

# АВИЦЕННА

научный медицинский журнал

Публикации для студентов, молодых ученых и научно-преподавательского состава на [www.avicenna-idp.ru](http://www.avicenna-idp.ru)

ISSN 2500-378X

Издательский дом "Плутон"

[www.idpluton.ru](http://www.idpluton.ru)

## Выпуск №3

КЕМЕРОВО 2017

01 апреля 2017 г.

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

ISSN 2500-378X

УДК 378.001

Кемерово

Журнал выпускается ежемесячно. Научный журнал публикует статьи по медицинской тематике.

Подробнее на [www.avicenna-idp.ru](http://www.avicenna-idp.ru)

За точность приведенных сведений и содержание данных, не подлежащих открытой публикации, несут ответственность авторы.

Редкол.:

Никитин Павел Игоревич - главный редактор, ответственный за выпуск журнала.

Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат медицинский наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинский наук, ответственный за финальную модерацию и рецензирование статей.

Никитина Инна Ивановна – врач-эндокринолог, специалист ОМС, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Меметов Сервир Сеитягьяевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКи ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» .

Абдуллаева Асият Мухтаровна - кандидат биологических наук, доцент ФГБОУ ВО МГУПП.

Тахирова Рохатой - кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Ешиев Абдыракман Молдалиевич - доктор медицинских наук, профессор Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Федотова Елена Владимировна доцент - кандидат медицинский наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".

Тихомирова Галия Имамудиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФБГОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия".

Иванов Александр Леонидович – кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО.

Дурягина Лариса Хамидуловна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, заслуженный врач республики Крым, Медицинская академия имени С.И.

Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Дегтярева Людмила Анатольевна - кандидат медицинских наук, доцент медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

А.О. Сергеева (ответственный администратор)[и др.];

Научный медицинский журнал «Авиценна», входящий в состав **«Издательского дома «Плутон»**, создан с целью популяризации медицинских наук. Мы рады приветствовать студентов, аспирантов, преподавателей и научных сотрудников. Надеемся подарить Вам множество полезной информации, вдохновить на новые научные исследования.

Издательский дом «Плутон» [www.idpluton.ru](http://www.idpluton.ru) e-mail:admin@idpluton.ru

## Содержание

1. КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ РЕСПИРАТОРНОМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЕ У БЕРЕМЕННЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ.....4  
**Юсупова М.А., Ходжаева З.К., Шарафаддинова Г.Р.**
2. КЛИНИЧЕСКИЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ ПРИ КОКСАРТРОЗЕ.....9  
**Тагильцева Ю.С., Гусева А.И.**
3. РОДОРАЗРЕШЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ.....12  
**Юсупова У.У., Машарипова Р.Т., Юсупова М.А.**

**Юсупова Мехрибон Атахановна**

Докт. мед. наук, зав кафедрой “подготовки Врача Общей Практики” Ургенчского филиала  
Ташкентской медицинской академии

**Yusupova Mekhribon Atakhanovna**

Doctor of medical science Head of the Department of “General practitioners” training. Urgench branch of  
the Tashkent Medical academy

E-mail: [ladauz@mail.ru](mailto:ladauz@mail.ru)

**Ходжаева Замира Кадыровна**

Ассистент курса по переподготовке и повышению квалификации ВОП Ургенчского филиала  
Ташкентской медицинской академии

**Khodjayeva Zamira Kadyrovna**

Assistant of the chair of “Preparing “General practitioners” training. Urgench branch of the Tashkent  
Medical academy

E-mail: [mehri\\_bonu@rambler.ru](mailto:mehri_bonu@rambler.ru)

**Шарафаддинова Гульбахор Рашидовна**

Ассистент кафедры “подготовки ВОП” Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии

**Sharafaddinova Gulbahor Rashidovna**

Assistant of the chair of “Preparing “General practitioners” training. Urgench branch of the Tashkent  
Medical academy

УДК 616.24-002

**КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ РЕСПИРАТОРНОМ  
ДИСТРЕСС-СИНДРОМЕ У БЕРЕМЕННЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ**

**CLINICAL AND X-RAY INDICATORS IN RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME IN  
PREGNANCY WITH PULMONARY PNEUMONIA**

**Аннотация:** Цель исследования - определить особенности течения и ранней диагностики респираторного дистресс-синдрома (РДСВ) при внебольничной пневмонии у беременных женщин. Проведенные исследования показали, что диагноз РДСВ у беременных ставится на основе рентгенологической картины, комплекса клинических данных и лабораторных показателей. Во II, III и IV стадии РДСВ показатели количества (снижение) и агрегации (повышение) тромбоцитов достоверно отличаются от этих же показателей при I стадии. Уровень тромбоцитов и их агрегация в сочетании с клинической и рентгенологической картиной РДСВ, могут использоваться в качестве дополнительных признаков повреждения легких у беременных с тяжелой внебольничной пневмонией. При наличии у больных РДСВ II и III стадии показано прерывание беременности по жизненным показаниям путем операции кесарева сечения.

