

# АВИЦЕННА

научный медицинский журнал

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

ISSN 2500-378X

Издательский дом "Плутон"

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

**Выпуск №33**

КЕМЕРОВО 2019

Журнал выпускается ежемесячно. Научный журнал публикует статьи по медицинской тематике. Подробнее на [www.avicenna-idp.ru](http://www.avicenna-idp.ru)

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

Редкол.:

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

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

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

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

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

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

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

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

Тихомирова Галия Имамутдиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФГБОУ 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»

Сулейменова Роза Калдыбековна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой "Гигиена" АО "Медицинский Университет Астана"

Бовтюк Николай Ярославович - кандидат медицинских наук, доцент кафедра общей хирургии ОУ "Белорусский государственный медицинский университет"

Якубова Азада Батировна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой Факультетской и госпитальной терапии, Ургенческий филиал Ташкентской Медицинской Академии

Афанасьева Галина Александровна - доктор медицинских наук, доцент кафедры патофизиологии ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского

Бесхмельницyna Евгения Александровна - ассистент федры фармакологии и клинической фармакологии НИУ «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», врач акушер-гинеколог

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

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

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

Подписано в печать 11.03.2019 г. Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 3.2. | Тираж 300.

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

## Оглавление

1. ПРОФИЛАКТИКА НАГНОЕНИЙ ОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ У БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ОЖИРЕНИЕМ III-IV СТЕПЕНИ.....4  
**Ботиров Д.Ю., Рахимов А.П., Юсупов Д.Д.**
2. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ.....7  
**Тахирова Р.Н., Икрамова Д.Т.**
3. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АТЕРОСКЛЕРОЗА СРЕДИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН НА БАЗЕ ПЕРВОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ УДМУРСТКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА 2017-2018ГГ.....11  
**Харисова Н.Р., Инамова Д.А., Стяжкина С.Н.**
4. КАК ВЛИЯЕТ ИЗУЧЕНИЕ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ НА ПРОЦЕСС ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЧМТ? .....14  
**Пак В.Л.**
5. ОСЛОЖНЕНИЯ (КРОВОТЕЧЕНИЕ, ПЕРФОРАЦИЯ, ПИЛОРОСТЕНОЗ) ВОЗНИКШИЕ У ПАЦИЕНТА С «НЕМОЙ» ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) .....17  
**Климентов М.Н., Капустина Ю.Л., Радченко П.А.**

**Ботиров Давронбек Юсупович**  
**Batirov Davronbek**

К.м.н., доцент, зав. каф. «Факультет и госпитал хирургия» Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии г. Ургенч, Республика Узбекистан

**Рахимов Анвар Пулатбаевич**  
**Rahimov Anvar**

Ассистент кафедрый «Факультет и госпитал хирургия» Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии г. Ургенч, Республика Узбекистан

**Юсупов Дастонбек Давронбек угли**  
**Yusupov Dostonbek**

студент Лечебного факультета Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии г. Ургенч, Республика Узбекистан

УДК 616.155.194

**ПРОФИЛАКТИКА НАГНОЕНИЙ ОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ У БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ОЖИРЕНИЕМ III-IV СТЕПЕНИ****PREVENTION OF SUPPURATION OF THE OPERATING WOUND IN PATIENTS WITH ABDOMINAL WALL HERNIA AND GRADE III-IV OBESITY**

**Аннотация.** В последние годы, частота встречаемости грыж брюшной стенки не снижается. Вместе с этим, показатели таких послеоперационных осложнений, как выделение серомы, нагноение послеоперационной раны, лигатурные свищи и др, остаются на высоких уровнях[1].

**Annotation.** In recent years, the incidence of abdominal wall hernias is not reduced. At the same time, indicators of such after operational complications, such as seroma, persecution after an operative wound, ligature fistulas etc., remain at high levels.

**Ключевые слова:** ожирения, анемия, группа, лечение, кровь

**Key words:** obesity, anemia, group, treatment, blood

**Актуальность проблемы:** Особенности послеоперационного ведения больных, оперированных по поводу послеоперационных вентральных грыж с применением различных синтетических эксплантатов. Особенно часто такие осложнения наблюдаются у больных с ожирением III-IV степени, которого зависят от возраста, от соблюдения условий асептики и антисептики, от адекватного применения антибиотиков, от наличия сопутствующих патологий, таких как сахарный диабет, анемия, гипертоническая болезнь, ИБС и другие. Частота этих осложнений увеличивается у больных с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки. Особую актуальность приобретают надежные и безопасные способы пластики брюшной стенки с применением различных видов сетокпротезов. Несмотря на все эти мероприятия, результаты оперативного лечения грыж живота по сей день остаются как уже выше сказано желать лучшего. Исходя из выше изложенного, разработка оптимальных способов профилактики послеоперационных осложнений имеет не только теоретическое, но и огромное практическое значение.

**Цель исследования:** Улучшение результатов хирургического лечения больных с грыжами брюшной стенки и с ожирением III-IV степени путем дренирования операционной раны.

**Материал и методы исследования:** Работа основана на ретроспективном анализе результатов клинического исследования 142 больных, которым было проведена операция по поводу различных видов послеоперационных грыж передней брюшной стенки, находившихся в отделении хирургии Хорезмского областного многопрофильного медицинского центра за период с 2007 по 2017 годы. Больные были в возрасте от 19 до 83 лет. Из них мужчин было 64, женщин 78. Послеоперационные грыжи белой линии живота наблюдали в 89 случаях, пупочные грыжи в 17 случаях, паховые грыжи в 22 случаях и пахово-мошоночные грыжи в 14 случаях. Больные были распределены на 2 группы. 70 больных составили контрольную группу. Из них мужчин 34, женщин 36. Основную группу составили 72 больных (мужчин 30, женщин 42), у которых вместе с грыжами брюшной стенки наблюдали ожирение III-IV степени. Характер грыж живота и количество больных приведено в таблице №1.

## Характер грыж живота и количество больных.

Таблица №1.

№	Вид грыжи	Контрольная группа	Основная группа	Итого
1	Белой линии живота (из них послеоперационные грыжи)	42 (14)	47 (18)	89 (32)
2	Пупочные (из них послеоперационные грыжи)	7 (4)	10 (5)	17 (9)
3	Паховые (из них послеоперационные грыжи)	12 (5)	10 (4)	22 (9)
4	Пахово-мошоночные (из них послеоперационные грыжи)	9 (2)	5 (1)	14 (3)
5	Общее число больных (из них послеоперационные грыжи)	70 (25)	72 (28)	142 (53)

Из 70 больных контрольной группы, в 42 случаях (из них у 14 больных наблюдали послеоперационные грыжи) с грыжами белой линии живота выполнена операция грыжесечения и пластика по методу Сапежко, при пупочных грыжах по методу Мейо в 3 (1), и по методу Сапежко в 4(3) случаях, при паховых грыжах пластика пахового канала по методу Жирара-Спасокукоцкого в 7(0) и по методу Постемпского в 5 (5) случаях. При пахово-мошоночных грыжах, пластика пахового канала по методу Жирара-Спасокукоцкого в 3 (0) и по методу Постемпского в 6 (2) случаях.

