтому выбор первого препарата осуществляли эмпирически (по опыту). Это была так называемая стартовая эмпирически выбранная терапия.

Оценка эффективности введенных пациенту препаратов – единственный способ решить, есть ли смысл продолжать лечение эмпирически выбранным препаратом или надо его сменить. При хорошем эффекте уже через 24–48 ч снижалась температура, улучшалось общее состояние, пневмонические изменения уменьшались или, по крайней мере, не нарастали (количество хрипов может увеличиться). В этих случаях препараты не заменяли. Если терапию начинали с инъекционной формы антибиотика, то его заменяли на оральную. В большинстве случаев нетяжелую пневмонию лечили антибиотиками за 4–6 дней на дому.

Отсутствие эффекта (сохранение температуры и нарастание пневмонической инфильтрации по данным рентгенографии) позволяло исключить причину, которую предположил врач при выборе стартового препарата, и назначить альтернативную схему. Замену или, по крайней мере, добавление нового антибактериального средства проводили через 36–48 ч (при крайне тяжелых инфекциях – через 24 ч) при отсутствии терапевтического эффекта.

В лечении пневмоний у детей применяли три основные группы антибиотиков: пенициллин и полусинтетические пенициллины (ампициллин, амоксициллин, амоксиклав и др.), цефалоспорины различных поколений (цефалексин, цефуроксим, цефтриаксон, цефоперазон), макролиды (эритромицин, ровамицин, азитромицин и др.). При отсутствии эффекта в течении пневмонии использовали антибиотики других групп и сочетание препаратов различных групп, в том числе с сульфаниламидами или метронидазолом. При грибковых пневмониях применяли флуконазол (дифлюкан) или амфотерицин В. В зависимости от особенностей течения воспаления легких в каждом конкретном случае

решали вопрос о дополнительных препаратах: отхаркивающих, бронхорасширяющих, противоаллергических, витаминах и т. д.

Постельный режим назначался на весь лихорадочный период. Питание назначали соответственно возрасту, которое обязательно было полноценным. Объем жидкости в сутки для детей до года с учетом грудного молока или молочных смесей составлял 140–150 мл/кг массы. Треть суточного объема жидкости давали в виде глюкозо-солевых растворов (регидрон, смекта, ОРСА) или фруктовых, овощных отваров. Диетические ограничения (химически, механически и термически щадящая пища) определяли в зависимости от аппетита и характера стула.

Жаропонижающие средства систематически не назначали, так как это могло затруднить оценку эффективности антибактериальной терапии. Исключение составляли дети, имеющие преморбидные показания для снижения температуры (фебрильные судороги). Лихорадку рассматривали, как фактор, стимулирующий защитные силы организма. На наш взгляд, многие бактерии и вирусы быстрее гибнут при повышенной температуре, на ее фоне организм отдает полноценный иммунный ответ. Необоснованное и частое назначение лекарственных препаратов при любом повышении температуры может привести к различным осложнениям.

При мучительном или упорном кашле у пациентов с пневмонией широко использовали мукорегуляторные средства: облегчающие эвакуацию мокроты (отхаркивающие) и разжижающие ее (муколитические) средства. Отхаркивающие средства повышают секрецию жидкого компонента мокроты и улучшают ее транспорт за счет усиления моторики бронхов. При назначении отхаркивающих средств (бронхikum, «Доктор МОМ») старались обеспечить достаточную гидратацию (питье), поскольку потеря воды повышает вязкость мокроты. Применяли микстуры на основе настоя корня алтея с добавлением натрия бензоата, калия йодида и нашатырно-анисовых капель. Пациентам назначали отхаркивающие средства.

Муколитические средства способствовали разжижению мокроты путем химического воздействия на молекулу муцина (слизи). При

заболевании нижних дыхательных путей с образованием густой вязкой мокроты применяли препараты, содержащие ацетилцистеин (АЦЦ, мукомист, флуимуцил). Учитывая то, что муколитическим действием обладают производные алкалоида вазицина, назначали бромгексин, бизолвон, мукосалван, которые уменьшают вязкость секрета, восстанавливают мукоцилиарный клиренс, стимулируют синтез эндогенного сурфактанта.

Полезными в терапии больных оказались также настои трав (подорожник, крапива, мать-и-мачеха, корень ипекакуаны, плод аниса, корень солодки и др.) или лекарственные формы из них – эвкабал, мукалтин. В остром периоде назначали СВЧ (5–7 сеансов), индуктотермию; электрофорез с 3% раствором калия йодида (10 сеансов). После нормализации температуры назначали массаж и ЛФК.

**Вывод.** Таким образом, своевременно проведенная диагностика, комплексное лечение внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях и разработка рекомендаций к госпитализации в стационар значительно улучшают прогноз внебольничной пневмонии.

#### *Список литературы:*

1. **Белькова, Ю. Ф.** Современные подходы к оптимизации антимикробной терапии в многопрофильных стационарах: мировые тенденции и отечественный опыт / Ю. Ф. Белькова, С. А. Рачина // Клини. фармакол. и терапия. – 2012. – № 2. – С. 34–41.
2. Болезни органов дыхания у детей: руководство для врачей / С. В. Рачинский [и др.]. – М.: Издательство Союза педиатров России «Медицинская литература», 2004. – 465 с.
3. Внебольничная пневмония у детей: распространенность, диагностика, лечение и профилактика: научно-практическая программа. – М., 2011. – 63 с.
4. **Катосова, В. К.** Пульмонология. Острые заболевания органов дыхания у детей / В. К. Катосова, Л. К. Уланова. – М.: Издательство Союза педиатров России «Медицинская литература», 2012. – 480 с.
5. **Казанцев, В. А.** Рациональная терапия инфекций нижних дыхательных путей / В. А. Казанцев // Consilium medicum. – 2013. – Экстрывыпуск. – С. 7–8.
6. **Колосов, В. П.** Внебольничная пневмония (клиническое течение, прогнозирование исходов) / В. П. Колосов, Е. Ю. Кочегарова, С. В. Нарышкина. – Благовещенск, 2012. – 124 с.
7. Пульмонология детского возраста: проблемы и решения / под ред. Ю. Л. Мизерницкого. – М., 2004. – 256 с.
8. **Таточенко, В. К.** Болезни органов дыхания у детей: практическое руководство / В. К. Таточенко. – Новое издание, доп. – М.: «Педиатр Ъ», 2012. – 480 с.

УДК 616.12-053.02-08

А. Х. Эргашев<sup>1</sup>, Ш. М. Ибатова<sup>2</sup>, Ф. Х. Маматкулова<sup>1</sup>, Ф. П. Абдурасулов<sup>1</sup>

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан

<sup>1</sup>Кафедра педиатрии № 2

<sup>2</sup>Кафедра педиатрии № 4

## ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ НЕРЕВМАТИЧЕСКИМ КАРДИТОМ

Эргашев Абдурашид Хурсандович – доцент кафедры; 140100, г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18, тел: +998 (66)233-07-66, e-mail: Ergashov\_1964@mail.ru; Ибатова Шоира Мавляновна – доцент кафедры кандидат медицинских наук; Маматкулова Феруза Хамидовна – старший преподаватель; Абдурасулов Фозил Пардаевич – преподаватель кафедры

*Основной причиной инвалидности и смерти взрослых являются сердечно-сосудистые заболевания, начало которых приходится на детский период жизни. Наблюдалось 84 семьи, где пробандами являлись дети с острым неревматическим кардитом в возрасте от 3 мес. до 3 лет. У детей изучены некоторые показатели липидного обмена. Выявлены существенные изменения в метаболизме липидов при неревматических кардитах, которые носили более глубокий характер в группе детей с отягощенной наследственностью по кардиальной патологии.*

**Ключевые слова:** неревматический кардит; дети; обследование; наследственная отягощенность; липиды

A. Kh. Ergashev<sup>1</sup>, Sh. M. Ibatova<sup>2</sup>, F. Kh. Mamatkulova<sup>1</sup>, F. P. Abdurasulov<sup>1</sup>

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan

<sup>1</sup>Department of Pediatrics No.2

<sup>2</sup>Department of Pediatrics No.4

## PECULIARITIES OF SOME INDICES OF LIPID METABOLISM IN CHILDREN WITH NON-RHEUMATIC CARDITIS

Ergashev Abdurashid Khursandovich – Associate Professor; 18 Amir Temur st., Samarkand 140100, tel.: +998 (66) 233-07-66, e-mail: Ergashov\_1964@mail.ru; Ibatova Shoira Mavlyanovna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; Mamatkulova Feruza Khamidovna – Senior lecturer; Abdurasulov Fozil Pardaeovich – Lecturer

*A major cause of disability and death in adults are cardiovascular diseases, the onset of which occurs in childhood. Some indices of lipid metabolism in children with non-rheumatic carditis (NC) were studied. There were 84 families under study, where probands were children with acute non-rheumatic carditis aged between 3 months and 3 years. Significant changes in lipid metabolism were revealed in children with NC; the changes were more profound in the group of children with hereditary predisposition to cardiac pathology.*

**Key words:** non-rheumatic carditis; children; examination; hereditary predisposition; lipids

За последние годы отмечается изменение структуры заболеваемости в детской кардиоревматологии. Все больший удельный вес приобретают заболевания сердца, среди которых на первом месте – кардиопатии и неревматические кардиты (НК) [1,2]. Вместе с тем известно, что основной причиной инвалидности и смерти взрослых являются сердечно-сосудистые заболевания, начало которых приходится на детский период жизни [3]. Из этой концепции следует, что своевременная диагностика и адекватная терапия поражений сердца у детей может быть одной из мер профилактики инвалидизации взрослого населения [4,5].

**Цель исследования:** изучение показателей липидного обмена, состояния перекисного окисления липидов и ферментов антиоксидантной системы при неревматических кардитах у детей раннего возраста с учетом генеалогических особенностей для разработки методов корректирующей терапии.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 84 семьи, где пробандами являлись дети с острым неревматическим

кардитом в возрасте от 3 мес. до 3 лет. Из общего количества пациентов 46 детей были из семей с наследственной отягощенностью по кардиальной патологии (КП) и 38 – без неё. Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей того же возраста с благоприятным семейным анамнезом. Обследование детей и родителей проводилось на базе областной детской многопрофильной клинической больницы г. Самарканда.

Общеклиническое обследование включало генеалогический анализ родословных, акушерский анамнез, оценку условий жизни, перенесенных и сопутствующих заболеваний, данных общего анализа крови, мочи, кала, биохимических показателей крови. Клинико-функциональное исследование сердечно-сосудистой системы включало рентгенографию органов грудной клетки, запись ЭКГ и ФКГ на 6 канальном электрокардиографе «БИОСЕТ 600», ЭхоКГ на аппарате «TOSHIBA» (Япония). По показаниям проводились дополнительные исследования: консультация невролога, отоларинголога и др.

Специальные биохимические методы исследования включали: определение спектра общих липидов сыворотки крови и фосфолипидов эритроцитарных мембран, показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ) и ферментов антиоксидантной системы (АОС). Эти исследования проведены всем больным детям, а также 19 клинически здоровым родителям пробандов с неотягощенной и отягощенной наследственностью. Фенотипически здоровых сибсов было 21, родителей с кардиальной патологией – 17.

Диагноз неревматический кардит выставлялся по классификации Н. А. Белоконь (1987). Развитию НК у обследованных предшествовали ОРВИ – у 65 пациентов (77,4%), корь – у 8 (9,5%), ветряная оспа – у 7 (8,3%), эпидемический паротит – у 4 (4,8%). У 62 пациентов (73,8%) первые признаки НК выявлены к концу первой недели острого периода предшествующего заболевания, у 22 (26,2%) – в конце 2 и на 3 неделе. Родители больных детей указывали на их вялость – у 72 (85,7%), пероральный цианоз – у 64 (76,2%), быструю утомляемость во время бодрствования – у 62 (73,8%), слабость при сосании груди – у 48 (57,1%), приступы одышки – у 19 (22,6%), кашель, усиливающийся при горизонтальном положении тела – у 22 (26,2%), кратковременный энтеритный синдром – у 15 (17,9%), повышение температуры тела до 37,5–38,5 °C – у 23 (27,4%). Следует отметить, что у 27 детей (32,1%) обнаружена предрасположенность к аллергическим заболеваниям, в том числе 18 детей страдали аллергическим диатезом, у 5 наблюдалась непереносимость лекарственных препаратов, у 4 отмечены кожные аллергические реакции на вакцинацию.

На рентгенограмме грудной клетки границы сердца увеличены у 77 (91,7%) пациентов, преимущественно за счет левого желудочка. У 57 (67,8%) больных отмечается усиление сосудистого рисунка. Наиболее часто встречающимися патологическими признаками на ЭКГ являлись гипертрофия миокарда левого желудочка (73,8%), правого желудочка (51,2%), удлинение интервала *Q-T* (75%), снижение вольтажа зубцов ЭКГ (48,8%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса (26,2%), замедление внутрижелудочковой проводимости (23,8%), экстрасистолии (21,4%). Нарушение процессов реполяризации проявлялись уплощением (63,1%) и инверсией (54,8%) зубца *T*. На ФКГ у 77 больных (91,7%) отмечались снижение амплитуды I-тона, у 54 (64,3%) систолический шум, короткий, низкоамплитудный, с чертами функционального характера.

При ультразвуковом исследовании у исследуемых пациентов выявлено увеличение полости левого (85,7%) и правого (73,8%) желудочков. Снижение фракции изгнания (ФИ), отражающее насосную функцию сердца, отмечалось у 61 пациента (72,6%). Гипокинезия задней стенки левого желудочка выявлялась у 47 детей (55,9%), у 62 (73,8%) – гиперкинезия межжелудочковой перегородки. Лабораторные методы исследования показали наличие активности воспалительного процесса (у 85,9% детей отмечались умеренный лейкоцитоз, у 74,4% – ускорение СОЭ (22,6±1,8 мм/ч), уровень кальция и калия в крови составляли соответственно 2,24±0,14 ммоль/л и 4,34±0,13 ммоль/л, увеличение содержания сиаловых кислот (5,69±0,61 Ед) и определялся С-реактивный белок (±)).

На основании комплексного клинко-функционального исследования у 44 (52,4%) больных установлена сердечная недостаточность II<sub>A</sub> степени, у 19 (22,6%) – I степени, у 14 (16,7%) – II<sub>B</sub> степени и лишь у 7 (8,3%) – III степени. При распределении больных по степени тяжести заболевания у 22 больных (26,2%) отмечалась легкая степень, у 43 больных (51,2%) средняя, у 19 (22,6%) тяжелая степень.