**Abstract:** The aim of our research was to determine the features of the course and early diagnosis of respiratory distress syndrome (ARDS) in community-acquired pneumonia in pregnant women. Studies have shown that the diagnosis of ARDS in pregnant women is based on an x-ray picture, a set of clinical data and laboratory indicators. In II, III and IV stages of ARDS, the numbers (decrease) and aggregation (increase) of platelets significantly differ from the same indices in the 1st stage. The level of platelets and their aggregation in combination with the clinical and radiological picture of ARDS can be used as additional signs of lung damage in pregnant women with severe community-acquired pneumonia. In the presence of patients with ARDS II and III stage, the abortion of pregnancy according to vital indications is shown by cesarean section.

**Ключевые слова:** респираторный дистресс-синдром, внебольничная пневмония и беременность, рентгенологическая картина.

**Keywords:** respiratory distress syndrome, community-acquired pneumonia, рентгенологическая

картина, X-ray.

Несмотря на большое количество исследований, посвященных респираторному дистресс-синдрому взрослых (РДСВ), многие аспекты этой проблемы у беременных остаются до настоящего времени малоизученными и в определенной степени дискутабельными, а летальность при тяжелых формах РДСВ достигает 95% [3,95; 5,88].

Грипп часто приводит к осложнениям со стороны респираторного тракта, к которым относятся: острый, бронхолит, пневмония, обострения хронического бронхита и бронхиальной астмы. Естественно, что у беременных женщин риск развития этих заболеваний еще более высок [1,2-7; 8,240]. При вирусно-бактериальной пневмонии развитие симптомов и признаки, характеризующие вовлечение в процесс паренхимы легких могут составлять до 4 суток, в течение этого периода может наблюдаться даже некоторое улучшение состояния больного. В момент госпитализации, как правило, имеют место признаки выраженной дыхательной недостаточности: вынужденное положение беременных (ортопноэ), тахипноэ, дискомфорт [9,615;10,466]. При тяжелом течении пневмонии у беременных увеличивается удельный вес таких возбудителей, как *H. influenzae*, *S. Aureus* и грамотрицательных микроорганизмов. У таких больных очень быстро наступают признаки выраженной легочно-сердечной недостаточности с переходом в так называемый респираторный дистресс-синдром взрослых (РДСВ), который является наиболее тяжелым осложнением пневмоний независимо от этиологического фактора [2-5,10].

Причины развития такого состояния разнообразны. Пусковыми механизмами РДСВ являются тяжелые поражения эндотелия капилляров с капиллярным застоем и интерстициальным отеком, ведущим к нарушению целостности капилляров и выходу жидкости, фибрина, эритроцитов и лейкоцитов из сосудов в легочную интерстициальную ткань, лимфатическую систему и, в конечном счете, в альвеолы. В экономически развитых странах летальность от РДСВ достигает 60-70% [3,4,5].

Изучение этиологии и патогенеза РДСВ при пневмонии у беременных, а также его ранняя диагностика, в настоящее время остаются малоизученными.

**Цель исследования** - определить особенности течения и ранней диагностики РДСВ при внебольничной пневмонии у беременных женщин.

**Материал и методы исследования.** Исследования проведены у 27 беременных женщин с внебольничной вирусно-бактериальной пневмонией, находившихся на лечении в клинике Центра Акушерства и гинекологии Минздрава республики Узбекистан. Длительность заболевания до поступления в стационар составляла от 3 до 8 суток (в среднем  $5,21 \pm 0,48$  суток). Отчетливо наблюдался сезонный характер заболеваемости, что совпадало с эпидемией гриппа и ОРВИ. У всех беременных отмечалась осложненная форма заболевания и тяжелое течение. Возраст беременных женщин составлял от 18 до 35 лет в среднем  $25,8 \pm 6,0$ . Срок гестации колебался от 18 до 38 недель. Из них первобеременными были 16 женщин (59,2%), повторнобеременные - 7 (25,9%), многорожавшие - 4 (14,8%). Среди поступивших женщин 11 (40,7%) беременных были во II триместре беременности, остальные 16 (59,2%) в III триместре беременности.

