

ФГБОУ ВО «ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНЗДРАВА РОССИИ
ФГБУ «ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ
И ИНСУЛЬТА» МИНЗДРАВА РОССИИ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ИВАНОВСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
РОССИЙСКОГО НАУЧНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ
ИВАНОВСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ВСЕРОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА НЕВРОЛОГОВ
ИВАНОВСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СОЮЗА РЕАБИЛИТОЛОГОВ РОССИИ
АССОЦИАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГОВ-ОРТОПЕДОВ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ИВАНОВСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СОЮЗА ПЕДИАТРОВ РОССИИ

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ,
РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
И ТРАВМАМИ**

МАТЕРИАЛЫ

***VII Межрегиональной научно-практической конференции
с международным участием***

Иваново, 25 ноября 2019 года

Иваново 2019

Ответственные редакторы:

д-р мед. наук, доцент *И. К. Томилова*,
д-р мед. наук, профессор *И. Е. Мишина*,
д-р мед. наук, профессор *О. А. Назарова*

В сборник вошли работы ученых, представленные на VII Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы профилактики, ранней диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с неинфекционными заболеваниями и травмами». Рассмотрены особенности организации медицинской реабилитации, а также вопросы профилактики, диагностики и лечения заболеваний различного генеза

Адресован врачам различных специальностей, специалистам в области реабилитации, организаторам здравоохранения.

Материалы публикуются в авторской редакции.

Раздел I. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

И. А. Челышева¹, Ю. А. Герасимова²

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ГБУЗ Владимирской области «Областная клиническая больница»

Актуальность. Проблема одновременного развития ишемического инсульта (ИИ) и острого инфаркта миокарда (ОИМ) является одной из ведущих, но малоизученных в кардионеврологии, поэтому очень разнятся данные о частоте инсультов (от 2 до 13%) при инфаркте миокарда [1]. С учетом строения сердечно-сосудистой системы, тесной связи центральной и церебральной гемодинамики, а следовательно, и схожести факторов риска развития острых нарушений, возможно сочетание или одновременное формирование этих двух тяжелых патологий. Однако до сих пор точно не установлены условия или предрасполагающие факторы возникновения этой тяжелой клинической ситуации [2]. Сложность выявления обоих заболеваний в острейшем периоде нарушения кровообращения связана с преобладанием, как правило, церебральной симптоматики над кардиальной, что значительно затрудняет диагностику и усложняет лечебно-реабилитационный процесс [3].

Цель – установить факторы риска развития ИИ при ОИМ для оптимизации лечебно-диагностического процесса.

Материал и методы. Проанализированы 70 случаев развития ИИ при ОИМ. Соответственно последовательности выявления острой патологии все обследованные были разделены на три группы: в 1-ю вошли 29 больных (41,4%), которым оба диагноза были установлены при поступлении в клинику, т. е. в первый день болезни; 2-я – 28 пациентов (40%), которым сначала был по-

ставлен диагноз ИИ, а в дальнейшем выявлен ОИМ; 3-я – 9 больных (12,9%), которым сначала был поставлен диагноз ОИМ, а в дальнейшем выявлен ИИ. В эти группы не вошли 4 пациента (5,7%), у которых был установлен только ИИ, а ОИМ был выявлен при аутопсии.

Результаты и обсуждение. Как показало исследование, почти у половины больных (42,6%) ОИМ был повторным, чаще это был Q-инфаркт миокарда (71,4%). Повторный ИИ имелся у 19 пациентов (27,1%). У 52 (74,3%) одновременное развитие ОИМ и ИИ привело к летальному исходу. Анализ показал значительное преобладание среди больных лиц женского пола: 43 женщины (61,4%) против 27 мужчин (38,6%). При этом средний возраст женщин был на 10 лет больше ($76,3 \pm 6,17$ года), чем возраст мужчин ($65,3 \pm 7,63$ года). Стаж гипертонической болезни у пациентов женского пола составил $22,54 \pm 5,73$ года, у лиц мужского – $12,8 \pm 5,26$ года ($p < 0,01$). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) выявлена у большинства пациентов – 75,7%. Более чем у половины больных (54,3%) имелась мерцательная аритмия (МА) как основной фактор возможного развития кардиоэмболического инсульта. Так как у почти половины больных ИМ был повторным (42,6%), у них был выявлен постинфарктный кардиосклероз (ПИКС), реже – у 30,6% – желудочковая экстрасистолия (ЭС). Прогностически значимыми факторами для развития ИИ при ОИМ, по данным статистического анализа Кульбака, явилось сочетание ХСН, ПИКС, МА и ЭС. Исследование частоты этих факторов у больных показало, что в 3-й группе чаще встречались ПИКС и ХСН; в 1-й – извитость артерий каротидного (72,7%) и позвоночного бассейнов (63,6%). В этой же группе чаще выявлялось утолщение комплекса интима – медиа. Однако статистически достоверной разницы по факторам риска в группах не установлено.

Выводы. Вне зависимости от сценария развития острых нарушений кардиального и церебрального кровообращения (по кардио-церебральному, церебро-кардиальному пути или одновременно) предрасполагающими факторами являются пожилой возраст, женский пол, большой стаж гипертонической болезни (более 17 лет у женщин и более 7 лет у мужчин), ХСН, ПИКС, МА, извитость брахиоцефальных артерий, утолщение комплекса интима – медиа, желудочковая ЭС. Для профилактики развития ИИ

при ОИМ и выявлении ОИМ при ИИ рекомендуется тщательный диагностический кардионеврологический мониторинг и более длительное нахождение в палате интенсивной терапии тех пациентов, у кого есть три и более прогностически значимых предрасполагающих факторов.

Литература

1. Гераскина Л. А., Фонякин А. В., Юсупова Д. Г. III Национальный конгресс «Кардионеврология» // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2019. – Т. 13, № 1. – С. 86–87.