С целью определения характера функциональных нарушений в зависимости от генеалогических особенностей, нами проведено сравнительное исследование некоторых функциональных показателей у больных с различным генетическим фоном. При сравнительном исследовании наиболее значимые различия установлены в электрокардиографических показателях. В группе детей с отягощенной наследственностью по кардиальной патологии значительно чаще встречались экстрасистолия (30,9%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса (35,7%), замедление внутрижелудочковой проводимости (33,3%). В то же время в группе детей без отягощенного анамнеза эти показатели составляли соответственно 11,9% ( $p<0,05$ ), 16,6% ( $p<0,05$ ) и 14,3% ( $p<0,05$ ). Более выраженные изменения ЭКГ у больных с отягощенной наследственностью, возможно, связаны с глубокими метаболическими изменениями на уровне клеточных мембран что, вероятно, непосредственно отражается в электролитном обмене.

С учетом вышеизложенного нами исследованы показатели липидного спектра крови, ПОЛ и ферментов АОС у исследуемых групп больных детей в зависимости от генеалогических особенностей. В ходе исследований установлено, что содержание общих липидов у больных с неотягощенным

семейным анамнезом (I группа) достоверно повышалось ( $5,15 \pm 0,16$  г/л) по сравнению со здоровыми ( $p < 0,05$ ), но оказалось существенно ниже чем у детей с отягощенной наследственностью (II группа) –  $5,77 \pm 0,15$  г/л ( $p < 0,01$ ) (таб.).

При анализе спектра общих липидов (ОЛ) установлено, что у детей обеих групп заметно повышен уровень неэстерифицированных жирных кислот ( $p < 0,05$ ) на фоне снижения моно-диглицеридов ( $p < 0,05$ ). Параллельно у больных с отягощенной наследственностью определялось высокое содержание свободного холестерина ( $9,74 \pm 0,14\%$ ;  $p < 0,01$ ) и триглицеридов ( $17,65 \pm 0,22\%$ ;  $p < 0,01$ ) на фоне низких показателей эфиров холестерина ( $51,57 \pm 0,25\%$ ;  $p < 0,01$ ). Внутрисемейные исследования спектра ОЛ показали, что у клинически здоровых родителей и сибсов пробандов II группы достоверно повышены содержание СХС ( $p < 0,05$ ) и снижены ЭХС ( $p < 0,05$ ). Высокая разница в содержании СХС и ТГ установлена у больных родителей с КП ( $p < 0,01$ ), при значительно низких показателях ЭХС ( $p < 0,01$ ).

**Таблица. Показатели липидного спектра крови у детей с острым неревматическим кардитом (M±m)**

Показатели	Здоровые n=30	Больные неревматическим кардитом			
		I группа (n=38)	p	II группа (n=46)	p
ОЛ г/л	4,5±0,14	5,15±0,17	<0,01	5,77±0,15*	<0,001
ФЛ%	5,41±0,13	5,53±0,15	>0,05	5,08±0,14*	>0,05
МДГ%	9,92±0,16	9,28±0,18	<0,05	9,23±0,18	<0,01
СХС%	8,69±0,15	8,59±0,17	>0,05	9,74±0,14*	<0,001
НЭЖК%	6,1±0,16	6,68±0,15	<0,05	6,75±0,15	<0,01
ТГ%	16,72±0,15	16,74±0,17	>0,05	17,65±0,22*	<0,001
ЭХС%	53,16±0,16	53,2±0,21	>0,05	51,57±0,26*	<0,001

*Примечание:* p – достоверность различия между здоровыми и больными; \* – достоверность различия между группами больных ( $p < 0,05$ ).

УДК 616-005.8

Г. В. Бабушкина<sup>1</sup>, С. В. Пермякова<sup>2</sup>, Г. В. Асадуллина<sup>1</sup>, З. Я. Рустямова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Уфа  
Кафедра госпитальной терапии № 1

<sup>2</sup>ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница № 13», г. Уфа  
Кардиологическое отделение

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА

Бабушкина Галина Владимировна – профессор кафедры доктор медицинских наук, 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3, тел. +7 (347) 260-40-07, e-mail: karpaga85@rambler.ru; Пермякова Светлана Владимировна – врач-кардиолог; Асадуллина Гульнара Венеровна – доцент кафедры кандидат медицинских наук; Рустямова Зульфия Явдатовна – доцент кафедры кандидат медицинских наук

*Комплексная терапия пациентов с Q-инфарктом миокарда в течение 6 месяцев с включением как розувастатина, так и аторвастатина способствует улучшению фракции выброса и ударного объема левого желудочка с более быстрой нормализацией уровня С-реактивного белка в группе пациентов с розувастатином.*

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда; С-реактивный белок; статины

**Вывод.** Наши исследования показали существенные изменения в метаболизме липидов при острых НК у детей раннего возраста, и они носили более глубокий характер в группе детей с отягощенной наследственностью по КП. В семьях больных детей с отягощенной наследственностью по КП нарушения в метаболизме липидов носили однонаправленный характер, что подтверждало несомненную роль этих нарушений в вероятности развития патологических состояний миокарда. Анализ результатов исследований у фенотипически здоровых сибсов показал, что эти изменения могут быть выявлены на доклинической стадии заболевания как фактор риска и могут служить чувствительным маркером предрасположенности к мембранной патологии, в частности неревматическим кардитам.

### Список литературы:

1. Котлукова, Н. П. Современные представления о механизмах развития кардиоваскулярной патологии у детей раннего возраста / Н. П. Котлукова, Л. В. Симонова, Л. И. Жданова // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. – 2003. – № 3. – С. 28–33.
2. Курбанов, Р. Д. Итоги и перспективы развития кардиологии в Узбекистане / Р. Д. Курбанов // Мед. журнал Узбекистана. – 2003. – № 6. – С. 99–105.
3. Лебедькова, С. Е. К вопросу о причинах увеличения размеров левого желудочка: сб. тез. конгресса «Детская кардиология» / С. Е. Лебедькова, З. А. Говорун, А. Б. Лапачева. – М., 2000. – С. 171–172.
4. Макаров, Л. М. Лекарственная терапия нарушений ритма сердца у детей / Л. М. Макаров // Педиатрия. – 2003. – № 2. – С. 61–65.
5. Оганов, Р. Г. Проблемы сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации и возможности их решения / Р. Г. Оганов, Г. Я. Масленникова // Кардиология. – 2000. – № 4. – С. 7–11.

G.V. Babushkina<sup>1</sup>, S.V. Permyakova<sup>2</sup>, G.V. Asadullina<sup>1</sup>, Z.Ya. Rustyamova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bashkir State Medical University, Ufa

Department of Hospital Therapy No.1

<sup>2</sup>Municipal Clinical Hospital No. 13, Ufa

Cardiology Department

## THE RESULTS OF THE PROSPECTIVE OBSERVATION OF PATIENTS AFTER Q-MYOCARDIAL INFARCTION

Babushkina Galina Vladimirovna – Doctor of Medical Sciences, Professor; 3 Lenin St., Ufa 450008, tel. +7 (347) 260-40-07, e-mail: kapora85@rambler.ru; Permyakova Svetlana Vladimirovna – cardiologist; Asadullina Gulnara Ven-erovna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; Rustyamova Zulfiya Yavdatovna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

*In patients with Q-myocardial infarction complex 6-month therapy including both rosuvastatin and atorvastatin improves ejection fraction and stroke volume of the left ventricle with a more rapid normalization of C-reactive protein level in the group of patients with rosuvastatin.*

**Key words:** myocardial infarction; CRP; statins

Болезни системы кровообращения (БСК) являются основной причиной смерти в России и других странах мира. В Европе от БСК ежегодно умирает 4,3 млн человек, составляя при этом 48,0% в структуре общей смертности [5]. В Российской Федерации (РФ) 57% смертей от неинфекционных заболеваний приходится на БСК, из них 40% смертей в возрастной группе от 25 до 64 лет [1, 2, 4]. Инфаркт миокарда (ИМ) – это гибель (некроз) сердечной мышцы в результате острой окклюзии коронарной артерии вследствие тромбоза, развивающегося при повреждении нестабильной атеросклеротической бляшки (АСБ) [3]. Учитывая патогенез данного заболевания, важную роль атеросклеротического поражения артериальной стенки, в комплексном лечении ИМ применяют ингибиторы фермента – редуктазы 3-гидрокси-3-метил-глутарил-коэнзима А или статины.

**Цель исследования:** сравнить влияние комплексной терапии пациентов с Q-ИМ с включением лекарственных препаратов аторвастатина и розувастатина на показатели внутрисердечной гемодинамики, С-реактивный белок в течение 6 месяцев лечения.

**Материалы и методы исследования.** На базе первичного сосудистого отделения ГКБ № 13 г. Уфы обследованы 60 пациентов мужского пола в возрасте до 60 лет с первичным острым Q-ИМ. Пациенты разделены на 2 группы по 30 человек: I группа принимала розувастатин в дозировке 40 мг в сутки, II группа – аторвастатин в дозе 80 мг в сутки. В стандартную терапию ИМ входила тромболитическая терапия при наличии «благоприятного окна», двойная дезагрегантная, антикоагулянтная терапия,

селективные β-блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, нитраты. До лечения, через 3 недели, 3 и 6 месяцев определялись липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), С-реактивный белок (СРБ), показатели ЭхоКГ: толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), конечный диастолический объем (КДО), конечный систолический объем (КСО), ударный объем (УО), фракция выброса (ФВ) левого желудочка.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Средний возраст пациентов I группы составил 55,43±1,29 года, II группы – 53,84±1,28 года. При исследовании уровня ЛПНП в крови у пациентов I группы наблюдалось статистически значимое их снижение с 3,27±0,29 ммоль/л до 1,82±0,22 через 6 месяцев наблюдения ( $p<0,001$ ). Во II группе ЛПНП снизились с 3,45±0,33 до 2,38 ± 0,32 ммоль/л ( $p<0,001$ ) через 6 месяцев.

Показатели МЖП практически не изменились в обеих группах в течение 6 месяцев: с 1,16±0,03 до 1,15±0,04 – в I, с 1,15±0,04 до 1,16±0,027 – во II ( $p>0,05$ ). Отмечено уменьшение показателя толщины ЗСЛЖ через 6 месяцев с 1,13±0,02 до 1,04±0,02 в I группе ( $p<0,05$ ) и тенденция к уменьшению с 1,11±0,02 до 1,08±0,03 во II группе ( $p>0,05$ ).

Показатели КДО в I группе наблюдения до приема препарата и через 6 месяцев наблюдения составили 133,26±7,44 и 122,25±11,08; во II группе соответственно 121,0±4,36 и 121,16±12,11 ( $p>0,05$ ). Увеличение УО в I группе наблюдалось через 3 месяца с 67,06±3,25 до 77,34± 2,52 ( $p<0,05$ ), во II группе данный показатель увеличился через 6 месяцев – с 57,92±3,88 до 74,0±4,74

( $p < 0,05$ ). Также отмечалось повышение ФВ в I группе с  $51,06 \pm 1,47$  до  $56,05 \pm 1,94$  через 3 месяца приема препаратов ( $p < 0,05$ ), во II группе данный показатель повысился с  $47,48 \pm 1,94$  до  $52,76 \pm 1,83$  ( $p < 0,05$ ) через 6 месяцев.

В I группе пациентов уровень СРБ снизился с  $32,20 \pm 8,34$  до  $11,46 \pm 3,57$  ( $p < 0,05$ );  $2,20 \pm 0,55$  ( $p < 0,01$ ) и  $3,75 \pm 1,82$  ( $p < 0,01$ ) г/л соответственно через 3 недели, 3 и 6 месяцев. Во II группе уровень СРБ при поступлении составил  $28,77 \pm 9,18$  г/л; через 3 недели –  $24,09 \pm 3,97$  г/л, затем снизился до  $0,21 \pm 0,01$  ( $p < 0,01$ ) и  $0,66 \pm 0,05$  г/л ( $p < 0,01$ ) соответственно через 3 и 6 месяцев наблюдения.

Таким образом, статистически значимое снижение уровня СРБ наблюдалось в I группе уже через 3 недели наблюдения с его нормализацией в обеих группах через 3 месяца.

При этом пациенты из двух групп, повторно поступившие в стационар, либо умершие в течение 6 месяцев наблюдения, имели исходный уровень СРБ  $90,93 \pm 20,29$  г/л. Пациенты с благоприятным исходом имели исходный уровень СРБ  $27,01 \pm 7,92$  г/л, что выявило статистически значимую прямую среднюю корреляционную связь первоначального уровня СРБ с неблагоприятным конечным исходом ( $r = -0,48$ ,  $p < 0,001$ ).

Проведен корреляционный анализ между показателями ФВ и СРБ у пациентов двух групп – выявлена обратная средняя корреляционная связь между ними ( $r = 0,427$ ,  $r^2 = 0,18$ ).

УДК 615:613.63

А. С. Богачева<sup>1,2</sup>, Е. В. Полозова<sup>1,2</sup>, А. В. Старков<sup>1</sup>, С. Г. Симоненко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, Россия

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова МЗ РФ», г. Санкт-Петербург

Кафедра токсикологии, экстремальной и водолазной медицины

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МЕТОДОВ В ТОКСИКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Богачева Александра Сергеевна – доцент кафедры кандидат биологических наук; e-mail: Aleksandra.Bogacheva@szgtmu.ru, тел.: +7-921-371-80-53; Полозова Елена Валентиновна – профессор кафедры доктор медицинских наук; Старков Александр Васильевич – заведующий кафедрой кандидат медицинских наук, доцент; Симоненко София Геннадиевна – студент

*Проведены экспериментальные исследования возможности использования одноклеточных организмов (люминесцентных бактерий) и сперматозоидов крупного рогатого скота в качестве тест-объектов для оценки токсичности кислот, щелочей, а также продукции непищевого назначения.*

*Установлено, что анализируемые биотесты имеют высокую чувствительность к токсическому действию кислот и щелочей. Показано, что люминесцентные бактерии и сперматозоиды крупного рогатого скота могут использоваться в качестве методов ускоренной оценки продукции непищевого назначения.*

**Ключевые слова:** биотестирование; тест-объект; люминесцентные бактерии; сперматозоиды крупного рогатого скота; кислоты; щелочи; продукция непищевого назначения; токсичность

**Выводы.** Таким образом, целевой уровень ЛПНП был достигнут у 72,0% пациентов, принимающих в составе комплексной терапии Q-инфаркта миокарда розувастатин в дозе 40 мг и у 57,0% пациентов, принимающих аторвастатин в дозе 80 мг. В обеих группах наблюдалось улучшение показателей внутрисердечной гемодинамики (ФВ и УО) с более быстрой нормализацией уровня СРБ в группе с розувастатином и наличием обратной корреляционной связи данного показателя с ФВ ЛЖ; а также прямой средней корреляционной связи между исходным уровнем СРБ и неблагоприятным клиническим исходом.

