

Издательский дом «Плутон»

Научный медицинский журнал «Авиценна»

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

УДК 378.001

XVI Международная научная медицинская конференция

«Современные медицинские исследования»

СБОРНИК СТАТЕЙ КОНФЕРЕНЦИИ

22 января 2018

Кемерово

СБОРНИК СТАТЕЙ ШЕСТНАДЦАТОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ»

22 января 2018 г.

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

ISBN 978-5-9500488-8-3

Кемерово УДК 378.001. Сборник докладов студентов, аспирантов и профессорско-преподавательского состава. По результатам XVI Международной научной медицинской конференции «Современные медицинские исследования», 22 января 2018 г. www.avicenna-idp.ru/ Редкол.:

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

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

Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинских 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 медицинских наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".

Тихомирова Галия Имамутдиновна - 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.];

Кемерово 2018

В сборнике представлены материалы докладов по результатам научной конференции.

Цель – привлечение студентов к научной деятельности, формирование навыков выполнения научно-исследовательских работ, развитие инициативы в учебе и будущей деятельности в условиях рыночной экономики.

Для студентов, молодых ученых и преподавателей вузов.

Издательский дом «Плутон» www.idpluton.ru e-mail:admin@idpluton.ru

Подписано в печать 22.01.2018 г.

Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 2.2. | Тираж 500.

Все статьи проходят рецензирование (экспертную оценку).

Точка зрения редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов публикуемых статей.

Авторы статей несут полную ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

Редакция не несет ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.

При использовании и заимствовании материалов ссылка обязательна

Содержание

ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА.....	4
Габдракипова А.А., Черватюк М.И., Мищенко А.Н.	
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ.....	7
Архипова Е.Е.	
РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПРЕПАРАТОВ МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОРЛА.....	10
Гусева Л.Е.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИРАБИЧЕСКОЙ ОРАЛЬНОЙ ВАКЦИНАЦИИ ДИКИХ ПЛОТОЯДНЫХ ЖИВОТНЫХ В УСЛОВИЯХ ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	15
Свотина М.А.	
ЭКСПРЕССИЯ мРНК СЕЛЕНОПРОТЕИНОВ МЛЕКОПИТАЮЩИХ В НОРМАЛЬНЫХ И РАКОВЫХ КЛЕТОЧНЫХ ЛИНИЯХ СЕМЕННИКОВ И ПРОСТАТЫ.....	19
Варламова Е.Г.	
РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПО ВОПРОСАМ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МНЕНИЯ СОТРУДНИКОВ О СОСТОЯНИИ КАЧЕСТВА В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ.....	23
Ярославский К.В., Ярославский В.К.	
РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ У БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	29
Казарян Г.А., Фарбирович В.Я.	
ПАТОГЕНЕЗ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА.....	32
Матризаева Г.Д.	
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ.....	35
Машарипова Р.Т.	
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО - МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ.....	39
Мирзаева Н.С.	

Статьи XVI Международной научной медицинской конференции «Современные медицинские исследования»

Габдракипова Альбина Айбековна

студентка IV курса медицинского института НИУ «БелГУ», г.Белгород

Черватюк Мария Игоревна

студентка IV курса медицинского института НИУ «БелГУ», г.Белгород.

Мищенко Алина Николаевна

студентка IV курса медицинского института НИУ «БелГУ», г.Белгород.

Gabdrakipova Albina Aybekovna

student of the IV course medical Institute, national research UNIVERSITY "BelSU", BELGOROD

Chervatuk Maria Igorevna

student of the IV course medical Institute, national research UNIVERSITY "BelSU", BELGOROD

Mishenko Alina Igorevna

student of the IV course medical Institute, national research UNIVERSITY "BelSU", BELGOROD

УДК 616.12-008.331.1.

**ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА****DEPENDENCE OF DEVELOPMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION AT PERSONS
WITH EXCESSIVE BODY MASS**

Аннотация: В данной статье анализируются результаты исследования взаимосвязи показателей ИМТ и развития артериальной гипертензий у лиц возраста 18-26 лет. Утверждается, что вероятность развития артериальной гипертензии у лиц среднего возраста с избыточной массой тела в 2 раза выше, чем у лиц с нормальной массой тела. Рассматривается проблема ожирения как фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе гипертонической болезни. Анализируется процентное соотношение лиц, имеющих артериальную гипертензию на фоне избыточной массы тела. Делаются выводы о необходимости срочного обращения к соответствующим специалистам для лечения.

Abstract: In this article, the results of the study of the relationship between BMI and arterial hypertension in subjects aged 18-26 years are analyzed. It is argued that the probability of developing hypertension in middle-aged people with an overweight is 2 times higher than in individuals with normal body weight. The problem of obesity as a risk factor for the development of cardiovascular diseases, including hypertension, is considered. The percentage of persons who have arterial hypertension on the background of excessive body weight is analyzed. Conclusions are drawn about the need to urgently appeal to the appropriate specialists for treatment.

Ключевые слова: ожирение, взаимосвязь, артериальная гипертензия, лица молодого возраста

Keywords: obesity, interrelation, arterial hypertension, young people

Актуальность нашего исследования. По данным Всемирной организации здравоохранения, около 30% жителей планеты страдают ожирением, что составляет около 250 млн человек. Необходимо понимать, что ожирение - это не только избыточный объем жировой ткани, но и сложный комплекс метаболических нарушений во всем организме. На сегодняшний день ожирение *считается новой неинфекционной «эпидемией XXI века»*. [1,2]. Избыточная масса тела в настоящее время рассматривается как независимый фактор риска, т. к. часто ведет к увеличению риска сердечно-сосудистых заболеваний [3].

Вероятность развития артериальной гипертензии у лиц среднего возраста с избыточной массой тела в 2 раза выше, чем у лиц с нормальной массой тела. Фрамингемское исследование показало, что систолическое и диастолическое артериальное давление (САД и ДАД) возрастают с повышением индекса массы тела (ИМТ= вес [кг]/ рост [м]²). На каждые лишние 4,5 кг САД повышается на 4,4 мм рт. ст. у мужчин и на 4,2 у женщин. [4].

В последние годы отмечается постоянное увеличение числа лиц с избыточной массой тела, особенно среди трудоспособного населения, поэтому проблема ожирения является одной из актуальных проблем медицины.

В течении долгого времени многие исследователи, практикующие врачи интересовались проблемой гипертонической болезни и артериальной гипертензии в большинстве у больных старшего и пожилого возраста, в то время как артериальная гипертензия у лиц молодого оставалась не раскрыта. Хотя эта проблема тоже актуальна в современном мире, т.к. с каждым годом растет доля тучных людей среди молодого поколения. Ученые из Университетского колледжа Лондона провели исследование и выяснили, что около 20% юношей и 25% девушек, рожденных после 1990 года, страдают ожирением или лишним весом с 10-летнего возраста. В 1940-х и 1970-х годах этот показатель составлял 7% и 11% соответственно.

Ученые заявили, что чем дольше у человека присутствует лишний вес, тем выше риск появления таких заболеваний как ишемическая болезнь сердца, артрит, гипертония и сахарный диабет 2 типа.

Цель нашего исследования - изучение наличия связи между показателями массы тела и артериальной гипертензии в группе лиц молодого возраста, страдающих избыточной массой тела и ожирением.

Задачи: 1) изучить показатели ИМТ у лиц возраста 18-26 лет;
2) отобрать молодых людей с избыточной массой тела и ожирением;
3) исследовать взаимосвязь между избыточной массой тела и развитием артериальной гипертензии;

Для достижения поставленной цели и решения сформулированных задач в работе было исследовано 534 человека в возрасте 18-26 лет (средний возраст – 21,7). Для отбора людей с избыточной массой тела проводили антропометрические измерения - рост и массу тела и вычисляли у всех индекс массы тела по формуле Кетле: вес(кг)/рост² (м). Из 534 пациентов 51 оказались с избыточной массой тела, что составляет примерно 9,5 %.

Далее мы исследовали только 51 отобранных пациентов. В ходе исследования мы изучали показатели артериального давления молодых людей. Для этого попросили их регистрировать в течение недели показатели своего артериального давления. Следующим этапом был подсчет среднего артериального давления у каждого пациента.

Результаты исследования:

1. Нормальное АД (120-129/80-84) – 4 пациента, что составляет 7,9 %;
2. Высоко нормальное АД (130-139/85-89) – 9 пациентов, что составляет 17,6 %;
3. I степень ГБ (140-159/90-99) – 32 пациентов, что составляет 62,7 %;
4. II степень ГБ (160-179/100-109) – 4 пациента, что составляет 7,9 %;
5. III степень ГБ (>180/>110) – 2 пациента, что составляет 3,9 %;



Вывод: В ходе нашего исследования мы выяснили, что зависимость между показателями индекса массы тела и артериального давления действительно существует. Из всех 51 пациентов имеют нормальное артериальное давление только 4 человека – 7,9%. Остальные же 47 человек – 92,1% имеют повышенные цифры артериального давления. Это очень высокий показатель. Все знают, что последствия высокого давления опасны своими осложнениями. В первую очередь страдает сосудистая система, за ней следует сердечная мышца, головной мозг, почки и зрение.

Последствия самые разнообразные: почечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, ишемический инсульт, стенокардия, инсульт, инфаркт миокарда, гипертонический криз.

Самое печальное, что возраст пациентов нашего исследования- 18-26 лет. Это совсем молодые люди. Поэтому им уже сейчас необходимо обратиться к врачу-эндокринологу и врачу-кардиологу для лечения ожирения и артериальной гипертензии.

Библиографический список:

1. National Task Force on Obesity. Overweight, obesity, and health risk. Arch Intern Med 2000; 160: 898-904.
2. Аметов А.С. Ожирение эпидемия XXI века. Тер архив 2002; № 10: 57.
3. Eskin R.H., Krauss R.M. American Heart Association call to action: obesity as a major risk factor for coronary heart disease. Circulation 1998; 97: 2099-2100.
4. Китайское исследование. Результаты самого масштабного исследования связи питания и здоровья / Колин Кэмпбелл, Томас Кэмпбелл ; пер. с англ. Валентины Уразаевой. — М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. — 528 с.

Архипова Елизавета Евгеньевна

Магистрант 3 курса. Факультет Психологии и Педагогики. Кафедра Специальной и Клинической Психологии. Челябинский Государственный Университет
Россия, г. Челябинск

Arkhipova Elizaveta Evgenevna

Master's Student. Faculty of Psychology and Pedagogy. Department of Special and Clinical Psychology. Chelyabinsk State University
Russia, Chelyabinsk
E-mail: eliz.ev.ar@gmail.com

УДК 616.72-002.77

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ**PSYCHOEMOTIONAL STATUS OF PATIENTS AFTER PRIMARY REPLACEMENT ARTHROPLASTY**

Аннотация: В статье представлены результаты психодиагностики психоэмоционального статуса 30 пациентов после первичного эндопротезирования суставов.

Abstract: The article represents the results of psychodiagnostic psychoemotional status of 30 patients after primary replacement arthroplasty.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, остеоартроз, эндопротезирование, тревожность, депрессия.

Keywords: rheumatoid arthritis, osteoarthritis, replacement arthroplasty, anxiety, depression.

В настоящее время проблема патологии опорно-двигательного аппарата находится в центре внимания всей мировой научной общественности.

Ревматоидный артрит (РА) является хроническим аутоиммунным системным заболеванием с существенным поражением периферических суставов эрозивно-деструктивного характера, частота которого в популяции составляет 0,6-1,6%. РА поражает лиц трудоспособного возраста, ведет к ранней инвалидизации и утрате функциональной способности суставов [5]. Прогрессирующим течением отличаются и деформирующие остеоартрозы тазобедренных и коленных суставов. Остеоартроз (ОА) – заболевание, поражающее все компоненты сустава: хрящ, субхондральный участок кости, синовиальную оболочку, связки, капсулы, периартикулярные мышцы. Длительно сохраняющийся болевой синдром, нарушение функции суставов и двигательной способности, побочные действия от лекарств, снижение социальной активности приводят к тому, что у больных развиваются тревожно-депрессивные расстройства [2]. Все эти изменения за короткие сроки служат причиной значительного снижения качества жизни, ранней инвалидизации пациентов и требуют применения дорогостоящих высокотехнологичных хирургических вмешательств, таких как эндопротезирование – замены сустава протезом.

Эндопротезирование суставов представляет собой оперативное вмешательство, которое направлено на восстановление движений в суставе, улучшение функции параартикулярных мышц и других мягкотканых структур. Главные задачи эндопротезирования сустава – снятие боли у пациента, восстановление движений и стабильности в суставе, а также устранение деформации [1].

Хронический болевой синдром у пациентов, подвергающихся эндопротезированию тазобедренного и коленного суставов, сопровождается тревожно-депрессивным состоянием, что негативно влияет на эффективность послеоперационного обезболивания, длительность реабилитации и ухудшает результаты лечения [4].

Под влиянием собственного страха, пациент производит меньший объем движений оперированной конечностью, либо полностью обездвиживает и бережет ее, в неполной мере понимая необходимость собственных активных движений уже на раннем этапе реабилитационного процесса. Поэтому, психологическое состояние при реабилитации играет важную роль [3].

В нашем исследовании приняли участие 30 человек из них 6 мужчин и 24 женщины, средний возраст пациентов $58,57 \pm 6,75$. Все они проходили стационарное лечение на базе травматолого-

ортопедического отделения №16 в ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России г. Кургана.

Использовались следующие методики: «Интегративный тест тревожности» (ИТТ), созданный в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева, авторы А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев; методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.Зунга в адаптации Т. И. Балашовой.

По методике ИТТ средние показатели представлены на рисунке 1. Так, общий балл личностной тревожности ($7,17 \pm 1,48$) преобладает над ситуативной тревогой ($6,20 \pm 2,32$). В структуре личностной тревожности доминирует астенический компонент ($7,03 \pm 1,58$), свидетельствующий об усталости, вялости, пассивности, быстрой утомляемости и расстройстве сна у пациентов с первичным эндопротезированием. Данные проявления могут возникать из-за сильных болевых ощущений, опасности за будущее, а также из-за наличия страха полностью потерять способность к движению.

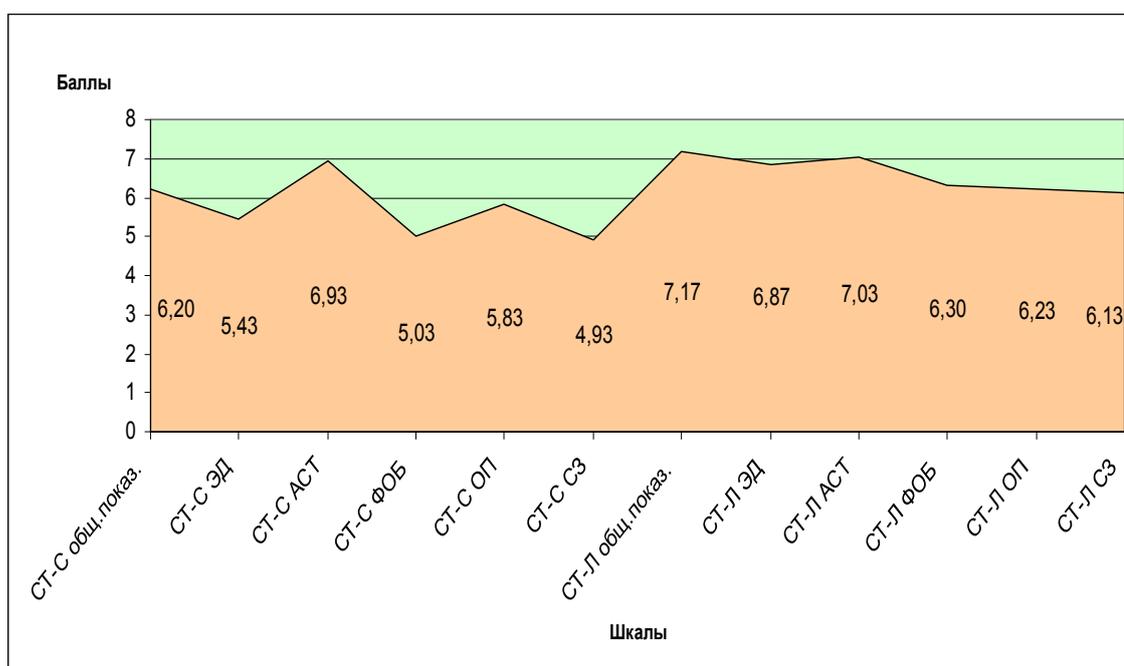


Рисунок 1. График средних показателей по методике ИТТ

Качественный анализ результатов по Шкале Зунга на рисунке 2, позволил нам иметь представление о том, как распределились испытуемые в соответствии с уровнем депрессии. Пациенты с легкой степенью депрессии составили 43%, без депрессии оказались 40%, а субдепрессивное состояние или маскированная депрессия была зафиксирована у 17% пациентов, истинное депрессивное состояние выявлено не было.