2. Чельшева И. А., Мазанко О. Е., Герасимова Ю. А. Одновременное развитие инфаркта миокарда и мозгового инсульта // Вестн. Ивановской медицинской академии. – 2010. – Т. 15, № 2. – С. 24.

3. Фонякин А. В. Кардионеврологические аспекты вторичной профилактики ишемического инсульта // Интерфарммедика. – 2018. – Спецвып. – С. 14–14.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

В. В. Дубравина¹, В. В. Rogozян¹, Н. А. Цыгалова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Актуальность. Эндогенная интоксикация (ЭИ) сопровождает большинство случаев ургентной патологии в абдоминальной хирургии, особенно при развитии перитонита. ЭИ сопряжена с синдромом полиорганной недостаточности и является одной из основных причин летальности в послеоперационном периоде. В связи с этим представляется актуальной разработка методов ранней диагностики и прогнозирования течения ЭИ, позволяющих своевременно скорректировать лечение. В настоящее время для диагностики данного состояния используют оценку уровня среднемолекулярных пептидов, общей и эффективной концентрации альбумина, концентрацию в крови малонового диальдегида и других биохимических маркёров [1, 2]. Но определение этих показателей не всегда доступно практическому врачу. Современные исследования показали: накапливающиеся при ЭИ

вещества обуславливают формирование системного мембраноде- стабилизирующего дистресс-синдрома, имеющего ряд специфических особенностей в клетках крови [2, 3]. Поэтому скрининго- вым методом может стать оценка количества и качественного со- става форменных элементов крови.

Цель – изучить послеоперационную динамику показателей периферической крови у пациентов с острой хирургической пато- логией органов брюшной полости, сопровождающейся ЭИ, и определить критерии неблагоприятного прогноза.

Материал и методы. Проанализировано 73 случая лечения пациентов с ургентной патологией брюшной полости в хирургиче- ском отделении ОБУЗ «Городская клиническая больница № 7» города Иванова в 2017 году. Всем больным в течение 24 часов с момента поступления выполнялись адекватные оперативные вмешательства, в послеоперационном периоде проводилась ан- тибактериальная и инфузионная терапия. Пациенты были разде- лены на две группы: 1-ю составили 24 случая с летальным исхо- дом (причина смерти – интоксикация и полиорганная недоста- точность); во 2-ю вошли пациенты с благоприятным исходом за- болевания. В 1-ю группу вошли 13 мужчин (54,2%) и 11 женщин (45,8%) (средний возраст – $56,1 \pm 7,1$ года). В 1-й группе в 7 случа- ях (29,2%) был диагностирован острый аппендицит и перитонит, в 5 (20,8%) – острая кишечная непроходимость, в 6 (25%) – пан- креонекроз, в 5 (20,8%) – мезентериальный тромбоз, в одном (4,2%) – перфоративная язва желудка и разлитой перитонит. 2-ю группу составили 10 мужчин (20,4%) и 39 женщин (79,6%) (средний возраст – $39,5 \pm 5,9$ года) в 44 случаях (89,8%) диагно- стирован острый аппендицит и перитонит. В этой группе у 3 па- циентов (6,1%) имелась перфоративная язва желудка и разлитой перитонит, у 2 (4,1%) – объемное образование брюшной полости с распадом.

При поступлении в стационар, на 2-й и на 5-й день после опе- рации, у больных определяли количество эритроцитов (Эр), тромбоцитов (Тр) и лейкоцитов (Л), концентрацию гемоглобина (Нв), лейкоцитарный индекс интоксикации Кальф-Калифа (ЛИИ).

Результаты и обсуждение. Показатели красной крови (ко- личество Эр и Нв) закономерно снижались на 2-й день после опе- рации в обеих группах. На 5-й день после операции у большинства

пациентов они оставались ниже значений при поступлении. Значимых различий между группами не выявлено. Средние значения Л при поступлении, на 2-й и 5-й день после операции в 1-й и 2-й группах составили $13,4 \pm 3,1$; $10,9 \pm 2,7$; $8,5 \pm 2,5$ и $16,1 \pm 3,9$; $14,1 \pm 3,1$ и $10,1 \pm 3,1 \times 10^9$ /л соответственно, различия не были статистически достоверны. Средние значения ЛИИ при поступлении, на 2-й и 5-й день после операции в 1-й и 2-й группах составили $6,6 \pm 3,1$; $5,4 \pm 2,5$; $5,7 \pm 2,6$ и $4,6 \pm 2,7$; $3,5 \pm 1,8$ и $3,3 \pm 1,9$ соответственно, различия не были статистически достоверны. Однако были отмечены следующие особенности динамики ЛИИ. На 2-й день после операции прирост показателя более чем на 50% от значения при поступлении в 1-й группе имели 33,3% пациентов, а во 2-й – 14,3%. На 5-й день после операции ЛИИ был выше значения на 2-й послеоперационный день у 91,7% больных 1-й группы и у 34,7% – 2-й. Количество Тр на 2-й день после операции у большинства больных снижалось; показатели были ниже исходных в 1-й группе в среднем на 31% (с 9 до 76%), а во 2-й – в среднем на 11% (с 2 до 36%). При этом снижение количества Тр более чем на 20% отмечалось у 75% пациентов 1-й группы и у 24,5% – 2-й. К 5-му дню после операции количество Тр начинало восстанавливаться. Лишь у 18,4% больных 2-й группы оно было ниже значений 2-го послеоперационного дня, а в 1-й группе Тр на 5-й день было меньше, чем во 2-й день – у 58,4%.

Выводы. На основании полученных данных можно выделить следующие критерии неблагоприятного прогноза при острой хирургической патологии органов брюшной полости, сопровождающейся ЭИ: 1) на 2-й день после операции – прирост ЛИИ более чем на 50%, и снижение Тр более чем на 20% от значений при поступлении в стационар; 2) на 5-й день после операции – ЛИИ выше, а Тр ниже значений 2-го послеоперационного дня.