### Список литературы:

1. Аронов, Д. М. Атеросклероз и коронарная болезнь сердца / Д. М. Аронов, В. П. Лупанов. – 2-е изд., перераб. – М.: Триада-Х, 2009. – 248 с.

2. Необходимые условия для профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в Российской Федерации / Р. Г. Оганов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2010. – Т. 9, № 6. – С. 4–9.

3. Ощепкова, Е. В. Заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда в Российской Федерации в 2000–2011 гг. / Е. В. Ощепкова, Ю. Е. Ефремова, Ю. А. Карпов // Терапевтический архив. – 2013. – Т. 85, № 4. – С. 4–10.

4. Постинфарктное ремоделирование левого желудочка у молодых больных / О. И. Булатова [и др.] // Врач. – 2013. – № 9. – С. 75–77.

5. British Heart Foundation Health Promotion Research Group. European Cardiovascular Disease Statistics 2008 Edition [updated 2008 January 8] / Available from: <http://www.bhf.org.uk/publications/view-publication.aspx?ps=1001443>. Accessed October 24. – 2012.

A.S. Bogacheva<sup>1,2</sup>, E.V. Polozova<sup>1,2</sup>, A.V. Starkov<sup>1</sup>, S.G. Simonenko<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, Russia  
Department of Mobilization Training and Disaster Medicine

<sup>2</sup>North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Peterburg  
Department of toxicology, emergency and diving medicine

## EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF NEW ALTERNATIVE METHODS IN TOXICOLOGICAL-HYGIENIC RESEARCHES

**Bogacheva Aleksandra Sergeevna** – Candidate of Biological Sciences, Associate Professor; tel.: +7-921-371-80-53, e-mail: Aleksandra.Bogacheva@szgmu.ru; **Polozova Elena Valentinovna** – Doctor of Medical Sciences, Professor; **Starkov Alexander Vasilyevich** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department; **Simonenko Sofiya Gennadyevna** – student of the Faculty of General Medicine

*Experimental studies of the possibility of using unicellular organisms (luminescent bacteria) and spermatozoa of cattle as test objects for assessing the toxicity of acids, alkalis, and also non-food products have been carried out.*

*It is established that the analyzed bioassays have a high sensitivity to the toxic effect of acids and alkalis. It is shown that luminescent bacteria and spermatozoa of cattle can be used as fast analytical methods of assessing non-food products.*

**Key words:** bioassay; test object; luminescent bacteria; spermatozoa of cattle, acids; alkalis; non-food products; toxicity

В настоящее время актуальным вопросом является изучение возможности применения биологических тест-объектов с целью оценки безвредности и безопасности для организма человека и окружающей среды продукции непищевого назначения, а так же при исследовании парфюмерно-косметической продукции [3]. Сегодня токсикологическая оценка данной продукции проводится, главным образом, на лабораторных животных путем определения кожно-раздражающего действия и действия на слизистые оболочки или путем определения общетоксического действия. В странах Европейского союза (ЕС) 11 марта 2013 вступил в силу запрет на тестирование косметической продукции и ее ингредиентов на животных, в связи с этим применение альтернативных методов при исследовании парфюмерно-косметической продукции приобрело ещё большее значение. Альтернативные токсикологические методы исследования основаны на оценке степени опасности исследуемого объекта по реакции живых организмов (тест-объектов) на воздействие вредного фактора, а информация, получаемая при использовании методов биотестирования, отражает комплексное токсическое воздействие всех содержащихся в данной среде токсикантов, их совместного присутствия. При выборе организмов в качестве тест-объектов необходимо соблюдать следующие требования: возможность фиксировать чёткий, воспроизводимый и объективный отклик на воздействие внешних факторов, чувствительность данного отклика на малые содержания загрязнителей и т. д. Поэтому в качестве биотестов выбирают наиболее чувствительные к исследуемым средам организмы (люминесцентные бактерии),

сперматозоиды быка и методы (метод люминесцентного бактериального теста) [1, 3, 4, 5].

**Цель исследования:** изучение сравнительной чувствительности различных биологических тест-объектов (люминесцентных бактерий и сперматозоидов крупного рогатого скота) к воздействию кислот и щелочей.

**Материалы и методы исследования.** Проведен сравнительный анализ чувствительности тест-объектов, принадлежащих к различным таксономическим группам, к действию кислот и щелочей. Объектами исследования явились лиофилизированная культура люминесцентных (светящихся) бактерий и сперматозоиды крупного рогатого скота (КРС).

Чувствительность сперматозоидов к действию химических веществ определяли по методу Я.Г. Двоскина (2002) [2]. Изучение чувствительности люминесцентных бактерий к щелочам проводили по методу А.Н. Сулова, В.С. Данилова (1996) с помощью прибора «Биотокс» [3]. Кожно-раздражающее действие определялось на кроликах породы Шиншилла в остром опыте (однократном воздействии) методом аппликации (равномерное нанесение испытуемого образца на кожное «окошко» на 4 часа). Статистическую обработку данных проводили по общепринятой методике.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В рамках выполняемых нами исследований выявлено, что среди парфюмерно-косметической продукции изделия косметические гигиенические моющие (мыло туалетное твердое) оказывают различное токсическое влияние на разные тест-объекты, вплоть до получения противоположных, несопоставимых между собой результатов.

В результате проведенных исследований установлено, что все исследуемые тест-объекты имеют высокую чувствительность к кислотам. В то же время исследуемые биологические объекты обладают различной чувствительностью по отношению к ним. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Согласно представленным данным наибольшей чувствительностью к кислотам обладали люминесцентные бактерии. В то же время наибольшей устойчивостью к действию кислот обладал такой клеточный тест-объект как сперматозоиды КРС.

Среди анализируемых химических соединений наибольшей токсичностью по отношению к люминесцентным бактериям обладала ортофосфорная кислота. Иная тенденция наблюдалась при исследовании токсичности кислот по отношению к сперматозоидам КРС. По отношению к данному тест-объекту наибольшей токсичностью обладали ортофосфорная и соляная кислоты.

**Таблица 1. Сравнительная оценка токсичности кислот в отношении люминесцентных бактерий и сперматозоидов крупного рогатого скота**

Наименование кислоты	Среднеэффективная концентрация для люминесцентных бактерий, $EC_{50}$ , мг/л	Среднеэффективная концентрация для сперматозоидов КРС, $EC_{50}$ , мг/л
Ортофосфорная кислота	$7,2 \pm 0,3$	$4400,4 \pm 26,5$
Соляная кислота	$196,4 \pm 16,3$	$4300,7 \pm 30,8$
Уксусная кислота	$146,4 \pm 21,2^*$	$5250,2 \pm 48,6^*$

*Примечание:* \* – различие с чувствительностью к уксусной кислоте достоверно ( $p < 0,05$ )

**Таблица 3. Сравнительная оценка токсичности туалетного мыла (9,7–10,4 ед. рН) для люминесцентных бактерий, сперматозоидов, кроликов породы Шиншилла и результатов клинических испытаний**

Тест-объект	Исследуемый показатель	Результат исследования	Норма	Количество экспериментов
Общетоксическое действие				
Замороженная сперма КРС	$I_t$	$57,2 \pm 11,3\%$	70–120%	20
«Эколюм»	T	$66,7 \pm 29,5\%$	$T < 20$	20
Кожно-раздражающее действие				
Кролики породы Шиншилла		0 баллов	отсутствие раздражающего действия	20

Проведено исследование чувствительности тест-объектов к натриевой и калиевой щелочи. Результаты исследований представлены в таблице 2.

**Таблица 2. Сравнительная оценка токсичности щелочей для люминесцентных бактерий и сперматозоидов**

Наименование щелочи	Среднеэффективная концентрация для люминесцентных бактерий, $EC_{50}$ , мг/л	Среднеэффективная концентрация для сперматозоидов КРС, $EC_{50}$ , мг/л
Гидроокись калия (KOH)	$0,00017 \pm 0,7 \times 10^{-5}^*$	$0,025 \pm 0,0055$
Гидроокись натрия (NaOH)	$0,0002 \pm 0,15 \times 10^{-4}^*$	$0,041 \pm 0,005$

*Примечание:* \* – различие чувствительности к щелочам достоверно ( $p < 0,05$ )

Таким образом, при сравнительной оценке чувствительности тест-объектов к кислотам и щелочам установлено, что люминесцентные бактерии проявляли большую чувствительность к исследованным химическим соединениям, чем сперматозоиды КРС. Результаты исследований позволяют рекомендовать люминесцентные бактерии в качестве тест-объекта при исследовании токсичности щелочей.

Сравнительная оценка чувствительности тест-объектов к туалетному мылу (9,7–10,4 ед. рН) для люминесцентных бактерий, сперматозоидов КРС, кроликов породы Шиншилла и результатов клинических испытаний представлена в таблице 3.

Таким образом, установлено, что люминесцентные бактерии являются наиболее чувствительными к действию щелочей и могут использоваться для выявления токсического действия продуктов непищевого назначения.

**Выводы.** Применение биологических тест-объектов с целью оценки безвредности и безопасности продукции непившего назначения для организма человека и окружающей среды является альтернативой и дополнением к традиционным методам исследования в токсикологии, не уступающие им по эффективности оценки.

В качестве альтернативных методов ускоренной регламентации химических средств производственной и окружающей сред могут быть рекомендованы люминесцентные бактерии и сперматозоиды крупного рогатого скота.

*Список литературы:*

1. Исследование токсичности химических веществ с использованием биологических тестов (альтернативных методов) / А. С. Богачева [и др.] // Вестник Российской

Военно-медицинской академии. – 2008. – № 1 (21). – С. 23–27.

2. Оценка токсичности товаров бытовой химии. Экспресс-метод оценки токсичности моющих средств с использованием в качестве тест-объекта спермы крупного рогатого скота / Я. Г. Двоскин [и др.] // Гигиена, токсикология, санитария: методические рекомендации. – М., 2002.

3. **Полозова, Е. В.** Экспериментальная оценка токсичности кислот в отношении одноклеточных тест-объектов / Е. В. Полозова, А. С. Богачева, И. Н. Ключкин // Токсикологический вестник. – 2016. – № 4. – С. 36–38.

4. **Сулов, А. Н.** Определение токсичности воды и водных экстрактов из объектов окружающей среды по интенсивности биолюминесценции бактерий / А. Н. Сулов, В. С. Данилов. – М., 1996.

5. **Шилов, В. В.** Сравнительная оценка токсического эффекта спиртов для биологических тест-объектов (бактерий, тетрахимен и сперматозоидов) / В. В. Шилов, Е. В. Полозова, А. С. Богачева // Сибирский медицинский журнал. – 2007. – № 6. – С. 37–39.

УДК 616-084:613.06

*Д. В. Чуркин<sup>1</sup>, О. С. Антропова<sup>2</sup>, Д. О. Ластков<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Войсковая часть внутренних войск Министерства внутренних дел Донецкой Народной Республики

<sup>2</sup>Национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк  
Кафедра гигиены и экологии

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СО СТАЖЕМ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО ТРУДА ВО ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ УСЛОВИЯХ

**Чуркин Дмитрий Владимирович** – главный врач войсковой части, начальник медицинского пункта доктор медицинских наук; **Антропова Оксана Сергеевна** – кандидат медицинских наук, доцент; **Ластков Дмитрий Олегович** – заведующий кафедрой доктор медицинских наук; 83003, г. Донецк, пр. Ильича, 16; тел: (062)344-27-73, e-mail: lastkov.donmu@list.ru

*Военная служба в условиях локального военного конфликта способствует прогрессированию предшествующих форм заболеваний, что в дальнейшем может привести к профессиональной непригодности по предыдущей основной специальности. Необходимо осуществлять динамическое диспансерное наблюдение таких военнослужащих и своевременный их перевод на другие военно-учетные специальности.*

**Ключевые слова:** военнослужащие; диспансерное наблюдение; хронические заболевания

*D. V. Churkin<sup>1</sup>, O. S. Antropova<sup>2</sup>, D. O. Lastkov<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Military unit of internal troops of the Ministry of Internal Affairs of the Donetsk Republic

<sup>2</sup>National Medical University named after M. Gorky, Donetsk  
Department of Hygiene and Ecology

## PROPHYLACTIC CHECK-UPS OF SERVICEMEN WITH THE EXPERIENCE OF PREVIOUS LABOR IN HAZARDOUS WORKING CONDITIONS

**Churkin Dmitry Vladimirovich** – Doctor of Medical Sciences, Head doctor of the military unit, head of the military unit aid station; **Antropova Oksana Sergeevna** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; **Lastkov Dmitry Olegovich** – Doctor of Medical Sciences, Head of the department; 16 Ilyicha Ave. Donetsk 83003; tel.: (062) 344-27-73, e-mail: lastkov.donmu@list.ru

*Military service in the conditions of local military conflict contributes to the progression of the preceding forms of diseases, which can further lead to professional unfitness for work in the previous field. Dynamic supervision of such servicemen and their timely transfer to other military positions are necessary.*

**Key words:** servicemen; regular medical check-up; chronic diseases

Основу ряда воинских формирований Донецкой Народной Республики (ДНР) составляют рабочие промышленных предприятий с длительным стажем работы во вредных производственных условиях. Стаж работы во вредных

производственных условиях свыше 10 лет способен привести к нарушениям адаптации в раннем периоде военной службы в условиях локального военного конфликта [1]. Изменяются также показатели военно-профессиональной работос-

пособности [2], что может привести к ограничению пригодности к военной службе у данной категории военнослужащих.

Военная служба в условиях локального военного конфликта негативно влияет на развитие и прогрессирование ранее имевшихся заболеваний, связанных с предшествующим воздействием вредных факторов труда, что может привести к снижению трудоспособности, также и по основной предшествующей специальности.

**Цель исследования:** выявить особенности проведения профилактических медицинских осмотров у военнослужащих со стажем предшествующего труда в условиях локального военного конфликта.