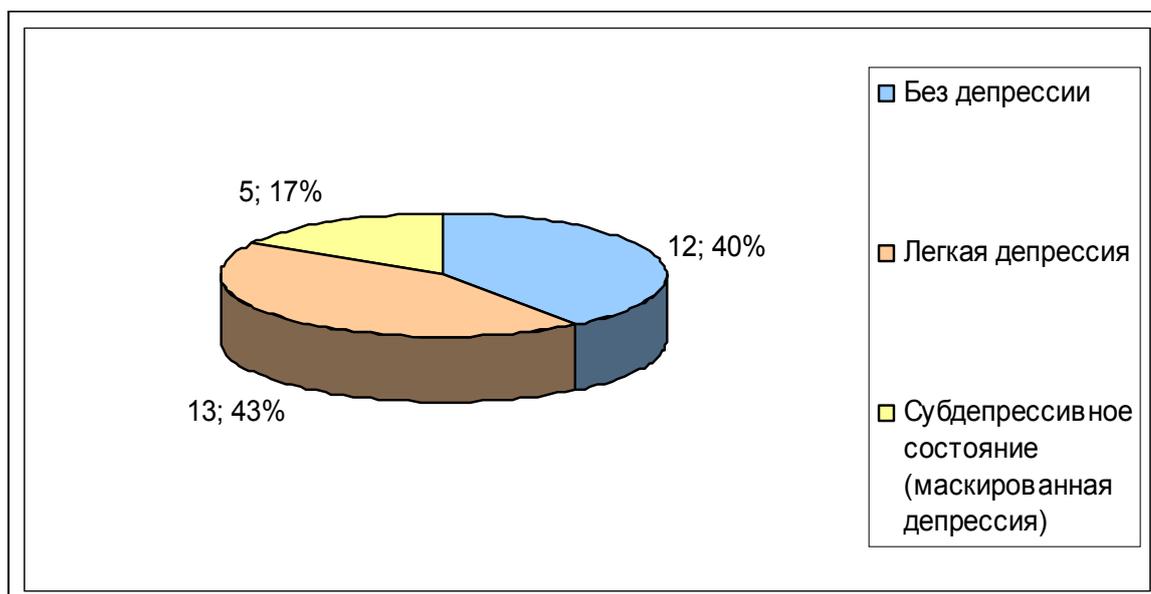


Рисунок 2. Результаты диагностики по шкале Зунга

Таким образом, мы зафиксировали незначительное, но отчетливо выраженное снижение настроения у большинства пациентов. Они, как правило, не имеют каких-либо патологических изменений в психической сфере, однако, плохое самочувствие – беспокойство, тоска, слабость, боли после операции и бессонница влияют на снижение настроения пациентов после эндопротезирования. Субдепрессивное состояние выражается в усталости, слезливости, отсутствии аппетита, склонности к жалобам на различные боли, часто сопровождающиеся чувством безысходности. Наличие данного типа депрессии, у исследуемых нами пациентов, вполне объяснимо. Природа болевых ощущений связана с только что проведенной операцией. Чувство беспомощности как следствие особого двигательного режима, который придется соблюдать в период реабилитации, а осознание того, что некоторые двигательные акты придется полностью исключить из повседневной жизни вызывают подавленность.

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что:

1. У пациентов с первичным эндопротезированием суставов преобладает личностная тревожность, где доминирует астенический компонент.

2. Большинство пациентов имеют легкую степень депрессии после первичного эндопротезирования суставов. Истинное депрессивное состояние не наблюдалось.

Наличие тревожно-депрессивной симптоматики у пациента после первичного эндопротезирования предполагает назначение консультации клинического психолога в условиях стационара и в рамках прохождения реабилитации.

Библиографический список:

1. Ахтямов, И.Ф. Анализ изменений качества жизни пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава [Текст] / И.Ф. Ахтямов, М.Э. Гурылева, А.И. Юосеф и др. // Травматология и ортопедия в России. – 2007. – №2 (44). – С.89-93.

2. Говорин, А.В. Психоэмоциональный статус больных первичным остеоартрозом [Текст] / А.В. Говорин, Е.Ю. Алексенко // Забайкальский медицинский вестник. – 2011. – № 1. – С. 38-43.

3. Горянная, Н.А. Динамика психоэмоционального состояния пациентов на первом этапе реабилитации после эндопротезирования тазобедренного сустава [Электронный ресурс] / Н.А. Горянная, Н.И. Ишекова, В.В. Попов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 3-1. – С. 49-52; URL: <https://www.applied-research.ru/ru/article/view?id=11396> (дата обращения: 01.10.2017).

4. Жирова, Т.А. Современные подходы к обеспечению безопасности периоперационного периода при эндопротезировании тазобедренного и коленного суставов [Текст] : Автореф. дис. ... доктора мед. наук. – Екатеринбург, 2016. – 48 с.

5. Мазуров, В.И. Диагностика и лечение поражений легких у больных ревматоидным артритом [Текст] / В.И. Мазуров, А.Н. Богданов // Научно-практическая ревматология. – 2003. – № 1. – С.52-56.

Гусева Лариса Евгеньевна**Guseva Larisa Evgenjevna**

преподаватель

ФГБ ПОУ «Ульяновский фармацевтический колледж» МЗ РФ

E-mail: scrip20032@yandex.ru

УДК 615.32

**РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПРЕПАРАТОВ МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ
ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОРЛА****DEVELOPMENT OF RECOMMENDATIONS OF DRUGS LOCAL ACTION
IN INFLAMMATORY DISEASES OF THE THROAT**

Аннотация: в статье приведены результаты анализа справочной литературы, аннотаций к препаратам, применяемым для лечения воспалительных заболеваний горла. Были изучены фармакологические эффекты показания к применению и противопоказания препаратов исследуемой группы. Проведенный анализ фармакологических препаратов явился основой для разработки рекомендаций при воспалениях горла.

Abstract: the article presents the results of the analysis of the references, annotations to the drugs used for the treatment of inflammatory diseases of the throat. Was studied the pharmacological effects, indications and contraindications drugs study group. The analysis of pharmacological drugs was the basis for the development of the recommendations in sore throat.

Ключевые слова: фармакологические эффекты, препараты растительного происхождения, синтетические препараты, бактериальные лизаты, антисептическое, противовоспалительное, противомикробное, противогрибковое, противоотечное, местноанестезирующее, иммуностимулирующее.

Key words: pharmacological effects, herbal drugs, synthetic drugs, bacterial lysates, antiseptic, anti-inflammatory, antimicrobial, antifungal, decongestant, mestnoanesteziruyushee, immunostimulant.

Актуальность. На сегодняшний день фармацевтическая промышленность может предложить огромное количество препаратов для лечения воспалительных заболеваний горла. Благодаря разнообразию лекарственных средств, врач или фармацевт может подобрать оптимальный вариант терапии для каждого пациента.

По данным ВОЗ хроническими ЛОР-заболеваниями ежегодно в мире страдает более 1 миллиарда человек и каждые 10 лет количество их удваивается. Каждый десятый житель города имеет хроническое ЛОР – заболевание. Для городских жителей также существенную роль сыграла неблагоприятная экологическая обстановка — постоянная запыленность, загазованность, загрязненность улиц и помещений.

Ежегодно практически каждому жителю нашей страны приходится переболеть острыми респираторно-вирусными заболеваниями (ОРВИ), при этом защитные силы организма снижаются. Ежегодно ОРВИ болеет каждый третий житель планеты и это только официальная статистика.

В большинстве случаев заболевания ЛОР-органов также связаны с инфекционными заболеваниями, особенно распространенными в осенне-зимний период. Развитие заболеваний горла провоцируют вирусы гриппа А и В, вирусы парагриппа, респираторно - синцитиальная инфекция, микоплазменные инфекции, аденовирусы, коронавирусы, риновирусы, энтеровирусы, реовирусы и т.д.

Люди с симптомом – боль в горле, одним из наиболее распространенном симптоме при вирусной инфекции, редко обращаются к врачу, а чаще занимаются самолечением, прислушиваясь к советам знакомых, друзей. Большая часть людей, столкнувшихся с данной проблемой обращаются в аптечные организации к фармацевту с просьбой подобрать препарат от боли в горле.

Ассортимент препаратов местного применения для лечения заболеваний горла в аптечных организациях очень широк.

Основным преимуществом этих препаратов является возможность достижения быстрого эффекта, минимальное системное действие препаратов на организм, возможность применения

относительно небольшой дозы лекарственного препарата, и соответственно, незначительные отрицательные эффекты на организм человека.

В связи с этим, была поставлена задача - изучить фармакологические эффекты и противопоказания препаратов местного применения для лечения заболеваний горла и разработать рекомендации посетителям аптек, обратившихся с данной проблемой для наиболее рационального лечения.

При проведении анализа ассортимента лекарственных препаратов при воспалительных заболеваниях горла, были получены следующие результаты:

В аптечном ассортименте насчитывается 87 торговых позиций, что говорит о достаточно большом ассортименте лекарственных препаратов местного применения для лечения заболеваний горла.

В среднем, лекарственные препараты местного применения в исследуемых аптеках составили 1,6% от общего ассортимента аптек.

Среди препаратов для лечения заболеваний горла местного применения:

75% синтетического происхождения (из них 2,5% составляют гомеопатические препараты),

19% составляют препараты растительного происхождения,

6% бактериального происхождения.

100% препаратов местного применения для лечения ларингита являются препаратами безрецептурного отпуска.

Изучив фармакологические эффекты лекарственных препаратов местного применения, обращая внимание на классификацию по происхождению, были получены следующие результаты:

антисептическим эффектом, в основном, обладают препараты синтетического происхождения - 86% (Нео Ангин, Фарингосепт, Суприма Лор, Тантум верде и др.), 50% препаратов растительного происхождения (Каметон, Ингалипт, Аквалор горло, Ромазулан, Эвкалипт М, Шалфей) и 20% препаратов бактериального происхождения (Лизобакт);

противовоспалительное действие в большей степени выражено у 94% растительных препаратов (Ромазулан, Эвкалипт М, Аквалор горло и др.) и только у 30% синтетических препаратов (Граммидин, Гомеовокс, Тантум верде) и у 20% бактериального происхождения (Ларипронт);

противомикробным эффектом обладают препараты практически в равной степени растительные и синтетические (соответственно 44% и 41%) и только 20% бактериального происхождения;

противоотечное действие отмечается только у 16% синтетических препаратов (Стрепсилс Плюс, Тантум верде) и у 6% растительных лекарственных средств (Аквалор горло);

противогрибковый эффект наиболее выражен у синтетических препаратов - 49% (Стрепсилс Интенсив, Гексализ, Стопангин, Мирамистин), растительных препараты - 6% (Ингалипт), бактериального происхождения - 20% (Лизобакт);

местноанестезирующий эффект оказывают лекарственные препараты синтетического происхождения, их количество составляет 41% препаратов (Граммидин Нео с анестетиком, Стрепсилс Плюс, Терафлю Лар и др.) и 6% растительного происхождения (Пропасол);

отхаркивающим эффектом обладают 44% препаратов растительного происхождения и 11% препаратов синтетического происхождения оказывают **муколитическим действием**, а также 20% бактериального происхождения;

только препараты бактериального происхождения способны оказывать **иммуностимулирующее действие** - 60% препаратов, а у 40% препаратов данной группы обладают **противовирусным действием**, это же действие отмечается у 6% растительных препаратов;

6% растительных препаратов **облегчают носовое дыхание**, в основном, это препараты, содержащие эфирные масла (Стрепсилс ментол-эвкалипт, Аджисепт ментол - эвкалипт, Каметон);

12% растительных препаратов обладают **гемостатическим и репаративным действием** (**Ротокан, Доктор Тайсс шалфея с витамином С**)

Синтетические препараты, обладающие наибольшим количеством фармакологических эффектов: Орасепт, Аджисепт (5 фармакологических эффектов), Тантум верде Анти-ангин, Гексорал, аэрозоль, Йокс, Септолете Тотал, Гексализ, Терафлю Лар, Нео Ангин (4 фармакологических эффекта).

Растительные препараты, обладающие наибольшим количеством фармакологических эффектов: Пропосол (5 фармакологических эффектов), Шалфей таблетки, Доктор Тайсс шалфея с витамином С (4 фармакологических эффекта).

Из группы «Бактериальные лизаты» большее количество фармакологических эффектов отмечается у препаратов «Ларипронт» (противовирусное, противовоспалительное, муколитическое, противомикробное.), а также «Лизобакт» (антисептическое, противовирусное, противогрибковое)

Также было выявлено, что многие препараты растительного происхождения содержат большое количество составных компонентов, которые обладают большим спектром фармакологических эффектов, а синтетические препараты содержат, в основном 1-2 компонента, которые охватывает две или три основные группы фармакологических эффектов действия, но сильные в своей области применения.

В результате анализа противопоказаний лекарственных препаратов местного применения при заболеваниях горла были получены следующие результаты:

100% препаратов противопоказаны при индивидуальной непереносимости компонентов препаратов.

Растительные препараты противопоказаны:

При аллергиях – 37.5% препаратов,

При беременности и в период лактации – 50% препаратов,

В детском возрасте – 55% препаратов:

до 18 лет – 33% исследуемых препаратов,

до 8 лет – 5,5% препаратов,

до 5 лет – 11% препаратов,

до 6 месяцев – 5,5% препаратов.

Синтетические препараты противопоказаны:

При бронхиальной астме – 12% препаратов,

При аллергии – 12% препаратов,

При беременности – 69% препаратов (из них 7% - в первом триместре)

и в период лактации – 48% препаратов,

при язвенной болезни желудка - 2,4% препаратов,

при дефиците изомальтозы, непереносимости фруктозы – 9,5% препаратов,

при нарушении функций щитовидной железы – 12% препаратов,

90% препаратов противопоказаны в детском возрасте.

Из них большая часть препаратов противопоказана:

до 3 лет – 12% препаратов,

до 4 лет – 19% препаратов,

до 5 лет – 14% препаратов,

до 6 лет – 24% препаратов,

до 12 лет – 12% препаратов.

Препараты бактериального происхождения противопоказаны:

При беременности и в период лактации – 60% препаратов,

при дефиците изомальтозы, непереносимости фруктозы – 20% препаратов,

при аутоиммунных заболеваниях – 40% препаратов, в ***детском возрасте до 3 лет*** – 60% препаратов, до ***3 месяцев*** – 20% препаратов

Рекомендации посетителям с болью в горле

При вирусной инфекции (повышенная температура тела, першение или боль в горле, головная боль, ломота в теле или мышечная боль, кашель) необходимо порекомендовать противовирусные препараты (Ингавирин, Амиксин, Кагоцел и т.д.), препараты для симптоматического лечения гриппа (Максиколд, Колдрекс, Терафлю и т.д.)

Препараты местного действия, обладающие противовирусным эффектом:

в виде аэрозолей: Пропосол, Йокс,

в виде таблеток (пастилок) для рассасывания: Лизобакт, Ларипронт.

При бактериальной инфекции (сильная боль в горле, высокая температура, увеличение и болезненность подчелюстных и/или шейных лимфатических узлов) - препараты, содержащие антибиотики или нестероидные противовоспалительные вещества (оказывают противомикробное и обезболивающее действие):

в виде таблеток (пастилок) для рассасывания: Граммидин, Граммидин Нео, Граммидин Нео с анестетиком, Тантум верде, Септолете Плюс, Стрепсилс Интенсив, Оралсепт, Терафлю Лар, Гексализ,

в виде аэрозолей: Тантум верде, Стопангин 2А, Орасепт.

При грибковых поражениях горла (голос хриплый, осиплость, в гортани образуется белый налет, на слизистой оболочке горла могут наблюдаться трещины или эрозия,

ощущение жжения и царапания, зуд, пересыхание горла, постоянная головная боль, затруднения при глотании, повышение температуры тела) рекомендуются препараты, оказывающие иммуностимулирующее и противогрибковое действие:

в виде таблеток (пастилок) для рассасывания: Терафлю Лар, Аджисепт, Анти-ангин, Лизобакт, Стрепсилс Интенсив, Исмиген, Имудон

в виде аэрозолей: Стопангин, Мирамистин, Стрепсилс Плюс, ИРС 19

При заложенности носа - препараты, содержащие эфирные масла, способствующие облегчению носового дыхания: Стрепсилс ментол – эвкалипт, Каметон, Суприма Лор мята, Суприма Лор эвкалипт, Аджисепт ментол – эвкалипт.

Беременным женщинам: Гексаспрей, Ларипронт, Лизобакт, Ингалипт, Доктор Тайсс шалфея с витамином С, Аквалор горло, Шалфей таблетки, Ротокан, Фарингосепт, Гомеовокс.

Женщинам в период лактации: Ротокан, Хлорофиллипт, Ингалипт, Шалфей таблетки, Гомеовокс, Суприма Лор, Тонзилотрен, Фарингосепт, Гексаспрей, Стопангин, Анти-ангин.

Детям:

с рождения: Люголь, Ромазулан, Ингалипт, Хлорофиллипт, Ротокан;

с 3 месячного возраста: ИРС-19;

с 6 месячного возраста: Аквалор горло;

с 1 года: Гомеовокс;

с 2,5 лет: Гексаспрей;

с 3-х лет: Тонзилотрен, Фарингосепт, Гексорал аэрозоль, Исмиген, Лизобакт, Имудон, Тантум верде спрей;

с 4-х лет: Терафлю Лар, Септолете, Септогал, Гексорал Табс, Граммидин детский, Граммидин Нео с анестетиком, Граммидин Нео;

с 5 лет: Анти-ангин, Стрепсилс ментол – эвкалипт, Стрепсилс мед-лимон, Йодиол, Горпилс, Аджисепт, Каметон, Шалфей таблетки;

с 6 лет: Гексализ, Суприма Лор, Стопангин раствор, Стрепсилс без сахара, Стрепсилс для детей;

с 8 лет: Стопангин аэрозоль, Йокс;

с 12 лет: Тантум-верде таблетки, Септолете Тотал, Орасепт, Стрепсилс Интенсив, Стрепсилс Плюс.