Из 72 больных основной группы, у больных с грыжами белой линии живота пластика по методу Сапежко выполнена в 47 случаях (из них послеоперационные грыжи были у 18 больных), при пупочных грыжах по методу Мейо в 3 (1) и по методу Сапежко в 7 (4) случаях, при паховых грыжах пластика пахового канала по методу Жирара-Спасокукоцкого в 4 (0) и по методу Постемпского в 6 (4) случаях. При пахово-мошоночных грыжах, пластика пахового канала по методу Жирара-Спасокукоцкого в 2(0) и по методу Постемпского в 3(1) случаях. Кроме того, у больных основной группы, учитывая толщину подкожно жировой клетчатки, независимо от вида грыж, установили дренажную трубку, которую выводили наружу через отдельные контрапертуры, с обеих сторон операционной раны. Операционную рану для профилактики нагноения раны через дренажную трубку 2 раза в сутки промывали капельно стерильным антисептическим раствором 0,02% Декасан в течение 5 - 7 дней. Каждый раз, после промывания раны, концы дренажных трубок фиксировали, удлиняли стерильными трубками и соединяли со стерильным пакетом. Дренажные трубки удаляли на 7-8 сутки после операции.

**Результаты и обсуждение:** У больных контрольной группы в послеоперационном периоде в 5 случаях наблюдали выделение серомы из операционной раны, в 4 случаях нагноение раны, в 3 случаях лигатурные свищи. Все эти осложнения были ликвидированы путем стандартных хирургических манипуляций, в течение от месяца до 40 дней (в амбулаторных условиях).

У больных основной группы, такие осложнения как, нагноение раны, лигатурные свищи не наблюдали. Только в 3 случаях отмечали выделение серомы, несмотря на промывание раны антисептическими растворами через дренажную трубку. Летальных исходов у обеих групп больных не наблюдали.

В контрольной группе койко-день составил в среднем  $9,4 \pm 0,22$  дней, а у больных основной группы составил  $8,3 \pm 0,17$  дней. Аллергические реакции на антисептический препарат наблюдали у 2 больных основной группы.

**Вывод:** Применение дренажной трубки, с целью промывания операционной раны антисептическим раствором (0,02% раствор Декасана) практически полностью исключает такие осложнения как, нагноение послеоперационной раны, и максимально уменьшает такие осложнения как лигатурные свищи, послеоперационные грыжи, эвентрации и др.

**Библиографический список:**

1. Федоров В.Д., Тимошин А.Д., А.Л.Шестаков, Е.А.Голота. 2004г
2. Анналы хирургии, №1-2007, ст. 44-47

3.Эргашев У.Ю., Исаков П.А., Тавашаров Б.Н. Современные подходы к лечению вентральных грыж у больных с ожирением. // Узбекистон врачлар ассоциациясининг бюллетени 3/2015г. Стр 37-40

4.Синиченко Г.И., М.В.Ромашкин-Тиманов. Безрецидивное хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж как социальная проблема. Вестник хирургии. Т 165. №1.-2006  
Стр 15-17

**Тахирова Рохатой Норматовна****Rohatoy N. Takhirova**

кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института

**Икрамова Дилдора Тулкиновна****Dildora T. Ikramova**

ассистент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института, Узбекистан.

УДК 616.72-002.771. 615.065

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ ПРИ  
ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ****CLINICAL DESCRIPTION OF BY-EFFECTS OF ENDOCRINOTHERAPY AT SHARP  
RHEUMATIC FEVER**

**Аннотация.** В статье представлены изучение клинических проявлений побочного действия кортикостероидной терапии у детей, при острой ревматической лихорадке, которая составила очень высокий показатель (73%). Гормонотерапию рекомендуется назначать с осторожностью и только при тяжелых осложненных течениях болезни, так как прекращение введения гормонов ведет к синдрому отмены или к обострению процесса.

**Annotation:** The article presents the study of the clinical manifestations of side effects of corticosteroid therapy in children, with acute rheumatic fever, which was very high (73%). Hormone therapy is recommended to be prescribed with caution and only in case of severe complicated course of the disease, since stopping the introduction of hormones leads to withdrawal syndrome or to exacerbation of the process.

**Ключевые слова:** острая ревматическая лихорадка, глюкокортикостероиды, побочные реакции.

**Key words:** acute rheumatic fever, glucocorticosteroids, adverse reactions.

**Введение.** С середины XX в. в практику лечения ревматических заболеваний стремительно вошли глюкокортикоиды, в том числе при ОРЛ. Тактика лечения включала использование небольших доз гормонов (0,5–0,7 мг/кг) в виде суточной дозы коротким курсом в 1–1,5 мес. с постепенным снижением дозы препарата и отменой его за этот срок [1,2]

Глюкокортикоиды являются эффективными терапевтическими средствами во многих случаях. Необходимо, однако, учитывать, что они могут вызывать ряд побочных эффектов, в том числе симптомокомплекс. Побочные реакции со стороны центральной нервной системы при лечении гормонами, по литературным данным, отмечаются наиболее часто. У детей, леченных кортикостероидами, согласно наблюдениям авторов, язвенные поражения желудочно-кишечного тракта появляются реже, чем у взрослых, однако прогноз у детей гораздо тяжелее [3,4].

**Целью** наших исследования явилось изучить клинические проявления побочного действия кортикостероидной терапии у детей, больных острой ревматической лихорадкой.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось на базах в кардиоревматологических отделениях клиники ТашПМИ и 4-детской городской больницы г. Ташкента, за период 2014 - 18 гг. Под нашим наблюдением находились 254 ребенка с острой ревматической лихорадкой в возрасте от 7 – 15 лет, лечившиеся кортикостероидами. Детям диагноз был установлен по классификации МКБ-10 ОРЛ (острой ревматической лихорадки) принятой в 2003г.

Кортикостероиды и АКТГ (адренкортикотропный гормон) применяли на фоне комплексного лечения преимущественно в ранние сроки от начала заболевания или при обострении процесса. Продолжительность курса колебалась от 4 до 6 недель, иногда и более. Побочные реакции и осложнения при лечении кортикостероидами и АКТГ, возникшие у наблюдаемых нами детей, разделены по тяжести проявлений на 3 группы.

**Результаты и их обсуждение.** Результаты наших исследований показали что, из 254 больных выявлены побочные реакции у 185 детей - в 72,8% случаев. У большинства детей они были легкими, но у 0,9% в связи ухудшением состоянием пришлось прибегнуть к соответствующим лечебным мероприятиям для их ликвидации.