**Материалы и методы исследования.** Группу наблюдения составили 105 военнослужащих войсковой части *N* внутренних войск МВД ДНР в возрасте 35–39 лет, которые до поступления на военную службу имели длительный стаж работы во вредных производственных условиях. Группа была разделена на три подгруппы. Первую составили 40 военнослужащих, которые ранее работали в условиях воздействия импульсного шума интенсивностью до 95 дБ на протяжении 10 и более лет, вторую подгруп-

пу – 35 военнослужащих, работавших в условиях воздействия перепада температур на рабочем месте, и третью – 30 военнослужащих, работавших в условиях подъема и перемещения тяжестей, выполнения производственных операций в вынужденном положении тела.

Группу сравнения составили 30 военнослужащих той же войсковой части, которые не имели вредных факторов труда по предыдущей основной специальности.

Характеристики четырех групп представлены в табл. 1.

У военнослужащих обследуемых групп по результатам профилактических осмотров за 2013–2014 годы устанавливали вредные факторы труда на рабочем месте. Военнослужащим первой подгруппы проведена тональная пороговая аудиометрия на частотах 0,5 кГц, 1 кГц, 1,5 кГц, 2 кГц; второй подгруппе – выполнена риноскопия с последующей рентгенографией околоносовых пазух (ОНП); третьей подгруппе дополнительно выполнили кистевую динамометрию, суточный мониторинг артериального давления и частоты сердечных сокращений. Все исследования выполнялись согласно принятым методикам.

Таблица 1. Характеристики обследуемых групп военнослужащих

Показатель	Группы наблюдения			Группа сравнения
	Первая	Вторая	Третья	
Количество исслед., чел.	40	35	30	30
Возраст, лет	37,1±1,7	36,3±2,2	36,8±1,5	35,8±1,6
Стаж предшествующий, мес.	147,3±8,6	142,8±6,7	144,5±7,8	135,3±5,9
Срок военной службы, мес	28,8±4,1	28,5±5,3	26,6±5,2	27,3±4,2
Индекс массы тела	23,6±1,3	24,8±1,5	22,8±0,8	24,2±1,2

Таблица 2. Структура нейро-сенсорной тугоухости у военнослужащих первой подгруппы по результатам пороговой тональной аудиометрии, %

До поступления на военную службу		Локализация поражения				Всего
		Односторонняя изолированная	Двухсторонняя изолированная	Односторонняя смешанная	Двухсторонняя смешанная	
НСТ в % от числа обследованных	Предпороговая	27,0	18,0	36,0	10,0	91,0
	Степень 1	4,5	4,5	0,0	0,0	9,0
	Степень 2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Степень 3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Степень 4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Глухота	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Итого	31,5	22,5	36,0	10,0	100,0
Спустя 24 и более месяца военной службы						
НСТ в % от числа обследованных	Предпороговая	10,0	15,0	22,5	15,0	62,5
	Степень 1	7,5	7,5	7,5	15,0	37,5
	Степень 2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Степень 3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Степень 4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Глухота	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Итого	17,5	22,5	30,0	30,0	100,0

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты пороговой тональной аудиометрии у военнослужащих первой подгруппы представлены в таблице 2. Рост частоты распространенности двусторонних поражений, в том числе смешанных с прогрессированием степени нейросенсорной тугоухости (НСТ) связан с влиянием импульсных высокочастотных шумов, возникающих в ходе их служебно-боевой деятельности в зоне локального военного конфликта. Результаты передней риноскопии с последующей рентгено-

рафией околоносовых пазух у военнослужащих второй подгруппы представлены в таблице 3. Рост распространенности поражения и тяжести течения синусита связан с неблагоприятным воздействием условий войскового расположения военнослужащих вне пунктов постоянной дислокации.

У военнослужащих третьей подгруппы результаты кистевой динамометрии и суточного мониторинга артериального давления и частоты сердечных сокращений отражены в таблице 4.

**Таблица 3. Распространенность хронического риносинусита у военнослужащих второй подгруппы**

До поступления на военную службу		Локализация поражения				Всего
		Одна пазуха	Две пазухи	Три пазухи	Более 3-х пазух	
Форма	Экссудативная	15,0	5,0	0,0	0,0	20,0
	Пролиферативная	15,0	0,0	0,0	0,0	15,0
	Аллергическая	0,0	7,5	0,0	0,0	7,5
	Полипозная	7,5	0,0	0,0	0,0	7,5
	Итого	37,5	12,5	0,0	0,0	50,0
Спустя 24 и более месяца военной службы						
Форма	Экссудативная	5,0	7,5	5,0	0,0	17,5
	Пролиферативная	15,0	10,0	0,0	0,0	25,0
	Аллергическая	0,0	10,0	0,0	0,0	10,0
	Полипозная	10,0	0,0	0,0	0,0	10,0
	Итого	30,0	27,5	5,0	0,0	62,5

**Таблица 4. Результаты кистевой динамометрии, мониторинга артериального давления и частоты сердечных сокращений у военнослужащих третьей подгруппы**

Показатели	Период	
	За 12 месяцев до службы	Через 24 месяца службы
Артериальное давление систолическое, мм рт.ст.	128,4+6,2	132,6+7,4
Артериальное давление диастолическое, мм рт. ст.	76,3+3,3	87,8+4,2*
Частота сердечных сокращений, уд/мин	67,7+2,2	76,4+2,4*
Сила кисти, среднее с 2-х рук по 3 направлениям, кг	52,4+2,5	48,6+2,2

*Примечание:* \* – достоверность показателя по отношению к периоду до службы

**Выводы.** 1. Вредные факторы военного труда, особенно при выполнении служебно-боевых задач в условиях локального военного конфликта, оказывают комплексное разнонаправленное воздействие на организм, что способствует дальнейшему развитию ранее сформировавшихся хронических заболеваний.

2. Заболеваемость военнослужащих носит неспецифический характер, отражающий суммарное влияние вредных факторов военного труда.

3. Влияние военной службы на показатели заболеваемости связано с обострением и прогрессированием ранее возникших форм хронических производственных заболеваний.

4. Своевременный перевод военнослужащих с предшествующим стажем труда во вредных производственных условиях на другую должность позволит сохранить должный уровень их военно-профессиональной работоспособности

и обеспечит возврат к основной предшествующей профессии после увольнения в запас.

#### Список литературы:

1. **Чуркин, Д.В.** Результаты оценки показателей функциональной адаптации у горнорабочих, которые проходят военную службу в условиях локального военного конфликта / Д.В. Чуркин, Д.О. Ластков // Медицина в Кузбассе. – 2016. – №3. – С. 44 – 51.
2. **Чуркин, Д.В.** Влияние пищевого фактора на военно-профессиональную работоспособность и функциональную адаптацию военнослужащих с учетом их предшествующего профессионального маршрута / Д.В. Чуркин, Д.О. Ластков // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2016. – Т.25, №1. – С. 50-58.
3. Об утверждении Порядка проведения медицинских осмотров работников определенных категорий: Приказ Министерства здравоохранения Украины от 21 мая 2007 года N 246. Зарегистрировано в Министерстве юстиции Украины 23 июля 2007 за N 846/14113. С изменениями и дополнениями, внесенными Приказом Министерства здравоохранения Украины от 14 февраля 2012 N 107.
4. Закон Украины «Об охране труда», статья 17, утвержденный Указом Президента Украины от 13.04.2011 N 467.

УДК 616.3-007.253-089

А. М. Шамсиев, Ж. А. Шамсиев<sup>1</sup>, Д. О. Атакулов<sup>2</sup>, Б. Л. Давранов<sup>1</sup>, И. А. Муталибов<sup>3</sup>, Ш. А. Юсупов<sup>2</sup>

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан

<sup>1</sup>Кафедра детской хирургии анестезиологии и реаниматологии

<sup>2</sup>Кафедра детской хирургии

<sup>3</sup>Отделение неонатальной хирургии 2 клиники Самаркандского медицинского института

## К ЛЕЧЕНИЮ ИЗОЛИРОВАННОГО ВРОЖДЕННОГО ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЦА

Шамсиев Азамат Мухитдинович – ректор доктор медицинских наук, профессор; 140100, г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18, тел: +998 (66)233-58-92, e-mail: a-shamsiev@mail.ru; Шамсиев Жамшид Азаматович – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Атакулов Джамшед Останкулович – профессор кафедры доктор медицинских наук; Давранов Бобир Латибович – ассистент кафедры кандидат медицинских наук; Муталибов Икром Азгарович – заведующий отделением неонатальной хирургии 2 клиники СамМИ; Юсупов Шухрат Абдурасулович – заведующий кафедрой кандидат медицинских наук, доцент

*Врожденный трахеопищеводный свищ диагностируется у одного из 3000 новорожденных, изолированная форма составляет не более 3–4% всех аномалий пищевода. В работе представлен анализ результатов оперативного лечения трех пациентов в возрасте до года с трахеопищеводным свищом. После комплекса предоперационной подготовки им проведена правосторонняя торакотомия, экстраплевральная медиастенотомия с устранением трахеопищеводного свища и дренированием по Бюлау. После проведенного лечения все пациенты в удовлетворительном состоянии выписаны домой.*

**Ключевые слова:** врожденный трахеопищеводный свищ; дети; хирургическое лечение

A.M. Shamsiev, Zh.A. Shamsiev<sup>1</sup>, D.O. Atakulov<sup>2</sup>, B.L. Davranov<sup>1</sup>, I.A. Mutalibov<sup>3</sup>, Sh.A. Yusupov<sup>2</sup>

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan

<sup>1</sup>Department of Pediatric Surgery, Anesthesiology and Resuscitation

<sup>2</sup>Department of Pediatric Surgery

<sup>3</sup>Department of Neonatal Surgery of SSMI clinic No.2

## TREATMENT OF ISOLATED CONGENITAL TRACHEOESOPHAGEAL FISTULA

Shamsiev Azamat Mukhitdinovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Rector of SSMI; 18 Amir Temur st., Samarkand 140100, tel.: +998 (66) 233-58-92, e-mail: a-shamsiev@mail.ru; Shamsiev Jamshid Azamatovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department; Atakulov Jamshed Ostankulovich – Doctor of Medical Sciences, Professor; Davranov Bobir Latibovich – Candidate of Medical Sciences, Lecturer; Mutalibov Ikrom Azgarovich – Head of the Department; Yusupov Shukhrat Abdurasulovich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department

*Congenital tracheoesophageal fistula is diagnosed in 1 of 3000 newborns; the isolated form comprises no more than 3–4% of abnormalities of the esophagus. The paper presents the results of surgical treatment of three patients aged between one and three years with tracheoesophageal fistula. After a complex of preoperative preparation, they underwent a right-side thoracotomy, extra-pleural mediastinotomy with the elimination of the tracheoesophageal fistula and application of Bülaü drain. After the treatment, all patients were discharged in satisfactory condition.*

**Key words:** congenital tracheoesophageal fistula; children; surgery department

Трахеопищеводный свищ (трахеозофагеальная фистула) – врожденный или приобретенный дефект, поддерживающий аномальное сообщение между трахеей и пищеводом. Врожденный трахеопищеводный свищ диагностируется у одного из 3000 новорожденных [2,5]. Изолированные фистулы составляют не более 3–4% всех аномалий пищевода; чаще всего они располагаются на уровне VII шейного – I грудного позвонков. В большинстве случаев врожденным свищам сопутствует атрезия пищевода. У 40% новорожденных с трахеопищеводным свищом выявляются сопутствующие врожденные пороки сердца, аномалии развития кишечника и мочевыводящих путей. В литературе описан

синдром VATER, включающий в себя аномалии развития позвоночника (клиновидные позвонки), атрезию заднего прохода, трахеопищеводный свищ, гипоплазию лучевой кости и дисплазию почек. Клиническая картина, ее выраженность и особенности зависят от размеров, типа, направления хода трахеопищеводного свища. Большинство детей с данной аномалией рождаются недоношенными, а доношенные новорожденные имеют признаки внутриутробной гипотрофии. Во время гестации у беременных отмечается многоводие [2,4,5].

**Цель исследования:** провести анализ результатов лечения пациентов с врожденными трахеопищеводными свищами.

**Материалы и методы исследования.** В период с 2016 по 2017 год во 2 клинику Самаркандского медицинского института было госпитализировано 9 пациентов с подозрением на врожденный изолированный трахеопищеводный свищ. Из анамнеза все они с рождения страдали частыми простудными заболеваниями. Основными жалобами, со слов матерей, был кашель, приступы удушья, периоральный цианоз и периодические подъемы температуры тела. Возраст пациентов колебался от периода новорожденности до 1 года, 7 пациентов (77,8%) были в возрасте до 3 месяцев. Комплекс обследования, кроме общеклинических методов, включал в себя рентгенографию легких, эзофагоскопию. Решающим в диагностике трахеопищеводного свища являлось рентгеноконтрастное исследование пищевода с применением водорастворимого контрастного вещества (рис. 1).

В результате проведенных обследований врожденный трахеопищеводный свищ подтвержден у троих пациентов (2 больных в возрасте до 1 месяца и один в возрасте 6 мес.). Комплекс предоперационной подготовки включал в себя лечение аспирационной пневмонии (кислородотерапия, антибактериальная и инфузионная терапия), витаминотерапию, нутритивную поддержку, общеукрепляющее лечение. Прекращалось кормление через рот путем установления назогастрального зонда, через которое проводилось зондовое кормление.



Рис. 1. Трахеопищеводный свищ у пациента, идущий в правое легкое

При стабилизации состояния, стихании признаков аспирационной пневмонии больным проводилась хирургическая коррекция врожденного порока развития путем правосторонней торакотомии. Эксплевроально находился свищевой ход, последний выделялся из окружающих тканей и пересекался между двумя наложенными лигатурами. При этом у 2 пациентов свищевой ход в диаметре не превышал 0,5 см, у одного достигал 1,0 см. Во всех случаях фистула сообщалась с пищеводом на месте бифуркации трахеи. Грудная полость ушивалась и дренировалась путем пассивного дренажа по Бюлау (рис. 2).



Рис. 2. Этапы операции по устранению трахеопищеводного свища

#### Результаты исследования и их обсуждение.

В послеоперационном периоде продолжалась активная антибактериальная, инфузионно-детоксикационная терапия, проводилась коррекция метаболических нарушений путем переливания коллоидных и белковых препаратов, а также по-синдромная терапия. В первые двое суток проводилось парентеральное кормление, затем кормление осуществлялось через назогастральный зонд. Дренажная трубка из плевральной полости удалялась на 5-е сутки, назогастральный зонд – на 10-е сутки. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Пациенты в среднем на 16–18-е сутки в удовлетворительном состоянии выписаны под наблюдение детского хирурга и педиатра по месту жительства.