Людям, склонным к аллергии лучше рекомендовать препараты в форме спрея, раствора для полоскания, так как они не содержат в своем составе красителей и ароматизаторов: Мирамистин, Хлоргексидин, Гексорал аэрозоль, Гексаспрей, Тантум-верде аэрозоль, Аквалор горло, Хлорофиллипт, Ротокан;

Также при рекомендации препаратов необходимо учитывать у посетителей наличие хронических заболеваний:

При язвенной болезни желудка противопоказан: Стрепсилс Интенсив;

При нарушениях функции щитовидной железы противопоказаны: Тонзилотрен, Септолете Тотал, Люголь, Йокс, Йодиол;

• **При бронхиальной астме противопоказаны:** Гексаспрей, Септолете Тотал, Стрепсилс Интенсив, Стрепсилс ментол – эвкалипт, Стрепсилс мед-лимон.

• Эффективность препарата от боли в горле зависит от площади контакта с воспаленным участком и длительности этого контакта, поэтому таблетки и пастилки для рассасывания не следует глотать, а необходимо рассасывать до конца.

• Для большей эффективности принимать их каждые 2-3 часа, при этом, не превышая рекомендованную дозу.

• После применения препаратов местного применения в течение одного часа не принимать пищу и не пить.

- Тепловые процедуры в острый период не рекомендуются, так как тепло расширяет сосуды и способствует распространению очага воспаления.
- Не рекомендуется прием горячих напитков, так как возможно раздражение или даже ожог слизистой.

Также необходимо дать общие рекомендации:

Поменьше разговаривать, чтобы обеспечить покой голосовых связок;

Обильное теплое питье;

Не курить;

- Если не наблюдается улучшения в течение 2-3 дней обязательно обратиться к врачу.

Результат:

Таким образом, при подборе препаратов для лечения воспалительных заболеваний горла необходимо применять комплексное лечение, нужно установить возбудителя инфекции, подбирать препараты с учетом фармакологических эффектов и противопоказаний к применению лекарственных средств.

Библиографический список:

1. Богомилский, М. Р. Детская оториноларингология [Текст] : учебник / М. Р. Богомилский, В. Р. Чистякова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007.
2. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте [Текст] : нац. рук. / гл. ред. М. Р. Богомилский, В. Р. Чистякова ; науч. ред. Е. Ю. Радциг ; АСМОК. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008
3. Овчинников, Ю. М. Справочник по оториноларингологии [Текст] / Ю. М. Овчинников. - 2-е изд. - Москва : МИА, 2007
4. Пальчун, В. Т. Воспалительные заболевания глотки [Текст] : руководство / В. Т. Пальчун, Л. А. Лучихин, А. И. Крюков. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 288 с. : ил. - (Б-ка непрерывного образования врача).
5. Таточенко, В. К. Болезни органов дыхания у детей [Текст] : практ. рук. / В. К. Таточенко. - доп. - Москва : ПедиатрЪ, 2012.
6. <https://www.rlsnet.ru/>
7. <https://www.vidal.ru/>

Свотина Марина Александровна
Svotina Marina Alexandrovna

магистр ветеринарных наук, докторант PhD,
Западно-Казахстанский аграрно-технический университет им. Жангир хана,
факультет Ветеринарной медицины и биотехнологии,
кафедра «Эпизоотология, паразитология и ВСЭ»
Республика Казахстан, 090009, г. Уральск, ул. Жангир хана 51
E-mail: qwerty1223456@mail.ru

УДК 577.21

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИРАБИЧЕСКОЙ ОРАЛЬНОЙ ВАКЦИНАЦИИ ДИКИХ ПЛОТОЯДНЫХ ЖИВОТНЫХ В УСЛОВИЯХ ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

THE EFFICIENCY OF RABIES ORAL VACCINATION OF WILD CARNIVOROUS ANIMALS IN THE CONDITIONS OF WEST KAZAKHSTAN REGION

Аннотация. В данной статье приводятся данные анализа применения антирабических вакцин-приманок для оральной иммунизации диких плотоядных животных против бешенства «Оралрабивак-KZ», отражена эффективность данного метода вакцинации с аппликацией разброса приманок на конкретных территориях области.

Abstract. This article analyses the application of rabies vaccine baits for oral immunization of wild carnivores against rabies "Oralrabivak-KZ", reflected the effectiveness of this method of vaccination with applique scatter baits on specific territories of the region.

Ключевые слова: бешенство, вирус-вакцина, Западно-Казахстанская область, оральная вакцинация, дикие плотоядные.

Key words: rabies virus vaccine, West Kazakhstan region, oral vaccination of wild carnivores.

Введение. На всей территории постсоветского пространства эпизоотическая ситуация по бешенству чрезвычайно сложна — активизируются природные очаги данной инфекции, растет число случаев заболеваний среди различных видов животных, ежегодно регистрируются случаи заболевания людей с летальным исходом. Несмотря на проводимые мероприятия, в Республике Казахстан, и в частности на территории Западно-Казахстанской области, снизить распространение рабической болезни и полностью ликвидировать бешенство животных до сих пор не удается [1,3].

Известно, что основными резервуарами рабической инфекции являются дикие плотоядные животные — лисы, волки, корсаки и др [2, 261].

Наиболее рациональным методом разрыва второго звена эпизоотической цепи бешенства (бродячие домашние плотоядные-дикие хищные плотоядные) путем профилактики данной инфекции среди диких плотоядных является применение оральной вакцинации. Для ее организации используют блистерные брикет-вацины, которые содержат в себе приманку с добавлением вирусвакцины.

Согласно ряду авторов, изучающих пероральный метод вакцинации в современном мире среди хищников, в ряде зарубежных стран ОВ является единственно рациональным способом в вопросе регулирования эпизоотического процесса бешенства в популяции диких плотоядных животных [3, 29].

Цель: изучить эффективность применения оральной вакцинации диких плотоядных животных области с территориальной приуроченностью.

Объекты и методы исследований. Работа выполнялась на кафедре эпизоотологии, паразитологии и ветсанэкспертизы, факультета ветеринарной медицины и биотехнологии Западно-Казахстанского аграрно-технического университета имени Жангир хана. Исходными материалами работы послужили статистические обзоры и официальные отчеты профильных учреждений и организаций. численность лисиц оценена по данным заготовок шкур этих животных и зимних маршрутных учетов (ЗМУ) за 2007–2016 гг.

Численность мышевидных грызунов изучена по материалам оперативных учетных работ, выполненных в Уральской противочумной станции. Все эколого-эпизоотологические показатели обработаны с использованием графического и статистического анализов.

Результаты и обсуждение. Согласно плана ветеринарно-профилактических мероприятий, в 2011, 2013 и 2014 годах ветслужбой области проводилась вакцинация диких плотоядных на территории области. Для этой цели использовали антирабическую вирус-вакцину для оральной иммунизации диких плотоядных животных «Оралрабивак-KZ», представляющую собой вакцину-приманку содержащую вирус бешенства и расфасованную в блистерах по 1 дозе, имеющей в составе биомаркер тетрациклинового ряда, для учета поедаемости блистеров. Вакциносодержащие приманки, (483400 брикетов в 2011 году, 76530 в 2013 году и 297700 брикетов в 2014 году), раскладывались при помощи малой авиации, с использованием GPS навигации, для фиксирования мест выброса препарата из расчета 25 брикетов на 1 км² площади, согласно рисунков 34,35,36. На рисунке 37 кривая, отображающая количество приманок с антирабической вакциной, обратно коррелирует с кривыми, отображающими число заболевших животных различных видов.

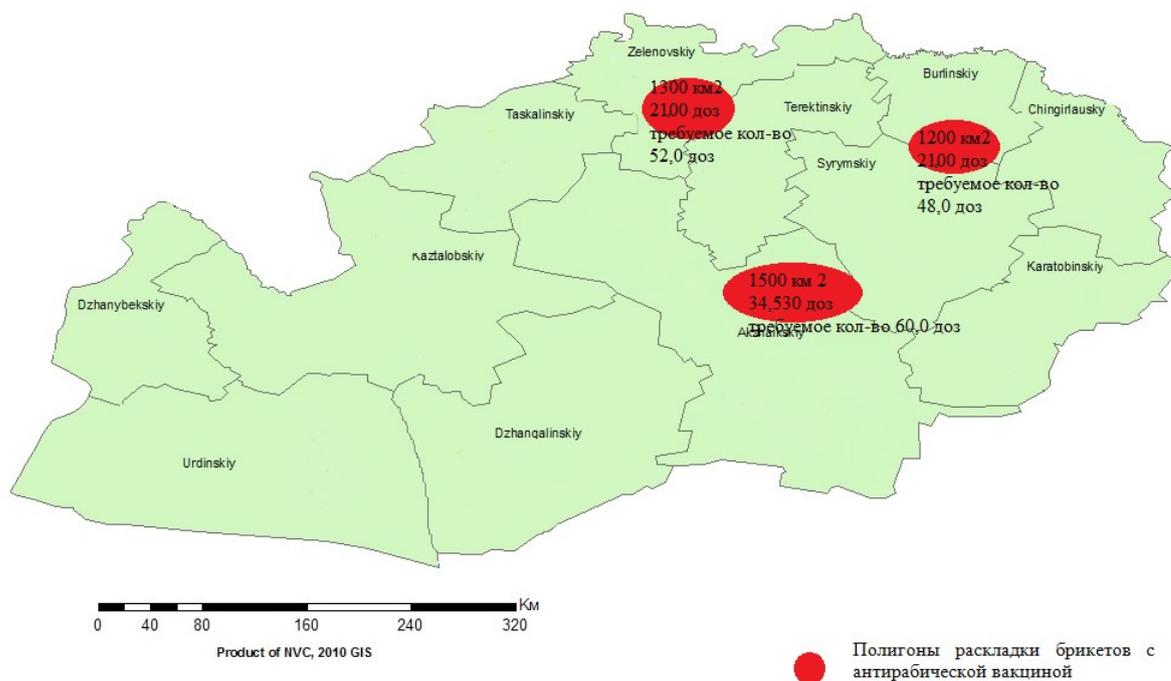


Рисунок 1 - Полигоны для раскладки брикет-вакцин против бешенства в Западно-Казахстанской области в 2011 году.

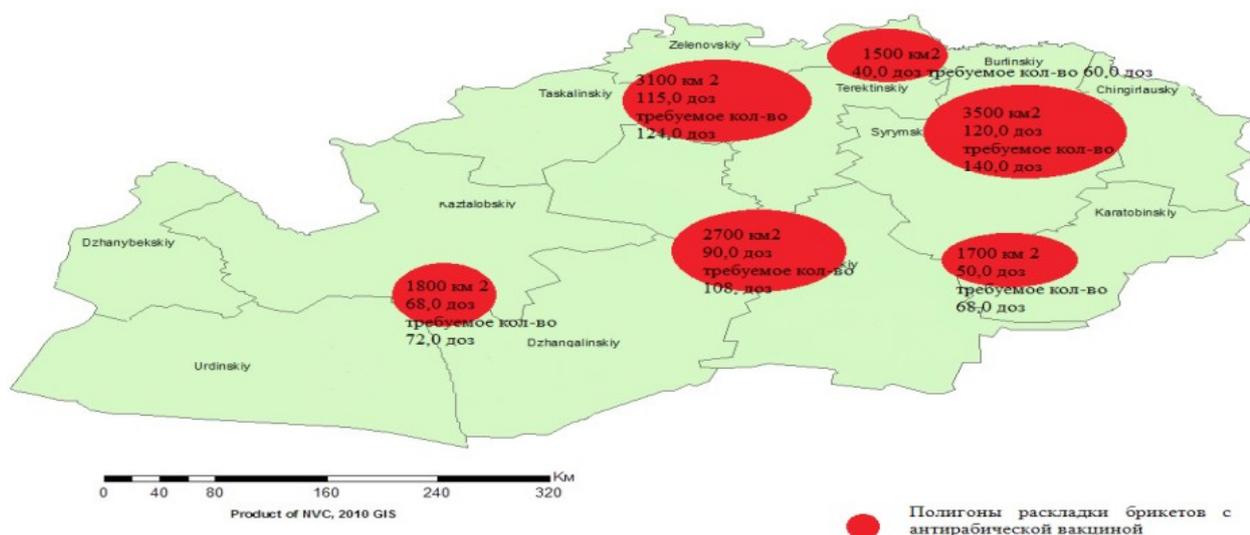


Рисунок 2 - Полигоны для раскладки брикет-вакцин против бешенства в Западно-Казахстанской области в 2013 году.

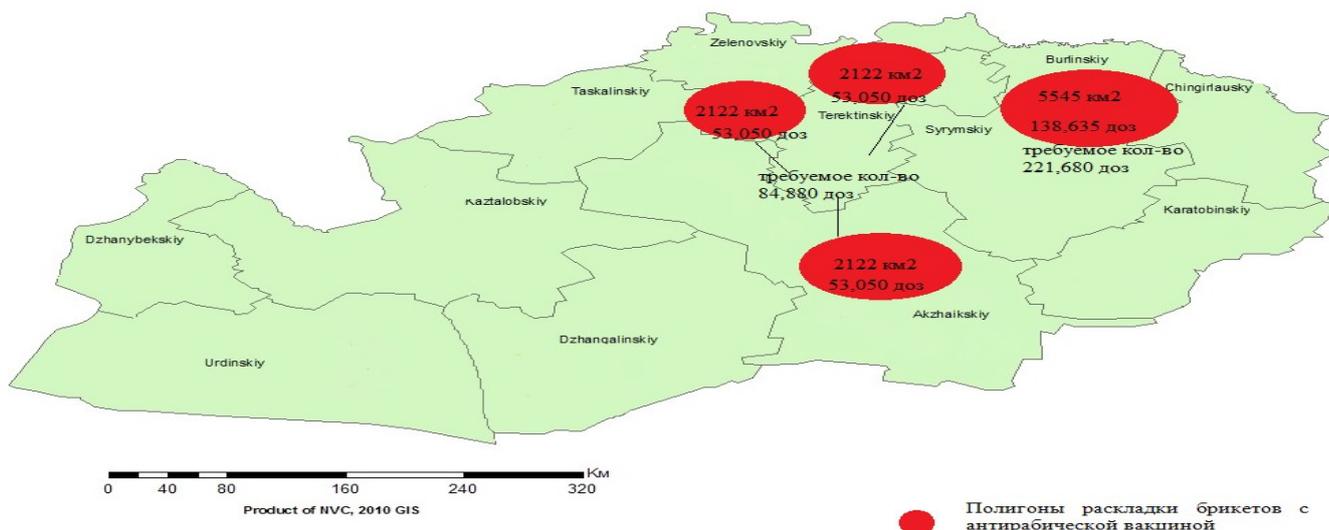


Рисунок 3 - Полигоны для раскладки брикет-вакцин против бешенства в Западно-Казахстанской области в 2014 году.

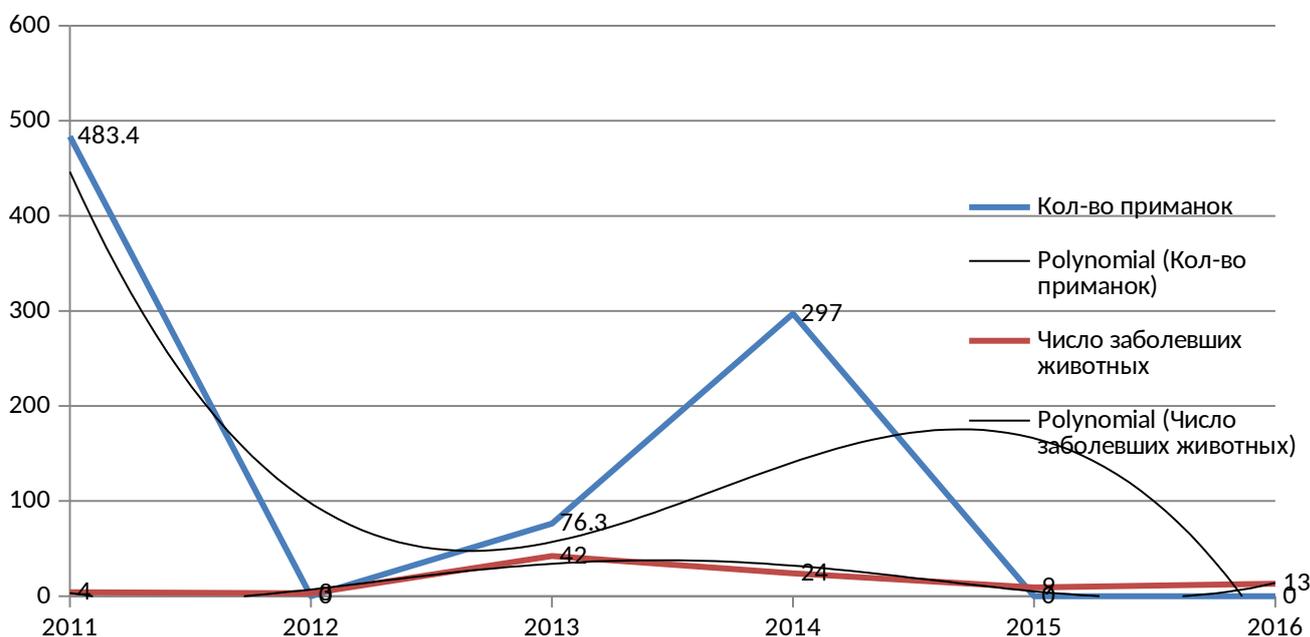


Рисунок 4 - Результаты оральной вакцинации диких плотоядных в Западно-Казахстанской области.

Раскладка вакцин-приманок в области проводилась однократно (октябрь, ноябрь). К примеру, в 2014 году основное количество вакцин было разбросано в Бурлинском районе-138,635 доз, а в Теректинском, Акжайкском и Зеленовском районах по 53,050 доз. Территориальный охват не соответствовал наставлению по применению раскладки вакцинных приманок (не менее 25 брикетов на км²). На полигон Акжайкского района должно быть выделено не менее 84,880 вакцин-приманок на 2122 км² площади, а выделялось 53,050, таким образом охват вакцинации был около 60 %. В 2011 и в 2013 годах также не соблюдались сроки, должный охват территории и плотность распределения приманок.