Литература

1. Клинико-биохимическая оценка выраженности эндогенной интоксикации у больных с неотложной абдоминальной патологией / Н. В. Безручко [и др.] // Вестн. интенсивной терапии. – 2011. – № 1. – С. 24–29.
2. Липидный состав и функциональный статус форменных элементов крови при эндогенной интоксикации / А. П. Власов [и др.] // Вестник РУДН. Серия: Медицина. – 2010. – № 4. – С. 57–62.

3. Системный мембранодестабилизирующий дистресс-синдром в хирургии: понятие, патогенез, диагностика / А. П. Власов [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2019. – № 5. – С. 25–30.

АНАЛИЗ ПРИЧИН И КОМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПО ДАННЫМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

С. А. Сакова^{1,2}, С. Н. Фетисов², А. С. Гуцин¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Актуальность. Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) являются междисциплинарной проблемой хирургии и терапии. Наибольшее число статей по ЖКК посвящены хирургическим аспектам патологии: классификации, диагностике, тактике ведения. Выявление факторов риска развития ЖКК, особенностей фоновой коморбидной патологии, эффективности методов профилактики относится к компетенции терапевтов. Представляется полезным комплексный подход к проблеме ЖКК.

Цель – анализ случаев госпитализации больных в хирургическое отделение для уточнения частоты побочных эффектов лекарственной терапии, а также роли коморбидности в возникновении ЖКК.

Материал и методы. Рассмотрены все случаи ЖКК (82 пациента), зарегистрированные в хирургическом отделении ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» за период 2014–2018 гг. Анализировались непосредственные причины кровотечений: прием лекарственных препаратов, злоупотребление алкоголем; наличие в анамнезе язвенной болезни и кровотечений, а также сопутствующих заболеваний (сердечно-сосудистых болезней, цирроза печени, почечной недостаточности, онкопатологии; острых состояний, на фоне которых возникло ЖКК: острый коронарный синдром, пневмония, ранний послеоперационный период, травмы).

Результаты и обсуждение. Среди госпитализированных было 53 мужчины и 29 женщин, средний возраст составил $59,2 \pm 17,2$ года.

Сопутствующая патология зарегистрирована у 47 (57%) пациентов. Чаще встречались гипертоническая болезнь и клинически значимый атеросклероз (по 12 (14,6%) больных), несколько реже – острая и стабильная ишемическая болезнь сердца (ИБС), синдром Лериша, эндартерэктомия, обуславливающие необходимость приема антиагрегантных препаратов. Фибрилляцию предсердий имели 4 (4,9%) пациента, лишь двое из них получали антикоагулянты. Острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе имели 7 (8,5%) больных, сахарный диабет 2-го типа – 6 (7,3%). Активное онкологическое заболевание зарегистрировано у 4 (4,9%) пациентов, цирроз печени – у 3 (3,7%), хроническая болезнь почек 5-й стадии (на программном гемодиализе) – также у 3; бронхиальная астма, шизофрения – по 1 обследованному. У 25 (30,5%) больных имелось два и более сопутствующих заболевания.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) по поводу болевого синдрома принимали 7 (8,5%) пациентов. Антикоагулянтную терапию (гепарином) получали 3 больных, находящихся на программном гемодиализе, а также 2 пациента с фибрилляцией предсердий (варфарин, ривароксабан). Венозный тромбоз в анамнезе отмечен у 2 (2,4%). Злоупотребляли алкоголем 2 (2,4%)

Среди пациентов с коморбидной патологией особенно следует выделить 9 лиц (11%) с острой патологией (получавших антитромботическую терапию), на фоне которой развилось ЖКК. У 3 (3,7%) больных ЖКК случилось в послеоперационном периоде (нефрэктомия по поводу травмы почки, эндопротезирование тазобедренного сустава, трансуретральная резекция предстательной железы), также у 3 – на фоне перелома шейки бедра. Острый коронарный синдром был фоном для развития ЖКК у 2 (2,4%) пациентов, пневмония – у 1.

Большинство поступивших с ЖКК – 64 из 82 (78,1%) лечились консервативно. Резекция желудка по поводу ЖКК выполнена 16 (19,5%) больным; ушивание дефекта и клипирование оказалось эффективным у 2.

Летальный исход зарегистрирован в 6 случаях (7%), 76 (93%) пациентов выписаны с благоприятным исходом.

Выводы. Среди пациентов хирургического отделения с ЖКК лица с сопутствующей хронической и/или острой патологией, сопряженной с приёмом лекарственных препаратов (НПВП, антиагреганты, антикоагулянты), составляют значительную часть (68%), что требует совершенствования тактики ведения этих больных терапевтом.

ИНФОРМАЦИОННО-КОМПЬЮТЕРНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ УРОЛИТИАЗА

А. А. Шевырин¹, И. А. Соломатников²

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

Актуальность. Уролителиаз является одним из ключевых заболеваний в современной урологии. По частоте встречаемости он уверенно занимает второе место, уступая лишь неспецифическим воспалительным заболеваниям мочевых путей. Мочекаменная болезнь (МКБ) в настоящее время встречается у 5% населения земного шара [1, 2]. Помимо медицинских аспектов уролителиаз представляет собой еще и определенную медико-социальную проблему [3, 4]. В связи с этим актуальным является про- и метафилактика заболевания, а также воздействие на факторы риска его развития [5–7].

Цель – обеспечить компьютерное сопровождение пациентов с МКБ и на его основе сформировать программу первичной и вторичной профилактики уролителиаза.

Материал и методы. В рамках исследования была разработана компьютерная программа, позволяющая сформировать протокол обследования пациента, определить клинический диагноз и на основании этого сгенерировать мероприятия по лечению и профилактике.

Было обследовано 48 пациентов с МКБ, находившихся на стационарном лечении в ВУО ИвОКБ. Проведено стандартное обследование с целью верификации диагноза. Им были выполнены

лечебные манипуляции по удалению и разрушению конкрементов. По комплексу методов обследования, а также по данным анализа конкрементов была составлена индивидуальная схема профилактических мероприятий.