К 1-й группе отнесены более легкие побочные реакции, не влияющие на течение основного заболевания и не мешающие проведению гормонального лечения. Они выражались в появлении кушингоидного синдрома (округление лица), транзитном повышении артериального (максимального) давления. А также наблюдались лейкоцитоз, образование пигментных пятен, угрей, сыпи типа фолликулита, полосы растяжения на коже, нарушения менструального цикла, гипертрихозе и др.

Таблица 1

**Побочные реакции при лечении кортикостероидами и АКТГ, не влияющие на течение основного заболевания у детей, больных острой ревматической лихорадкой**

Характер побочных реакций	Число детей с побочными реакциями при лечении					
	Всего 185	АКТГ (n-54)	Кортизон (n-24)	преднизолон (n-97)	Дексаметазон (n-53)	Триамцинолон (n-26)
Кушингоидный синдром (округление лица)	47	7	8	19	10	3
Лейкоцитоз	65	16	10	23	8	8
Транзитное повышение артериального давления	12	3	3	4	1	1
Пигментные пятна, угри, сыпь типа фолликулита	9	2	4	1	1	1
Полосы растяжения	18	-	1	9	4	4
Нарушения менструального цикла	14	-	-	11	3	-
Гипертрихоз	20	-	8	6	6	-

Большинство отмеченных побочных реакций были кратковременными и обычно вскоре после отмены гормонального препарата исчезали к концу 3-й иногда на 5-й и 6-й неделе лечения. Однако полосы растяжения (striae) в области бедер, молочных желез и живота, появившиеся у девочек пубертатного возраста, а также гипертрихоз у 16 младших детей сохранялись более длительное время - до 6-8 месяцев с момента окончания гормонального лечения. Нарушения менструального цикла, выражавшиеся в задержке менструаций, были непродолжительными. Восстановление менструального цикла после окончания курса гормонального лечения наблюдалось у 6 из них через 1 месяц, у 14 девочек через 2 и 3 месяца.

Наблюдалась определенная разница в частоте и характере отмеченных побочных реакций при лечении различными гормональными препаратами. Так, появление округлости лица, наблюдаемое обычно в конце 3-й или 4-й недели лечения, было выражено отчетливее при лечении АКТГ, кортизоном и преднизолоном и почти не наблюдалось при использовании триамцинолона. Округлость лица чаще сопровождалась общим нарастанием веса и повышенным отложением жира на туловище, значительно реже появление кушингоидного симптома было изолированным.

Транзитное повышение артериального давления в пределах 10-20 мм было более выражено при лечении АКТГ, кортизоном и преднизолоном и редко наблюдалось при терапии триамцинолоном. Лейкоцитоз как проявление побочного действия гормонов отмечался примерно у 35% больных в конце 1-й и начале 2-й недели лечения, одинаково часто наблюдался при использовании различных кортикостероидов и колебался в пределах 10 000-13 000, лишь у 2 детей



достигая 25 000. При этом ухудшения общего состояния, усиления активности ревматического процесса, признаков какой-либо новой инфекции не отмечалось. После снижения дозы кортикостероида содержание лейкоцитов в крови нормализовалось.

К побочным реакциям также относились выраженная тахикардия, повышение артериального давления, значительной прибавки в весе (более 2кг за курс лечения), нарушение деятельности нервной системы в виде беспокойства, головной боли, повышенной возбудимости, бессонницы, эйфории или депрессивного состояния. Наиболее частыми из них, как видно в таблице 2, являлись тахикардия и гипертензия, что не противоречит литературным данным. Они появлялись обычно на 2-й и 3-й неделе гормонального лечения и чаще наблюдались при использовании кортизона и преднизолона. У большинства детей тахикардия и гипертензия уменьшались или исчезали по мере снижения дозы препарата. Когда же эти явления держались стойко, оказывали неблагоприятное влияние на деятельности сердечно-сосудистой системы, а необходимость продолжения гормонального лечения была очевидной, применяли дополнительные средства гипотензивного характера типа резерпина, раунатина, дибазола. При использовании последних, побочные реакции на гормоны обычно быстро исчезали, что позволяло продолжить и окончить необходимый курс гормонального лечения.

Наклонность к значительному нарастанию веса наблюдалась при использовании главным образом кортизона и АКТГ. Обусловливалось это не только изменением жирового, углеводного и белкового обмена, но и значительными изменениями минерально-водного обмена, особенно задержкой солей натрия и воды, уменьшением диуреза и усилением выделения калия, что способствовало нарастанию веса, а иногда и появлению отеков. В меньшей степени нарастание веса наблюдалось при использовании преднизолона и дексаметазона, а при лечении триамсинолоном отмечалась даже обратная реакция-похудание, что, вероятно, связано с усилением экскреции натрия и диуреза. По нашим наблюдениям, у небольшого числа детей (7,7%), леченных кортикостероидами, отмечались явления повышенной возбудимости, бессонницы и эйфории, которые обычно появлялись к концу 2-й недели лечения и чаще наблюдались при приеме кортизона и введении АКТГ. Психических нарушений мы не наблюдали.

Таблица 2

**Побочные реакции при лечении кортикостероидами и АКТГ, неблагоприятно влияющие на течение основного заболевания у детей, больных острой ревматической лихорадкой**

Характер побочных реакций	Число детей с побочными реакциями при лечении					
	Всего 207	АКТГ (n-54)	Кортизон (n-24)	преднизолон (n-97)	Дексаметазон (n-53)	Триамцинолон (n-26)
Тахикардия	78	10	34	26	5	3
гипертензия	80	11	27	29	8	5
ожирения	33	11	12	5	3	2
Астено-вегетативное нарушение	16	5	3	4	1	3

К 3-й группе побочных явлений при лечении кортикостероидами мы отнесли осложнения, связанные с понижением иммунологических реакций. Подавлением сопротивляемости тканей к бактериальной и гнойной инфекции, что связано с их способностью уменьшать реакцию лимфоидной и других тканей на инфекционные и любые повреждающие воздействия, снижает воспалительную реакцию тканей и тормозит образование антител. Такие реакции наблюдались у 11% детей. Наиболее часто отмечалось обострение хронической очаговой инфекции - хронического тонзиллита, гайморита и др. У отдельных детей присоединялись инфекционные заболевания стрепто -

стафилококкового характера типа пиодермии, флегмоны предплечья, явления афтозного стоматита и др. У большинства наших детей (67%), понижалась фагоцитарная активность лейкоцитов и уменьшалась комплементарная энергия крови.