Но, несмотря на однократные кампании вакцинации и неполный охват территории, эпизоотическая обстановка по бешенству в 2011-2012 годах значительно улучшилась. Заболевание стало регистрировалось в единичных случаях(2011 год-4 случая,2012 год-3 случая), что говорит об

эффективности этой вакцин-приманок и этого мероприятия. В 2013 и в 2014 годах на территориях вакцинированных неблагополучных пунктов значительных улучшений не наблюдалось. Положительный результат в данном случае не был получен по следующим причинам: нарушалось наставление по оральной иммунизации животных, вместо 2х кратного применения вакцины - она применялась один раз в год, низкая плотность разброса приманок, ограниченность территории разброса вакцины. С прекращением вакцинации диких плотоядных число заболевших бешенством животных приобрело выраженную тенденцию к росту.

Заключение. На сегодняшний день на территории страны, и в частности Западно-Казахстанской области проведение оральной иммунизации диких плотоядных животных дало следующие результаты:

Не систематизированная по времени, проводимая без должного учета эпизоотической ситуации на конкретных территориях области, программа по проведению оральной иммунизации в 2011 и в 2013-2014 годах, дала лишь временные положительные результаты, вследствие несоблюдения правил разброса вакцин (однократное применение, вместо общепринятого двукратного, несоблюдение рекомендаций МЭБ, ВОЗ и ЕС по плотности разброса вакцин (25-30 брикетов на км²), прекращение регуляции диких плотоядных со стороны уполномоченных органов до допустимой плотности 2-х животных на 10 км², отсутствие проведения подтверждения эффективности оральной вакцинации путем обнаружения тетрациклинового маркера в костной ткани зубов диких хищников, отсутствие подтверждения иммунного статуса диких животных (на наличие защитных антител в сыворотке). В целях предотвращения заболеваемости бешенством в районах высокого риска, к которым относятся территории Акжайыкского, Бурлинского, Зеленовского, Сырымского районов антирабические вакцины следует применять в первый год двукратно с бустерной инъекцией через 7-10 дней с профилактической целью и трехкратно в неблагополучных очагах и в зонах высокого риска распространения бешенства, а в продолжении следующих 2-х лет выполнять однократно в профилактических дозах [4,17].

Библиографический список:

1. Абдрахманов С. К., Есенбаев К. К., Дюсембаев С. Т. Эпидемиологическая ситуация бешенства в Республике Казахстан // Молодой ученый. — 2017. — №6.1. — С. 1-4.

2. Гулюкин А.М., Зайкова О.Н., Паршикова А.М. Эпизоотологические аспекты бешенства на территории Российской Федерации. VII международный ветеринарный конгресс "Единый мир - единое здоровье", Уфа-2017-С. 259-264.

3. Свотина М.А., Абсатиров Г.Г. Современное состояние эпизоотической ситуации рекомендации по борьбе с бешенством в Западно-Казахстанской области / М.А.Свотина, Г.Г.Абсатиров,-Уральск:Зап-Казахст. агр.-техн. ун-т им. Жангир хана, 2017.-25 с.

4. Lontai I. The current state of rabies prevention in Europe / I. Lontai // Vaccine.- 1997.- Suppl. 15.- P. 16-19.

Варламова Елена Геннадьевна
Varlamova Elena Gennadyevna
к.б.н., старший научный сотрудник
Институт биофизики клетки РАН
E-mail: 1928lv@mail.ru

УДК 616.006-02

ЭКСПРЕССИЯ мРНК СЕЛЕНОПРОТЕИНОВ МЛЕКОПИТАЮЩИХ В НОРМАЛЬНЫХ И РАКОВЫХ КЛЕТОЧНЫХ ЛИНИЯХ СЕМЕННИКОВ И ПРОСТАТЫ

EXPRESSION OF mRNA MAMMALIAN SELENOPROTEINS IN NORMAL AND CANCER TESTICLE AND PROSTATE CELL LINES

Аннотация: Селен- незаменимый микроэлемент, дефицит которого приводит к развитию ряда серьезных заболеваний, в том числе к мужской фертильности, раку простаты, злокачественным образованиям яичек и др. Селенопротеины млекопитающих SELV, SELW и TGR являются наименее изученными селенопротеинами млекопитающих, локализующихся в семенниках. В рамках данной работы методом ПЦР в реальном времени проведена количественная оценка степени экспрессии мРНК SELV, SELW и TGR в нормальных и раковых клеточных линиях семенников и простаты, а также методом Вестерн- блоттинга установлено наличие исследуемых белков в данных клетках.

Abstract: Selenium is a necessary trace element, the deficiency of which leads to the development of a number serious diseases, including male fertility, prostate cancer, malignant testicles, etc. Mammalian selenoproteins SELV, SELW and TGR are the least studied mammalian selenoproteins localized in the testes. As part of this work, the quantitative evaluation of SELV, SELW and TGR mRNA expression level in normal and cancer cell lines has been carried out by real-time PCR and the presence of these proteins in these cells was determined by Western blotting.

Ключевые слова: селен, селенопротеины млекопитающих, канцерогенез.

Key words: selenium, mammalian selenoproteins, carcinogenesis.

Введение

В последние годы накапливается всё больше информации о роли селенопротеинов млекопитающих в процессах, связанных с канцерогенезом [1,1050;2,76;3,203;4,320]. Ключевая роль в них принадлежит микроэлементу селену, большинство эффектов которого связано с его присутствием в селенопротеинах в качестве аминокислоты селеноцистеина, по этой причине исследование роли селена посредством селенопротеинов, как антиоксидантов, представляет огромный научный интерес. В рамках данной работы исследованы три селенопротеина млекопитающих SELV, SELW (Selenoproteins V, W) и TGR (Thioredoxin-Glutathion Reductase), преимущественно локализующихся в семенниках. SELV- ядерно-цитоплазматический белок с глутатионпероксидазной и тиоредоксинредуктазной активностями [5,326; 6,700], мРНК SELV экспрессируется на протяжении всего постнатального развития, особенно в период полового созревания, в связи с чем рассматривается участие белка в процессах сперматогенеза и поддержания нормальной репродуктивной функции животных [7,276; 8,132]. SELV представляет собой гомолог другого Sec-содержащего белка – SELW, информации о функциональной роли последнего в семенниках и простате практически не существует. TGR по своей структуре похож на две другие тиоредоксинредуктазы млекопитающих, но имеет дополнительный глутаредоксиновый домен на N-конце. Фермент преимущественно экспрессируется в семенниках, в ранних сперматидеях, и участвует в окислительно- восстановительных реакциях в процессе созревания сперматозоидов [9,3673].

Материалы и методы

В работе использовали 4 клеточные линии: F-9-тестикулярная тератокарцинома мыши (ЦКП «Коллекция культур клеток позвоночных», Санкт-Петербург) PC3- клетки аденокарциномы простаты человека, PWR-1E- нормальные эпителиальные клетки простаты человека, HS1.Tes- нормальные фибробласты семенников человека («American Type Culture Collection», США).

Тотальную РНК из клеток выделяли с помощью реагента Extract tRNA reagent («Евроген», Россия), который вносили на чашку Петри с клеточным монослоем из расчета 1 мл на 10 см² поверхности, выделение РНК согласно протоколу производителя. Реакцию обратной транскрипции с

использованием набора реагентов для синтеза первой цепи кДНК («Евроген», Россия), содержащего ревертазу MMLV в присутствии oligo(dT)-праймеров. Используемое в реакции содержание суммарной РНК (2 мкг) контролировали, проводя параллельно амплификацию с праймерами к гену *gapdh*.

Полученную кДНК использовали в качестве матрицы для проведения ПЦР в реальном времени с помощью смеси qPCRmix-HS SYBR («Евроген», Россия). Изменение уровня экспрессии мРНК определяли по формуле ОУЭ = $2^{-\Delta C_t}$, где ΔC_t – разница между значениями пороговых циклов для референсного (*GAPDH*) и целевого генов. Каждый цикл эксперимента (выделение РНК, реакция обратной транскрипции, ПЦР в реальном времени) повторяли трижды.

Для идентификации исследуемых белков использовали метод иммуноблотинга, для чего клетки отмывали фосфатно-солевым буфером и центрифугировали при 1 000 об./мин в течение 20 мин. Полученные образцы использовали для проведения ПААГ электрофореза в 10% разрешающем геле. Далее выполняли иммуноблотинг с коммерческими антителами против исследуемых селенопротеинов и *GAPDH* («Abcam», США).

Результаты

Методом ПЦР в реальном времени нами выявлено наличие экспрессии мРНК генов всех трех исследуемых селенопротеинов в клетках семенников линии *Hst. Tes.*, что согласуется с ранее полученными данными о наличии локализации этих белков в семенниках млекопитающих. Причем наибольший уровень экспрессии характерен для мРНК гена, кодирующего TGR. Также показано, что мРНК SELV экспрессируется исключительно в данной клеточной линии, очень слабый сигнал его экспрессии был зафиксирован в клетках простаты PWR-1E. Установлено, что ген, кодирующий селенопротеин SELW, экспрессируется во всех исследуемых клеточных линиях, причем в клетках тератокарциномы тестикулярной линии F-9 уровень его экспрессии оказался немного выше, чем в нормальных клетках семенников, а в раковых и здоровых клетках простаты, данный уровень экспрессии приблизительно одинаковый. В случае с TGR белком, полученные результаты свидетельствуют о наличии экспрессии его гена в нормальных и в раковых клетках тестикул, причем уровень экспрессии данного гена в здоровых клетках в несколько раз превышает таковой в опухолевых F-9. В раковой клеточной линии PC-3 (аденокарцинома простаты человека) выявлен подобный уровень экспрессии гена данного белка, как и в клетках линии F-9, однако в нормальных клетках простаты (линия PWR-1E) наблюдалось отсутствие такой экспрессии. Результаты данной серии экспериментов отражены на рисунке 1.

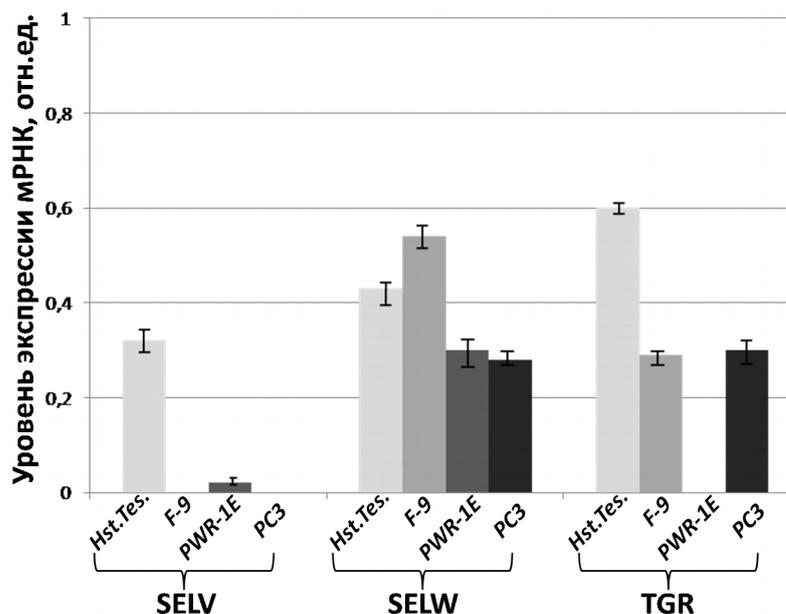


Рис.1. Уровень экспрессии мРНК селеноцистеин-содержащих белков SELV, SELW и TGR в нормальных и раковых клеточных линиях семенников и простаты млекопитающих. Значения представлены как среднее \pm SD по трем независимым экспериментам

Для подтверждения результатов, полученных методом ПЦР в реальном времени, был выполнен Вестерн-блот анализ, позволяющий установить наличие селенопротеинов SELV, SELW и TGR в исследуемых клеточных линиях. Результаты Вестерн-блот анализа отражены на рисунке 2 и согласуются с данными, полученными путем ПЦР в реальном времени.

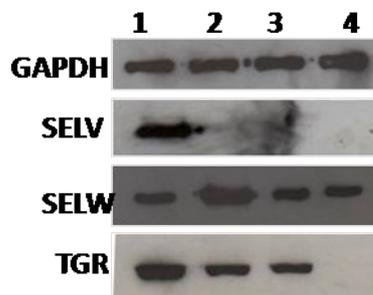


Рис.2. Выявление SELV, SELW и TGR в исследуемых клеточных линиях методом иммуноблоттинга. Локализацию белков определяли в клеточных лизатах: 1- HS1.Tes- нормальные фибробласты семенников человека; 2- F-9- клетки тератокарциномы тестикулярной мыши; 3- PC3- клетки аденокарциномы простаты человека; 4- PWR-1E- нормальные эпителиальные клетки простаты человека. В качестве контроля для выполнения количественной оценки белков в клеточных лизатах, использовали антитела против белка GAPDH (глицеральдегид- 3- дегидрогеназа).

Выводы

1. Методами ПЦР в реальном времени и Вестерн-блот анализа выявлено наличие всех трех исследуемых селенопротеинов в нормальных клетках семенников.

2. мРНК SELV и сам белок отсутствует в раковых клетках семенников и простаты, очень слабый уровень экспрессии его мРНК выявлен в нормальных эпителиальных клетках простаты человека.

3. Установлено наличие SELW во всех исследуемых клеточных линиях, наибольший уровень экспрессии его мРНК зафиксирован в раковых клетках простаты, что может свидетельствовать о его протоонкогенных свойствах.

4. Выявлена экспрессия мРНК TGR в нормальных и в раковых клетках тестикул, причем уровень экспрессии данного гена в здоровых клетках в несколько раз превышает таковой в опухолевых, что может указывать о его онкосупрессорных свойствах. Обратная ситуация выявлена на нормальных и раковых клетках простаты, что, вероятно, свидетельствует о его протоонкогенных свойствах.

5. Результаты, полученные в данной работе, можно рассматривать как начальный этап исследований роли селенопротеинов SELV, SELW и TGR в канцерогенезе и требуют дальнейшего подтверждения в более серьезных исследованиях.

Библиографический список:

1. Chan J.M., Darke A.K., Penney K.L., Tangen C.M., Goodman P.J., Lee G.M., Sun T., Peisch S., Tinianow A.M., Rae J.M., Klein E.A., Thompson I.M., Kantoff P.W., Mucci L.A. Selenium- or vitamin E-related gene variants, interaction with supplementation, and risk of high-grade prostate cancer in SELECT. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.*, 2016, vol. 25, no. 7, pp. 1050–1058.
2. Varlamova E.G., Cheremushkina I.V. Contribution of mammalian selenocysteine- containing proteins to carcinogenesis. *J. Trace Elem. Med. Biol.*, 2017, vol. 39, no. 1, pp. 76–85.
3. Varlamova E.G., Goltyaev M.V., Fesenko E.E. Expression of human selenoprotein genes selh, selk, selm, sels, selv and gpx-6 in various tumor cell lines. *Dokl. Biochem. Biophys.*, 2016, vol. 468, no. 1, pp. 203–5.
4. Varlamova E.G., Goltyaev M.V., Novoselov V.I., Fesenko E.E. (2017) Cloning, intracellular localization, and expression of the mammalian selenocysteine-containing protein SELENOI (SelI) in tumor cell lines. *Dokl. Biochem. Biophys.*, 2017, vol. 476, pp. 320–322.
5. Варламова Е.Г. Внутриклеточная локализация селеновых белков млекопитающих: SELV (Selenoprotein V) и GPX6 (Glutathionperoxidase 6) / Е.Г. Варламова // *Фундаментальные исследования*. – 2011. -№ 9. – С. 326–330.
6. Varlamova E.G., Novoselov S.V., Novoselov V.I. cDNA cloning and the expression and determination of substrate specificity of mice selenocysteine-containing protein SELV (Selenoprotein V) *Mol. Biol. (Mosk.)*, 2015, vol. 49, no. 5., pp. 700–704.
7. Varlamova E.G., Novoselov V.I. The search of partners of a new mammalian selenium-containing protein V (SelV) and expression it's mRNA during ontogenesis and spermatogenesis. *Mol. Biol. (Mosk.)*, 2012, vol. 46, no. 2, pp. 276–284.

8. Goltyaev M.V., Varlamova E.G., Novoselov V.I., Fesenko E.E. Determination of mgpx6 and mselv gene mRNA expression during mouse postnatal development. *Dokl. Biochem. Biophys.*, 2014, vol. 457, no. 2., pp. 132–133.
9. Sun Q.A., Kirnarsky L., Sherman S., Gladyshev V.N. Selenoprotein oxidoreductase with specificity for thioredoxin and glutathione systems. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.*, 2001, vol. 98, no. 7., pp. 3673–8.

Ярославский Константин Викторович
Yaroslavskiy Konstantin Viktorovich

Заместитель главного врача по клинико-экспертной работе
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Родильный дом № 9»
E-mail: kvy71@mail.ru

Ярославский Виктор Константинович
Yaroslavskiy Viktor Konstantinovich

д.м.н., профессор
консультант-эксперт
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Родильный дом № 9»
E-mail: vitar2110@gmail.com

УДК 616-082

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПО ВОПРОСАМ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МНЕНИЯ СОТРУДНИКОВ О СОСТОЯНИИ КАЧЕСТВА В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

THE RESULTS OF THE EVALUATION OF THE LEVEL OF PREPAREDNESS OF MEDICAL STAFF TO QUALITY OF CARE AND EMPLOYEES ' OPINIONS ABOUT THE STATE OF QUALITY IN THE NURSING HOME

Аннотация: Оказание качественной медицинской помощи возможно при хорошей подготовленности медицинского персонала по вопросам обеспечения качества. Усилия органов здравоохранения направлены на повышение уровня знаний сотрудников родовспомогательных учреждений для реализации одного из важных компонентов качества – удовлетворенность пациентов медицинской помощью, оказанной в акушерском стационаре.