Всего было проанализировано около 30 параметров, у 8 из которых была выявлена достоверность. Именно эти показатели были использованы как основа компьютерной программы клинко-организационного сопровождения пациентов с МКБ. Коррелируемые показатели следующие: электролитный состав в биохимическом анализе крови, наличие солей по данным лабораторных анализов мочи, данные инструментальных методов исследования (УЗИ, рентгенологическое обследование, МСКТ), минералогическая картина удаленного/отошедшего мочевого конкремента, локализация и размеры конкрементов по данным обследования, мероприятия консервативной медикаментозной терапии. В итоге работы с программой помимо протокола обследования формировалась индивидуальная программа реабилитации пациента.

Результаты и обсуждение. Данный компьютерный продукт дает возможность оценивать состояние пациента в отдаленном периоде, обеспечивая наблюдение в динамике. Программа помогает врачу в определении индивидуальной программы реабилитации, формирует протокол обследования с его последующим сохранением в базе данных. Она позволяет наблюдать динамику состояния пациента, производить учет медицинских рекомендаций.

Выводы. Индивидуальная компьютерная программа, разработанная для пациентов с МКБ, позволяет сформировать комплекс лечебных и метафилактических мероприятий для улучшения результатов лечения и снизить процент рецидивирования заболевания. Программа дает возможность осуществлять клинко-организационное сопровождение урологических пациентов, что позволяет повысить эффективность медицинской помощи.

Литература

1. Анализ урологической заболеваемости в Российской Федерации в 2005–2010 годах / О. И. Аполихин [и др.] // Эксперим. и клин. урология. – 2012. – № 2. – С. 4–12.
2. Дзеранов Н. К., Черепанова Е. В., Павлов А. Ю. Медико-социальные факторы риска развития мочекаменной болезни у детей России // Материалы Российской научной конференции с международ-

ным участием «Фундаментальные исследования в уронефрологии». – Саратов, 2009. – С. 285–286.

3. Бешлиев Д. А. Диагностика и лечение мочекаменной болезни // Медицинский вестн. – 2006. – № 11. – С. 9–10.

4. Вошула И. В. Мочекаменная болезнь. Этиотропное и патогенетическое лечение, профилактика. – Минск, 2006. – 268 с.

5. Шевырин А. А., Стрельников А. И., Смирнова И. Б. Взаимосвязь денситометрической плотности мочевых конкрементов и их химического состава // Вестн. Ивановской медицинской академии. – 2017. – Т. 22, № 1. – С. 60–61.

6. Морфологическая оценка органов мочевыделительной системы экспериментальных животных при применении поликомпонентных литолитических растворов на основе трилона Б / А. А. Шевырин, А. И. Стрельников, А. Л. Палкин, В. И. Демидов // Вестн. Ивановской медицинской академии. – 2013. – Т. 18, № 1. – С. 14–18.

7. Шевырин А. А., Стрельников А. И. Денситометрическая плотность мочевых конкрементов как фактор прогноза эффективности их дезинтеграции при лечении уrolитиаза // Урологические ведомости. – 2018. – Т. 8, № 4. – С. 17–24.

ОЦЕНКА УРОВНЯ НЕВРОТИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ

А. В. Смирнова^{1,2}, З. С. Абдуллаева¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России

Актуальность. В последние годы проблема опущения и выпадения половых органов (пролапса гениталий) становится особенно острой в связи с неуклонным ростом частоты ее встречаемости. Это обусловлено в первую очередь увеличением продолжительности жизни женщины, а также высокими требованиями к качеству жизни, немалой частотой возникновения рецидивов после оперативного вмешательства [1]. Частота встречаемости пролапса гениталий (ПГ) второй степени и выше в популяции достигает 2–4%, а в структуре всех нозологий в отделениях оперативной гинекологии высокопрофилированных учреждений Рос-

сии – 28–39,8% [2]. Известно, что первые симптомы нарушения функции тазовых органов появляются за несколько лет до обращения пациенткой за квалифицированной медицинской помощью. Как любое длительно текущее состояние, сопровождающееся дискомфортом, ПГ оказывает влияние и на психологическое состояние больных, снижая их социальную адаптацию.

Цель – оценить уровень невротизации пациенток с ПГ.

Материал и методы. Исследование проводилось путем анкетирования женщин с ПГ, поступающих на оперативное лечение на базе ФГБУ «Ив НИИ Мид им. В.Н. Городкова» Минздрава России. В качестве анкеты взята «Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН)», разработанная в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева [4]. Испытуемый в соответствии с инструкцией фиксирует на регистрационном бланке свои ответы на каждое из 45 утверждений. Подсчитывается оценка, получаемая по шкале неискренности (Л), этой шкале соответствует каждый пятый вопрос. В случае превышения суммы баллов по этой шкале результаты тестирования считаются недостоверными. Каждому из ответов соответствует диагностический коэффициент, с помощью специального «ключа» в соответствии полом пациент, высчитывается уровень невротизации. Всего проанкетировано 30 пациенток с ПГ. В качестве контрольной группы опрошено 20 практически здоровых женщин.