Всем беременным проводили мониторинговое наблюдение за показателями частоты сердечных сокращений (ЧСС), среднего динамического давления (СДД), сатурации кислородом ( $SaO_2$ ), которые контролировали с помощью монитора BPM- 300 фирмы "Biosis". Центральную гемодинамику оценивали методом эхокардиографического исследования аппаратом "SA - 600" фирмы MEDISON (Южная Корея). Изучали сердечный индекс (СИ), среднее динамическое давление (СДД); общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС); фракцию выброса (ФВ%).

Рентгенографию органов грудной клетки проводили при поступлении в отделение реанимации и интенсивной терапии, затем 1 раз в 2—3 дня.

В оценке результатов исследований РДСВ пользовались классификацией В. А. Гологорского (1986). В основу взяты результаты функционального исследования механики дыхания и газообмена, сопоставленные с клиническими и рентгенологическими данными.

#### **Результаты исследований и их обсуждение.**

При рентгенологическом исследовании у 9 (33,3%) больных беременных имела место правосторонняя нижнедолевая бронхопневмония, у 13 (48%) больных - двусторонняя нижнедолевая бронхопневмония и у 5 (18,5%) левосторонняя сегментарная бронхопневмония.

У 10 (37,0%) беременных с внебольничной пневмонией отмечались начальные проявления РДСВ, которые рентгенологически характеризовались усилением легочного рисунка равномерно по

всем полям, контуры четкие. По мере развития процесса легочный рисунок приобретает ячеистый вид. Могут быть мелкоочаговые тени в периферических отделах.

Угрожающих симптомов со стороны дыхания не было. При перкуссии выявляли перкуторный легочный звук с умеренно выраженным притуплением в задненижних отделах. При аускультации — везикулярное дыхание с жестким оттенком и небольшое количество сухих хрипов. Среднее артериальное давление (САД) соответствовало уровню 98,3 - 100 мм.рт.ст, ЧСС- 102,3±2,4 в мин., ФВ - 62,3%. Общий белок в крови в среднем составил 60,6 ± 0,4 г/л. Неврологический статус характеризовался признаками дисциркуляторной энцефалопатии I степени. Состояние расценивалось как средней степени тяжести.

В 12 (44,4%) случаях был поставлен диагноз РДСВ II стадии, который клинически проявлялся угнетением сознания и сонливостью. У 3 женщин отмечали беспокойство, дискомфорт, частую перемену положения в кровати. ЧД 26-28 в мин, поверхностное, отмечался умеренно-выраженный акроцианоз. Рот во время вдоха открыт, а во время выдоха полузакрыт. В дыхании принимают участие крылья носа. При перкуссии выявляются неравномерно разбросанные очаги притупления легочного звука, а при аускультации — ослабление дыхательных шумов на фоне жесткого дыхания и значительное ослабление дыхания в задненижних отделах, где выслушиваются единичные сухие хрипы. На рентгенограммах определяется понижение прозрачности легочных полей, появляются более выраженные очаговые тени, иногда сливного характера.

Артериальная гипертензия, тахикардия, выраженные отеки на нижних конечностях. Печень увеличена в размерах (+2-3 см), болезненная при пальпации. В некоторых случаях отмечали нарушения функции почек в виде повышения уровня креатинина в крови. Из лабораторных показателей выявлено снижение количества тромбоцитов до  $184,91 \pm 7,47 \cdot 10^9/\text{л}$ , агрегация тромбоцитов составила  $62,5 \pm 2,1$ . У всех беременных отмечалась дисциркуляторная энцефалопатия II степени.

У 5 (18,5%) больных беременных выставлен диагноз РДСВ III стадии. Состояние беременных расценивалось как крайне тяжелое. В этой стадии пациентки отвечают на вопросы с трудом, быстро утомляются. Рот постоянно открыт, отмечают головные боли, активное участие крыльев носа в акте дыхания, появляются несогласованность движений межреберных мышц и подергивание трахеи. Дыхание становится еще более частым (до 30-32 в мин), усиливается экспираторная одышка. Выраженный цианоз.

Очаги притупления при перкуссии увеличиваются в размерах, а аускультативно — дыхание с бронхиальным оттенком в пределах перкуторной тупости. В легких, как правило, выслушивается зона "амфорического" дыхания, часто в задненижних отделах — влажные хрипы. Очаги неравномерного ослабления дыхания быстро приходят в "сливные".

АД с тенденцией к гипотонии, ЧСС более 116-120 в мин. Имеют место признаки нарушения периферического кровообращения — гипотермия пальцев рук и ног, ушей, носа. Зоны похолодания распространяются проксимально с нарушением цвета кожных покровов в виде "чулков" и "носков". Отмечаются отеки нижних конечностей и кистей на фоне сниженного белка в крови ( $43,8 \pm 1,2$  г/л, количество тромбоцитов  $174,8 \pm 6,82$ , агрегация тромбоцитов —  $68,1 \pm 2,8\%$ ).