**Вывод.** Изолированный врожденный трахеопищеводный свищ является одним из редких пороков развития. Решающим в диагностике данной патологии является контрастное рентгенологическое исследование пищевода. Хирургическое лечение врожденной аномалии должно осуществляться только после устранения осложнений со стороны других органов и систем, вызванных данным пороком. Операцией выбора является

правосторонняя торакотомия, экстраплевральная медиастенотомия с устранением трахеопищеводного свища и дренированием по Бюлау.

*Список литературы:*

1. Детская хирургия: учебник / М.П. Разин [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 688 с.
2. **Исаков, Ю.Ф.** Детская хирургия: национальное руководство для врачей / Ю.Ф. Исаков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 465 с.

3. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Володина. – 2008.

4. **Черноусов, А.Ф.** Хирургия пищевода / А.Ф. Черноусов, П.М. Богомолов, Ф.С. Курбанов. – М.: Медицина, 2000. – 349 с.

5. **Bowers, D.** Fistula repair following antethoracic esophageal reconstruct using a radial forearm free flap / D. Bowers, W. Pedersen // *Aim. Plast. Surg.* – 1998. – Vol. 41, № 3. – P. 317–320.

УДК 616.12-005.4-053.9

*С. А. Фрид<sup>1</sup>, Х. М. Мустафин<sup>2</sup>, С. С. Максютובה<sup>1</sup>, А. Э. Нигматуллина<sup>1</sup>, И. А. Бакулина<sup>2</sup>, Э. Г. Муталова<sup>1</sup>, Г. Я. Камалтдинова<sup>1</sup>, Е. Е. Алексеева<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа  
Кафедра госпитальной терапии № 1

<sup>2</sup>ГБУЗ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн», г. Уфа  
Отделение терапии-гериатрии

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

**Фрид Светлана Аркадьевна** – доцент кафедры кандидат медицинских наук; 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3, тел.: +7 (347) 260-40-07, e-mail: valex69@mail.ru; **Мустафин Халил Мужавирович** – главный врач кандидат медицинских наук, доцент; **Максютובה Софья Самиевна** – доцент кафедры кандидат медицинских наук; **Нигматуллина Альбина Эльдусовна** – доцент кафедры кандидат медицинских наук; **Бакулина Ирина Александровна** – заместитель главного врача по лечебной работе; **Муталова Эльвира Газизовна** – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; **Камалтдинова Гульнара Ядгаровна** – доцент кафедры кандидат медицинских наук; **Алексеева Елена Евгеньевна** – заведующий отделением терапии-гериатрии

*На основании клинического исследования создан портрет пожилого пациента с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности ишемического генеза.*

**Ключевые слова:** острая декомпенсация хронической сердечной недостаточности; пожилые пациенты; морфофункциональные показатели сердца

*S.A. Frid<sup>1</sup>, Kh.M. Mustafin<sup>2</sup>, S.S. Maksyutova<sup>1</sup>, A.E. Nigmatullina<sup>1</sup>, I.A. Bakulina<sup>2</sup>, E.G. Mutalova<sup>1</sup>, G.Ya. Kamaltdinova<sup>1</sup>, E.E. Alekseeva<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Bashkir State Medical University, Ufa  
Department of Hospital Therapy No.1

<sup>2</sup>Republic Clinical Hospital for War Veterans, Ufa  
Department of Therapy and Geriatrics

## CLINICAL FEATURES OF ACUTE DECOMPENSATION OF CHRONIC HEART FAILURE OF ISCHEMIC ORIGIN IN ELDERLY PATIENTS

**Frid Svetlana Arkadievna** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; 3 Lenin St., Ufa 450008, tel.: + 7 (347) 260-40-07; e-mail: valex69@mail.ru; **Mustafin Khalil Muzhavirovich** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head Doctor; **Maksyutova Sofia Samievna** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; **Nigmatullina Albina Eldusovna** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; **Bakulina Irina Aleksandrovna** – Deputy head doctor for medical work; **Mutalova Elvira Gazizovna** – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department; **Kamaltdinova Gulnara Yadgarovna** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; **Alekseeva Elena Evgenievna** – Head of the department

*We estimated the features of the clinical course of acute decompensation of chronic heart failure (AD CHF) of ischemic origin in elderly people.*

**Key words:** acute decompensation of chronic heart failure; elderly people; morphofunctional parameters of the heart

В Российской Федерации распространенность в популяции хронической сердечной недостаточности (ХСН) I–IV функционального класса (ФК) составляет 7% (7,9 млн человек), клинически

выраженная ХСН (II–IV ФК) имеет место у 4,5% населения (5,1 млн человек), распространенность терминальной ХСН (III–IV ФК) достигает 2,1% случаев (2,4 млн человек) [2]. С возрастом

распространенность ХСН значительно увеличивается. Так, среди лиц старше 90 лет ХСН имеют почти 70% респондентов [3, 5]. Среди мужчин распространенность ХСН выше, чем среди женщин в возрастных группах до 60 лет, что ассоциируется с более ранней заболеваемостью артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) у мужчин [2]. Более 65% больных ХСН находятся в возрастной группе от 60 до 80 лет. Острая декомпенсация (ОД) ХСН является причиной госпитализаций в стационары, имеющие кардиологические отделения, почти каждого второго больного (49%), а ХСН фигурирует в диагнозе у 92,0% госпитализированных в такие стационары [5]. Острую декомпенсацию ХСН в последнее время расценивают как самостоятельный ургентный синдром, который является следствием длительно текущей сердечно-сосудистой патологии и проявляется усилением/появлением одышки, отеков, слабости, чувства тревоги. ОД необходимо четко разграничивать с острой сердечной недостаточностью. Также ОД ХСН следует отличать от прогрессирования ХСН, которую можно лечить амбулаторно, увеличивая дозу принимаемого больным диуретика, ограничивая потребление жидкости [1]. Острая декомпенсация ХСН – новое нозологическое понятие. В этой связи создание клинического «портрета» современного пациента с декомпенсацией кровообращения является, безусловно, актуальным.

**Цель исследования:** создание клинической характеристики пожилых пациентов с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности ишемического генеза.

**Материалы и методы исследования.** Скрининговым методом отобрано 98 карт стационарных пациентов обоего пола из 969 проанализированных с ОД ХСН, поступивших на стационарное лечение в ГБУЗ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн» г. Уфы с ишемической болезнью сердца за 2013–2014 гг. Средний возраст пациентов составил  $77,0 \pm 1,3$  года. Среди сопутствующих заболеваний у пациентов с ОД ХСН встречались гипертоническая болезнь в 93,3%, хроническая обструктивная болезнь легких в 26,5% и сахарный диабет в 19,4% случаев. Критериями включения и отбора явились пациенты с ОД ХСН только ишемической природы (группа наблюдения). Группы сравнения составили пациенты с ХСН без

декомпенсации ишемического генеза ( $n=12$ ), сопоставимые с основной группой по полу и возрасту. Были проанализированы показатели САД, ДАД, ЧСС, ЧДД, параметры ЭХОКГ, УЗИ органов брюшной полости, уровни клиренса креатинина (КК), скорости клубочковой фильтрации (СКФ), микроальбуминурии (МАУ), результаты теста 6-минутной ходьбы (ТШХ). Статистическая обработка проводилась с использованием статистического пакета *IBM SPSS Statistics 19*, *Microsoft Excel 2014*.

#### **Результаты исследования и их обсуждение.**

При анализе карт стационарных пациентов нами установлено, что все 969 пациентов, находившихся на стационарном лечении за два исследуемых года, имели диагноз ишемической болезни сердца (в разных вариантах), осложненной хронической сердечной недостаточностью. При этом, у 98 пациентов, у которых ОД ХСН выявлена ретроспективно, этот синдром не только не был выставлен в диагноз, но и не был указан в дневниках. При анализе оказания медицинской помощи установлено, что пациенты получали следующую терапию: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента в 77,6% случаев,  $\beta$ -адреноблокаторы в 73,5%, петлевые диуретики в 42,9%, антагонисты минералокортикоидных рецепторов в 54,1%, блокаторы кальциевых каналов в 11,2%, сердечные гликозиды в 9,2% случаев и эта терапия не отличалась от случаев с компенсированной ХСН. Как показано в таблице, при ОД ХСН уровни АД и частота дыхательных движений статистически достоверно не изменялись, однако уровень ЧСС в покое увеличивался с нарастанием декомпенсации. Отмечалось статистически значимое увеличение показателя индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) на 8,0% ( $p>0,001$ ) за счет межжелудочковой перегородки (МЖП) (6,0%) и толщины задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) (6,0%) ( $p<0,001$ ). Значение среднего давления правого желудочка (СДПЖ) достоверно повышалось на 22,0% ( $p<0,001$ ) вместе с размером правого предсердия (ПП) (5,0%) ( $p<0,001$ ), независимо от ширины легочного ствола (ШЛС) (3,0%). В связи с усугублением декомпенсации сердечной недостаточности у 77,0% пациентов отмечалось усиление периферических отеков, у 18,0% присутствовал гидроторакс и у 7,0% – внебольничная пневмония на фоне застойных явлений в легких.

Таблица 1. Клинико-морфологическая характеристика пожилых пациентов с ОД ХСН

Показатели	2013 год (группа 1) <i>n</i> =49	2014 год (группа 2) <i>n</i> =49	Группа сравнения ( <i>n</i> =12)
САД, мм рт.ст.	142,55±2,13	144,49±2,28	138,24±5,17
ДАД, мм рт.ст.	82,66±1,1	81,84±1,27	78,82±3,29
ЧСС, уд/мин без фибрилляции предсердий	78,39±0,9 <i>p</i> <sub>2</sub> группа<0,01 <i>n</i> =41	82,5±1,23 <i>p</i> (сравн.)<0,01 <i>n</i> =35	69,5±5,23 0,05< <i>p</i> группа 1<0,1
Частота сокращений желудочков (ЧСЖ), уд/мин	113,3±12,6 <i>n</i> =8	134,2±10,4 <i>n</i> =14	–
ЧД, в мин	19±0,3	18±0,2	16±0,7
Фракция выброса, %	50,03±0,9 <i>p</i> <sub>2</sub> группа <0,02	46,7±1,2 <i>p</i> (сравн.)<0,01	57,1±2,3 0,05< <i>p</i> группа 1<0,1
Конечный систолический размер, см	3,85±0,002	3,81±0,006 <i>p</i> (сравн.)<0,001	3,67±0,019 <i>p</i> группа 1<0,001
Толщина межжелудочковой перегородки, см	1,34±0,02 <i>p</i> <sub>2</sub> группа <0,001	1,42±0,02 <i>p</i> (сравн.) <0,01	1,2±0,09 0,05< <i>p</i> группа 1<0,1
Левое предсердие, см	5,69±0,01 × 4,42±0,02	5,87±0,02 × 4,4±0,03 0,05< <i>p</i> (сравн.) <0,1	5,01±0,5 × 4,12±0,4 0,05< <i>p</i> группа 1<0,1
Конечный диастолический размер, см	5,16±0,001	5,14±0,002 <i>p</i> (сравн.) <0,02	4,9±0,09 <i>p</i> группа 1<0,001
СДПЖ, мм рт.ст.	28,65±1,67 <i>p</i> <sub>2</sub> группа <0,001	37,32±1,2	35,58±2,4 <i>p</i> группа 1<0,01
Толщина задней стенки левого желудочка, см	1,07±0,02 <i>p</i> <sub>2</sub> группа <0,001	1,14±0,01 <i>p</i> (сравн.)<0,001	0,9±0,09 <i>p</i> группа 1<0,05
ШЛС, см	2,72±0,04	2,8±0,05	–
Правое предсердие, см	5,67±0,09 × 4,26±0,07 <i>p</i> <sub>2</sub> группа <0,001	5,38±0,09 × 3,99±0,07 <i>p</i> (сравн.)<0,001	5,15±0,32 × 3,81±0,24 0,05< <i>p</i> группа 1<0,1
ИММЛЖ л, г/м <sup>2</sup>	161,3±1,49 <i>p</i> <sub>2</sub> группа <0,001	174,2±1,32 <i>p</i> (сравн.) <0,001	148,1±3,12 <i>p</i> группа 1<0,001
ТШХ, м	244,3±2,38 <i>p</i> <sub>2</sub> группа <0,001	196,6±3,34 <i>p</i> (сравн.) <0,001	304,4±4,87 <i>p</i> группа 1<0,001
Гемоглобин, г/л	132,15±1,65 <i>p</i> <sub>2</sub> группа <0,05	136,16±1,44 <i>p</i> (сравн.)<0,02	130,23±2,13
Клиренс креатинина, мл/мин	58,3±0,3 <i>p</i> <sub>2</sub> группа >0,001	51,4±0,2 <i>p</i> (сравн.)>0,001	61,2±2,3 0,05< <i>p</i> группа 1<0,1
СКФ, мл/мин/1,73 м <sup>2</sup>	46,4±1,9 <i>p</i> <sub>2</sub> группа <0,05	41,8±1,4 <i>p</i> (сравн.) <0,001	52,6±3,2 0,05< <i>p</i> группа 1<0,1
Сывороточный креатинин, ммоль/л	104,47±2,17 <i>p</i> <sub>2</sub> группа <0,01	111,72±2,29 <i>p</i> (сравн.)<0,001	99,6±3,5 0,05< <i>p</i> группа 1<0,1
Микроальбуминурия, г/л	0,354±0,003 <i>p</i> <sub>2</sub> группа >0,001	0,448±0,002 <i>p</i> (сравн.)<0,1	0,496±0,095 0,05< <i>p</i> группа 1<0,1
Мочевина, ммоль/л	7,35±0,2	7,63±0,2	

В связи с увеличением размера полостей левого (3,0%) и правого предсердий (5,0%) регистрировалась фибрилляция предсердий в 22,0% случаев и в 42,0% – другие нарушения ритма. Параллельно достоверно ухудшались показатели ТШХ на 20,0% (*p*>0,001). Ухудшение функции почек выражалось в достоверном снижении КК на 12,0% (*p*>0,001), возрастании концентрации сывороточного креатинина в плаз-

ме крови на 6,0% (*p*<0,01), замедлении СКФ в 1,2 раза (*p*<0,05). Показатель мочевины (4,0%) не оказывал существенного влияния на функцию почек, а уровень МАУ достоверно возрастал на 21,0% (*p*>0,001). Анемия присутствовала у 16,0% пациентов.