Abstract: Providing quality medical care possible with well-trained medical staff to ensure quality. The efforts of the health authorities aimed at improving the knowledge of staff of maternity services for the implementation of one of the important components of quality – patient satisfaction with medical care provided in the obstetric patient.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, уровень подготовки персонала, источники знаний качества медицинской помощи, характеристики и критерии качества медицинской помощи.

Key words: the quality of medical care, level of training, knowledge sources, quality of care, characteristics and criteria of quality of medical care

Введение

Вопросы качества медицинской помощи в родовспоможении отражены в ряде исследований, однако, они имеют отрывочный и разнонаправленный характер и не отвечают требованиям современной системы обеспечения качества [1-4]. Качество помощи, оказываемой беременным и роженицам весьма несовершенно, о чем свидетельствуют результаты социологических опросов женщин, анкетирования врачей, руководителей родовспомогательных учреждений, а также данные экспертных оценок [5-7]. Оказание медицинской помощи надлежащего качества может быть только при хорошей подготовленности медицинского персонала по вопросам обеспечения качества. В настоящей работе рассматриваются результаты исследования уровня подготовленности медицинского персонала в родовспомогательном учреждении по вопросам качества медицинской помощи, а также проведен анализ мнений сотрудников о состоянии качества в родильном доме.

Цель – дать оценку степени подготовленности сотрудников родильного дома в вопросах качества медицинских услуг и разработать систему мер по оптимизации образовательного уровня персонала.

Материал и методы исследования:

В период 2015-2015 гг. на базе городского родильного дома проведено комплексное исследование уровня компетентности медицинского персонала в вопросах качества медицинской

помощи, оказываемой в стационаре. Для оценки результатов был использован специально разработанный инструментарий, включающий проведение социологического опроса 95 медицинских сотрудников с занесением полученных данных в разработанные анкеты, включающие возрастную характеристику респондентов, наличие квалификационной категории, стаж работы, самооценку степени осведомленности о качестве, источники получения знаний, тестовые вопросы и параметры качества, организацию работы по изучению качества в родильном доме. Результаты опроса были проанализированы экспертами из числа врачей акушеров, имеющих высшую квалификацию, и включенные в реестр экспертов родильного дома. Оценивалась полнота ответов, их обоснованность и объективность. Кроме того, проведен анализ ответов, оценивающих состояние качества медицинской помощи по 5-ти бальной шкале, а также рекомендации респондентов по улучшению качества в родильном доме.

Результаты исследования и их обсуждение

В структуре опрошенных основную долю составляют лица 30-39 лет (34,8%) и 50-59 лет (32,6%), меньшей была доля респондентов до 30 лет (6,5%) и старше 60 лет (8,7%). Большая доля сотрудников имела квалификационную категорию (73,9%), из них 73,5% - высшую, 10,3% - первую, 16,2% - вторую. Основную часть (81,7%) респондентов составили сотрудники, имеющие опыт работы более 10 лет. Отвечая на вопрос о степени осведомленности о качестве и методах его оценки, 54,3% респондентов считали себя достаточно подготовленными; 26,0% сочли себя не совсем подготовленными; 19,6% не смогли оценить уровень знаний по этому вопросу. Ни один из опрошенных сотрудников не указал на отсутствие у него таких знаний.

Априори считается, что чем старше врач, тем он и более опытен. Это утверждение является справедливым, но не во всех вопросах, касающихся медицинской деятельности. Изучение качества получило наиболее широкое развитие в последние десятилетия. Ранее этому вопросу не уделяли столь серьезного внимания. Поэтому мы предположили, что врачи, имеющие большой практический опыт, могут быть не совсем компетентны в современных вопросах качества и обеспечения качеством. Однако, проведенное исследование не подтвердило данную гипотезу. В возрасте до 30 лет только 33,3% респондентов считали себя подготовленными в вопросах КМП, в последующих возрастных группах показатель превышал 50% (53,3%-55,5%), в возрасте же 60 лет и старше он составил 75,0%.

Изучение качества и его обеспечения возможно при получении информации из различных источников: курсы лекций, сертификационные циклы, самообразование и другие. Респонденты, отвечая на вопрос о способах получения знаний о качестве медицинской помощи, указали на ряд источников, причем 49,8% опрошенных – на один, 34,8% - на два, 12,6% - на три и более источников. Преимущественно респонденты получали информацию на врачебных конференциях (на что указали 62,1% из них), а также на тематических и сертификационных циклах в учреждениях постдипломного образования (53,4%). Специальную литературу в режиме самоподготовки изучали 41,8% врачей, лекции на расширенных заседаниях врачебной комиссии и ЛКК - 38,3%.

Доля указавших на такой источник информации как последипломная подготовка была максимальной (34,3%) в возрастной группе 30-39 лет; на самостоятельное изучение литературы – в старшей возрастной группе (36,6%); на посещение лекций – среди лиц моложе 30 лет (25,0%) и 40-49 лет (26,9%); конференций – среди молодых сотрудников (37,5%).

Респондентам было предложено перечислить общие характеристики КМП. Правильный и полный ответ получен от 17,4% опрошенных, указавших на четыре правильных варианта. Правильный, но неполный ответ дали 21,6% врачей, выбрав три правильных варианта, 13,6% - два и 19,6% - один правильный вариант. То есть, доля правильных, но неполных ответов составила 54,8%. Удельный вес неправильных ответов, содержащих неверный вариант, равнялся 24,6%. Все варианты не указали 3,2% респондентов.

Наибольший (22,6%) удельный вес правильных ответов зафиксирован в группе опрошенных 40-49 лет; неправильных - среди респондентов до 30 лет (29,8%); отказавшихся отвечать – среди респондентов 60 лет и старше (5,6%).

Доля правильных и полных ответов была наибольшей у врачей со стажем работы свыше 10 лет (28,4%) и наличием высшей квалификационной категории (32,6%); неправильных – при стаже до 5 лет (36,2%) и отсутствии категории (21,6%). В наибольшем проценте случаев правильные ответы давали сотрудники родового и родильного отделений (соответственно в 64,2% и 56,6% случаев).

Респондентам был задан вопрос о компонентах качества медицинской помощи. Правильный и полный ответ дали 41,3% респондентов, указав на три правильных варианта, неполный ответ получен от 30,4%, указавших только на два правильных варианта, и 15,2% - указали на один правильный вариант. 10,9% опрошенных отметили неправильный вариант ответа, а от 2,2% респондентов ответ не получен.

Высокий процент правильных ответов зафиксирован в группе до 30 лет (38,6%). Доля случаев неправильных ответов снижается с увеличением возраста респондентов: с 15,8% в возрасте до 40 лет до 7,5% в возрастной группе 60 лет и старше.

Длительность профессионального стажа, как и уровень врачебной категории не оказали существенного влияния на осведомленность врачей о компонентах КМП. Удельный вес положительных ответов достоверно не зависел от продолжительности работы и колебался от 28,5% при стаже до 5 лет, до 32,4% - более 10 лет; от 24,6% при второй, до 28,7% - при высшей врачебной категории.

Респондентами было предложено самостоятельно указать статистические показатели, которые, по их мнению, влияют на КМП. Частота правильных ответов была разной и колебалась от 28,4% до 100,0%. Так, осложненные роды отнесли к показателям качества 38,4% респондентов, осложнения послеродового периода – 44,3%, мертворождение – 74,6%, преждевременные роды – 58,6%, заболевания новорожденных – 62,8%, смертность новорожденных – 88,4%, перинатальную смертность – 98,6%, материнскую смертность – 100,0%, укомплектованность медицинского персонала – 83,4%, штрафные санкции – 34,6%, несоблюдение порядков и стандартов – 28,4%, частота обоснованных жалоб – 66,5% опрошенных. Таким образом, почти все респонденты считали материнскую (100,0%) и перинатальную (98,6%) смертность показателями, влияющими на КМП. Более половины правильных ответов дали 64,3%, менее половины – 35,7% опрошенных. Среди неправильных показателей были указаны такие, как: частота оперативных пособий в родах, наличие квалификационной категории, дефекты оформления медицинской документации.

Наиболее полно были осведомлены о статистических показателях сотрудники 40-49 лет, наименее – до 30 лет. Респонденты старших возрастных групп (50 лет и старше) в большем проценте случаев (по сравнению с остальными возрастными группами) не могли дать ответ на вопрос. Основные статистические показатели были указаны правильно в наибольшем % сотрудниками со стажем работы более 10 лет (64,6%), работающими в родовом (34,1%) и родильном (36,8%) отделениях. На вопрос о том, какие структуры относятся к субъектам контроля КМП, правильный ответ был получен от 43,0% опрошенных. Из них 4,4% респондентов указали на все правильные варианты, 38,6% назвали от одного до пяти вариантов. Отсутствовали правильные ответы среди врачей моложе 30 лет, а наибольшей (18,7%) была их доля среди респондентов 30-39 лет.

Правильный ответ о субъектах контроля КМП дали врачи с высшей (53,4%) и первой (38,8%) категорией. 26,8% респондентов, не имевших категории и со второй категорией, не указали сведения о субъектах контроля.

Вопрос о средствах контроля КМП вызвал большие затруднения респондентов. Указали на все правильные варианты ответа только 2,6% опрошенных, перечислили лишь некоторые из них - 4,8%, выбрали неверный вариант 24,8%, воздержались от ответа – 67,8%. Процент правильных ответов был наиболее высоким среди лиц 30-39 лет (7,1%). 37,6% респондентов до 30 лет не знали средства контроля КМП. Наиболее осведомленными в вопросах средств контроля КМП были врачи родового отделения с высшей врачебной категорией и стажем более 10 лет. Неправильный ответ указали врачи отделений неонатологии и женской консультации (18,4% и 20,8%).

Аналогичные трудности возникли у респондентов при ответе на вопрос о видах контроля КМП, осуществляемого страховыми медицинскими организациями (СМО). Ответы респондентов распределились следующим образом. Правильно назвали все (3) вида контроля 88,3% респондентов, а неправильно ответили – 11,7%.

Респондентам был задан вопрос о том, относится ли показатель «укомплектованность кадрами» к критериям КМП. Правильный ответ дали большинство респондентов (87,4%), не считали его критерием качества 8,7%, а 3,9% респондентов не ответили на данный вопрос.

Респондентам было предложено ответить на вопрос о функциях врачебной комиссии в родильном доме. Частота вариантов ответа составила: принятие решений по вопросам диагностики и лечения в сложных и конфликтных ситуациях (8,2%), продление листков нетрудоспособности (13,1%), оценка качества обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий

(9,4%), оценка соблюдения порядка ведения медицинской документации (7,2%), анализ случаев перинатальной и материнской смертности (16,5%), анализ заболеваемости матери и новорожденного (12,4%), организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (15,4%), рассмотрение жалоб и обращений по вопросам оказания медицинской помощи (9,1%), проведение медико-экономической экспертизы (9,5%), наложение административных взысканий на сотрудников (5,7%). Правильные ответы получены от 56,8% опрошенных, доля неполных ответов составила 31,6%. Неправильные ответы дали 5,3%, а 6,3% сотрудников воздержались от ответа. Правильные ответы были получены от сотрудников старше 50-59 лет (54,3%), неправильные – были отмечены респондентами 40-49 лет (12,3%). Лица до 30 лет чаще давали неполные ответы (36,2%).

Самооценка уровня знаний респондентов о качестве медицинской помощи в родильном доме показала, что медицинский персонал достаточно критично оценивает собственные знания по вопросам контроля и обеспечения КМП. Оценивая знания по подготовленности в вопросах КМП, 54,3% респондентов считали себя достаточно компетентными, 26,0% - высказали неуверенность в знании проблемы, 19,6% - не смогли дать самооценку, 0,1% - воздержались от ответа. Так, только половина респондентов в возрасте 30-50 лет, и одна треть в возрасте до 30 лет отметили, что они подготовлены по вопросам качества медицинской помощи. В старшей возрастной группе (60 лет и старше) три четверти респондентов положительно ответили на этот вопрос.

Оценка качества медицинской помощи в родильном доме и его отделениях показала, что отличным его считали 32,8% опрошенных, хорошим – 42,4%, удовлетворительным – 20,7%, неудовлетворительным – 4,1%. Средний балл составил $4,2 \pm 0,87$. Неудовлетворительные оценки имели место среди сотрудников 30-59 лет, причем большинство таких оценок было в группе респондентов 50-59 лет (7,1%), доля удовлетворительных оценок качества работы была максимальной в группе лиц до 30 лет (19,0%), хороших – в группе 50-59 лет, отличных – в группах старше 60 лет (40,0%) и до 30 лет (42,6%).

Оценка качества работы родильного дома отличалась среди респондентов с разной врачебной категорией. У лиц с высшей квалификационной категорией средний балл был ниже ($3,8 \pm 0,42$), чем у имеющих первую ($4,11 \pm 0,36$), вторую ($4,03 \pm 0,43$), и не имеющих категорию ($4,01 \pm 0,38$). Выявлена зависимость оценки от стажа работы: при стаже более 10 лет средний балл был ниже ($3,8 \pm 0,19$), чем при стаже менее 5 лет ($4,45 \pm 0,29$) ($p < 0,05$).

Оценка качества помощи в отделениях, где работали респонденты, была выше, чем в целом по родильному дому. Так, 56,3% сотрудников послеродового отделения считали работу по КМП «отличной», 42,1% - «хорошей». В родовом отделении удельный вес оценки «удовлетворительно» составил 14,0%, в отделении неонатологии – 2,6%. В родильном отделении доля «хороших» и «отличных» оценок КМП составила 43,8% и 45,6%. Наиболее высокими были оценки, данные респондентами моложе 30 лет и старше 50 лет; при стаже работы до 5 лет средний балл оценок был выше ($4,51 \pm 0,32$), чем при стаже более 10 лет ($4,38 \pm 0,24$). Однако величина оценок качества работы разных отделений отличалась несущественно (средний балл соответственно составил $4,32 \pm 0,53$ и $4,86 \pm 0,44$) ($P > 0,05$).

Респондентам было предложено оценить организацию работы по обеспечению качества в базовом учреждении. Из общего числа респондентов 63,2% отметили, что в родильном доме проводится постоянная работа по изучению вопросов качества, 23,6% опрошенных считают, что подобная работа проводится непостоянно, а 11,9% сотрудников не ответили на данный вопрос. Удельный вес ответов на отсутствие организации работы по обеспечению качества, колебался от 0,7% (в возрастной группе 40-49 лет) до 2,1% (в группе до 30 лет). Положительно оценили работу по организации обеспечения качества большинство опрошенных, наибольшая доля таких ответов отмечена в группе лиц 30-39 лет (74,5%). Аналогичный ответ получен от 64,4% респондентов со стажем работы до 5 лет, 78,6% - со стажем 5-10 лет, и 63,4% - при стаже более 10 лет. Доля положительных оценок составила у опрошенных с высшей квалификационной категорией 72,6%, первой – 62,4%, второй – 52,4%, у лиц с отсутствием категории – 58,1%. На постоянное проведение работы по организации качества указали врачи родового (78,8%) и родильного отделений (84,6%), на непостоянное – респонденты женской консультации (58,2%).

Для обеспечения качества медицинской помощи, как известно, необходимы определенные условия. 56,8% респондентов считают, что такие условия в родильном доме существуют, 30,0% опрошенных отметили, что созданные условия не в полной мере способствуют обеспечению

качества, от 10,4% медицинских работников ответ не получен. Доля ответов, отражающих отсутствие условий для обеспечения качества колеблется от 1,2% (в группе до 30 лет) до 3,0% (в группе 50-59 лет). Наибольший удельный вес ответов о недостаточных условиях зарегистрирован в группе респондентов до 30 лет (32,3%). Наличие условий, необходимых для обеспечения качества указаны в ответах врачей со стажем до 5 лет (58,6%), 5-10 лет (64,4%), более 10 лет (72,8%), имеющих высшую (77,8%) и первую (64,8%) квалификационные категории. Полноту условий обеспечения качества отмечают врачи родового (72,2%), родильного (68,9%) и послеродового отделений (69,8%).

Таким образом, экспертиза знаний респондентов показала, что обучение медицинского персонала требует дальнейшего совершенствования, поскольку на многие вопросы тестового характера респонденты не могли дать правильный ответ. Это касается перечисления общих характеристик КМП, главных статистических показателей КМП, субъектов и средств контроля качества, а также видов контроля, осуществляемых СМО. Так, доля неправильных ответов была наибольшей (53,4%) на вопрос о субъектах контроля КМП. Удельный вес неполных ответов составил 54,8% при оценке общих характеристик КМП, и 59,9% при видах контроля, осуществляемого СМО. Наибольшие затруднения возникли у 67,8% опрошенных, не ответивших на вопрос о средствах контроля КМП.