Несмотря на проводимое лечение, отмечалось дальнейшее угнетение сознания, порой до сопора, сопровождавшееся значительным возбуждением, эйфорией, бредом, в некоторых случаях — аутизм. Психические нарушения выражаются в негативной реакции, нетерпимости присутствия в отделении реанимации, отказа от лечения, процедур.

На рентгенограммах выявляются множественные хлопьевидные тени, значительное снижение прозрачности легочных полей. Легочный рисунок плохо дифференцируется.

Сопоставление клинических, функциональных и рентгенологических признаков РДСВ позволило нам выделить стадии процесса в 81,5% случаев. Однако рентгенодиагностика имеет свои трудности. Так, у 8 (18,5%) беременных, на рентгенограммах которых выявлялось усиление сосудистого рисунка и снижение прозрачности средней интенсивности с нечеткими контурами, диагноз РДСВ не был поставлен своевременно.

По мере нарастания степени РДСВ тест с дыханием 100% кислородом показал, что  $\text{раO}_2$  снижается, однако статистически значимое различие отсутствует. В то же время показатель  $\text{раCO}_2$  прогрессивно повышался.

Отмечено, что агрегация тромбоцитов и смешанной венозной крови при 1-й стадии РДСВ

была на 25% выше нормы, а количество тромбоцитов снижено. Во II стадии агрегация тромбоцитов в крови увеличилась на 12% по сравнению с I стадией РДСВ, а количество тромбоцитов снизилось на 15%.

III стадия характеризовалась максимальным изменением агрегации в смешанной венозной крови и достоверным ее повышением по сравнению с I стадией. Количество тромбоцитов существенно падало по сравнению с I стадией. При этом выявлена высокая степень достоверности между числом тромбоцитов и агрегацией у беременных с I и II стадиями РДСВ.

Полученные данные указывают на то, что легкие при РДСВ "захватывают" тромбоциты. Это подтверждают работы патоморфологического плана, посвященные РДСВ, в которых авторы указывают на наличие в капиллярах легких сладж-феномена с агрегацией тромбоцитов, большого количества лейкоцитов и отек эндотелиальных клеток [2]. При этом форма тромбоцитов нарушается. Снижается и электронная плотность матрикса агранул, представляющих собой депо биологически активных субстанций. Внутрисосудистая агрегация тромбоцитов вызывает выраженный спазм легочной микроциркуляции, повышает проницаемость капилляров в альвеолах и приводит к сокращению дыхательной мускулатуры.

Лечение таких больных сводилось к назначению антибиотиков (цефалоспорины III-IV поколения, 5 - фторхинолоны и т.д.) при гипотонии восполняли внутрисосудистый объем. Споры относительно преимуществ использования кристаллоидных растворов (изотонический раствор хлорида натрия, Рингер-лактат) или коллоидов (альбумин, декстран, поливинилпирролидон) до сих пор не закончены. Мы использовали преимущественно кристаллоиды за счет их легкой титруемости. Однако для поддержания преднагрузки требуются относительно большие объемы инфузии кристаллоидов, что может привести к резкому повышению количества внесосудистой жидкости и интерстициальному отеку. Однако из соображений стоимости предпочтение было отдано кристаллоидам.

Больным, у которых сохранялась гипотония, несмотря на адекватную инфузионную терапию, проводили инотропную стимуляцию вазоактивными препаратами (допамин). У больных с тяжелой гипотонией (среднее артериальное давление менее 60 мм рт ст.) для обеспечения перфузии жизненно важных органов добавляли мезатон. При высокой преднагрузке сердечного выброса с высоким ОПСС, назначали изокет. Сердечные гликозиды применяли обязательно, если имело первичное инфекционное повреждение миокарда.

Тем не менее, несмотря на проводимую терапию у больных с РДСВ II и III степени желаемого положительного эффекта на фоне беременности не получали. И только прерывание беременности по жизненным показаниям у пациенток с РДСВ II и III степени, позволяло добиться положительного эффекта от проводимой терапии. Ни в одном случае летального исхода не наблюдали.

Прерывание беременности проводилось в экстренном порядке путем операции - лапаротомии по *Joel-Cohen*, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте по методике *Misgaf-Ladah*, при необходимости с перевязкой трех пар магистральных сосудов матки, отличительной особенностью которых, являлось проведение анестезиологического пособия под регионарной анестезией при стабильных показателях центральной гемодинамики.