Среди 254 детей, леченных нами кортикостероидами, у 3 девочек (0,95%) были обнаружены свежие язвы желудка, которые при жизни клинически не проявились. Указанные дети поступили с тяжелым непрерывно-рецидивирующим течением острой ревматической лихорадки с явлениями панкардита и полисерозита, тяжелыми клапанными поражениями сердца, недостаточностью кровообращения II-Б и III степени. Несмотря на активное комплексное лечение с применением преднизолона, у них не удалось остановить неуклонного прогрессирования ревматического процесса, в результате которого и наступил летальный исход. Кроме того, ещё у 3 детей с подобным же тяжелым течением острой ревматической лихорадки были выявлены старые язвы желудка, обострившиеся в период гормонального лечения и закончившиеся у 1 ребенка прободением с кишечным кровотечением. К сожалению, не представлялось возможным установить начало их возникновения; по-видимому, течение их и ранее было бессимптомным.

**Вывод.** Несмотря на положительную эффективность применения гормонотерапии при тяжелом течении ОРЛ, очень часто наблюдаются побочные явления и составляют очень высокий показатель (73%). Поэтому гормонотерапию рекомендуется назначать с осторожностью, так как прекращение введения его ведет к синдрому отмены или к обострению процесса.

#### **Библиографический список:**

1. Кузьмина НН, Медынцева ЛГ, Белов БС. Ревматическая лихорадка: полувековой опыт изучения проблемы. Размышления ревматолога. Научно-практическая ревматология. 2017;55(2):125-137
2. Шабалов, Н.П. Детские болезни: учеб. для вузов в 2-х томах / Н.П. Шабалов. - 7-е изд., перераб. и доп. - СПб. : Питер, Т. 1. - СПб. : Питер, 2013. - 928 с.
3. Педиатрия. Национальное руководство: в 2 томах – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, том 1–1024 с., том 2 – 1023 с.
4. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Р. Р. Кильдияровой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – <http://old.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429488.html>

**Харисова Назиля Рамилевна****Kharisova Nazilya Ramilevna**

Студентка 4 курса лечебного факультета

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ,

E-mail: [nazilya.harisova@mail.ru](mailto:nazilya.harisova@mail.ru)**Инамова Диана Анваржановна****Inamova Diana Anvarzhanovna**

Студентка 4 курса лечебного факультета

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

**Стяжкина Светлана Николаевна****Styazhkina Svetlana Nikolaevna**

Научный руководитель: д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

УДК 616.13.002.2-004.6

**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АТЕРОСКЛЕРОЗА СРЕДИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН НА БАЗЕ ПЕРВОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ УДМУРСТКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА 2017-2018ГГ****THE FREQUENCY OF ATHEROSCLEROSIS AMONG MEN AND WOMEN BASED ON THE FIRST REPUBLICAN HOSPITAL OF THE UDMURT REPUBLIC FOR 2017-2018**

**Аннотация:** В статье рассмотрены вопросы этиологии, патогенеза, частоты встречаемости облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей. На материале хирургических отделений Республиканской клинической больницы №1 Удмуртской Республики.

**Abstract:** The article deals with the etiology, pathogenesis, frequency of atherosclerosis obliterans of the lower limbs arteries. On the material of the surgical departments of the Republican Clinical Hospital №1 of the Udmurt Republic.

**Ключевые слова:** Облитерирующий атеросклероз, частота встречаемости среди мужчин и женщин.

**Key words:** obliterating atherosclerosis, frequency of occurrence among men and women.

**Актуальность.** Атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей - достаточно широко распространенное заболевание, составляющее 2-3% от общей численности населения [7]. Распространенность облитерирующего атеросклероза неодинакова - она весьма высока в странах Европы, Северной Америки, в то время как в Азии, Африке, Латинской Америке встречается значительно реже. В крупных городах и мегаполисах частота облитерирующего атеросклероза выше, чем в сельских местностях [8].

В Российской Федерации хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей страдают около 3 миллионов человек [11]. Мужчины болеют чаще, чем женщины, в среднем соотношение 10:1 [8]. Частота этой патологии тесно связана с возрастом пациентов: от 1,1% в 40 лет, до 5,2% в 70 лет [7,12].

**Цель работы:** Изучить и проанализировать уровень частоты встречаемости атеросклероза среди мужчин и женщин Удмуртской Республики за 2017-2018гг.

**Материалы и методы:** Проанализировано 40 историй болезни пациентов за 2017-2018гг. с диагнозом атеросклероз нижних конечностей, прошедших госпитализацию на базе бюджетного учреждения Здравоохранения Удмуртской Республики Первой Республиканской клинической больницы Министерства здравоохранения Удмуртской Республики (БУЗ УР РКБ №1 НЗ УР)

**Результаты и обсуждения.**

Атеросклероз - хроническое медленно прогрессирующее заболевание, проявляющееся в очаговом утолщении интимы артерий эластического и мышечно - эластического типов за счет отложения липидов (липопротеидов) и реактивного разрастания соединительной ткани [9]. По данным В.С. Савельева, В.М. Кошкина, атеросклероз составляет 81,8 % случаев среди причин острых облитерирующих заболеваний нижних конечностей [2]. В основе заболевания лежат различные воздействия, приводящие к нарушению жира-белкового обмена и к повреждению интимы крупных артерий [9]. Факторы риска можно классифицировать на изменяемые и неизменяемые. Среди

изменяемых особое внимание обращает на себя курение, которое повышает риск прогрессирования хронической ишемии нижних конечностей в 2,1 раза [6]. По данным А.С.Кунижева около 84,8% больных с заболеванием облитерирующего атеросклероза нижних конечностей курили или продолжают курить [7].

Среди изученных нами 40 историй болезней пациентов мы выявили, что 28 (70%) из них являются мужчинами и 12(30%) женщинами в возрасте от 40 до 87 лет. Средний возраст мужчин составил -  $66,1 \pm 7,5$ , женщин –  $70,5 \pm 4,0$  лет. Больные молодого возраста (18-44 лет) составили 3 человека (7,5%); среднего возраста (45-59лет) - 5(12,5%) человек; пожилого возраста (60-74лет) – 20(50%) и старческого возраста (75-90лет) - 12(30%). Из всего числа исследуемых пенсионеры составили 30 (75%) человек, неработающих – 7 (17,5%), работающих – 3 (7,5%). Среди исследуемых инвалидность имели 4 (10%) человека. В экстренном порядке поступило 22 (55%) больных, в плановом - 18 (45%). При этом 10 (25%) больных поступило через 6 суток и более от начала заболевания. У 36 (90%) пациентов имелась сопутствующая патология, при этом у 6 (15%) выявилось одно сопутствующее заболевание, у 19 (47,5%) - два сопутствующих заболевания, у 6 (15%) - три, у 5 (12,5%) - четыре сопутствующих патологии.