Результаты и обсуждение. Исследуемые были сопоставимы по возрасту, условиям проживания и социальному статусу. Примечательно, что все пациентки контроля в результате обработки бланков их ответов имели низкий уровень невротизации (УН) и низкий уровень по шкале неискренности (Л). При низком УН отмечается эмоциональная устойчивость и положительный фон основных переживаний (спокойствие, оптимизм). Оптимизм и инициативность, как известно, формируют чувство собственного достоинства, социальную смелость, независимость, легкость в общении и связанную с этими качествами высокую стрессоустойчивость [4, 3]. В группе пациенток с ПГ у 16% (5) ответы оказались недостоверными, так как был превышен уровень лжи по шкале неискренности. У каждой третьей (10 (33%) больных) основной группы нами также выявлен низкий УН. Половина пациенток с ПГ (15 (50%))

имели высокий УН. Как известно, при высоком УН наблюдается выраженная эмоциональная возбудимость, продуцирующая различные негативные переживания (тревожность, беспокойство, раздражительность). Такие личности склонны к ипохондрической фиксации на неприятных соматических ощущениях, на переживаниях своих личностных недостатков. Эти качества в конечном итоге формируют социальную дезадаптированность [4]. Экстраполируя эти личностные невротические изменения на течение основного заболевания, можно заключить, что эти женщины испытывают не только физический дискомфорт из-за нарушения функции тазовых органов, но и социальную дезадаптацию во всех сферах жизни. Каждая вторая пациентка с ПГ, попадая на плановое оперативное лечение спустя длительное время от появления первых симптомов заболевания, имеет высокий УН. Этот факт накладывает отпечаток на ее взаимодействие с медицинским персоналом и определяет ее пессимистический настрой на предстоящую операцию, а следовательно, и на успех лечения в целом.

Выводы. Половина пациенток с ПГ, поступая на оперативное лечение, имеет высокий УН. Своевременное выявление данного факта при обследовании на амбулаторном этапе позволяет провести необходимые коррекционные психологические мероприятия. Все это дает возможность сформировать общий благоприятный психологический фон у больной, тем самым снижая уровень тревожности, и создать позитивный настрой на предстоящее оперативное лечение и реабилитацию.

Литература

1. Аполихина И. А., Дикке Г. Б., Кочев Д. М. Современная лечебно-профилактическая тактика при опущении и выпадении половых органов у женщин. Знания и практические навыки врачей // Акушерство и гинекология. – № 9. – 2014. – С. 104–110.

2. Бахаев В. В., Горин В. С. Выпадение половых органов у женщин: этиология и патогенез // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 3. – С. 7–10.

3. Кочеров С. В., Дмитриева К. П. Использование определения уровня невротизации и психопатизации как скрининговой экспресс-методики диагностики пограничных психических расстройств // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2016. – № 4. – С. 51–53.

4. Шкала для экспресс-диагностики уровня невротизации (УН) / под ред. проф. Л. И. Вассермана. – СПб., 1999.

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК 15–17 ЛЕТ

*О. М. Филькина¹, Е. А. Воробьева¹,
А. И. Малышкина¹, О. Ю. Кочерова¹*

² ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России

Актуальность. Развитие профилактического направления в здравоохранении предусматривает выявление факторов риска и прогнозирование нарушений здоровья с целью профилактики реализации риска, ранней диагностики и своевременной коррекции [2, 4]. В подростковом возрасте особое внимание уделяется репродуктивному здоровью, подготовке к осознанному и ответственному материнству и отцовству [1–3]. У девушек 15–17 лет наиболее распространенным нарушением репродуктивного здоровья являются нарушения менструальной функции [2–4].

Цель – выявить факторы риска формирования нарушений менструальной функции у девушек 15–17 лет.

Материал и методы. Проанализированы данные биологического и социального анамнеза 90 девушек 15–17 лет. С помощью последовательного математического анализа Вальда выделены факторы риска возникновения нарушений менструальной функции и рассчитаны прогностические коэффициенты каждого фактора.

Результаты и обсуждение. Нами выделены основные антен-, интра- и постнатальные факторы риска формирования нарушений менструальной функции у девушек. К антенатальным факторам относятся осложнения течения беременности у матери (угроза прерывания (ПК = 2,04), острые респираторные инфекции (ПК = 1,21), прием гормональных препаратов во время беременности (ПК = 1,36), гипоксия плода (ПК = 2,56)), наличие экстрагенитальной патологии (ПК = 2,21), врожденные аномалии у плода (ПК = 1,03).

Интранатальными факторами риска возникновения нарушений менструальной функции являются асфиксия новорожденного (ПК = 2,82), недоношенность (ПК = 2,04), масса тела при рождении менее 1500 (ПК = 2,32) или более 4000 г (ПК = 3,13).

В постнатальном периоде факторами риска формирования нарушений менструальной функции у девушек являются наличие хронических заболеваний (тонзиллит, пиелонефрит, цистит) (ПК = 2,11), частая заболеваемость острыми респираторными инфекциями (ПК = 2,59), тонзил- или аппендэктомия в год наступления менархе (ПК = 1,25), абдоминальные боли неясной этиологии (ПК = 2,63), недостаточная (ПК = 3,47) или избыточная масса тела (ПК = 2,42), резкая потеря 15% и более массы тела (ПК = 3,12), отклонения в половом развитии – задержка (ПК = 4,25) или преждевременное половое созревание (ПК = 1,23), вегетососудистая дистония (ПК = 4,15), невротические расстройства (ПК = 6,02).

Выводы. В результате проведенного исследования выявлены факторы риска формирования нарушений менструальной функции у девушек 15–17 лет, позволяющие прогнозировать данное расстройство репродуктивного здоровья. Наибольшую прогностическую значимость имеют постнатальные факторы риска.

Литература

1. Особенности заболеваемости и физического развития подростков 15–17 лет с различными темпами полового созревания / Е. А. Воробьева [и др.] // Вестн. новых медицинских технологий. – 2007. – Т. 14, № 2. – С. 54–56.

2. Профилактика нарушений репродуктивного здоровья детей и подростков / Е. В. Уварова [и др.] // Вопр. школьной и университетской медицины и здоровья. – 2018. – № 2. – С. 45–62.

3. Репродуктивное здоровье девочек и девушек г. Москвы. Предложения по сохранению репродуктивного потенциала / Л. В. Адамян [и др.] // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2016. – № 2. – С. 13–14.

4. Система прогнозирования нарушений здоровья у подростков 15–17 лет / О. М. Филькина [и др.] // Пробл. социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 6. – С. 14–19.

СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ И ПРЕАСТЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: ОСОБЕННОСТИ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА

*Е. И. Амири¹, С. Е. Мясоедова¹, В. Ю. Манохин², И. П. Афанасьева²,
И. А. Петровская², А. В. Рыбин²*

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Актуальность. Важнейшей проблемой современного здравоохранения является увеличение продолжительности и качества жизни. Ревматоидный артрит (РА) предрасполагает к развитию синдрома старческой астении («хрупкости»), что увеличивает риски неблагоприятных исходов у больных [5].

Цель – установить частоту «старческой» астении и преастиении у пациентов с РА, выявить их особенности, а также влияние основного заболевания и социальных факторов.

Материал и методы. На базе ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4» и ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» был обследован 51 пациент с РА (44 женщины и 7 мужчин) в возрасте 33–81 года (средний возраст – $56,9 \pm 9,5$ года) с достоверным РА по критериям ACR/EULAR (2010) [2], с длительностью заболевания от 0,5 до 34 лет (в среднем – $9,1 \pm 8,6$ года), в том числе с ранним РА – 8 человек. Больные получали базисную противовоспалительную терапию, в 70,6% случаев – метотрексат в дозе $15,5 \pm 4,5$ мг. Оценивали уровень дохода, наличие работы, семейное положение. «Старческую» астению выявляли согласно фенотипической модели «хрупкости» по L. P. Fried [6]. Физический дефицит определяли по времени ходьбы на расстояние 4 метра, силе кисти методом динамометрии [1, 5]. Оценивали активность aРА по DAS28, интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), показатели С-реактивного белка (СРБ), ревматоидного фактора (РФ). Проводились рентгенография кистей с оценкой стадии по Штейнброкеру, анализ функционального статуса по HAQ [2], физической активности (International Questionnaire on

Physical Activity) [5], выявление повышенной утомляемости (Fatigue Assessment Scale) [3], коморбидности по Чарльсону [4]. Полученные данные обрабатывались методами вариационной статистики в приложении Microsoft Office Excel. Результаты представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – средняя, σ – среднеквадратичное отклонение. Достоверность различий между группами оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента. Разница считалась статистически значимой при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. «Старческая» астения («хрупкие» пациенты) установлена у 21 (41,2%), «прехрупкость» – у 30 (58,8%) больных. «Крепких» пациентов выявлено не было. «Хрупкие» пациенты были старше по возрасту, чем «прехрупкие» ($60,8 \pm 8,8$ и $54,2 \pm 9,2$ года соответственно, $p < 0,05$), реже работали (24 и 66,7%), чаще имели минимальный доход (71 и 47%) и среди них было больше одиноких (57 и 37% соответственно). Обнаружено, что у «хрупких» пациентов по сравнению с «прехрупкими» были снижены показатели динамометрии ($5,5 \pm 4,5$ и $10,6 \pm 6,0$ кр, $p < 0,05$). У 61,9% «хрупких» пациентов была выявлена гиподинамия и статистически значимое повышение времени ходьбы на 4 м (до $7,0 \pm 4,3$ с). У «хрупких» по сравнению с «прехрупкими» обследованными чаще встречались немотивированная потеря веса (у 71,4 и 13,3%) и повышенная утомляемость (у 95,2 и 43,3% соответственно). У «хрупких» показатель DAS28 по СОЭ был выше, чем у «прехрупких» ($5,0 \pm 1,2$ и $4,3 \pm 0,8$, $p < 0,05$) в отсутствие достоверных различий по длительности РА, дозы метотрексата, уровню СОЭ, СРБ, РФ. У «хрупких» больных преобладали II и III рентгенологические стадии (71,4%), а у «прехрупких» – I и II (76,7%). Функциональный статус по HAQ был достоверно ниже у «хрупких», большинство из них (52,4%) имели выраженные нарушения жизнедеятельности, тогда как у большинства «прехрупких» (53,3%) отмечены лишь минимальные нарушения. «Хрупкие» пациенты имели более высокий индекс коморбидности по Чарльсону за счет возраста и сопутствующих заболеваний (сахарного диабета, ишемической болезни сердца, легочной патологии), значительно более низкие показатели десятилетней выживаемости (25 и 53,4% соответственно).

Выводы. Синдромы «старческой» астении («хрупкость») и праестении («прехрупкость») характерны для больных РА и могут

проявляться как в пожилом, так и в более молодом возрасте. Развитие «хрупкости» ассоциировано с более низким уровнем социального статуса, доходов и одиночеством. В основе нарушения жизнедеятельности «хрупких» пациентов лежит физический дефицит, обусловленный более старшим возрастом, более высокой активностью и рентгенологической стадией РА, коморбидностью, что снижает вероятную продолжительность их жизни.

Литература

1. Клинические рекомендации. Старческая астения. – М. : Российская ассоциация геронтологов и гериатров, 2018. – 106 с.
2. Российские клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е. Л. Насонова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 706–709.
3. Бикбулатова Л. Ф., Кутлубаев М. А., Ахмадеева Л. Р. Шкала оценки «усталость» (перевод на русский язык), «адаптация» и оценка психометрических свойств в стационарах клиник неврологии и терапии // Медицинский вестн. Башкортостана. – 2012. – Т. 7, № 1. – С. 37–42.
4. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation / M. E. Charlson, P. Pompei, K. L. Ales, C. R. McKenzie // J. Chron. Dis. – 1987. – Vol. 40(5). – P. 373–383.
5. Frailty and reduced physical function go hand in hand in adults with rheumatoid arthritis: a US observational cohort study / J. S. Andrews [et al.] // Clin. Rheumatol. – 2017. – Vol. 36(5). – P. 1031–1039. doi: 10.1007/s10067-017-3541-9.
6. Fried L. P. Frailty in older adults: evidence for a phenotype // J. Gerontol. Med. Sci. – 2001. – Vol. 56(3). – P. 146–156.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРИ ОЧЕНЬ РАНИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

О. К. Барсегян^{1, 2}

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России

Актуальность. По данным отчетных форм федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности стационара», число операций в РФ увеличивается. Роды в сроке 22 недели – 27 недель 6 дней классифицируют как очень ранние преждевремен-

ные роды [1]. Методическим обеспечением для ведения таких пациенток в настоящее время служат Клинические рекомендации (протокол) «Преждевременные роды» и «Кесарево сечение, показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода» [2, 3].