#### **Выводы**

1. Диагноз РДСВ ставится на основе рентгенологической картины, комплекса клинических данных и лабораторных показателей.
2. Во II, III и IV стадии РДСВ показатели количества (снижение) и агрегации (повышение) тромбоцитов достоверно отличаются от этих же показателей при I стадии.
3. Уровень тромбоцитов и их агрегация в сочетании с клинической и рентгенологической картиной РДСВ, могут использоваться в качестве дополнительных признаков повреждения легких у беременных с тяжелой внебольничной пневмонией.
4. При наличии у больных РДСВ II и III стадии показано прерывание беременности по жизненным показаниям путем операции кесарева сечения.

#### **Библиографический список:**

1. Архипов В.В., Цой А.Н. Пневмонии у беременных / Пособие для врачей. Под ред. Чучалина А.Г. М. 2002, С. 21-28.
2. Внегоспитальная пневмония / Соболева Л.Г., Собченко С.А. и др. Уч. пособие. СПб – 2003. – 47 С.

3. Зайковский Ю. Я., Ивченко В. И. Респираторный дистресс-синдром у взрослых.- Киев, 1987.
4. Кассиль В.Л. Острый респираторный дистресс-синдром в свете современных представлений (часть 2) / В.Л.Кассиль, Е.С.Золотокрылина // Вестник интенсивной терапии. 2001. - № 1. — С. 9-14.
5. Кассиль В.Л. Острый респираторный дистресс-синдром / В.Л.Кассиль, Е.С. Золотокрылина. М.: Медицина, 2003. - 224 с.
6. Новиков Ю.К. Внебольничные пневмонии // Русский медицинский журнал 1999.-т.7.-№17(99).- С. 825-829.
7. Острый респираторный дистресс-синдром: практическое руководство / под ред. Б. Р. Гельфанда, В. И. Кассиля. М.: Литтерра, 2007. - 232 с.
8. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Чернеховская Н.Е. // Пневмония.- М.: Экономика и информатика, 2002. – 488 С.
9. Anderson W.R. Correlative study of adult respiratory distress syndrome by light, scanning and transmission electron microscopy / W.R. Anderson, K. Thielen // Ultrastruct. Pathol. 1992.- Vol.16.- P. 615-628.
10. Bernard G.R. Acute respiratory distress syndrome: a historical perspective / G.R. Bernard // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2005. - Vol. 172. - N 7. - P. 7988.

**Тагильцева Юлия Сергеевна**

**Tagiltseva Yulia Sergeevna**

Студент

Уральский государственный медицинский университет,

Екатеринбург, Российская Федерация

E-mail: [julia-tagiltseva@mail.ru](mailto:julia-tagiltseva@mail.ru)

**Гусева Алёна Игоревна**

**Guseva Alyona Igorevna**

Студенты

Уральский государственный медицинский университет,

Екатеринбург, Российская Федерация

E-mail: [alena.guseva18@gmail.com](mailto:alena.guseva18@gmail.com)

УДК 61.616-001

## **КЛИНИЧЕСКИЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ ПРИ КОКСАРТРОЗЕ**

### **CLINICAL BIOCHEMICAL BLOOD TEST IN COXARTHROSIS**

**Аннотация:** В статье рассмотрены и проанализированы изменения результатов анализа крови у больных коксартрозом III степени, выявлены возможные причины этих изменений, взаимосвязь с полом и возрастом пациентов. У пациентов выявлен низкий уровень гемоглобина (40% женщины и 73% мужчины), в этой группе женщин прослежена сильная обратная корреляция между показателями «СОЭ/ величина гематокрита».

**Annotation:** The article describes and analyzes changes in blood test results in patients with coxarthrosis of III degree, identified the possible causes of these changes, the relationship with sex and age.

**Ключевые слова:** коксартроз, анализ крови, сустав

**Main words:** coxarthrosis, blood test, joint

Коксартроз – это хроническое заболевание, в процессе которого происходит повреждение и разрушение тазобедренного сустава, а именно, суставных поверхностей костей, формирующих сустав. Причин развития данного процесса множество, однако, основным определяющими факторами являются хроническое травмирование сустава, нарушение суставной микроциркуляции и вследствие этого метаболических процессов, обеспечивающих регенерацию костной ткани [1,12]. Коксартрозу подвержены люди всех возрастных групп, за исключением детей раннего возраста. В последнее время возраст заболевших значительно снизился, если пару десятилетий назад этому заболеванию были подвержены люди старческого возраста, то сейчас его можно встретить у людей 30-35 лет [3,15]. Именно поэтому мы считаем данную проблему актуальной и социально значимой, так как она не только ухудшает качество жизни больного, но и приводит к большим социально-экономическим затратам общества [2,27].

**Цель исследования.** Провести анализ показателей стандартной панели клинического биохимического исследования у пациентов с идиопатическим коксартрозом III степени.