В структуре сопутствующей патологии преобладали: заболевания сердечно-сосудистой системы были диагностированы у 36 (90%) больных (среди них: ишемическая болезнь сердца у 11 (27,5%) пациентов, гипертоническая болезнь – у 11 (27,5%), сердечная недостаточность наблюдалась у 7 пациентов (17,5%), инфаркт миокарда в анамнезе был у 4 человек (10%), аритмии сердца - у 3 человек (7,5%); заболевания нервной системы (дисциркуляторная энцефалопатия) - у человек 6 (15%); заболевания желудочно-кишечного тракта были диагностированы у 9 человек (22,5%), среди которых единичные случаи гастрита, язвенной болезни желудка, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, 2 (5%) случая желчекаменной болезни; заболевания дыхательной системы (хроническая обструктивная болезнь легких) у 5 пациентов (12,5%).

Признаки хронической артериальной недостаточности имелись у 35 (87,5%) больных.

Среди осложнений трофического характера было выявлено 20 (50%) случаев гангрены (стоп, голеней), только трофические язвы (пальца стопы, стопы, голени) наблюдались у 12 пациентов (30%), некроз (ногтевой фаланги пятого пальца правой стопы, пальца стопы) в 4 (10%) случаях, гнойные раны (пальца стопы, стопы) - 4 (10%).

У 7 пациентов (17,5%) было проведено оперативное вмешательство, при этом у 4 (10%) была культя другой нижней конечности на разных уровнях.

Анализ послеоперационных осложнений у пациентов старческого возраста показал: у 3 (7,5%) больных послеоперационный период осложнился гематомой, в 2 (5%) случаях возобновление кровотечения из раны потребовало ревизии раны, у 1 (2,5%) больного нагноение послеоперационной раны. Общесоматические осложнения диагностированы у 2 (5%) пациентов, у одного из которых послеоперационный период осложнился левосторонней пневмонией на фоне хронической обструктивной болезни легких.

#### **Выводы:**

1. Заболеваемость облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей у больных старческого возраста составляет 30%. Средний возраст пациентов мужского пола  $66,1 \pm 7,5$  лет; женского  $70,5 \pm 4,0$  лет, при этом мужчины болеют данной патологией в 2,3 раза чаще женщин.

2. У 90% имелась сопутствующая патология, при этом у 6 (15%) выявилось одно сопутствующее заболевание; два сопутствующих заболевания у 19 (47,5%); три - у 6 (15%); четыре сопутствующих патологии у 5 (12,5%) больных.

3. Признаки хронической артериальной недостаточности наблюдались у 87,5% больных, осложнения трофического характера - у 50%.

4. У 7 (17,5%) пациентов было проведено оперативное вмешательство, при этом у 4 (10%) была культя другой нижней конечности на разных уровнях.

5. Осложнения послеоперационного периода у пациентов старческого возраста показал: у 3 (7,5%) больных послеоперационный период осложнился гематомой, в 2 (5%) случаях возобновление кровотечения из раны потребовало ревизии раны, у 1 (2,5%) больного нагноение послеоперационной раны.

6. Общесоматические осложнения диагностированы у 2 (5%) пациентов, у одного из которых послеоперационный период осложнился левосторонней пневмонией на фоне хронической обструктивной болезни легких.

**Библиографический список:**

1. Аничков, Н.Н. Об этиологии и патогенезе атеросклероза / Н.Н. Аничков // Архив биол.наук.- 1935.- Т. 9.- С. 51-85.
2. Брискин, Б.С. Новые аспекты хирургического лечения сочетаний желчнокаменной болезни и мультифокального атеросклероза / Б.С. Брискин, Ф.Ф. Хамитов, М.В. Костюченко //Трудный пациент.- 2005.- №10.- [Режим доступа] ИЯБ: [http://www.t-pacient.ru/archive/n10n11-2005/n10n11-2005\\_59.html](http://www.t-pacient.ru/archive/n10n11-2005/n10n11-2005_59.html)
3. Дроздов, С.А. Клиника, диагностика и методы лечения периферического атеросклероза / С.А. Дроздов //«Трудный пациент».- 2005.- №10.- С. 11
4. Зуев, В.А. Медленные вирусные инфекции человека и животных / В.А. Зуев.- М.: Наука.- 1988.
5. Казаков, А.Ю. Сравнительные результаты реконструктивных операций у больных с атеросклеротическим поражением артерий бедренно-подколенно-берцового сегмента при критической ишемии нижних конечностей./ Ю.И. Казаков, А.Ю. Казаков, Д.О. Бобылев, Р.С. Аль-хамад // Тезисы докладов сборника научно-практических работ «Гуманитарные, клинические и морфологические аспекты медицины».- Тверь.- 2003.- С. 275-276.
6. Кошкин, В.М. Консервативная терапия хронических облитерирующих заболеваний артерий конечностей / В.М. Кошкин //Русский медицинский журнал.- 1998.- №13.- С. 823-825
7. Кунижев, А.С. Консервативное лечение больных хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей в амбулаторных условиях / А.С. Кунижев.- М.: Диссертация, 2003.- [Режи доступа] ИЯБ: <http://www.dissercat.com>.
8. Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей. Методическое пособие для студентов старших курсов, интернов, ординаторов и практикующих врачей./ Под редакцией А.М. Шулушко, В.И. Семикова.- М.: 2010.- С. 5-29 с.
9. Патология. Частный курс. Курс лекций в 2 т./ Под редакцией М.А.Пальцева.- М: Медицина, 2007.- Т.2.- С. 27-39.
10. Савельев, В.С. Критическая ишемия нижних конечностей: определение понятия и гемодинамическая характеристика /В.С. Савельев, В.М. Кошкин, А.В. Каралкин, А.А. Тарковский //Ангиология и сосудистая хирургия.- 1996.- №3.- С. 84-90
11. Лечение критической ишемии нижних конечностей у больных пожилого и старческого возраста с тяжелыми соматическими заболеваниями / Б.С. Суковатых [и др.]// Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.- 2007.- №8.- С. 12-16.
12. Dormandy, J.A. Therapeutic advances in critical Limb Ischaemia / J.A. Dormandy.- London, New-York, 1993.- 43 p.

**Пак Виктория Львовна****Pak Viktoria Lvovna**Студентка Новосибирского медицинского государственного университета, лечебный факультет. E-mail: [vika-pak\\_123@bk.ru](mailto:vika-pak_123@bk.ru)

УДК 616

**КАК ВЛИЯЕТ ИЗУЧЕНИЕ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ НА ПРОЦЕСС ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЧМТ?****HOW DOES THE LEARNING OF FOREIGN LANGUAGES AFFECT THE RECOVERY OF PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY?**

**Аннотация.** В статье рассматриваются исследования по языковой реабилитации при афазии, как влияет изучение языков на восстановление пациентов с черепно-мозговыми травмами в возрасте от 5 до 18 лет, пациентов с черепно-мозговой травмой после длительной комы. Статья посвящена проблеме восстановления пациентов после черепно-мозговой травмы, которая актуальна на сегодняшний день. Данная работа отражает основные позиции исследователей по данному вопросу и позицию автора.