Согласно полученным результатам острая декомпенсация ХСН способствует значительному ухудшению функции как левого, так и пра-

вого желудочков, что проявляется значимым ремоделированием полостей с более выраженным нарастанием диастолической дисфункции, нежели систолической в виде увеличения толщины МЖП, ТЗСЛЖ, расширения левого предсердия при отсутствии изменений уровня САД и ДАД, находящихся в пределах нормальных или гипертензивных значений. Запущенный каскад нейрогуморальных событий способствует усугублению легочной гипертензии, усилению периферических отеков и гидроторакса – как следствия систолической дисфункции. Каждая последующая декомпенсация ведет к усилению гипертрофии миокарда левого желудочка, еще большему нарастанию конечного диастолического размера и конечного систолического размера. Ухудшение показателей гемодинамики приводит к снижению почечного кровотока, проявляющегося замедлением СКФ, увеличением сывороточного креатинина, усилением МАУ, что с каждой последующей декомпенсацией приводит к прогрессированию хронической болезни почек (ХБП). В связи с гломерулосклерозом на фоне ХБП происходит развитие анемии.

**Вывод.** ОД ХСН не диагностируется врачами у стационарных больных. Специфического лечения острой декомпенсации не проводится. Клинический портрет пациента с ОД ХСН характеризуется нормальным или повышенным

уровнем АД, сохраненной ФВ, выраженной диастолической дисфункцией, переходящей в систолическую и усугубляющейся с каждым эпизодом декомпенсации, высокой тахикардией, прогрессирующим ухудшением функции почек, нарастанием анемии. Данная клиника, бесспорно, требует неотложного вмешательства врачей и экстренной интенсификации терапии.

#### Список литературы:

1. Арутюнов, А.Г. Регистр госпитализированных пациентов с декомпенсацией кровообращения (Павловский регистр). Современная клиническая характеристика пациента с декомпенсацией кровообращения. Клинические фенотипы пациентов / А.Г. Арутюнов, А.К. Рылова, Г.П. Арутюнов // Журнал сердечная недостаточность. – 2014. – № 1 (82). – С. 51.
2. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН // Журнал сердечная недостаточность. – 2016. – Специальный выпуск.
3. Создание в Российской Федерации регистра для оценки степени выполнения врачами рекомендаций по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности / Е.В. Ошепкова [и др.] // Терапевт. арх. – 2014. – N 1. – С. 66–70.
4. Шепель, Р.Н. Оценка синдрома острой декомпенсации сердечной недостаточности и сопутствующих заболеваний у пациентов, проживающих в Республике Башкортостан / Р.Н. Шепель, А.Н. Закирова // Журнал сердечная недостаточность. – 2013. – № 2 (76). – С. 30.
5. The EuroHeart Failure Survey programme – a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis / JGF Cleland [et al.] // Eur Heart J. – 2003. – № 24 (5). – P. 442–463.

УДК 616.24-07-08

Г. В. Асадуллина<sup>1</sup>, З. Я. Рустямова<sup>1</sup>, Г. В. Бабушкина<sup>1</sup>, Г. Я. Камалтдинова<sup>1</sup>, С. Ф. Афлятунова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Уфа  
Кафедра госпитальной терапии № 1

<sup>2</sup>ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница № 13», г. Уфа  
Пульмонологическое отделение

## НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ (ПНЕВМОНИИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ, ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ)

Асадуллина Гульнара Венеровна – доцент кафедры кандидат медицинских наук, 450008, г. Уфа, ул. Ленина 3, тел.: +7 (347) 260-40-07, e-mail: asgulnara@rambler.ru; Рустямова Зульфия Яудатовна – доцент кафедры кандидат медицинских наук; Бабушкина Галина Владимировна – профессор кафедры доктор медицинских наук; Камалтдинова Гульнара Ядгаровна – доцент кафедры кандидат медицинских наук; Афлятунова Светлана Фанильевна – заведующий пульмонологическим отделением кандидат медицинских наук

В статье обсуждаются результаты ретроспективного анализа медицинских карт пациентов с внебольничной пневмонией и хронической обструктивной болезнью легких, госпитализированных в пульмонологическое отделение многопрофильного стационара. Тяжелое течение внебольничной пневмонии наблюдалось в 18,0% случаев, больные с тяжелым и крайне тяжелым течением хронической обструктивной болезни легких составили 59,0%. Данные заболевания чаще встречаются у лиц мужского пола и характеризуются худшим прогнозом для мужчин.

**Ключевые слова:** неотложные состояния; внебольничная пневмония; хроническая обструктивная болезнь легких

G.V. Asadullina<sup>1</sup>, Z.Ya. Rustyamova<sup>1</sup>, G.V. Babushkina<sup>1</sup>, G.Ya. Kamaltdinova<sup>1</sup>; S.F. Aflyatunova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bashkir State Medical University, Ufa

Department of Hospital Therapy No.1

<sup>2</sup>Municipal Clinical Hospital No. 13, Ufa

Pulmonology Department

## URGENT CONDITIONS IN PULMONOLOGY

### (SEVERE PNEUMONIA, EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE)

Asadullina Gulnara Venerovna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, 3 Lenin St., Ufa 450008, tel. +7 (347) 260-40-07, e-mail: asgulnara@rambler.ru; Rustyamova Zulfiya Yaudatovna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; Babushkina Galina Vladimirovna – Doctor of Medical Sciences, Professor; Kamaltdinova Gulnara Yadgarovna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; Aflyatunova Svetlana Fanilievna – Candidate of Medical Sciences, Head of Pulmonology Department

*The article discusses the results of a retrospective analysis of case histories of patients with community-acquired pneumonia (CAP) and with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), who have been hospitalized in the pulmonology department of a multidisciplinary hospital. Severe CAP was observed in 18% of cases, patients with severe and extremely severe course of COPD accounted for 59% of cases. CAP and COPD are more common in men and are characterized by a worse prognosis for men.*

**Key words:** urgent conditions; community-acquired pneumonia; chronic obstructive pulmonary disease

В структуре неотложных состояний в пульмонологии значительное место принадлежит пневмониям тяжелого течения и обострениям хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), характеризующимся высокой летальностью и большими затратами на медицинскую помощь [1,2]. Пневмонии тяжелого течения и обострения ХОБЛ являются важной медико-социальной проблемой и занимают ведущее место в структуре смертности в мире [1,3,4,5]. По данным ВОЗ, инфекции нижних дыхательных путей и ХОБЛ занимали в 2015 году 3 и 4 место среди причин смертности. В 2015 году от респираторных инфекций нижних дыхательных путей умерло 3,19 млн человек, от ХОБЛ – 3,17 млн человек в мире [1,5].

**Цель исследования:** изучение структуры внебольничной пневмонии тяжелого течения и структуры хронической обструктивной болезни легких тяжелого и крайне тяжелого течения по материалам пульмонологического отделения многопрофильного стационара.

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 366 медицинских карт пациентов с внебольничной пневмонией (ВП) и 284 медицинских карт пациентов с ХОБЛ, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении многопрофильного стационара в течение календарного года. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием пакета статистических программ StatSoft STATISTICA 8.0.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Всего было проанализировано 366 медицинских

карт стационарного пациента с ВП. В группу пациентов с ВП тяжелого течения (ВПТТ) вошли 65 человек (17,7%), из них мужчин – 69,0%, женщин – 31,0%. Средний возраст пациентов с ВПТТ составил 54,1±18,2 года. Среди больных с ВПТТ выделена подгруппа пациентов с ангиогенным сепсисом (АС) – 7 человек, все мужчины, средний возраст которых составил 32,4±4,3 года. Проведен анализ этиологической структуры ВП. У пациентов с ВПТТ *Streptococcus pneumoniae* выделен у 26 человек (40,0%); *Klebsiella pneumoniae* – у 5 (8,0%); *Staphylococcus aureus* – у 2 (3,0%); *Pseudomonas aeruginosa* – у одного (2,0%), *Haemophilus influenzae* – у одного (2,0%). Анализ сопутствующей патологии показал, что у пациентов с ВПТТ ишемическая болезнь сердца (ИБС) установлена в 15,0% случаев (10); сахарный диабет (СД) – в 14,0% (9); ХОБЛ – в 5,0% (3); бронхиальная астма (БА) – в 9,0% (6). В группе с ВПТТ частота ВИЧ-инфекции составила 8,0%, гепатита С – 15,0%. За 2016 год от ВП в условиях пульмонологического отделения умерло 5 человек, все лица мужского пола, что составило 1,4% от общего количества пациентов с ВП. В подгруппе больных с тяжелым течением этот показатель составляет 7,7%. В подгруппе пациентов с АС умер 1 человек.

При анализе медицинских карт пациентов с ХОБЛ общее количество пролеченных лиц за календарный год составило 284 человека, из них 168 (59,0%) пациентов с тяжелым и крайне тяжелым течением ХОБЛ. Средний возраст больных в этой группе составил 66,6±11,7 года, среди них преобладали мужчины – 134 человека (80,0%).

Профессиональную вредность имели 24 пациента (17,3%), стаж длительного курения – 98 (51,8%). Проведен анализ этиологической структуры обострений ХОБЛ. *Streptococcus pneumoniae* выделен у 58 пациентов (34,5%); *Pseudomonas aeruginosa* – 4 (2,4%); *Staphylococcus aureus* – у 3 (1,8%). Анализ сопутствующей патологии показал, что среди больных с тяжелым и крайне тяжелым течением ХОБЛ встречались следующие заболевания: ГБ – у 92 пациентов (54,8%), ИБС – у 54 (32,0%), ИБС + ГБ – у 32 (19,0%), СД – у 11 (6,5%), тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – у одного (0,1%). Среди больных у 16 (9,5%) обнаружен гепатит В и С, у двоих (1,19%) – ВИЧ-инфекция. За 2016 год от ХОБЛ умерло 4 человека, что составило 1,4% от всех пациентов с ХОБЛ, пролеченных в отделении.

**Выводы.** Таким образом, по результатам анализа медицинских карт пациентов пульмонологического отделения, пациенты с ВПТТ составили 17,7% от общего количества больных с пневмониями, больные с тяжелым и крайне тяжелым течением ХОБЛ – 59,0% от общего количества больных с ХОБЛ. Чаще ВП болели мужчины, их доля в группе больных с ВПТТ составила 69,0%. В подгруппу лиц с ВПТТ на фоне АС вошли исключительно мужчины молодого возраста (средний возраст – 32 года). В группе пациентов с тяжелым и крайнетяжелым течением ХОБЛ мужчины составили 80,0%. Анализ этиологической структуры ВП еще раз подтвердил, что основным возбудителем ВП является *Streptococcus pneumoniae*, выделенный в 40,0% случаях у пациентов с ВПТТ. У госпитализированных с ХОБЛ *Streptococcus pneumoniae*

выделен в 35,0% случаев. Анализ сопутствующей патологии показал, что в группе пациентов с ВПТТ чаще встречались такие заболевания, как ИБС, СД, ХОБЛ, БА. Среди пациентов с тяжелым и крайне тяжелым течением ХОБЛ чаще встречалась сердечно-сосудистая патология: ГБ, ИБС, их сочетание. Летальность от ВП составила 1,4% от общего количества больных с пневмониями, от ХОБЛ – 1,4% от общего количества больных ХОБЛ. Таким образом, неотложные состояния в пульмонологии, обусловленные тяжелым течением внебольничной пневмонии и крайне тяжелым течением ХОБЛ, чаще встречаются среди лиц мужского пола и характеризуются неблагоприятным прогнозом.

#### Список литературы:

1. **Авдеев, С.Н.** Клинические симптомы и качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких: субъективно оцениваемые показатели или факторы, определяющие прогноз? / С.Н. Авдеев // Пульмонология. – 2016. – № 26 (2). – С. 231–237.
2. Структура внебольничной пневмонии в пульмонологическом отделении многопрофильного стационара / Г.В. Асадуллина [и др.] // Сборник трудов XXVII Национального конгресса по болезням органов дыхания; под ред. акад. А.Г. Чучалина – М.: ДизайнПресс. – 2017. – С. 108–109.
3. **Чучалин, А.Г.** Пневмония: актуальная проблема медицины XXI века / А.Г. Чучалин // Пульмонология. – 2015. – № 25 (2). – С. 133–142.
4. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых / А.Г. Чучалин [и др.]. – 2014. – Режим доступа: <http://spulmo.ru/download/TyagelayaVP.doc> (дата обращения 2.02.2018).
5. Клинические рекомендации. Хроническая обструктивная болезнь легких [Электронный ресурс] / Российское респираторное общество. – 2016. – Режим доступа: [http://spulmo.ru/download/Рекомендации%20 по %20ХОБЛ%20 2017.pdf](http://spulmo.ru/download/Рекомендации%20по%20ХОБЛ%202017.pdf) (дата обращения 2.02.2018).

УДК 616.314-089.23-082:331.103.3

Г.И. Бездетко<sup>1,2</sup>, Е.Ю. Шкатова<sup>1</sup>, Р.Р. Хабибуллин<sup>2</sup>, С.Е. Гусоргина<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика  
Кафедра медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности

<sup>2</sup>БУЗ УР «Стоматологическая поликлиника № 2 МЗ УР», г. Ижевск  
Отделение ортопедической стоматологии

## ХРОНОМЕТРАЖНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КАК ОСНОВА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПО ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Бездетко Георгий Игоревич – заведующий отделением аспирант; тел.: 8 (912)469-85-24, e-mail: bezdetko.g@yandex.ru; Шкатова Елена Юрьевна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, доцент; Хабибуллин Рифат Расимович – врач-стоматолог-ортопед; Гусоргина Светлана Евгеньевна – врач-стоматолог-ортопед

В статье представлены данные фотохронометражного исследования по оценке трудовых затрат на основные виды проводимых операций врача-стоматолога-ортопеда, работающего по новой форме организации протезирования на дентальных имплантатах – врач-стоматолог-имплантолог-ортопед.