**Материалы и методы исследования.** Проведен (анонимно) ретроспективный анализ истории болезни 30 пациентов, из которых 50% женщин и 50% мужчин. Истории болезни предоставлены МБУ ГБ №36 «Травматологическая» г. Екатеринбурга. Анализ проведен под руководством врача высшей категории С.В.Тагильцева.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Одним из основных клинических тестов, позволяющих диагностировать коксартроз (и артроз любого другого сустава) в отличие от синовита, ревматического процесса, является отсутствие

каких-либо специфических изменений в анализе крови, в том числе и СОЭ[3,8]. Анализ данных, полученных при исследовании крови больных идиопатическим коксартрозом, показал, что показатель СОЭ – скорость оседания эритроцитов, один из главных лабораторных показателей, у большинства обследованных пациентов (37%) находится в пределах нормы, либо чуть их превышает (30%) (рис1).

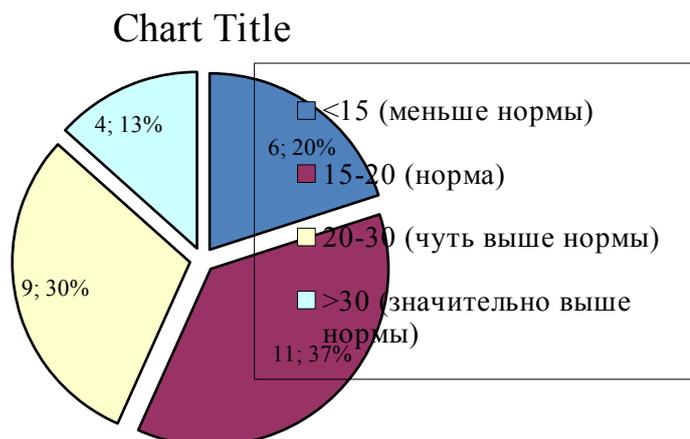


Рис.1 Распределение пациентов (%) с показателями СОЭ.

Повышение СОЭ при артрозе может возникать в случае синовита (воспаления синовиальной оболочки), нередко возникающего при коксартрозе на такой поздней стадии, либо при прочих сопутствующих заболеваниях (сахарного диабета, поражений сердца, гиперхолестеринемии), имеющих у наших пациентов.

Возрастной и гендерный анализ историй болезни выявил определенные отличия в развитии патологического процесса. У мужчин возраст пациентов меньше 50 лет составляет 4%, 50-60 лет - 46%, больше 60 лет - 40%. Среди женщин моложе 50 лет заболевание диагностировано у 27%, от 50 до 60 лет у 33%, старше 60 лет – у 40%. По нашим данным патологические изменения тазобедренных суставов в обследованных группах наступают раньше у женщин по сравнению с мужчинами.

В анализе клинических показателей обращают на себя внимание низкие величины средних значений гемоглобина и гематокрита. Гендерных достоверных отличий между исследуемыми клиническими показателями не обнаружено (табл.1).

Таблица 1. Клинические показатели и средний возраст пациентов

Показатели	Пациенты	
	мужчины	женщины
Средний возраст	55,7± 11,3	57 ± 8,3
СОЭ	22,9 ± 11,5	19,8 ± 6,7
Гемоглобин (г/л)	104,2 ± 22,6	111,2 ± 23,9
Гематокрит	38,8 ± 7,0	37,9 ± 6,2

--	--	--

Явление анемии (низкое содержание гемоглобина , г/л) выявлены у 40% обследованных женщин (среднее значение  $84,4 \pm 3,4$ ) и у 73% мужчин ( среднее значение  $92,6 \pm 11,0$ ). Между исследованными показателями в обеих группах также не обнаружено заметной корреляции. Слабая обратная корреляция прослеживается между показателями «возраст / величина гематокрита» в общей группе пациенток - женщин. В том случае, если у пациенток с диагнозом коксартроз низкое содержание гемоглобина, возникает сильная обратная корреляция  $K = - 0,84$  между показателями «СОЭ/ величина гематокрита».

**Заключение.** Проведенный ретроспективный анализ показателей стандартной панели клинического биохимического исследования при коксартрозе не выявил значительного изменения значений СОЭ, достоверных гендерных отличий показателей. У пациентов выявлен низкий уровень гемоглобина (40% женщины и 73% мужчины), в этой группе женщин прослежена сильная обратная корреляция между показателями «СОЭ/ величина гематокрита». Обнаруженная связь может иметь клиническое значение.