**Abstract.** The following article is dedicated to the research of language rehabilitation during the aphasia; how the learning of languages affects the recovering of patients with traumatic brain injury aged from 5 to 18 and patients with traumatic brain injury after a prolonged coma. The article is devoted to the up-to-date methods for patients' recovering after the traumatic brain injury. The following work reflects the main position of the researchers on this point as well as the position of the author

**Ключевые слова:** черепно-мозговая травма, афазия, когнитивная реабилитация, иностранные языки.

**Keywords:** traumatic brain injury, aphasia, cognitive rehabilitation, foreign languages.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к важнейшей проблеме современного здравоохранения и общества в любой стране в силу ее распространенности и тяжести последствий. По статистике, ЧМТ является 3-ей в нашей причиной по распространенности, приводящей к смерти человека (после онкологии и сердечно-сосудистых патологий). Травмы такого типа получают в авариях и ДТП, при участии в спортивных состязаниях, во время драк, при бытовых падениях и ударах. Восстановление пациентов является одним из наиболее важных вопросов, который стоит перед современной медициной. Реабилитация после перенесенной черепно-мозговой травмы является длительным и непростым, но крайне необходимым процессом. Правильно организованные реабилитационные мероприятия крайне важны для больного с ЧМТ, поскольку увеличивают его шансы на восстановление функций мозга. На сегодняшний день активно разрабатываются новые методы для восстановления пациентов с ЧМТ. Одним из таких методов было изучение иностранных языков. В данной статье мы рассмотрим несколько случаев воздействия изучения иностранных языков на выздоровление пациентов.

Клинические исследования китайских пациентов с постинсультной афазией[1] показали, что существует тесная связь между лингвистическими функциями и когнитивной ориентацией, пространственным восприятием, зрительным восприятием и операцией мышления. Известно, что по большей части, за язык и познание отвечает префронтальная кора головного мозга. В этой области мозга находится самое большое количество нейронных связей, синапсов (средний нейрон человеческого мозга имеет от 1000 до 10000 синапсов или контактов с соседними нейронами). Передняя часть этой области – центр Брока – отвечает, прежде всего, за грамматику и синтаксис, в то время как задняя – центр Вернике – за звучание слов и их понимание. Результаты свидетельствуют о том, что взрослые люди всех возрастов с афазией в острой или хронической фазе восстановления могут продолжать демонстрировать положительное улучшение языковых способностей и функционального общения при интенсивном лечении. В будущем по-прежнему необходимо исследовать пути лечения с помощью изучения иностранных языков.

Согласно последнему исследованию, изучение другого языка не только полезно для общения, но и распространяется на многие скрытые когнитивные области, такие как защита мозга в случае инсульта или слабоумия и других проблем со здоровьем. Исследователи из Великобритании и Индии собрали данные 608 пациентов с инсультом, и обнаружили, что пациенты, которые знают более

одного языка, имеют больше шансов на выздоровление после инсульта[2]. У двуязычных людей вероятность выздоровления в два раза выше, чем у одноязычных после инсульта, даже с учетом других факторов, таких как курение, гипертония, диабет и возраст.

Исследование Ибрагима Махмуда Аль Сабатини «Черепно-мозговая травма и ее влияние на изучение английского языка»[3] показали, что более миллиона человек ежегодно страдают от черепно-мозговой травмы в зонах конфликтов, многие из которых являются дети в возрасте от 5 до 18 лет. Выборка исследования состояла из 16 детей (3 девочки и 13 мальчиков) второго класса с первичным диагнозом черепно-мозговая травма (ЧМТ). По данным исследования некоторые пациенты испытывают трудности с сохранением информации, фокусировкой внимания, произношением и поиском слов, плохо составляют длинные предложения и часто ошибочные описания или объяснения некоторых явлений. Автор данного исследования утверждает, что Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning (RLCF)[3]- один из лучших и наиболее широко используемых способов восстановления после черепно-мозговой травмы. Это исследование показывает, что необходимо создание специальной программы по восстановлению детей с ЧМТ, использование эффективных учебных средств и стратегий, чтобы помочь детям приобрести новые навыки.

С использованием функциональной магнитно-резонансной томографии и позитронно-эмиссионной томографии выявлены изменения в структуре мозга, которые координируют речь и зрительно-моторную функции. Результаты продемонстрировали увеличение набора языковых сетей в ответ на естественные речевые стимулы, увеличение мозговой метаболической активности в доминирующем полушарии. Кроме того, электрофизиологические исследования показали восстановление сна.

По некоторым данным ученые предполагают, что полушария имеют небольшие различия в ментальных функциях: так левое полушарие специализируется на логическом мышлении, речи, а правое – на пространственном воображении. У левшей латерализация может быть обратной. При исследовании было установлено, что при изучении первого языка(L1) наиболее активно левое полушарие, а при изучении второго языка(L2)-правое полушарие.

Итальянские ученые Перани и Абуталеби (2005)[5] отвергают давнюю точку зрения о том, что родной язык и иностранный язык представлены в разных областях мозга. Языки часто конкурируют друг с другом, например, активация L2 может быть затруднена словами, фонемами и грамматическими правилами из L1. Наблюдается совершенствование родного языка, который является биологически наиболее важным и, следовательно, наиболее легко мобилизуемым языком, совершенствуется за счет других языков.

В отделении реабилитации в медицинской академии Быдгоща Польша(Bydgoszcz Academy of Medicine in Bydgoszcz, Poland)[6] было проведено исследование 8 пациентов в возрасте от 8 до 32 лет, специализирующееся на медицинском ведении и реабилитации пациентов, которые в результате несчастного случая перенесли черепно-мозговую травму, приводящую к коме. Испытуемые все знали английский в какой-то степени до аварии. Данное исследование проверяло, возможно ли для этих пациентов, которым требуются месяцы, а иногда и годы регулярных физических упражнений, чтобы восстановить нормальные языковые функции на родном языке, выучить второй. В данном исследовании принимали участие 2 студента с Кембриджскими сертификатами, 1 пациент со средним уровнем английского языка и 5 новичков. Использовались следующие инструменты исследования: интервью, тест поведенческой памяти «Rivemead» (Wilson 2000) (тест был проведен на польском, а затем на английском языке), нейролингвистический тест внимания (Pachalska and MacQueen 2001), клинический тест языковой компетенции на английском языке Тест «Rivermead» (Wilson 2002). Полученные данные установили, что устные задания на польском языке выполнялись лучше, чем предметы на английском языке для начинающих и учеников среднего уровня, а обладатели сертификатов показали себя значительно лучше, когда их изучали на английском языке. В нейролингвистическом тесте внимания (Pachalska and MacQueen 2001) реальные слова на польском языке были проще для 4 пациентов, 2 студента набрали больше баллов на английском языке, а 2 оставшихся достигли одинаковых результатов на обоих языках. В клиническом тесте на английском языке, проводимом до и после программы приобретения L2, все пациенты улучшили свои навыки английского языка. Владение тремя языковыми компонентами выросло на 11% в грамматике, на 10% в лексике и на 10% в фонетике. Производительность предметов улучшилась по всем исследованным компонентам языка: словарный запас, грамматика и произношение. Однако процесс приобретения был затруднен и замедлен различными факторами. Пациенты имели тенденцию к подсознательному смешиванию языков, наблюдались нарушениями памяти и концентрации.