**Ключевые слова:** фотохронометражные исследования; врач-стоматолог-ортопед; врач-стоматолог-хирург; должность врач-стоматолог-имплантолог-ортопед

G.I. Bezdetko<sup>1,2</sup>, E.Yu. Shkatova<sup>1</sup>, R.R. Khabibullin<sup>2</sup>, S.E. Gusorgina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic  
Department of Disaster Medicine and Health and Safety  
<sup>2</sup>Dental Polyclinic No.2, Izhevsk  
Department of Prosthetic Dentistry

## TIME STUDIES AS A BASIS FOR IMPROVEMENT OF PRIMARY SPECIALISED HEALTH CARE IN PROSTHODONTICS

Bezdetko Georgiy Igorevich – Head of the Department Postgraduate ; tel.: 8 (912)469-85-24, e-mail: bezdetko.g@yandex.ru; Shkatova Elena Yurievna – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the department; Khabibullin Rifat Rasimovich – Prosthodontist; Gusorgina Svetlana Evgenyevna – Prosthodontist

*The article presents the data of photochronometric research into the assessment of labor costs for the main types of operations performed by a prosthodontist working according to a new form of organization of tooth replacement using dental implants.*

**Key words:** photochronometric study; prosthodontist; dental surgeon; position of prosthodontist-implantologist

Проводимые в стране реформы здравоохранения по оптимизации работы стоматологической службы и внедрение современных технологий лечения, к которым относится дентальная имплантология, предъявляют повышенные требования к организации лечебно-диагностического процесса.

При расширении платных медицинских услуг в стоматологии должны учитываться вероятность интенсификации работы врача с учетом повышения эмоциональных и физических нагрузок, требования к профессионализму кадрового потенциала в стоматологии, что отражается не только на количественно-качественной характеристике медицинской помощи, но и на безопасности больничной среды в целом [1,5]. Поэтому важным направлением при оптимизации работы и совершенствовании медицинских технологий в ортопедической стоматологии является проведение фотохронометражных замеров для установления аргументированного и всесторонне обоснованного производственного плана относительно специалистов и их оптимального соотношения в структуре стоматологических учреждений [3]. Нормирование труда в медицинских организациях направлено на создание условий, необходимых для внедрения рациональных организационных, технологических, трудовых процессов, улучшения организации труда, а также обеспечения оптимального уровня интенсивности труда при оказании медицинских услуг и повышения их эффективности [4,5].

**Цель исследования:** оценить средневзвешенные трудовые затраты при посещении одним пациентом на основные виды проводимых операций врача-стоматолога-ортопеда, работающего по новой форме организации протезирования на дентальных имплантатах.

**Материалы и методы исследования.** В ходе исследования проведен организационный эксперимент: предложена новая форма организации оказания специализированной медико-санитарной помощи по ортопедической стоматологии. Дана оценка напряженности трудового процесса врача-стоматолога-ортопеда на базе БУЗ УР «Стоматологическая поликлиника № 2 МЗ УР». Для этого разработан Словарь основных видов деятельности и кодов трудовых операций специалиста, работающего по новому направлению – протезирование на дентальных имплантатах. За основу взят Словарь основных видов деятельности врача-стоматолога на амбулаторном приеме и кодов трудовых операций, разработанный в ФГБУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения. Изучение структуры рабочего времени стоматолога-ортопеда проводилось путем фотохронометражных наблюдений. Всего сделано 90 замеров за двумя специалистами, имеющими стаж работы по специальности «Стоматология хирургическая» – 3,5±0,4 года, «Стоматология ортопедическая» – 10,0±2,1 года.

Замеры выполняли врачи, прошедшие обучение данной методике. Методика фотохронометражных замеров строилась на основе Приказа МЗ РФ № 408 от 15.11.2001 г. «Об утверждении инструкции по расчету условных единиц трудоемкости работы врачей-стоматологов и зубных врачей» и в соответствии с методическими рекомендациями по изучению затрат рабочего времени, разработанных РАМН (2004). Согласно методике оценка трудовой деятельности специалиста проводилась на протяжении всего рабочего дня.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В классических условиях операцию имплантации зуба выполняет врач-стоматолог-хирург, который устанавливает имплантат, а последую-

щее протезирование проводит врач-стоматолог-ортопед. В этом случае с пациентом работают две различные бригады специалистов.

Для повышения эффективности лечебно-диагностического процесса апробирована новая форма организации первичной специализированной медико-санитарной помощи лицам, имеющим дефект зубного ряда. При ней все этапы хирургической дентальной имплантации (установки имплантата, формирователя десны) и ортопедического лечения (протезирование на имплантатах) выполняли не два специалиста (врач-стоматолог-хирург и врач-стоматолог-ортопед), а один, владеющий смежными специальностями «Стоматология ортопедическая» и «Стоматология хирургическая», прошедший повышение квалификации по методике установки дентальных имплантатов. Должность специалиста определена как «врач-стоматолог-имплантолог-ортопед».

Фотохронометражное исследование проведено в 3 этапа: на первом изучены нормативно-правовые акты, действующие должностные инструкции, на втором – разработан Словарь основных видов деятельности врача-стоматолога-имплантолога-ортопеда на амбулаторном приеме и кодов трудовых операций; на третьем – определена средневзвешенная структура затрат рабочего времени с учетом выполнения конкретных функций врача-стоматолога-имплантолога-ортопеда.

В ходе проведенного исследования установлено, что время врача, затраченное непосредственно на работу с пациентом, составило на этапе установки дентального имплантата 57,8% (рис. 1), на этапе установки формирователя десны – 51,3% (рис. 2), на этапе протезирования коронок на дентальном имплантате – 57,8% (рис. 3).

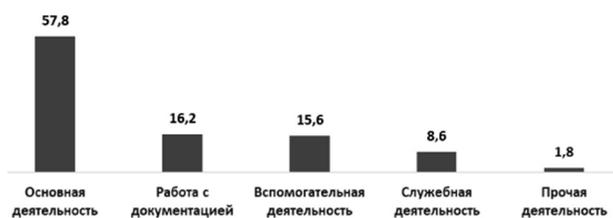


Рис. 1. Структура трудозатрат рабочего времени врача-стоматолога-имплантолога-ортопеда на этапе установки дентального имплантата, %

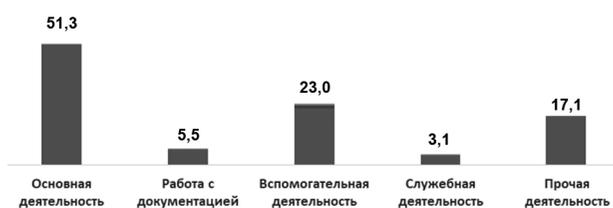


Рис. 2. Структура трудозатрат рабочего времени врача-стоматолога-имплантолога-ортопеда на этапе установки формирователя десны, %

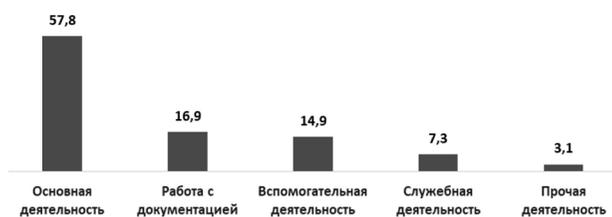


Рис. 3. Структура трудозатрат рабочего времени врача-стоматолога-имплантолога-ортопеда на этапе протезирования коронки на дентальном имплантате, %

В результате установлено, что время на психоэмоциональную разгрузку и обеденный перерыв увеличилось у врача до 13,7 минуты. В это время медсестра готовила пациента к операции или это время совпадало с технологическим перерывом на санитарную обработку помещения. Нерационально затраченного времени не выявлено. Изучение типовых отраслевых норм времени работы специалиста с высшим медицинским образованием посредством методики фотохронометражного наблюдения позволяет объективно оценить их нагрузку для последующего совершенствования мероприятий, направленных на повышение эффективности деятельности стоматологической службы в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами. Проведенный организационный эксперимент по оказанию данного вида помощи по разработанной форме, когда все этапы по протезированию на дентальном имплантате выполняет один специалист, показал, что более половины времени специалист тратит на непосредственную работу с пациентом, при этом появляется время на психоэмоциональную разгрузку.

**Вывод.** Полученные результаты исследования показали перспективность организации медико-санитарной помощи по ортопедической стоматологии по новой форме «врач-стоматолог-имплантолог-ортопед», которую оказывал специалист, имеющий сертификаты стоматолога-хирурга и стоматолога-ортопеда и владеющий методикой установки дентального имплантата. Средневзвешенное время, затраченное врачом-стоматологом-имплантологом-ортопедом непосредственно на работу с пациентом, составило на этапах протезирования 51,3–57,8%. Оценка нагрузки на данного специалиста может быть использована для последующего совершенствования мероприятий, направленных на повышение эффективности деятельности стоматологической службы.

*Список литературы:*

1. Затраты рабочего времени врачей специалистов, связанные с посещением пациентом врача-фтизиатра, врача-хирурга и врача-дерматовенеролога / В. И. Стародубов [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 6. – С. 30–35.
2. Калининская, А. А. Нормирование труда и расчет потребности в стоматологах-терапевтах при условии работы в четыре руки / А. А. Калининская, Д. Г. Мещеряков // Научные ведомости. – 2011. – № 16. – С. 12–19.
3. Качественные и количественные показатели работы стоматологов-ортопедов и зубных техников и их оптимальное соотношение в структуре стоматологических учреждений

/ Т. В. Диева [и др.] // Российский стоматологический журнал. – 2014. – № 4. – С. 48–51.

4. Применение методики фотохронометражных наблюдений в изучении трудового процесса врачей в Удмуртской Республике / Н. М. Попова [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2015. – № 3. – С. 56–64.

5. Хронометражные исследования в стоматологии, как условия формирования безопасной больничной среды / Е. Ю. Шкатова [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=23617> (0,33 п. л., автора – 0,17 п. л.).

УДК 616.972 (470.51) «2013-2017»

Н.М. Попова<sup>1</sup>, Р.М. Загртдинова<sup>2</sup>, В.А. Мерзляков<sup>3</sup>, М.С. Алексеева<sup>3</sup>, Н.В. Ляшенко<sup>2</sup>

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика

<sup>1</sup>Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

<sup>2</sup>Кафедра дерматовенерологии

<sup>3</sup>БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР», г. Ижевск

## ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2013–2017 гг.

Попова Наталья Митрофановна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Загртдинова Ризид Миннесагитовна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8-3412-52-62-21, e-mail: [kafedra.derma@yandex.ru](mailto:kafedra.derma@yandex.ru); Мерзляков Владимир Анатольевич – главный врач, главный внештатный специалист дерматовенеролог МЗ УР; Алексеева Марина Сергеевна – заместитель главного врача по организационно-методической работе; Ляшенко Наталья Владимировна – доцент кафедры кандидат медицинских наук

*В статье приведены данные о заболеваемости различными формами сифилиса в Удмуртской Республике, о контингенте заболевших, проведён сравнительный анализ показателей в Республике и в Российской Федерации, показана эффективность противоэпидемической деятельности дерматовенерологов и смежных специалистов.*

**Ключевые слова:** инфекции, передаваемые половым путем; сифилис; заболеваемость.

N.M. Popova<sup>1</sup>, R.M. Zagrtdinova<sup>2</sup>, V.A. Merzlyakov<sup>3</sup>, M.S. Alekseeva<sup>3</sup>, N.V. Lyashenko<sup>2</sup>

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

<sup>1</sup>Department of Public Health and Health Care Service

<sup>2</sup>Department of Dermatology and Venereology

<sup>3</sup>Republic Dermatovenereologic Clinic, Izhevsk

## DYNAMICS OF THE INCIDENCE OF SYPHILIS IN THE UDMURT REPUBLIC OVER THE PERIOD 2013–2017

Popova Natalia Mitrofanovna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department; Zagrtdinova Rizada Minnesagitovna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department; 281 Kommunarov St., Izhevsk 426034; tel.: 8-3412-52-62-21, e-mail: [kafedra.derma@yandex.ru](mailto:kafedra.derma@yandex.ru); Merzlyakov Vladimir Anatolyevich – Head Doctor, Out-of-staff Leading Authority on Dermatology and Venereology of the Ministry of Health of the Udmurt Republic; Alekseeva Marina Sergeevna – Deputy Head Doctor for Organizational Work; Lyashenko Natalia Vladimirovna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

*The article presents data on the incidence of various forms of syphilis and on cohorts of patients in the Udmurt Republic. A comparative analysis of the indices in the Udmurt Republic and in the Russian Federation has been conducted; the effectiveness of anti-epidemic activity of dermatovenereologists and allied specialists is demonstrated.*

**Key words:** sexually transmitted infections; syphilis; morbidity

По данным Всемирной организации здравоохранения, миллионы людей во всем мире ежегодно заражаются инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), которые могут наносить огромный ущерб не только здоровью больного, но и обществу в целом. Очевидно, что наиболее социально значимым заболеванием среди ИППП является сифилис [2].

В 1991–1997 гг. Россия пережила эпидемию сифилиса: показатель заболеваемости на 100 тыс. населения вырос в 38,5 раза, поднявшись с 7,2 до 277,3. В период эпидемии преобладали заразные формы инфекции (первичная, вторичная), появился врожденный сифилис с манифестными проявлениями [6]. В настоящее время в Российской Федерации в результате проведения различных

федеральных целевых программ и противоэпидемиологических мероприятий создавалась благоприятная эпидемиологическая ситуация по заболеваемости сифилисом. Уровень заболеваемости сифилисом к 2016 году достиг 21,3 случая на 100 000 населения, что в 13 раз ниже аналогичного показателя 1997 г. [2]. За период 2006–2016 гг. заболеваемость сифилисом в целом по Российской Федерации снизилась с 65,4 до 21,3 случая на 100 000 населения [1,4]. Снижение заболеваемости сифилисом прослеживается во всех федеральных округах Российской Федерации [1].

Заболеваемость всеми формами сифилиса в 2017 году в Удмуртской Республике составила 24,9 на 100 тыс. нас. (378 случаев), что соответствует аналогичному показателю предыдущего года (РФ в 2016 году – 21,2) (табл. 1).

В 2017 году доля заболевших сельских жителей незначительно увеличилась и составила 42,1% (в 2016 году – 38,4%). Показатель заболеваемости сифилисом сельских жителей составил 30,5 на 100 тыс. населения, городских – 22,0 (табл. 2).

Доля пациентов с первичным сифилисом составила 13,0%, вторичным – 32,8%, ранним скрытым – 44,4%, поздними формами – 9,8%.