Важно отметить, что по большинству вопросов более осведомленными были опытные сотрудники, имеющие высшую врачебную категорию и большой стаж профессиональной деятельности, а менее осведомленные - лица до 30 лет, которые недавно закончили учебные заведения. По многим позициям уровень осведомленности врачей различных отделений родильного дома отличался несущественно, однако в некоторых вопросах (средства контроля КМП, субъекты качества) лучше разбирались врачи родильного и родового отделений и хуже - врачи женской консультации и отделения неонатологии. Полученные данные об уровне знаний врачей родильного дома по вопросам качества медицинской помощи указывают на необходимость продолжения работы по повышению квалификации персонала, совершенствованию форм обучения, усилению заинтересованности врачей в приобретении дополнительной информации в вопросах качества медицинской помощи.

Оценивая качество медицинской помощи в родильном доме, респонденты отметили необходимость его улучшения. Исходящие от врачей предложения по улучшению качества медицинской помощи имели разноплановый характер: 37,2% респондентов отметили необходимость увеличения численности персонала, принимающих участие в оказании помощи пациентам; 18,6% указали на чрезмерную нагрузку и предложили ее уменьшить; 16,3% предложили оптимизировать материальное стимулирование работников родильного дома; 11,6% - улучшить материально-техническое обеспечение; 9,3% - обратить особое внимание на обучение персонала, особенно молодых врачей, имеющих небольшой профессиональный опыт; 4,7% - улучшить обеспечение расходными материалами; 2,3% - усилить контроль над работой медицинского персонала.

Рассматривая предложения по улучшению качества медицинской помощи, следует отметить, что во всех возрастных группах преобладает мнение о необходимости увеличения медицинского персонала (до 30 лет - 25%, 30-39 лет - 50%, 40-49 лет - 37,5%, 50-59 лет - 26,7%), о необходимости снижения профессиональной нагрузки (от 13,3% в группе 50-59 лет до 25% в группе 40-49 лет, и 50,0% в группе 60 лет и старше), о необходимости материального стимулирования (13,3 - 25,0%). Возрастная группа респондентов до 30 лет выдвигает предложение об улучшении материально-технического обеспечения (25,0%), обучении персонала (25,0%), а также необходимости оптимизации материального стимулирования (25,0%). Медицинские сотрудники 30-49 лет, предлагают увеличить численность персонал, снизить объем работы, улучшить материально-техническое обеспечение.

При стаже работы до 5 лет доля высказавших предложения была максимальной (84,9%), только в этой категории встречались предложения, касающиеся повышения квалификации, улучшения материально-технической базы и информационного обеспечения. При стаже 5-10 лет предложения высказали 59,8% сотрудников (30,0% - по использованию материального стимулирования, и 29,8% - по увеличению числа персонала). При стаже более 10 лет удельный вес высказавших предложений составил 52,7% (35,0% - по снижению профессиональной нагрузки, и 17,7% - по повышению заработной платы).

Предложения высказали 95,0% сотрудников родильного отделения (предложения, касающиеся снижения рабочей нагрузки, – 89,0%, увеличения числа персонала – 78,0%); 88,0% - родового отделения (58,0% касались улучшения материально-технической базы, и 28,0% - обучения персонала); 85,0% - послеродового отделения (предложения по усилению контроля над работой персонала и повышению исполнительской дисциплины – 75,0%, а также обучению персонала – 10,0%). Предложения сотрудников женской консультации (90,0% опрошенных) были в основном (85,0%) направлены на улучшение организации работы и снижению врачебной нагрузки.

Выводы. Результаты работы показали, что минимизация врачебных ошибок в родильном доме возможна лишь при условии хорошей подготовленности медицинского персонала в вопросах качества медицинской помощи.

Библиографический список:

1. Гридчик А.А. Два взгляда на врачебные ошибки и качество оказания акушерской помощи / А.А. Гридчик // Российский вестник акушерства и гинекологии. – 2015. - № 6. – С. 78-81.
2. Духанина М.В. Совершенствование организации и управления амбулаторной акушерско-гинекологической помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / М.В. Духанина. – М., 2014. – 22 с.
3. Меньшикова Л.И. Оценка достоверности мнения пациентов о качестве стационарной медицинской помощи / Л.И. Меньшикова, М.Г. Дьячкова, Э.А. Мордвинский // Менеджер здравоохранения – 2014. - № 4. – С. 18-25.
4. Орлов А.Е. Качество медицинской помощи: мнение сотрудников городского многопрофильного стационара: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / А.Е. Орлов – М. – 2014. – С. 68-72.
5. Пивень Д.В. Работа с обращениями граждан в медицинской организации как один из важнейших индикаторов качества и безопасности медицинской деятельности / Д.В. Пивень, И.С. Кицул // Менеджер здравоохранения. – 2015. - № 2. – С. 6-12.
6. Трегубова Е.С. Научно-методическое обоснование системы управления качеством по подготовке специалистов для здравоохранения в медицинском вузе / Е.С. Трегубова: дис. ... докт. мед. наук СПб. – 2014. – 41 с.

Казарян Гагик Арменович
Kazaryan Gagik Armenovich

студент 6 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО "Кемеровский государственный
медицинский университет"

Фарбирович Владимир Яковлевич
Farbirovich Vladimir Yakovlevich

научный руководитель, заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, доцент кафедры
факультетской хирургии и урологии ФГБОУ ВО "Кемеровский государственный медицинский
университет"

УДК 616.65-007.61-08

РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ У БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

EARLY POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF TRANSURETHRAL RESECTION OF PROSTATE IN PATIENTS WITH BONE QUALITY HYPERPLASIA OF THE PROSTATE GLAND

Аннотация: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из самых актуальных заболеваний среди мужчин пожилого и старческого возраста. "Золотым стандартом" лечения ДГПЖ считается трансуретральная резекция простаты (ТУР). Осложнения после операций на предстательной железе - крайне важная тема для мужчин, кому предстоит ТУР простаты. В данной статье проанализированы ранние послеоперационные осложнения после ТУР простаты в отделении урологии Кемеровской областной клинической больницы, на период 2013-2017 г.

Abstract: Benign prostatic hyperplasia (BPH) is one of the most actual diseases among men of elderly and senile age. The "golden standard" of BPH treatment is transurethral resection of the prostate (TUR). Complications after operations on the prostate gland is an extremely important topic for men who will have TUR of the prostate. This article analyzes early postoperative complications after TUR of the prostate in the Urology Department of the Kemerovo Regional Clinical Hospital for the period 2013-2017.

Ключевые слова: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, аденома простаты, трансуретральная резекция простаты, осложнения.

Keywords: Benign prostatic hyperplasia, prostate adenoma, transurethral resection of the prostate, complications.

Введение.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) - заболевание, характеризующееся увеличением объема предстательной железы за счет гиперплазии (увеличение объема ткани в результате увеличения количества клеток). То есть, ДГПЖ не является опухолью, как ошибочно считают многие пациенты.

По современным данным морфологические признаки ДГПЖ обнаруживаются у 50% мужчин в возрасте от 40 до 50 лет и у 90% мужчин в возрасте старше 80 лет [2,1].

Клинически заболевание проявляет себя обструктивной и ирритативной симптоматикой. К симптомам первой группы (обструктивным) относятся затрудненное мочеиспускание, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, несвоевременное начало акта мочеиспускания, натуживание во время мочеиспускания. К симптомам второй группы (ирритативным) — учащенное, императивное мочеиспускание, симптомы императивного недержания мочи. При переполненном мочевом пузыре может иметь место недержание мочи — так называемая парадоксальная ишурия.

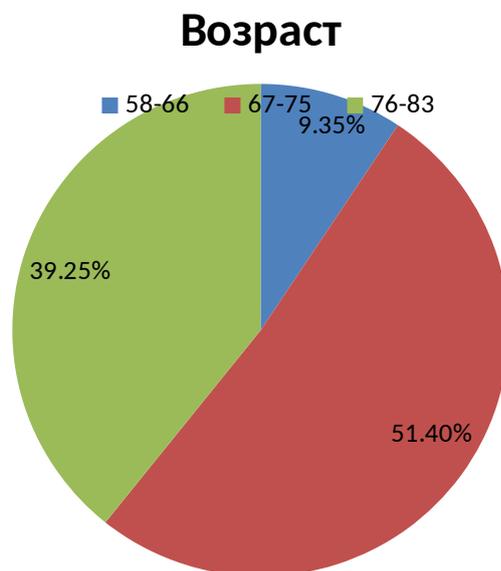
Согласно международным стандартам, пациент с подозрением на доброкачественную гиперплазию предстательной железы вначале заполняет анкету с целью стандартизации симптомов. Также в диагностике используются данные пальцевого ректального исследования, трансректального ультразвукового исследования и лабораторная диагностика: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ПСА.

Тактика лечения во многом определяется стадией заболевания. Консервативное лечение включает назначение ингибиторов 5 α -редуктазы, α -адреноблокаторов. Хирургическое лечение ДГПЖ проводится при неэффективности консервативной терапии. В последнее время предпочтение отдается эндоскопическим методам лечения аденомы: Трансуретральная резекция (ТУР; ТУРП).

Цель исследования: Провести анализ ранних послеоперационных осложнений после трансуретральной резекции простаты у больных с ДГПЖ и сравнить полученные результаты с данными литературы.

Материалы исследования: Были изучены истории болезней 50 пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, которые были прооперированы в Кемеровской областной клинической больнице.

Результаты исследования: Основную группу составили пациенты в возрасте от 58 до 83 лет (рис.1).



Из 50 оперированных больных возникли осложнения у 6 (12%) человек. Наиболее частым осложнением была выраженная дизурия у 5 (10%) человек.

Одним из самых опасных и клинически значимых осложнений является кровотечение, которое возникает вследствие отхождения тромба с коагулированного сосуда.

Также кровотечение может образоваться из-за травмирования крупного сосуда, который невозможно рассмотреть за тканью предстательной железы. Еще одним опасным осложнением является ТУР-синдром- водная интоксикация организма, возникающая из-за попадания в системный кровоток оросительной жидкости. Данные осложнения не встречались у этих больных.

Инфекционно-воспалительные осложнения были выявлены у 1 (2%) человека, проявившееся обострением хронического пиелонефрита.

В таблице 1 отражены частота и характер ранних послеоперационных осложнений после ТУР простаты у изученных нами больных по сравнению с данными литературы.

Таблица 1.

Характер осложнений	Наши данные	Данные литературы
1.Кровотечение	0 (0%)	3,4%
2.ТУР - синдром	0 (0%)	0,9%
3.Выраженная дизурия	5 (10%)	38%
4.Инфекционно-воспалительные	1 (2%)	17%

Вывод: Общее количество ранних послеоперационных осложнений после трансуретральной резекции простаты у больных с ДГПЖ в отделении урологии Кемеровской областной клинической больнице составило 12% , что в 2,5 раза ниже чем по данным литературы 30,2%. Также за период с

2013 по 2017 не было ни одного случая послеоперационного кровотечения и ТУР - синдрома. Несмотря на потенциальный риск возможных осложнений, ТУР простаты остается "золотым стандартом" в хирургическом лечении больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Библиографический список:

1. Горилловский Л.М., М.Б. Зингеренко. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы – актуальная проблема гериатрической урологии // Consilium Medicum. Т. 5. № 12. 2003. С. 732–735
2. Лопаткин Н.А. (Ред.) – Урология. Национальное руководство (+ CD-ROM) М. 2009

Матризаева Гульнора Джуманиязовна

Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Ургенчского филиала Ташкентской Медицинской академии

Mathrizayeva Gulnora Djumaniyazovna

Head of the chair «Midwifery and Gynecology» of Urgench branch Tashkent Medical academy, 201000 Uzbekistan, khorezm region, Urgench city, Al-Khorezmy street, 28.

УДК 618.17

ПАТОГЕНЕЗ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

PATHOGENESIS OF PREMENSTRUAL SYNDROME (REVIEW ARTICLE)

Аннотация. В настоящее время существует множество теорий развития предменструального синдрома (ПМС). Но, к сожалению, единой, универсальной теории нет. Полученные классификации и патогенетические схемы с одной стороны наглядно раскрывают сложные механизмы патогенеза ПМС, с другой стороны являются основой для разработки методики и алгоритма патогенетической посиндромной коррекции предменструального синдрома, методических рекомендаций оказания медицинской помощи такому контингенту пациентов для их включения в комплексное лечение, профилактику осложнений и улучшения реабилитации. Классификации и схемы будут полезны как в лечебном, так и в учебном процессе.

Abstract. There are several theories of premenstrual syndrome. Unfortunately, there is no single universal theory. The resulting classification and pathogenetic scheme from the one hand clearly reveal the premenstrual syndrome pathogenesis complex mechanisms. On the other hand they are the basis for the development of methods and algorithm of the premenstrual syndrome pathogenetic syndrome correction. Health care guidelines for this patient may be included in a comprehensive treatment, prevention of complications and improvement of rehabilitation. Classification and scheme will be useful both in medical and in the learning process.

Ключевые слова: предменструальный синдром, классификация, патогенез.

Key words: premenstrual syndrome, pathogenesis, classification

Предменструальный синдром (ПМС) - многофакторный клинический симптомокомплекс, возникающий в предменструальные дни и проявляющийся нервно-психическими, вегетососудистыми и обменно-эндокринными нарушениями. Частота ПМС колеблется в пределах 25-90 %, причем у каждой женщины симптомы индивидуальны, встречаются в разных сочетаниях, у 10 % они ярко выражены и снижают качество жизни и трудоспособность вплоть до её потери. Частота ПМС полностью зависит от возраста женщины: чем старше — тем частота больше. В возрасте от 19 до 29 лет ПМС наблюдается у 20 % женщин, после 30 лет синдром встречается примерно у каждой второй женщины. После 40 лет частота достигает 55 %. Однако, были зарегистрированы случаи, когда ПМС наблюдался у девушек сразу по наступлении менархе [1,4,5].

Преморбидным фоном ПМС являются патологически протекающие беременность и роды, аборт и гинекологические операции, перенесенные инфекционные заболевания, соматическая патология (сердечнососудистой, мочевыделительной и пищеварительной систем), психоэмоциональное перенапряжение, наследственная предрасположенность, несбалансированное питание, гиподинамия, интенсивная интеллектуальная деятельность, отсутствие рационального режима труда и отдыха [5]. В то же время и сам ПМС может являться «предвестником» патологически протекающей беременности и родов, невынашивания беременности.

Патогенез ПМС сложен и окончательно не изучен. Существует множество теорий, пытающихся объяснить происхождение данного патологического состояния. Взгляды на причины и механизм его развития менялись с расширением знаний о физиологии и патофизиологии менструального цикла.

Популярность и изучаемость данной проблемы не вызывает сомнений. Букет возможных жалоб и симптомов ПМС насчитывает более 200, перечисление которых в данной статье не представляется возможным.

Итак, на данном этапе в литературе описаны следующие теории: 1) нейромедиаторная; 2) гипергидремическая (в простонародии - водной интоксикации); 3) недостаточности витаминов, микро- и макроэлементов (теория циклического авитаминоза); 4) эндокринная; 5) простагландиновая (патогенетическая схема 2); 6) психосоматическая; 7) аутоиммунная (аллергическая); 8) пролактиновая (патогенетическая схема 3); 9) наследственная.

Таким образом, сейчас мы уточним определение, данное нами во введении. По нашему мнению, ПМС - полиэтиологическое и мультифакториальное патологическое состояние, в патогенезе которого участвуют нарушения функций различных органов и систем организма. Возникновение различных форм ПМС обусловлено вовлечением в процесс коры головного мозга, гипоталамуса, лимбической системы, гипофиза, половых желез, почек и надпочечников [2].

Классификация ПМС в зависимости от ведущего патогенетического звена его развития:

Дисбаланс эстрогенов и прогестерона;

Дисбаланс простагландинов;

Дисбаланс андрогенов;

Дисбаланс альдостерона.

На первый план выступают нарушения настроения, повышенная раздражительность, беспокойство и тревога. Характеризуется увеличением аппетита, головными болями, утомляемостью, головокружением, желудочно-кишечными нарушениями. Проявляется слезливостью, забывчивостью, бессонницей, устойчиво сниженным настроением. Наблюдаются тошнота, увеличение массы тела, отечность, неприятные ощущения в молочных железах [3].

Раздражительность, плаксивость, агрессивность, депрессия, чувство усталости, нарушения сна, либидо, изменение пищевого поведения. Цефалгии, головокружение, тошнота, рвота, абдоминалгии, кардиалгии, тахикардия, гипертензия, фибромиалгии, миофасциальный болевой синдром (судороги и болезненность в области спины, шеи, стоп и т. д.). Нагрубание молочных желез, метеоризм, зуд кожи, отеки, познабливание, снижение памяти, зрения, слуха, гипертермия, одышка, жажда и подобные [6].

Затем, описанные выше жалобы и клинические симптомы мы свели к следующим синдромам, а из них выделили клинические формы ПМС: дистимический (раздражительность, агрессивность, плаксивость, апатия, нарушения либидо, булимия, анорексия); астенический (гиперестезия (звуки, запахи), слабость, утомляемость, инсомния, раздражительность (истощаемость тормозных процессов)); парестезии (онемение, покалывание, мурашки); мастопатия (масталгия, нагрубание); диспепсический (метеоризм). Если у молодых женщин преобладает апатия, то в предменопаузальном возрасте отмечается агрессивность. Диагностируется нервно-психическая форма ПМС.

Отечный (лица, конечностей (рук и голеней), кишечника (метеоризм), повышение массы тела); Мастопатия выраженная (масталгия, нагрубание); Обменный (зуд кожи, озноб, снижение памяти, слуха, зрения, гипертермия, одышка, жажда). Реплика: Диурез может оставаться сохранным. Диагностируется Отечная форма ПМС. Цефалгический (головная боль, тошнота, рвота, головокружение); Астеническим (гиперестезия (звуки, запахи), слабость, утомляемость, инсомния, раздражительность (истощаемость тормозных процессов)); Вегетативный (кардиалгия, гипергидроз, абдоминалгии, фибромиалгии, миофасциальный болевой синдром (судороги, болезненность в области спины, шеи, стоп)). Цефалгия мигреноподобная и не сопровождается гипертонией. У 75 % пациенток на рентгенограмме турецкого седла отмечается обызвествление шишковидного тела и твердой мозговой оболочки, не связанное с изменениями уровня кальция. Диагностируется цефалгическая форма ПМС.