Исследования так же показали, что у школьников младших классов были повышенные шансы на успешное возвращение к здоровью. Травма головного мозга у детей очень часто затрудняет язык только на короткое время в связи с пластичностью в процессе формирования. У пациентов более взрослого человека вызывает необратимые нарушения языка. Настоящее исследование показывает, что коматозные пациенты с повреждением головного мозга способны изучать второй язык, расширяя словарный запас L2, улучшая использование грамматических структур и корректируя произношение.

Однако некоторые пациенты добились более высоких результатов, чем ожидалось. Относительно молодой возраст испытуемых (в среднем 20,6 лет) увеличил их шансы на получение второго языка.

В тематическом исследовании, опубликованном в журнале «Disability and Rehabilitation» [5], исследователи записали польскую женщину на программу изучения английского языка через девять месяцев после травмы головы. Программа состояла из ежемесячных встреч и длилась шесть месяцев. К концу шести месяцев она выучила достаточно, чтобы перейти к более сложным лексическим предметам в английском языке.

Важно отметить, что исследователи пришли к выводу, что изучение другого языка “может положительно повлиять на эмоциональное самочувствие, самооценку и, возможно, восстановление качества жизни.” В конечном счете, они обнаружили, что ее память улучшилась в долгосрочной перспективе после завершения исследования.

Одним из основных преимуществ изучения языка является то, что новый словарь может помочь укрепить словарь, который был потерян в первом языке. Исследования показали, что обучение языку вы менее опытны в результатах в более заметных эффектов передачи на вашем родном языке

- Выбор другого языка, похожего по синтаксису, фонологии, лексике и значению.
- Работать над словами, которые плохо запоминаются на родном языке.

Каждый год от ЧМТ в мире погибает 1,5 млн человек, а 2,4 млн становятся инвалидами. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, частота ЧМТ ежегодно увеличивается на 2%. В России частота черепно-мозговой травмы составляет 4,5 на 1000 населения в год. Летальность при ЧМТ составляет 5-10% а при наиболее тяжелых формах достигает 41-85%. Наиболее часто черепно-мозговым травмам подвержены люди в возрасте от 8 до 25 лет, что приводит нас к необходимости разработать программы, которые будут способствовать успешному возвращению в школу, преподаватели должны работать вместе, чтобы разработать комплексный план, основанный на индивидуальных сильных и слабых сторонах каждого пациента. Методы нейровизуализации усовершенствовали диагностику ЧМТ. Современные компьютерные томографы обладают высокой чувствительностью и специфичностью в диагностике острых повреждений мозгового вещества и костных структур. Наш мозг податлив и может адаптироваться после ЧМТ. Изучение языка - это лишь один из многих способов начать свой путь к выздоровлению.

#### **Библиографический список:**

1. Yu, Zeng-Zhi & Jiang, Shu-Jun & Jia, Zi-Shan & Xiao, Hong-Yu & Zhou, Mei-Qi. (2017) Study on Language Rehabilitation for Aphasia. Chinese Medical Journal. 130. 1491. 10.4103/0366-6999.207465
2. Klit, Henriette & B Finnerup, Nanna & Overvad, Kim & Andersen, Grethe & Jensen, Troels. (2011). Pain Following Stroke: A Population-Based Follow-Up Study. PloS one. 6. e27607. 10.1371/journal.pone.0027607.
3. Ibrahim Mahmoud Al Sabatin Traumatic Brain Injury and Its Effect on Learning English Language . International Journal of Languages, Literature and Linguistics, Vol. 1, No. 3, September 2015 e-mail: [sabateenibrahim2002@yahoo.com](mailto:sabateenibrahim2002@yahoo.com)
4. Giacino, Joseph & Ashwal, S & Childs, N.L. & Cranford, R & Jennett, B & Katz, Douglas & Kelly, James & Rosenberg, J.H. & Whyte, J & Zafonte, Ross & Zasler, Nathan. (2002). The minimally conscious state: Definition and diagnostic criteria. Neurology. 58. 349-53. 10.1212/WNL.58.3.349.
5. Daniela Perani, Jubin Abutalebi, Eraldo Paulesu, Simona Maria Brambati, Paola Scifo, Stefano F. Cappa, Ferruccio Fazio The role of age of acquisition and language usage in early, high-proficient bilinguals: an fMRI study during verbal fluency. Published in Human brain mapping 2003
6. Połczyńska-Fischer, Monika. 2007. Acquisition of the Second Language By Patients with Brain Injury After Prolonged Coma. Poznań Studies in Contemporary Linguistics. Vol. 43/1. 113-127.
7. Połczyńska, Monika & M Mazaux, J. (2008). Second language acquisition after traumatic brain injury: A case study. Disability and rehabilitation. 30. 1397-407.



**Климентов Михаил Николаевич****Klimentov Mikhail Nikolaevich**Кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии  
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»**Капустина Юлия Леонидовна****Kapustina Julia Leonidovna**Студент 4 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»**Радченко Полина Алексеевна****Radchenko Alekseevna Radchenko**Студент 4 курса лечебного факультета  
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»

УДК 616.33-002.44

**ОСЛОЖНЕНИЯ (КРОВОТЕЧЕНИЕ, ПЕРФОРАЦИЯ, ПИЛОРОСТЕНОЗ) ВОЗНИКШИЕ У ПАЦИЕНТА С «НЕМОЙ» ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)****COMPLICATIONS (BLEEDING, PERFORATION, PYLORIC STENOSIS) ARISING IN A PATIENT WITH "MUTE" DUODENAL ULCER (CLINICAL OBSERVATION)**

**Аннотация:** В данной статье рассматривается клиническое наблюдение хронической язвенной болезни двенадцатиперстной кишки осложненной субкомпенсированным стенозом выходного отдела желудка, с имеющимися в анамнезе перенесенным кровотечением и перфорацией язвы.

**Annotation:** This article discusses the clinical observation of chronic duodenal ulcer complicated by subcompensated stenosis of the output section of the stomach, with a history of bleeding and perforation of the ulcer.

**Ключевые слова:** Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, кровотечение, перфорация язвы двенадцатиперстной кишки, стеноз выходного отдела желудка, хирургия.

**Key words:** Peptic ulcer and duodenal ulcer, hemorrhage, perforation of duodenal ulcer, stenosis of the output section of the stomach, surgery.