Цель – проанализировать абсолютное число и удельный вес операций кесарева сечения (КС) в сроке 22–27 недель в общем количестве оперативных родоразрешений в акушерской клинике ИвНИИ МиД им. В.Н. Городкова за 2017 год, определить структуру показаний к данной операции, выяснить особенности оперативной техники, проанализировать перинатальные прогнозы в данной группе.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ двадцати девяти историй родов пациенток, родоразрешенных путем КС при сроке 22–27 недель, в акушерской клинике ИвНИИ МиД им. В.Н. Городкова в 2017 году.

Результаты и обсуждение. В 2017 году в акушерской клинике ИвНИИ МиД им. В.Н. Городкова было выполнено 29 КС у беременных при сроке 22–27 недель, что составило 1,75% от всех КС. Возраст пациенток колебался от 24 до 49 лет, 72% женщин находились в возрасте от 31 до 40 лет. 6 были перво-, 23 – повторнородящими. Соматические заболевания имели 76% беременных, из них 10 страдали анемией, у 6 диагностировали ожирение, 5 имели сахарный диабет, 5 – заболевания сердечно-сосудистой системы, у 3 выявлена патология органов зрения, у 2 – заболевания дыхательной системы, у 1 – гипотиреоз, у 1 – сифилис. 17 женщин имели ОАГА (привычное невынашивание, самопроизвольный аборт, бесплодие, миома матки), 7 – рубец на матке после КС. Данная беременность осложнилась ранним излитием околоплодных вод у 12 пациенток, плацентарной недостаточностью (ПН) в сочетании с задержкой роста плода (ЗРП) – у 9, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП) – у 7, предлежанием плаценты с кровотечением – у 4, угрожающими преждевременными родами – у 3. У одной женщины беременность осложнилась резус-сенсibilизацией, у одной – маловодием. Все пациентки были родоразрешены путем КС в сроке 22–27 недель, из них 4 – в сроке 22–24 недели; 11 – 25–26 недель и 14 – 26–27 недель. Показаниями к КС были: декомпенсация ПН и дистресс плода – у 10, предлежание плаценты с кровотечением – у 6,

ПОНРП – у 6, тяжелая преэклампсия при отсутствие эффекта от лечения – у 2, хориоамнионит на фоне длительного безводного промежутка – у 2, начало родов при смешанном ягодичном предлежании плода – у 1, начало родов у повторнородящей с рубцом на матке после двух КС – у 1, начало родов при беременности после ЭКО двойней и ОАГА – у 1. Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода проведена в полном объеме 18 женщинам, не в полном объеме – 5, не проводилась – 6. Длительность безводного промежутка при дородовом излитии околоплодных вод составила менее 12 часов – у 2, 12–24 часа – у 1, 1–7 суток – у 5, более 7 суток – у 4. У 4 женщин зарегистрирована анте- и интранатальная гибель плода, у 25 родились живые дети. 4 случая мертворождения произошли у пациенток с прогрессирующей ПОНРП (2), тяжелой преэклампсией (1), центральным предлежанием плаценты с кровотечением (1) при сроке беременности 22–26 недель. Масса тела при рождении составляла до 500 г – у 8 новорожденных; 500–699 г – у 10, 700–1000 г – у 8; больше 1000 г – у 3. 17 новорожденных родились в состоянии тяжелой асфиксии, 8 – асфиксии средней тяжести. В первую неделю жизни умерло три ребенка из 25 (12%).

Выводы. Установлено, что в 2017 году в акушерской клинике ИвНИИ Мид им. В.Н. Городкова было выполнено 29 КС у беременных в сроке 22–27 недель, что составило 1,75% от всех КС. Первое место в структуре показаний к КС в сроке 22–27 недель заняли кровотечения, связанные с предлежанием плаценты, и ПОНРП – у 12 (41,4%); 2-е место – дистресс плода на фоне декомпенсации ПН – у 10 (34,5%); 3-е – тяжелая преэклампсия и хориоамнионит (по 2 женщины). Таким образом, по жизненным показаниям со стороны матери выполнено 17 КС, в интересах плода – 12. В группе женщин, родоразрешенных по показаниям со стороны плода, была одна перинатальная потеря. Поперечный разрез в нижнем сегменте матки был выполнен 9 пациенткам (31,0%), – корпоральное КС – 20 (69,0%). В целом плодном пузыре было извлечено 14 новорожденных. В исследуемой группе КС явилось безальтернативной родоразрешающей операций в интересах женщины и плода.

Литература

1. Акушерство : нац. рук-во / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 1080 с. – (Серия «Национальные руководства»).

2. Преждевременные роды : клин.е рекомендации (протокол лечения). – М., 2014.

3. Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода : клин. рекомендации (протокол лечения). – М., 2014.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЧАСТЫХ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРВЫЙ ГОД ВОСПИТАНИЯ В ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬЕ

О. Ю. Кочерова¹, Е. Н. Антышева², О. М. Филькина¹, Е. А. Воробьева¹

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России

² ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Актуальность. Оказание помощи детям, оставшимся без попечения родителей, является важнейшим направлением социальной политики государства. Ранняя и длительная разлука с матерью оказывает серьезное негативное влияние на здоровье и развитие ребенка, вызывает невротические и аффективные расстройства, недоверие к другим людям. Для детей раннего возраста облигатными являются симптомы невропатического синдрома, снижение резистентности. Выявлено, что дети, воспитывающиеся в замещающих семьях (ЗС), чаще, чем дети из кровных семей (КС), относятся к группе часто болеющих, имеют осложненное течение острых респираторных инфекций (ОРИ), преимущественно за счет заболеваний нижних отделов дыхательных путей [1, 2]. В литературе имеются неполные данные о динамике состояния здоровья детей раннего возраста, воспитывающихся в ЗС. Разноречивость данных обуславливает необходимость поиска новых биологических, социальных и психологических прогностических критериев частой заболеваемости у приемных детей, что позволит своевременно проводить профилактические мероприятия.