**Библиографический список:**

1. Гайко Г.В. Особенности биохимических изменений в сыворотке крови в зависимости от формы прогрессирования идиопатического коксартроза / Гайко Г.В., Магомедов А.М., Калашников А.В., Кузуб Т.А. // Травма, - 2012, №2.
2. Гольдберг А.О. К вопросу патоморфологии головки бедренной кости при коксартрозе III и IV стадий/ Гришина Л.П., Каня О.В. Корьяк В.А., Лебедев В.Ф// Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской Академии медицинских наук. – 2012. - №4-2.
3. Загородний Н.В. Эндопротезирование тазобедренного сустава. Основы и практика: руководство/ Н.В.Загородний. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 704с.
4. Режим доступа: URL: <http://medportal.ru>

**Юсупова Умида Улугбековна**

Ассистент кафедры «Факультетской и госпитальной педиатрии» Ургенчского филиала  
Ташкентской медицинской академии.

**Yusupova Umida Ulugbekovna**

Assistant of the chair of «Faculty and Hospital pediatry» Urgench branch of the Tashkent Medical  
academy 20100 Uzbekistan, Khorezm region, Urgench city, Al-Khorezmy street, 28

**Машарипова Роза Тельмановна**

Ассистент кафедры Факультетской и госпитальной педиатрии Ургенчского филиала ТМА

**Masharipova Roza Telmanovna**

Assistant of the chair of «Faculty and Hospital pediatry» Urgench branch of the Tashkent Medical  
academy. 20100 Uzbekistan, Khorezm region, Urgench city, Al-Khorezmy street, 28

**Юсупова Мехрибон Атахановна**

Доктор медицинских наук, заведующая кафедрой “подготовки Врача Общей  
Практики” Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии.

**Yusupova Mekhrison Atakhanovna**

Doctor of medical science Head of the Department of “General practitioners” training  
Urgench branch of the Tashkent Medical academy. 220100 Узбекистан. Хорезмская область г.  
Ургенч. Ул. Аль-Хорезмий, д.28

E-mail: [ladauz@mail.ru](mailto:ladauz@mail.ru)

УДК 616.24-002

**РОДОРАЗРЕШЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ  
ПНЕВМОНИЕЙ**

**OUR EXPERIENCE OF DELIVERY BY PREGNANT WOMEN WITH SEVERE FORM OF  
COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA**

**Аннотация:** Целью данного исследования явилось изучить эффективность перевязки  
трех парных магистральных сосудов матки во время операции кесарева сечения у беременных с  
тяжелой внебольничной пневмонией. Установлено, что применение метода интраоперационной  
перевязки трех пар магистральных сосудов матки у беременных основной группы, позволило  
существенно снизить частоту таких осложнений, как послеоперационные гипотонические  
кровотечения, эндометрит и других септических осложнений

**Abstract:** The aim of our investigation was to study of effectiveness bandaging three pairs of the  
uterine main vessels during caesarian section operation by pregnant women with severe form of community-  
acquired pneumonia. In accordance of our data, the method of bandaging three pairs the main vessels of

uterus in the basic group allowed to reduce a number of as complications as postoperative hypotonic bleedings, endometritis and other septic complications

**Ключевые слова:** кесарево сечение, интраоперационная перевязка сосудов матки, тяжелая внебольничная пневмония.

**Keywords:** cesarean section, intraoperative ligation of uterine vessels, severe community-acquired pneumonia.

Расширение показаний к операции кесарево сечение является одной из особенностей современного акушерства. Этому способствуют развитие и совершенствование оперативного акушерства, анестезиологии, неонатологии, фармакологии и др. Увеличение частоты операций кесарева сечения в последние десятилетия обусловлено постоянным расширением показаний к этой операции, среди которых преобладают показания, обусловленные тяжестью состояния женщины и/или плода [1, с.162, 2, с.5]. После абдоминального родоразрешения значительно уменьшилась материнская смертность у беременных с экстрагенитальной патологией в т.ч. тяжелой внебольничной пневмонией (ТВП). Беременные с этой патологией являются группой риска на кровотечение и септические осложнения. Акушерские кровотечения у таких больных являются следствием нарушений сократительной способности матки, а также нарушений в свертывающей системе крови [3,с.48].

Сегодня не вызывает сомнений преимущество рассечения матки в её нижнем сегменте. Однако при этом требуют оптимального решения такие важные вопросы как методика операции, техника выполнения самого вмешательства [2, с.5, 4, с. 200].

В связи с этим разработка профилактических мероприятий по предупреждению осложнений во время и после операции кесарева сечения у беременных с ВП является весьма актуальной.

**Цель исследования:** изучение эффективности перевязки трех парных магистральных сосудов матки во время операции кесарева сечения у беременных с ВП тяжелого течения.

#### **Материал и методы.**

Под нашим наблюдением находились 48 женщин с ВП тяжелого течения, у которых роды завершены экстренной операцией кесарева сечения.