**Актуальность:** Осложнения язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки на сегодняшний день остается одной из важнейших проблем здравоохранения. В 90-е годы 20 столетия в подходе к лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки произошли радикальные изменения. Это было связано с появлением на рынке лекарств высоко эффективных препаратов позволяющих надежно снижать кислотность желудочного сока. Препараты: группы H<sub>2</sub>-блокаторов гистаминовых рецепторов (ранитидин, фамотидин), ингибиторы протонной помпы (омез, омепразол, некسيوم) позволяют быстро и эффективно добиться ремиссии язвенной болезни. Разработка принципов эрадикационной терапии для больных с Helicobacter-ассоциированной язвенной болезнью с помощью антибиотиков позволяет вызывать длительную ремиссию язвенной болезни в течение многих лет. В результате подходы к лечению язвенной болезни изменились. Резко сократилось количество плановых операций, исчезли такие показания к плановой операции, как каллезная язва, пенетрирующая язва, язвенная болезнь не поддающаяся консервативному лечению. Казалось бы, язвенная болезнь побеждена и после разработки эффективных методов консервативного лечения, хирургия язвенной болезни закончилась. По сути так и произошло. Если число плановых операций за последние 20 лет уменьшилось значительно, то число случаев прободной язвы и язвенных кровотечений не только не уменьшилось, и даже имеет тенденцию к росту. В стационарах язвенная болезнь является самой распространенной причиной смерти больных общехирургического профиля. Основная причина смерти это язвенные кровотечения, реже прободная язва.

**Клиническое наблюдение.** Больной А, 51 года, поступил в хирургическое отделение на плановое оперативное лечение в 1 РКБ, хирургическое отделение с диагнозом: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная субкомпенсированным стенозом выходного отдела желудка. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Из анамнеза известно, что до 2000 г. язвенной болезнью не страдал. В 2000г. внезапно появилась резкая, «кинжальная», постоянная боль в эпигастральной области. Обратился в районную больницу, где была выполнена операция по экстренным показаниям по поводу перфоративной язвы желудка. После выписки диспансерного наблюдения не проводилось, за медицинской помощью по поводу язвенной болезни не обращался. В 2003г. почувствовал слабость, головокружение, была рвота «кофейной гущей», дёгтеобразный стул. Доставлен в районную больницу, где был оперирован по экстренным показаниям по поводу кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки. После выписки на диспансерный учет не являлся, за медицинской помощью по поводу язвенной болезни не обращался.

В 2017г. стал отмечать значительную слабость, похудел до 10 кг в течении года, появились тупые боли в эпигастральной области, умеренной интенсивности, возникающие и усиливающиеся после приема пищи, без иррадиации, для купирования приступа принимает ранитидин. Отмечает изжогу, вздутие живота, а так же рвоту через 3 часа после приема пищи, без посторонних примесей с кисловатым запахом, рвота облегчает приступ боли. Испытывает постоянное чувство голода, периодически жажду и сухость во рту (количество выпиваемой жидкости за сутки 3-4 л). Вкус во рту кислый, больше к вечеру, вкусовые ощущения не притуплены. Периодическое головокружение, шум в ушах, мелькание чёрных мушек перед глазами, ощущение ползания мурашек, онемение пальцев кистей рук. Отеки до середины стоп, появляются к вечеру, связывает с физической нагрузкой. Состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Кожные покровы бледные. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом по всей поверхности. Дыхание везикулярное, ослабленное в верхушках правого и левого легкого. Патологических шумов, хрипов, шума трения плевры нет. Тоны сердца ясные и ритмичные. ЧДД-18 в мин, ЧСС-86 уд в мин, АД-130/80 мм. рт. ст, T=36,7C. Живот обычной формы, имется втяжение в эпигастральной области. На передней брюшной стенке операционный рубец 15 x 0,2 см. Визуализируются желудочная перистальтика на 5 см ниже пупка по передней срединной линии. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Большая кривизна желудка пальпируется в виде плотноватой утолщенной складки на 5 см ниже уровня пупка, выявлен шум плеска.

Эзофагогастродуоденоскопия. Заключение: Халазия кардии. Рефлюкс- эзофагит степени «С». Деформация на границе верхней трети и средней трети тела желудка. Умеренный гастрит. Гастростаз. Грубая, рубцово - язвенная деформация луковицы 12 п.к., сформировавшийся субкомпенсированный стеноз.

Ультразвуковое исследование печени. Заключение. ЖКБ. Диффузные изменения печени. Умеренно диффузные изменения стенок желчного пузыря. Холестаз. В полости множественное количество гиперэхоструктур от 3 до 6 мм.

Рентгеноскопия желудка. Имеется резкое расширение желудка, большая кривизна в виде чаши визуализируется в малом тазу. Пилорический отдел резко сужен, имеется дефект наполнения.

Лабораторные методы исследования:

Полный анализ крови: эритроциты  $4,19 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин 129 г/л.

Биохимический анализ крови: общий белок 50 г/л, калий 3,87 ммоль/л, натрий 140,6 ммоль/л, хлориды 102,4 ммоль/л, общий билирубин 12,5 мкмоль/л, прямой 4,7 мкмоль/л, непрямой 7,8 мкмоль/л, сахар 4,5 ммоль/л.

Предоперационная подготовка

1. Противоязвенная терапия( квамател, нексиум)
2. Коррекция водноэлектролитных и белковых нарушений (глюкоза 5%, раствор рингера).
3. Динамическое наблюдение за показателями красной крови, общим белком, электролитами, свертывающей системы.
4. Накануне перед операцией промывание желудка, профилактика тромбообразования- фраксипарин, седативные препараты, гигиеническая ванна.
5. С утра бритье операционного поля, тугое бинтование конечностей, премедикация, постановка назогастрального зонда, мочевого катетера.

Выполнена операция - Дистальная резекция желудка с терминолатеральным гастродуоденоанастомозом.

Из протокола операции: Желудок увеличен в размерах с гипертрофированной стенкой. Выходной отдел желудка сужен до 0,5 см белесоватым рубцом. Произведена мобилизация желудка по большой и малой кривизне в пределах двух третей. Желудок резецирован с помощью УКЛ. Скрепочный шов перетонизирован серозно-мышечным швом. Культия 12 п.к. ушита двухрядными швами. Сформирован терминолатеральный гастродуоденоанастомоз.

Гистологическое исследование от 9.10.18г. В препарате желудка, хронический, атрофический, слабовыраженной активности гастрит.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение на 16 день.

**Выводы.** Больные с «немой» язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки должны обязательно находиться на диспансерном учете с проведением ФГС.

**Библиографический список:**

1. Клинические рекомендации. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у взрослых/ Под ред. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Болезни пищевода, желудка и кишечника. –М.: МЕД пресс- информ.- 2009.-С 78-83.

2. Хирургические болезни: Учебник / Под. ред. Кузин М.И.- М.: Медицина, 2005.-784с.

Научное издание

Коллектив авторов

ISSN 2500-378X