Симптоадреналовый (гипертензия, кардиалгия, страх смерти, тахикардия, похолодание и парестезии конечностей, полиурия). Реплика: кризы возникают вечером или ночью, часто у пациенток с нескоррегированными вышеописанными формами ПМС. Кризы могут быть спровоцированы инфекционным заболеванием, усталостью, психоэмоциональным перенапряжением. Диагностируется кризовая форма ПМС.

Также наблюдаются смешанные (или атипичные): вегетативно-дизовариальная миокардиодистрофия, гипертермическая, офтальмоплегическая форма мигрени, гиперсомническая, «циклические» аллергические реакции, циклическая бронхиальная астма, неукротимая рвота, иридоциклит. Наибольшая частота и тяжесть кризовой и цефалгической форм наблюдается в

предменопаузальном периоде жизни; в 16-19 лет и в 25-34 года отмечается наибольшая частота нервно-психической формы; в 20-24 года -отечной.

Библиографический список:

1. Аганезова Н.В. Предменструальный синдром: нейроиммуноэндокринные соотношения. Российский вестник акушера-гинеколога. 2012; 4: 32-39.
2. Новотны П.П.. Предменструальный синдром: Пер. с англ. – М.: Крон-пресс, 1995.
3. Пересада О. А. Предменструальный синдром: патогенез, клинические проявления, лечение. Медицинские новости. 2010; 8: 15-18.
4. Яковлева Э.Б. Предменструальный синдром. Медицина неотложных состояний. 2014; 3 (58): 159-163.
5. Duvan C.I., Cumaoglu A., Turhan N.O. et al. Oxidant/antioxidant status in premenstrual syndrome. Arch. Gynecol. Obstet. 2011 Feb;283(2):299-304.
6. Zukov I., Ptacek R., Raboch J. et al. Premenstrual dysphoric disorder — review of actual findings about mental disorders related to menstrual cycle and possibilities of their therapy. Prague Med. Rep. 2010;111(1):12-24.

Машарипова Роза Тельмановна

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

Masharipova Roza Telmanovna

assistant of the chair of «Faculty and Hospital pediatry» of Urgench branch of Tashkent Medical academy, 201000 Uzbekistan, Khorezm region, Urgench city, Al-Khorezmy street, 28.

E-mail: mekhribon_yusupova@mail.ru

УДК 616-053.2:616.4

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ**THEORETICAL AND CLINIC ASPECTS OF NEWBORNS THROMBOCYTOPENIA**

Аннотация. Были проанализированы причины и механизмы развития тромбоцитопении новорожденных, описан алгоритм диагностического процесса в случае выявления тромбоцитопении, рассмотрен случай клинического наблюдения новорожденного с диагнозом тромбоцитопеническая пурпура.

Abstract. Causes and mechanisms of newborns' thrombocytopenia development have been analysed, algorithm of diagnostic process in case of thrombocytopenia revealing has been described, case of clinical observation of newborn with diagnosis thrombocytopenic isoimmune purpura has been reviewed.

Ключевые слова: Геморрагический синдром, Диагностический поиск, Изоиммунная тромбоцитопеническая пурпура, Иммуноглобулин человека нормальный, Лабораторная диагностика, Новорожденный, Тромбоконцентрат, Тромбоцитопения.

Keywords: Diagnostic process, Hemorrhagic syndrome, Laboratory diagnostic, normal human immunoglobulin, Thrombocytopenia, Thrombocytopenic isoimmune purpura, thrombus concentrate, a newborn.

К тромбоцитопениям относят состояния, при котором количество тромбоцитов периферической крови составляет менее $150 \times 10^9/\text{л}$. Это довольно частый гематологический синдром в неонатальном периоде. У 1–5% детей тромбоцитопения регистрируется при рождении, но только у 0,1–0,5% новорожденных она является тяжелой (количество тромбоцитов менее $50,0 \times 10^9/\text{л}$) [1,2]. Примерно в половине случаев тромбоцитопения проявляется геморрагическим синдромом.

Причины тромбоцитопений у новорожденных весьма вариабельны. Это могут быть первичные тромбоцитопении, в основе которых, как правило, лежат иммунопатологические процессы. Вторичные (симптоматические) тромбоцитопении возникают на фоне различных состояний, среди которых чаще вирусные или бактериальные инфекции, тяжелые гипоксические проявления, иммунодефицитные состояния, синдром внутрисосудистого свертывания крови и др. Все формы тромбоцитопенической пурпуры по механизму возникновения являются приобретенными, даже в случаях рождения ребенка с клинической картиной тромбоцитопенической пурпуры [3].

Механизмы развития тромбоцитопений в неонатальном периоде различны. Среди них выделяют:

1. Повышенное разрушение тромбоцитов — в результате иммунных процессов) изоиммунная (аллоиммунная) тромбоцитопеническая пурпура. Развитие данного заболевания схоже с гемолитической болезнью, однако иммунологический конфликт обусловлен несовместимостью плода и матери по тромбоцитарным антигенам (чаще всего по PLA1-антигену, который отсутствует у матери). В сенсibilизированном материнском организме появляются антитромбоцитарные антитела, которые, проникая через плаценту, вызывают разрушение тромбоцитов у плода. Изосенсibilизация может быть как при повторной, так и при первой беременности. Встречается с частотой 1 случай на 1000 новорожденных [4]; б) трансиммунная тромбоцитопеническая пурпура развивается у детей, родившихся от матерей, страдающих аутоиммунной тромбоцитопенией. Это бывает при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре, системной красной волчанке, аутоиммунном тиреоидите, синдроме Эванса и др. Аутоантитела матери проникают через плаценту и

вызывают разрушение тромбоцитов у плода. Поскольку после рождения ребенка проникновение антител от матери к ребенку прекращается, то данная форма заболевания имеет благоприятный прогноз [5,8].

Механическое разрушение тромбоцитов в результате повышенного их потребления в кавернозных сосудистых образованиях встречается при синдроме Казабаха–Мерритта. Повышенное потребление тромбоцитов при синдроме внутрисосудистого свертывания крови, искусственной вентиляции легких, гемолитико-уремическом синдроме [2,5].

Помимо вышеперечисленных механизмов и форм заболевания выделяют гетероиммунные тромбоцитопении, при которых антитела вырабатываются против чужого антигена, расположенного на поверхности тромбоцитов. Примером чужеродного антигена являются лекарства, вирусы. Также возможно развитие тромбоцитопении в результате изменения антигенной структуры тромбоцитов, под влиянием вирусного воздействия. После выведения лекарства из организма или выздоровления от вирусной инфекции признаки болезни исчезают и больной выздоравливает.

Развитию тромбоцитопении новорожденных способствует и ряд токсических и лекарственных форм, употребляемых беременными женщинами. В их числе — алкоголь, тиазидные препараты, гидралазин, сульфаниламиды, фуразолидон, фенилбутазон, эстрогены, гепаринотерапия и др. Механизм развития тромбоцитопений при внутриутробных инфекциях довольно сложен и связан с недостаточной продукцией тромбоцитов костным мозгом, угнетением мегакариоцитарного ростка токсинами возбудителя, гиперспленизмом, ДВС-синдромом.

Алгоритм диагностического поиска в случае выявления тромбоцитопении у новорожденного предусматривает: 1) сбор анамнестических данных: у матери — наличие аутоиммунной тромбоцитопении (идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, системная красная волчанка, аутоиммунный тиреоидит, синдром Эванса и др.); аномалий плаценты (хориоангиоматоз, отслойка, тромбоз), применения лекарственных препаратов. У новорожденного — преморбидный фон (гипоксические состояния, недоношенность, задержка внутриутробного развития (ЗВУР), переносимость и т. д.); наличие основного заболевания (внутриутробная инфекция, иммунодефицитные состояния, гигантская гемангиома и т. д.);

2) определение характера тромбоцитопении — первичности или вторичности;

3) изучение клинических данных: геморрагический синдром в первые дни жизни ребенка в виде кожных проявлений (петехии, экхимозы), кровотечений из микроциркуляторного русла (носовые, десневые и пр.), кровотечения из пуповинного остатка, мелена. Для геморрагического синдрома при тромбоцитопениях характерны спонтанность, несимметричность, полиморфность и полихромность. Локализацию кровоизлияний в склерах и конъюнктиве следует расценивать как прогностически неблагоприятный признак в плане возникновения кровоизлияний в головной мозг. При трансиммунной форме геморрагический синдром постепенно идет на спад, поскольку поступление антитромбоцитарных антител к ребенку от матери прекращается и разрушения тромбоцитов не происходит [5]. В случае вторичных тромбоцитопений геморрагии развиваются на фоне основного заболевания, характерным симптомом является гепатоспленомегалия. Выраженность геморрагического синдрома у новорожденных при TORCH-инфекциях зависит не только от возбудителя, но и от гестационного возраста, в котором плод подвергся действию инфекционного агента. Для синдрома Казабаха–Мерритта характерно развитие мелены новорожденных;

4) оценку лабораторных показателей. О наличии тромбоцитопении свидетельствует:

-число тромбоцитов в периферической крови менее $150 \times 10^9/\text{л}$ на фоне нормальных других ее показателей;

-увеличение продолжительности кровотечения по Дукке более 4 мин;

-снижение ретракции кровяного сгустка менее 60%;

-гиперплазия мегакриоцитарного ростка (более 54–114 в 1 мкл) в миелограмме;

-отсутствие отклонений в лабораторных тестах, характеризующих коагуляционное звено гемостаза.

Обнаружение антитромбоцитарных антител подтверждает иммунный характер заболевания. Выявление диагностически значимого повышения титра антител к какому-либо возбудителю (цитомегаловирусу (ЦМВ), вирусу Эпштейна–Барр, вирусу краснухи, простого герпеса и др.) подтверждает вторичность тромбоцитопении (гетероиммунные формы заболевания).

Только последовательное и тщательное проведение всех этапов диагностического поиска позволяет врачу получить четкое представление о происходящих в организме ребенка процессах и

выработать правильную тактику лечения. Наличие геморрагического синдрома независимо от характера тромбоцитопений (первичный или вторичный) ставит в основу лечебных мероприятий купирование геморрагических проявлений.

При иммунных тромбоцитопениях в случае легкого течения заболевания, сопровождающегося только кожным синдромом. В качестве препаратов выбора служат ангиопротекторы — этамзилат 12,5% раствор по 0,1 мл/кг в/в или в/м 2–4 раза в сутки или по 500 мг 4–6 раз в сутки внутрь. Фармакологическое действие препарата связано с повышением устойчивости капилляров, уменьшением их проницаемости, улучшением микроциркуляции, а также стимуляцией образования фактора свертывания крови III, нормализации адгезии тромбоцитов [6]. Ингибиторы фибринолиза — эпсилон-аминокапроновая кислота в дозе 50 мг/кг в/в капельно один раз в сутки. Ее действие базируется на торможении активирующего влияния стрептокиназы, урокиназы и тканевых киназ на фибринолиз, нейтрализации эффектов калликрейна, трипсина и гиалуронидазы, уменьшении проницаемости капилляров [6]. Подавление иммунопатологического процесса достигается путем применения глюкокортикоидов — преднизолон в дозе не менее 2 мг/кг в сутки в два приема. Возможно проведение альтернативной терапии — иммуноглобулины человека нормальные (Иммуновенин, Пентаглобин, Октагам) в дозе 0,4 г/кг в сутки в/в в течение 5 дней. Положительный эффект иммуноглобулинов обусловлен блокадой Fc-рецепторов макрофагов, что уменьшает опсонизацию тромбоцитов и предотвращает их разрушение в кровеносном русле. Применение иммуноглобулинов позволяет получить более быстрый (через 24–48 часов), но менее стойкий эффект, чем при применении глюкокортикоидов. Поэтому довольно часто прибегают к комбинированному использованию этих препаратов. Однако по данным зарубежных авторов использование преднизолона и иммуноглобулинов при аллоиммунной форме заболевания остается дискуссионным [7,8].

В случае развития жизнеугрожающих кровотечений показано применение тромбоцитарного концентрата. К его применению необходим тщательный и взвешенный подход, поскольку при иммунных формах переливание тромбоконцентрата противопоказано, т. к. его использование может еще больше усугубить процесс в связи с избыточным образованием антител. Показанием к трансфузии тромбоцитов является число тромбоцитов менее 20/нл без признаков кровотечения и менее 30/нл при признаках кровотечения [7]. Расчетной дозой для переливания тромбоконцентрата является 10 мл/кг, однако оптимальная доза может быть получена при проведении индивидуального математического расчета в пересчете на один из параметров (массу тела, объем циркулирующей крови, площадь тела). После трансфузии необходим контроль уровня тромбоцитов. Клиническим критерием эффективности трансфузий тромбоконцентрата служит купирование геморрагического синдрома, увеличение количества тромбоцитов у больного через 1 час после трансфузии не менее чем на $50\text{--}60 \times 10^9/\text{л}$ и удержание результата через 24 часа.

При вторичных тромбоцитопениях необходимо проводить терапию основного заболевания, поскольку прогноз определяется именно его течением. Лабораторная диагностика иммунных тромбоцитопений во многих лечебных учреждениях нашей страны еще недостаточно развита. Только четкий алгоритм диагностического поиска позволит врачу достаточно быстро и четко оценить все многообразие причин, приводящих к развитию тромбоцитопений новорожденных и оперативно и правильно назначить адекватную терапию.

Таким образом, диагностика тромбоцитопений новорожденных является весьма сложным процессом, грамотное проведение которого во многом предопределяет успех терапевтических мероприятий, а следовательно — прогноз и качество жизни пациента.

Библиографический список:

1. Баркаган З.С. геморрагические заболевания и синдромы \ - М. Медицина, 19-52 с.
2. Василевский И.В. Вторичные (симптоматические) тромбоцитопении у детей подростков \ И.В. Василевский \ Медицинская панорама – 2009. №4. -С.5-10.
3. Головкин О.К. Клинические аспекты иммунных тромбоцитопений в неонатологии \ О.К. Головкин, О.В. Воробьева \ Здоровье ребенка. – 2006. -№2. –С.115-122.
4. Масчан А.А. Иммуно-опосредованные тромбоцитопении новорожденных: дифференциальный диагноз и принципы терапии \ А.А. Масчан, А.Г. Румянцев \ вопросы гематологии\онкологии и иммунопатологии в педиатрии. -2010. – Т.9, №3. – С.13-15.
5. Пшеничная К.И. Врожденные тромбоцитопатии у детей: особенности диагностики, симптоматики и лечения: автореф. дис... канд. мед. наук \ Спб.2002.-25 с.

6.Шабалов Н.П. Неонатология учеб пособие. М.МЕДпресс-информ,2004. -640 с.

7. Неонатология: практ.рекоменд: перев.с нем. \Р. Рооз.- М.Медицинская литература.2011. - 592 с.

7.Blanchette V.S. Platelet disorders in newborn infants: diagnosis and management \SeminPerinatol. 1997. №21. –P. 53-62.

8. Bussel JB. Immune thrombocytopenia in pregnancy: autoimmune and alloimmune \JB.Bussel \ J. Reprod. Immunol.-1997 №37. –P.35-61.

Мирзаева Наргиза Сабуровна

ассистент кафедры «Неврологии и психиатрии» Ургенчского филиала Ташкентской
Медицинской академии, Республика Узбекистан

Mirzayeva Nargiza Saburovna

assistant of the chair of “Neurology and psychiatry” of Urgench branch of Tashkent Medical
academy. 201000 Uzbekistan Khorezm region, Urgench city, Al-Khorezmy street, 28.

УДК: 61.616-009.616-06

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО -МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ (обзор литературы)

PSYCHONEUROLOGICAL DISORDERS IN THE LONG-TERM PERIOD OF CRANIOCEREBRAL TRAUMA

Аннотация. Обзорная статья посвящена одной из актуальных проблем медицины черепно-мозговой травме. ЧМТ остается одной из наиболее трудных задач здравоохранения. Из-за своей распространенности и тяжести медицинских и экономических последствий черепно-мозговая травма имеет огромное социальное значение и не имеет тенденции к снижению. Представлены отдаленные последствия ЧМТ в зависимости от вида и степени тяжести.

Abstract. The review article is devoted to one of the topical problems of the medicine of craniocerebral trauma. TBI remains one of the most difficult health problems. Because of its prevalence and severity of medical and economic consequences, traumatic brain injury is of great social importance and does not tend to decrease. The long-term consequences of craniocerebral trauma are presented depending on the type and degree of severity.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, отдаленные последствия, неврологические нарушения.

Key words: craniocerebral trauma, long-term consequences, neurological changes.

По данным эпидемиологических исследований, ежегодно во многих странах число новых случаев черепно-мозговой травмы (ЧМТ) среди детей и подростков достигает 180–200 на 100 тыс. человек. Еще в 1949 г Смирновым Л.И. был введен термин «травматическая болезнь мозга», понимая под этим, что при ЧМТ любой степени тяжести головной мозг переживает сложный комплекс быстро развивающихся фазных реакций, которые в итоге приводят к болезни мозга в разных его аспектах. Классическая клиническая картина ЧМТ зависит от тяжести травмы и ее анатомических вариантов и складывается из общемозговых, оболочечных, очаговых, полушарных симптомов и стволовой дисфункции, что и определяет состояние больных.