Все обследованные женщины основной группы и группы сравнения существенно не отличались по возрасту и паритету родов. Возраст беременных женщин составил  $25,8 \pm 6,0$  лет. Срок гестации - от 18 до 38 недель.

I группу составили 22 родильницы, родоразрешенных путем операции кесарева сечения по методу *Misgaf Ladach* с перевязкой трех пар магистральных сосудов матки нехромированным кетгутом по Олеари.

Во II группу вошли 26 родильниц, родоразрешенных операцией кесарево сечение без перевязки трех пар сосудов.

Показаниями к операции были: нарастание острой легочно-сердечной и полиорганной недостаточности.

В клинике в экстренном порядке проводились клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования до, и после операции: общий анализ крови и мочи, биохимия крови, показатели свертывающей системы крови, УЗИ печени, почек, сердца, матки, рентгенография органов грудной полости в прямой проекции, доплерография сосудов матки на 1-е и 5-е сутки послеоперационного периода.

Статистическую обработку полученных данных проводили на компьютере с использованием стандартных программ Windows 95: Microsoft Excel и Microsoft Access.

#### **Результаты исследования и их обсуждения.**

В настоящее время в клинике НИИ А и Г практикуется чревосечение по *Joel-Cohen*, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте по методике *Misgaf-Ladach*, разработанная в Иерусалимском госпитале *Misgav Ladach*, профессором М. Stark (1994). Атравматическая техника операции с учетом топографической анатомии и осторожное разведение мягких тканей сводят к минимуму кровопотерю [2].

Преимущества метода - быстрое выполнение операции, меньшая кровопотеря, более легкое извлечение плода, меньшая болезненность после операции, меньший риск на развитие тромбофилических осложнений, инфекции, снижение числа койко-дней.

В I группе 16 (72,7%) беременных обезболивание во время операции производилось под

спинномозговой анестезией (СМА), длительная перидуральная анестезия (ДПА) применена у 4 (18,1%) пациенток и многокомпонентный внутривенный наркоз с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ) использован у 2 (9,0%) женщин.

Во II группе СМА применено у 12 (48,0%) беременных, ДПА – у 12 (48,0%) и многокомпонентный внутривенный наркоз с ИВЛ – у 2 (7,6%) пациенток, соответственно.

Во время операции кровопотерю учитывали гравиметрическим методом. Беременным обеих групп во время операции произведена плазмотрансфузия, в основном по рекомендации гемостазиологов. Это было связано с исходными показателями гемостазиограммы.

Кровопотеря в I группе составила в среднем  $452 \pm 48,5$  мл, во II группе  $550 \pm 36,3$ , соответственно ( $p < 0,05$ ).

Продолжительность операции составила в I группе в среднем  $20,6 \pm 4,2$  минуты и  $25,4 \pm 3,6$  минут в группе сравнения.

Данные показателей крови после операции кесарева сечения в обеих группах существенно не отличались. Так, среднее содержание гемоглобина крови до операции у больных обеих групп составляло  $110 \pm 3,2$  г/л. После операции содержание гемоглобина в I группе было  $98 \pm 5,6$  г/л, во II группе  $102 \pm 4,2$  г/л. Койко-день составил в I группе  $7,6 \pm 0,4$  против  $8,4 \pm 0,5$  дней во II группе ( $p < 0,05$ ).

#### **Выводы**

1. При перевязке артериальных сосудов матки кровообращение в матке значительно снижается - что способствует образованию тромба в плацентарной площадке, уменьшает кровопотерю во время и, в раннем послеоперационном периоде.

2. Уменьшается применение препаратов крови.

3. Предложенный метод интраоперационной перевязки трех парных магистральных сосудов матки позволяет снизить частоту таких осложнений, как послеоперационные гипотонические кровотечения, эндометрит и других септических осложнений.

#### **Библиографический список**

1. Воронин К.В., Козлов С.В. Перевязка магистральных сосудов матки при акушерских кровотечениях с учетом анатомо-топографических вариантов ее кровоснабжения. — Д.: Наука и образование, 2004 .С. 162.

2. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение. - М.: Медицина, 1998. – 192 с.

3. Курбанов С.Д., Юсупова М.А. Клинико-лабораторные особенности внебольничной пневмонии у беременных женщин // Патология. - №3. – 2004. – С. 48-51.

4. Серов В.Н., Абубакирова А.М. Акушерские кровотечения (профилактика и лечение) // Акушерство и гинек. 2007 - №5.-С.28-33.

5. Стрижаков А.Н., Лебедев В.А. Кесарево сечение в современном акушерстве. – М.: Медицина. – 1998. – 304 с.



**Научное издание**

Коллектив авторов

ISSN 2500-378X

Научный медицинский журнал «Авиценна» Кемерово  
2017