**Таблица 1. Динамика заболеваемости сифилисом в Российской Федерации и Удмуртской Республике за период 2013–2017 гг.**

Год	Абсолютные числа больных					На 100000 населения				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
РФ	41455	36606	34426	31143	-	28,9	25,0	23,5	21,3	-
УР	704	422	420	378	378	46,4	27,8	27,7	24,9	24,9

**Таблица 2. Заболеваемость всеми формами сифилиса городских и сельских жителей (2016–2017 гг.)**

Год	Сифилис – все формы (город)				Сифилис – все формы (село)			
	Абс. число		На 100 тыс. населения		Абс. число		На 100 тыс. населения	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
РФ	23849		21,9		7294		19,3	
УР	233	219	23,4	22,0	145	159	27,7	30,5

**Таблица 3. Распределение случаев заболеваний сифилисом по отраслям народного хозяйства в 2017 году**

Наименование отрасли (предприятия)	Всего		Мужчины		Женщины	
	абс.	% к итогу	абс.	% к итогу	абс.	% к итогу
Промышленность	7	1,9	4	1,8	3	1,9
Сельское хозяйство	6	1,6	4	1,8	2	1,3
Строительство	1	0,3	1	0,5	0	0,0
Общепит	1	0,3	1	0,5	0	0,0
Пищевая промышленность	2	0,5	1	0,5	1	0,6
Здравоохранение	1	0,3	0	0,0	1	0,6
Торговля	8	2,1	2	0,9	6	3,8
Учащиеся	20	5,3	5	2,3	15	9,4
в том числе: школы	5	1,3	0	0,0	5	3,1
ссузы	9	2,4	2	0,9	7	4,4
вузы	6	1,6	3	1,4	3	1,9
Народное образование	9	2,4	1	0,5	8	5,0
Работники дет. садов и дет. домов	4	1,1	0	0,0	4	2,5
Представители малого бизнеса	163	43,1	103	47,2	60	37,5
Неработающие	148	39,2	85	39,0	63	39,4
Иностранцы граждане (мигранты)	12	3,2	11	5,0	1	0,6
Итого по территории УР	378	100,0	218	57,7	160	42,3

Нейросифилис – тяжёлое, трудно поддающееся лечению заболевание, результатом которого являются значительное снижение качества жизни больных, их инвалидизация и даже летальный исход, особенно в случаях проведения неадекватной терапии [6]. В 2017 году в Удмуртской Республике официально зарегистрировано 6 больных ранним нейросифилисом, что составило 1,6% от общего числа зарегистрированных больных сифилисом и 14 больных поздним нейросифилисом. С поздним скрытым сифилисом зарегистрировано 23 пациента, что составило 6,1% от общего числа зарегистрированных больных сифилисом.

Анализ профессионального состава больных сифилисом показывает, что наибольшее число заболевших составили представители малого бизнеса – 43,1%, неработающие – 39,2%, учащиеся – 5,3% (в том числе учащиеся школ – 1,3%, ссузов – 2,4%, вузов – 1,6%), иностранные граждане – 3,2%, работники образования – 2,4%, торговли – 2,1%, промышленности – 1,9%, сельского хозяйства – 1,6% (табл. 3).

Наибольшее количество заболевших сифилисом приходится на возрастную группу 20–29 лет – 32,8% (табл. 4).

**Таблица 4. Распределение больных сифилисом по возрастам в 2016, 2017 гг.**

Возраст	2016		2017	
	абс.	%	абс.	%
0–14 лет	3	0.8	2	0.5
15–17 лет	12	3.2	9	2.4
18–19 лет	13	3.4	10	2.6
20–29 лет	140	37.0	124	32.8
30–39 лет	93	24.6	119	31.5
40 лет и ст.	117	31.0	114	30.2

Соотношение количества мужчин и женщин 1,36: 1,0.

В 2017 году зарегистрировано 22 беременные женщины с вновь выявленным заболеванием сифилис. Число беременных женщин, имеющих в анамнезе диагноз сифилитической инфекции и состоящих на серологическом контроле, составило 16, из них у 9 женщин беременность закончилась родами, все дети здоровы.

В 2017 году случаев врожденного сифилиса не зарегистрировано.

Количество зарегистрированных случаев сифилиса у детей (0–14 лет) снизилось на 30,0% по сравнению с 2016 годом. Всего зарегистрировано 2 случая, что составило 0,5% от общего числа зарегистрированных больных сифилисом. Заболеваемость сифилисом детей в 2017 году составила 0,7 на 100 тыс. детского населения (РФ в 2016 году – 0,6). Все заболевшие – девочки (табл. 5).

**Таблица 5. Заболеваемость детей (0–14 лет) сифилисом за 2014–2017 гг.**

Год	Сифилис – все формы (всего)							
	Абс. числа				На 100000 детского населения			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
РФ	268	228	151		1,1	0,9	0,6	
УР	4	3	3	2	1,4	1,1	1,0	0,7

**Таблица 6. Заболеваемость подростков сифилисом за 2014–2017 гг.**

Год	Сифилис – все формы (всего)							
	Абс. числа				На 100000 подросткового населения			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
РФ	611	391	290		15,4	9,9	7,2	
УР	12	7	12	9	27,1	15,7	26,4	19,6

**Таблица 7. Выявлено больных сифилисом в АПУ специалистами разных профилей, кроме дерматовенерологов за 2015–2017 гг. (%)**

Год	Специалисты всех профилей кроме дерматовенерологов			Из них акушеры-гинекологи		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
РФ	17,6	17,7		51,8	48,8	
УР	19,1	20,4	24,4	67,5	46,8	52,5

Все случаи заражения сифилисом детей расследованы.

В 2017 году отмечается снижение заболеваемости сифилисом среди подростков на 25,8%. Всего зарегистрировано 9 случаев заболевания, что составило 19,6 на 100 тыс. подросткового населения (РФ в 2016 году – 7,2). Девушек зарегистрировано 7, юношей – 2 (табл. 6).

В структуре заболеваемости сифилисом у подростков доля первичного сифилиса составила 44,4%, вторичного – 33,3%, раннего скрытого – 22,2%. Среди больных сифилисом подростков удельный вес учащихся школ – 33,3%, ссузов – 44,4%, вузов – 11,1%, работающих – 11,1%.

Заболеваемость сифилисом среди учащихся возросла на 17,6% по сравнению с 2016 годом. Всего зарегистрировано 20 случаев сифилиса, что составило 5,3% от всех больных сифилисом.

В 2017 году активное выявление сифилиса специалистами разных профилей в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ) составило 66,1% (в 2016 году – 66,7%), в том числе терапевтами – 6,8%, урологами – 0,8%, наркологами – 0,4%, фтизиатрами – 0,4%, акушерами-гинекологами – 12,8%, прочими специалистами – 3,2% (табл. 7).

Число больных сифилисом активно выявленных дерматовенерологами республики составило 38,4% (РФ в 2016 году – 17,3%) (табл. 8).

**Таблица 8. Выявлено больных сифилисом врачами-дерматовенерологами (в % к общему числу больных с вновь установленным диагнозом сифилиса) за 2015–2017 гг.**

Год	Всего			в том числе среди контактов больных		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
РФ	18,1	17,3		61,1	56,2	
УР	35,2	32,8	38,4	54,7	56,5	34,5

Активно выявлено из числа контактов в целом по республике – 13,2% (в 2016 году –18,5%) больных сифилисом.

Ниже среднефедеративного число привлеченных к обследованию контактных лиц – 1,2 (РФ в 2016 году – 1,4) на одного зарегистрированного больного, что свидетельствует о недостаточной работе с пациентами.

В 2017 году в анонимном кабинете случаев заболевания сифилисом не зарегистрировано.

Эпидемиологическую обстановку по заболеваемости сифилисом в Удмуртской Республике нельзя считать благополучной, в связи с тем, что уровень заболеваемости достаточно высокий и среди всех ранних форм сифилиса остается высоким удельный вес скрытых форм. Необходим дальнейший мониторинг заболеваемости сифилисом в Удмуртской Республике и совершенствование профилактической работы.

#### Список литературы

1. Здравоохранение в России. 2017: стат.сб./Росстат. – М., 2017. – 170 с.
2. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период 2004–2013 гг. / А. А. Кубанова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2017. – № 5. – С. 24–31.
3. Информационный бюллетень о состоянии заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем и различными кожными заболеваниями в Удмуртской Республике за 2017 год.
4. **Кубанова, А. А.** Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период 2006–2016 гг. / А. А. Кубанова, А. А. Кубанов, Л. Е. Мелехина // Вестник дерматологии и венерологии. – 2017. – № 5. – С. 16–24.
5. **Потекаев, Н. Н.** Эффективность современных методов диагностики нейросифилиса. Возможности и перспективы применения VDRL и иммуночипов / Н. Н. Потекаев, Е. С. Негашева // Клиническая дерматология и венерология. – 2016. – Т. 15. – С. 11–21.
6. **Чеботарев, В. В.** Актуальна ли проблема сифилиса сегодня? / В. В. Чеботарев, Н. В. Чеботарева // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. – Т. 14. – С. 52–55.

## К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

**В международном журнале «Здоровье, демография, экология финно-угорских народов» публикуются статьи по актуальным вопросам организации здравоохранения, общественного здоровья, демографии и экологии финно-угорских народов, рассматривается широкий спектр проблем клинической медицины.**

При направлении статьи в редакцию просим руководствоваться следующими правилами:

1. В редакцию необходимо направлять бумажный вариант (2 экземпляра) и электронную версию на диске или по адресу электронной почты – [hde\\_fu\\_journal@mail.ru](mailto:hde_fu_journal@mail.ru).

2. Статья должна быть напечатана на одной стороне листа через 1,5 интервала, поля текста: верхнее и нижнее – по 2 см, правое – 1 см, левое – 3 см. Шрифт *Times New Roman* 14. Рекомендуемый объем оригинального исследования – 5 страниц (до 9 000 символов), объем передовых и обзорных статей – до 10 страниц (до 18000 символов).

3. В начале первой страницы указывают на русском и английском языках: полужирным прописным начертанием – название статьи, под названием – инициалы и фамилии авторов (курсивное начертание), научные звания, должности и место работы авторов, а также адрес электронной почты каждого автора, корреспондентский почтовый адрес и телефон основного автора (для контакта с автором статьи (можно один на всех авторов)). Далее через 2 интервала, с абзацного отступа (1 см), – текст статьи.

4. Статья должна быть подписана всеми авторами и сопровождаться направлением от учреждения, в котором выполнена работа.

5. Структура статьи включает: краткое введение, отражающее состояние вопроса к моменту написания статьи; цель настоящего исследования; материалы и методы; результаты работы и их обсуждение; выводы; список использованной литературы в конце статьи.

6. Статья может быть опубликована на русском или английском языке. Аннотация статьи (объем до 7 строк) должна обеспечить понимание главных положений статьи и быть представлена на русском и английском языках. Обязательно наличие ключевых слов (на русском и английском языках). Ключевые слова или сло-

восочетания отделяются друг от друга точкой с запятой.

7. Объем графического материала минимальный. Фотографии – черно-белые, контрастные, максимальный размер 168/250 мм. Электронная версия в формате *Gray 8 bit, 600 dpi, TIFF*. Рисунки должны быть четкими, выполненными тушью. На обороте фотографии и рисунка карандашом ставятся: порядковый номер, фамилия автора, название статьи. Подписи к рисункам и фотографиям печатаются на отдельном листе. В тексте следует делать ссылки на номер рисунка. Электронная версия рисунка может быть представлена в форматах *Corel Draw 10–13; Adobe Illustrator 9–11*.

8. Таблицы (печатаются кеглем 10) должны быть пронумерованы, иметь заголовки и четко обозначенные графы, содержать только необходимые данные и представлять собой обобщенные и статистически обработанные материалы.

9. Все математические формулы должны быть тщательно выверены. Электронная версия представлена в форматах *MS Equation 3.0; Math Type 4.0*.

10. Библиографические ссылки в тексте статьи приводят цифрами в квадратных скобках в соответствии с указанным списком литературы, составленным в алфавитном порядке.

11. Библиографический список литературы приводится по ГОСТ 7.1.-2003 и должен составлять не менее 6–8 источников. Автор несет ответственность за правильность данных, приведенных в указателе литературы.

12. В конце статьи указываются фамилия, имя, отчество, занимаемая должность автора, его почтовый и электронный адрес, телефон.

13. Редакция оставляет за собой право на сокращение и редактирование присланных работ.

14. Рукописи, не принятые к печати, авторам не возвращаются.

Электронная почта: [hde\\_fu\\_journal@mail.ru](mailto:hde_fu_journal@mail.ru)

## RULES FOR AUTHORS

**The International Journal «Health, Demography, Ecology of Finno-Ugric Peoples» publishes articles concerning wide spectrum of problems of the public health organization, demography and ecology of Finno-Ugric peoples and issues of clinical and social medicine.**

*The article should be presented according to the rules:*

1. *The article should be submitted by the author in a set of two printed copies. Electronic variant of the article can be sent on e-mail address: hde\_fu\_journal@mail.ru or presented on a disk.*

2. *The article should be printed on one side of a sheet by Times New Roman 14, in 1.5 intervals, it's important to adjust the margins: high and low – 2sm, right – 1sm, left margin – 3 sm. Advisable volume of original scientific research is 3-5 pages (9 000 symbols), leading and authorial articles should be limited to 10 pages (18 000 symbols).*

3. *The title of the article written in capital letters (bold type) should be located below. Authors' initials and names (italic type), full name(s) of organization(s) where the work is done (italic type), should be printed at the front-page beginning, left aligned. Author's full name, job position, his/her home or office address and e-mail, as well as telephone numbers, must be applied at the end of the article. The text of the article should be presented beneath the title departing 2 intervals with 1sm indentation.*

4. *The article must be signed by all authors and be submitted with the permission for publication given by the Head of organization where the work is done.*

5. *The form of the article should include: Introduction, Aim, Material and Methods, Results, Discussion, Conclusion and References.*

6. *Volume of graphic material should be minimal. Photographs should be black-and-white and contrast, maximum amount is 168/250 (format Gray 8 bit, 600 dpi, TIFF). Figures should be clear, made in Indian ink (format Corel Draw 10–14, Adobe Illustrator 9–12). On the back side of a photo and a figure the number, author's name and the title are indicated in pencil.*

7. *Tables should have names and order number. They must contain only necessary findings: aggregate figures and statistically treated materials and be printed in ten-point type.*

8. *Formulas should have clear indication, presented in format MS Equation 3.0, Math Type 4.0.*

9. *Numbers of references in the article should be written in hooks according to the list of literature made in alphabetical order.*

10. *The list of literature should be written according to the State Standards – 7.1 –2003. The author is responsible for data adequacy.*

11. *The right is reserved to editorial staff to save and correct given articles.*

12. *In case of two or more articles written by one author(s) only one article can be published in the Journal.*

13. *Rejected articles are not given back to the authors.*

*The articles should be sent to the address: Izhevsk State Medical Academy, 426034 Russian Federation, Udmurt Republic, Izhevsk, Kommunarov Str. 281.*

*E-mail: hde\_fu\_journal@mail.ru.*