Наиболее распространена легкая ЧМТ (в том числе сотрясение головного мозга и ушиб мозга легкой степени), на долю которой приходится примерно 80% от всех случаев. Среднетяжелая и тяжелая ЧМТ составляют около 15% случаев, оставшиеся 5% приходятся на крайне тяжелые ЧМТ, часто заканчивающиеся летальным исходом. Именно ЧМТ является ведущей причиной инвалидизации и смертности [1,8,13].

В отдаленном периоде после перенесенной ЧМТ, наблюдаются различные проявления негативных расстройств, обусловленные сформировавшимся дефектом. Выраженность сформировавшегося дефекта зависит от многих причин: степени ЧМТ, объема повреждений мозга, возраста, в котором она произошла, своевременности и объема терапии, наследственных и личностных особенностей, установок личности, дополнительных экзогенных вредностей, соматического состояния [13,18].

Основные синдромы при ЧМТ:

— психопатологические нарушения (в большинстве случаев сочетаются с вегетативными) наблюдаются у 80—90 % больных. Могут быть в любом периоде травмы. В отдаленном периоде отражают имевшиеся в остром, но иногда появляются впервые, спровоцированные воздействием дополнительных факторов (алкогольная отравление и д.п.). Они многообразны: астенический (у перенесших легкую и среднетяжелую травму является основным в 40 % случаев), астено-

невротический, ипохондрический, психопатоподобный, патологическое развитие личности, деменция;

— вестибулярный синдром диагностируется 30—50 % больных, перенесших закрытую ЧМТ. Возможен в любом периоде травмы. Сочетается с нарушением слуха. Вестибулярные расстройства проявляются головокружением, нарушением равновесия, тошнотой, рвотой. Часто возникают в связи с резкими движениями головы, туловища, поездкой на транспорте, метеорологическими факторами, и др. Могут быть обусловлены как первичной травмой ствола мозга, так и вторичными нарушениями крово- и ликвороциркуляции, приводящими к дисфункции кохлео-вестибулярных структур. Отличаются стойкостью, слуховые нарушения часто развиваются со временем;

— ликвородинамические нарушения (у 30—50 % пациентов) чаще проявляются внутричерепной гипертензией. Реже (обычно в остром и промежуточном периодах) встречается гипотензия. Гипертензивный синдром, как правило, представляет собой сложный симптомокомплекс: симптомы повышения ликворного давления, вегетативные, вестибулярные, нередко психопатологические и др. На фоне постоянной головной боли различной выраженности периодически (с различной частотой) возникают гипертензивные кризы. При диагностике учитывается возможность нормотензивной гидроцефалии, обычно развивающейся в отдаленном периоде травмы в результате диффузной атрофии мозга и клинически проявляющейся прогрессирующей деменцией, нарушением функции ходьбы, недержанием мочи;

— посттравматическая эпилепсия. Встречается в 15—25 % случаев, чаще у перенесших среднетяжелую травму [3-5,11].

Три варианта эпилепсии, возникающей вследствие ЧМТ (Макаров А. Ю., Садыков Е. А., 1997):

1) последствия черепно-мозговой травмы (ЧМТ) с эпилептическими припадками, отчетливыми изменениями на КТ, МРТ. Основу клинической картины, тяжесть и прогноз определяют другие последствия травмы мозга;

2) собственно посттравматическая эпилепсия. На органическом фоне отдаленных последствий ЧМТ (при наличии морфологических изменений на КТ, МРТ) главная роль у эпилептических припадков, есть определенное своеобразие проявлений, особенности изменений личности;

3) последствия закрытой травмы мозга (как правило, легкой) при отсутствии морфологического компонента (по данным КТ и МРТ) или органического фона припадков. Травма служит провоцирующим фактором развития эпилепсии при весьма вероятной наследственной предрасположенности [14,17].

У 60—70 % больных клинически и по данным ЭЭГ выявляется фокальный компонент в структуре припадков. Наиболее типичны первично и вторично генерализованные судорожные припадки, в частности джексоновские, реже психомоторные. Эпилепсия раньше формируется после тяжелого ушиба (около года), позже (через 2 года и более) — после сотрясения мозга. В динамике (через 5 лет после травмы) количество больных с припадками увеличивается, достигая максимума к 20 годам. В отдаленные сроки после травмы припадки становятся реже, переходят в более легкие. Но они могут снова возникать после повторной ЧМТ, интоксикации, в экстремальной ситуации, на фоне церебральной сосудистой патологии, развившегося посттравматического арахноидита; — нарколептический синдром травматической этиологии наблюдается в 14% случаев [14]. Обычно проявляется на фоне других последствий ЧМТ, из-за сбоя функций структур лимбико-ретикулярного комплекса;

— нейроэндокринно-обменная форма гипоталамического синдрома проявления формируется в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы ЧМТ. Могут быть сопутствующие нейротрофические нарушения;

— мозговые-очаговые синдромы встречаются значительно чаще у пострадавших со среднетяжелой и тяжелой травмой, причем у последних они являются ведущими в 60 % случаев. Выраженность очаговых нарушений в отдаленном периоде травмы значительно меньше, чем в остром. Восстановление при большинстве синдромов наиболее активно происходит в первые месяцы и первый год после ЧМТ, но компенсация как и приспособление к дефекту возможны и в дальнейшем. Темп и степень восстановления функций отчетливо зависят от характера неврологической симптоматики. Например, пирамидные двигательные и координаторные нарушения, афазия, апраксия обычно уменьшаются быстрее и более полно, чем зрительные (например, гемианопсия), невралгия слухового нерва. Экстрапирамидные синдромы — паркинсонизм, хорей, атетоз и др. —

встречаются редко (в 1—2 % случаев), развиваются медленно, их проявления не достигают степени, которая бывает при других причинах паркинсонизма [15,17]. Очаговые неврологические нарушения, как правило, сочетаются с другими последствиями ЧМТ: при открытой травме чаще с эпилептическими припадками, при закрытой — с вегетативной дистонией, вестибулопатией, ликвородинамическими, психопатологическими расстройствами.

Непрямые (опосредованные) последствия ЧМТ:

- а) встречаются, как правило, *после закрытой ЧМТ*, чаще легкой, среднетяжелой;
- б) формируются через много месяцев, лет после острого периода травмы;
- в) в основе происхождения лежат эндокринно-обменные, аутоиммунные, ангиодистонические нарушения, обусловленные патологией лимбико-ретикулярных структур мозга;
- г) прогрессирующее (т.е. нарастающее) течение с периодами обострений, относительных затиший.

Основные синдромы:

— сосудистые осложнения, в отдаленном периоде закрытой ЧМТ у 80 % больных, преимущественно нелеченных и плохо леченных;

— симптоматическая артериальная гипертензия. Развивается у 18—24 % лиц, перенесших закрытую черепно-мозговую травму ЧМТ, у 70 % из них через 5—20 лет после травмы. Основные критерии диагностики и отличия от гипертонической болезни: возникновение после черепно-мозговой травмы ЧМТ) обычно на фоне других последствий травмы; относительно невысокие цифры, колебание и асимметрия цифр артериального давления (достигает 20—40 мм) на протяжении многих лет; отсутствие зависимости между длительностью повышения артериального давления и состоянием глазного дна; гипертрофия левого желудочка сердца развивается поздно и не всегда; нет почечного синдрома. Стадийность в течении заболевания не наблюдается, характерно многолетнее течение с ремиссиями и обострениями под влиянием неблагоприятных факторов (стрессовые состояния, инфекции, злоупотребление алкоголем). Осложнения: Приходящие нарушения мозгового кровообращения (в первую очередь кризы), ишемический инсульт (обычно при сочетании с церебральным атеросклерозом);

— ранний атеросклероз сосудов головного мозга. Способствуют ангиодистония, нарушения липидного и других видов обмена, эндокринопатия, обусловленная ЧМТ [5,12]. Встречается чаще, чем в популяции у здоровых, обычно диагностируется после многолетней компенсации травматической болезни в возрасте 30—40 лет. Нередко сочетается с атеросклерозом аорты, периферических и коронарных артерий, симптоматической артериальной гипертензией. Приводит к прогрессированию психопатологических нарушений (включают травматические и сосудистые черты). Осложнения: транзиторные ишемии, инсульты, деменция;

— посттравматический церебральный арахноидит (диагностируется у 7—10 % лиц, перенесших закрытую ЧМТ. Аутоиммунная природа процесса обуславливает длительность светлого промежутка после травмы. Активный (актуальный) арахноидит чаще проявляется в сроки от 6 месяцев до 1,5—2 лет. Тяжесть черепно-мозговой травмы ЧМТ может быть различной. Вопросы клиники, диагностики, в частности различий активного арахноидита и резидуальных спаянных атрофических и кистозных изменений после ушиба мозга и открытой ЧМТ [1,8,10].

Течение и прогноз ЧМТ. Прогнозировать течение травматической болезни в остром и промежуточном периодах ЧМТ в силу ряда причин чрезвычайно трудно. Наиболее сложен прогноз отдаленных исходов травмы, степени ограничения жизнедеятельности и уровня социально-трудовой реадaptации пострадавших. Некоторые прогностически значимые моменты:

1. Тяжесть травмы. На этапе отдаленных последствий сближаются клинические проявления легкой и среднетяжелой закрытой черепно-мозговой травме (ЧМТ), обусловленные в основном поражением преимущественно лимбико-ретикулярных структур мозга, тогда как при тяжелой травме достоверно чаще наблюдаются церебрально-очаговые поражения (Шогам И. И., 1989; Михайленко А. А. и др., 1993). Развитие непрямых последствий закрытой ЧМТ (арахноидит, сосудистые осложнения) возможно не только после тяжелой, но и после легкой травмы. Вместе с тем декомпенсация посттравматических нарушений в отдаленном периоде травмы чаще наблюдается у лиц, перенесших тяжелые повреждения мозга (Бурцев Е. М., Бобров А. С., 1986). Когнитивный дефект и поведенческие расстройства после легкой травмы в большинстве случаев регрессируют в течение 3 месяцев.

2. Возраст пострадавшего в момент травмы. Например, при тяжелой ЧМТ прослеживается зависимость уменьшения хорошего восстановления функций с 44 % у детей и 39 % у молодых до 20 % у пожилых и стариков.

3. Топика поражения и характер клинического синдрома (относительно лучший прогноз при церебрально-очаговом синдроме, особенно у лиц с открытой ЧМТ, чем при общечеребральных нарушениях).

4. Несомненное значение имеет полноценность по срокам и объему лечения пострадавших в остром и промежуточном периодах травмы. Нераспознанная в раннем периоде легкая ЧМТ и связанное с этим нарушение лечебно-охранительного режима — одна из главных причин ремиттирующего, а нередко и прогрессивного течения травматической болезни.

5. Социальные факторы: образование, профессиональные навыки, условия труда, быта и др. В целом при легкой черепно-мозговой травме ЧМТ прогноз в отношении жизни, сохранения жизнедеятельности, социального статуса и восстановления трудоспособности обычно благоприятный. В случае среднетяжелой травмы часто удается добиться полного восстановления трудовой и социальной активности пациентов, однако возможны и описанные выше последствия, в той или иной степени ограничивающие жизнедеятельность больных. При тяжелой черепно-мозговой травме ЧМТ смертность достигает 30—50 %. Почти у половины выживших — значительное ограничение жизнедеятельности, социальная недостаточность, тяжелая инвалидность [3,9,17]. .

Практическое выздоровление наблюдается приблизительно у 30 % перенесших закрытую черепно-мозговую травму ЧМТ. У остальных встречаются различные варианты течения травматической болезни:

1.Регрессирующий с продолжающейся стабилизацией клинической симптоматики и максимальной реабилитацией больного. Наблюдается, как правило, у детей, лиц молодого и среднего возраста, у пожилых и стариков, встречается редко.

2. Ремиттирующий с периодами декомпенсации прямых последствий травмы и ремиссиями. Причины: повторные травмы, интоксикации, инфекции, противопоказанные условия труда. Прямая зависимость между характером, тяжестью травмы и временем декомпенсации и прогрессирования отсутствует.

3. Прогрессирующий с нарастанием выраженности неврологической симптоматики, психических нарушений, появлением и развитием сосудистой патологии (артериальной гипертензии, атеросклероза). Последняя может развиваться на фоне полной, но неустойчивой компенсации в различные сроки после травмы или в предпензионном возрасте после многолетнего периода устойчивой компенсации посттравматических нарушений. Сосудистые проявления заболевания у 40 % пожилых больных значительно усугубляют другие последствия черепно-мозговой травмы ЧМТ [1-4].

Распределение больных с ЧМТ (ушибом мозга средней степени тяжести) и его последствиями показал, что среди преимущественно прямых последствий на первом месте оказались церебрально-очаговые (66%), на втором - психопатологические в виде психоорганического синдрома различной степени выраженности (46%), на третьем ликвородинамические (44%). Вегетативно-сосудистый и синдром посттравматической эпилепсии встречались каждый в 32% случаев, астенический - у 22% больных.

При анализе больных с ушибом мозга средней степени выявлена частота встречаемости посттравматического арахноидита - (44%) объясняется переоценкой данных магнитно-резонансной томографии без объективного подтверждения тяжести и частоты ликворологических нарушений. По данным только у одного из четверых таких больных (11%) можно подтвердить наличие «актуального» посттравматического арахноидита. Компьютерная и магнитно-резонансная томография имеют важное значение в диагностике последствий ушибов головного мозга средней степени тяжести, сотрясений головного мозга, в прогнозировании возможностей реабилитации, но обязательно только с учетом динамики клинических показателей, подтвержденных данными и других дополнительных исследований.

Таким образом, проведенный обзор литературы показал, что углубление представлений об отдаленном периоде ЧМТ у больных трудоспособного возраста позволяет врачу-неврологу прогнозировать течение травматической болезни головного мозга, используя реабилитационный потенциал пострадавшего составлять реальную индивидуальную программу реабилитации. Тщательный анализ имеющейся симптоматики у больного, перенесшего

сотрясение головного мозга, позволяет установить истинную причину ограничений жизнедеятельности, избегать не обоснованных экономических потерь и объективизирует определение группы и причины инвалидности.

Библиографический список:

1. Агаева К.Ф. Процесс накопления и распространения последствий травмы головы среди населения. // Журн. неврол. и психиатр. ~ 2001 Т. 101 - № 5 -с.46-48.
2. Аминов М. Компьютерная томография при последствиях ушибов головного мозга. // Вести рентгенол и радиол -1995.-№6.-с. 5-7.
3. Волошин П. В, Шогам И. И. Неврологические аспекты периодизации черепно-мозговой травмы. // Вопр. нейрохир. 2010. - №6. - С.25 -27.
4. Гайдар Б.В. Савенков В.П, Рамешвили Т.Е. Закрытая черепно-мозговая травма // Военная нейрохирургия. СПб, 1998 - С. 62-105.
5. Геллер И.И. Нейро-моторные нарушения в поздние сроки после сотрясения головного мозга//Автореф.дисс. канд. мед. наук, Л, 1986, 21с.
6. Ефимов И.М. Симптоматические формы локально обусловленной эпилепсии (вопросы диагностики и военно-врачебной экспертизы) // Автореф. дисс.канд. мед. наук, СПб., 2004. - 23 с.
7. Жулев Н.М. Легкая черепно-мозговая травма и ее последствия: / Н.М. Жулев, Н.Я. Яковлев. М., 2014. -128 с.
8. Лыткин М.И, Петленко В.П. Методологические аспекты учения о травматической болезни // Вести, хир. им. Грекова. 1988. - Т. 141. - № 8 -С.3-8.
9. Магалов Ш.И, Пашаева Т.С. Последствия легких закрытых черепно- мозговых травм: вопросы терминологии и классификации. //Неврологический журнал. М. - 6.2002 - Т.7 - С. 16 - 19.
10. Макаров А.Ю, Помников В.Г, Маккавейский П.А. Черепно-мозговая травма. // Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы. / Под ред. Макарова А.Ю. С.-Пб: - 1998. - С.211 - 232.
11. Макаров А.Ю, Помников В.Г. Последствия черепно-мозговой травмы (классификация и медико-социальная экспертиза) / СПб. -2003 24 с.
12. Макаров А.Ю. Последствия черепно-мозговой травмы и их классификация. //Неврологический журнал. М. - 2001 - Т.6 - № 2 - С.38-41.
13. Макаров А.Ю., Садыков Е.А, Киселев В.Н. Посттравматическая эпилепсия: диагностика и клинические варианты.// Журн. неврол. и психиатр.-2001 -Т.101-№6-с.7-11.
14. Максимов А.Г., Бурцев Е.М. Невропатологические синдромы в отдаленном периоде военной закрытой черепно-мозговой травмы.//Журн. невропатол. и психиатр. — 1985. — Т85 — № 5 — с.664 — 670.
15. Щедеркин Р.И. Отдаленный период черепно-мозговой травмы. Клинические и социальные аспекты. Диссертация кандидата.мед. наук. —СПб,-2005.-225с.
16. Whitlock J.A. Jr.Functional outcome of low-level traumatically brein-injured admitted to an acute rehabilitation programme.// Brain Injury 1992 - V.6 - X 5-P .447-59.
17. Wilier B., Button J.,Rempel R. Residental and home-based postacute rehabilitation of individuals with traumatic brain injury: a case control study.// Arh. Phys. Med. Rehabil. 1999 - V.80 - № 4 - P. 399 - 406.

Научное издание

Коллектив авторов

Сборник статей XVI Международной научной конференции «Современные медицинские исследования»

ISBN 978-5-9500488-8-3

Научный медицинский журнал «Авиценна»

Кемерово 2018