Цель – разработать прогноз частых ОРИ у детей раннего возраста в первый год воспитания в ЗС.

Материал и методы. Изучено состояние здоровья 100 детей 1–3 лет при передаче и через год воспитания в ЗС и психологические особенности их приемных матерей. Контрольную группу составили 90 сверстников, воспитывающихся в КС. Для разработки прогноза дети, воспитывающиеся в ЗС, разделены на две группы: 1-я – часто болеющие ОРИ (6 и более раз в год), 2-я – неболеющие и болеющие эпизодически (менее 6 раз в год). Изучался социальный и биологический анамнез, проводилось клиническое обследование детей. Психологическое обследование приемных матерей проводилось с помощью тестов МИНИ-СМИЛ; А. Я. Варга, В. В. Столина; Э. Г. Эйдемиллера и В. В. Юстицкиса (АСВ). Для составления прогностической таблицы использовался метод последовательного математического анализа Вальда.

Результаты и обсуждение. Для прогнозирования частых ОРИ нами определены прогностические коэффициенты (ПК) биологических, социальных и психологических факторов.

Биологические факторы (ПК): паритет родов 2 и более (да +2,30, нет -3,49), сниженная резистентность при передаче в ЗС (да +3,65, нет -3,17).

Социальные факторы: неполная ЗС (да +3,36, нет -1,87), время, проводимое приемной матерью с ребенком менее 6 часов в день (да +1,58, нет -6,69).

Психологические факторы: оригинальность (да +10,8, нет -1,48), эмоциональная незрелость приемной матери (да +4,45, нет -2,15), амбициозность, импульсивность (да +6,88, нет -2,54), трудности межличностного общения (да +4,49, нет -2,74), значительная психологическая дистанция с ребенком (да +8,75, нет -3,39), инфантилизация ребенка (да +1,1, нет -13,63) (методика А. Я. Варга, В. В. Столина), игнорирование потребностей ребенка (шкала У теста «АСВ») (да +7,2, нет -1,13).

Для прогнозирования частых ОРИ врач-педиатр дома ребенка проводит выкопировку данных из истории развития ребенка и в соответствии с прогностической таблицей определяет наличие или отсутствие факторов риска. Психолог центра сопровождения ЗС при передаче ребенка в ЗС осуществляет психологическое обследование приемной матери с помощью тестов, выявляет психологические факторы риска.

Если сумма ПК равна или превышает +13 баллов, прогнозируют частые ОРИ у ребенка. Если сумма ПК равна или меньше -13 баллов, то прогнозируют отсутствие частых ОРИ. Если сумма ПК больше -13, но меньше +13, то информации для принятия решения в данном случае недостаточно.

При неблагоприятном прогнозе детям из группы риска педиатр с участием психологов назначает дифференцированные профилактические мероприятия, разрабатывает и осуществляет индивидуальную программу сопровождения ЗС, снижающую вероятность реализации риска частых ОРИ.

Выводы. Выявлены факторы риска частой острой заболеваемости у детей раннего возраста, воспитывающихся в ЗС. Разработан прогноз частых ОРИ у детей раннего возраста в первый год воспитания в ЗС. Внедрение технологии прогнозирования позволит своевременно проводить профилактические мероприятия.

Литература

1. Особенности заболеваемости и физического развития детей, оставшихся без попечения родителей и воспитывающихся в разных социальных условиях / О. М. Филькина, О. Ю. Кочерова, Е. Н. Антышева, Т. В. Слабинская // Вестн. Ивановской медицинской академии. – 2016. – Т. 21, № 2. – С. 16–19.

2. Особенности соматической патологии, физического и нервно-психического развития и их динамика у детей раннего возраста при передаче на воспитание в замещающие семьи / О. Ю. Кочерова [и др.] // Верхневолжский медицинский журн. – 2013. – Т. 11, Вып. 4. – С. 15–18.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

М. А. Ананьева¹, Т. В. Чаша¹

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России

Актуальность. Респираторные нарушения у глубоконедоношенных новорожденных отмечаются довольно часто и представлены, главным образом, респираторным дистресс-синдромом (РДС) и

врожденной пневмонией (ВП). И ВП, и РДС имеют сходное клиническое течение с преобладанием неспецифических симптомов, а дополнительные методы исследования имеют ограниченную диагностическую ценность, что делает затруднительным дифференциальный диагноз этих заболеваний [1, 3, 4]. Все вышеизложенное обуславливает актуальность настоящего исследования.

Цель – провести сравнительную оценку состояния здоровья глубоконедоношенных детей с РДС и ВП.

Материал и методы. Обследованы 104 глубоконедоношенных младенца с дыхательными нарушениями в неонатальном периоде. В ходе исследования были сформированы две клинические группы: I – 43 ребенка с РДС, II – 61 с ВП. Все обследованные родились с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). Для статистического сравнения полученных данных использовались непараметрические методы, уровень значимости различий между исследуемыми непараметрическими показателями определялся по критериям Вальда – Вольфовица и Манна – Уитни. Коэффициент значимости различий $p < 0,05$ принимался как статистически значимый.

Результаты и обсуждение. Анамнез матерей, родивших детей из I группы, значимо чаще был отягощен наличием хронической инфекционно-воспалительной патологии мочеполовой системы (37,2 и 81,9% в I и II группах соответственно, $p < 0,05$) и предшествующими настоящей беременностью медицинскими абортами (18,6 и 44,3 %, $p < 0,05$) [2]. Асфиксия в родах фиксировалась у детей обеих групп, однако тяжелая асфиксия при рождении значимо чаще отмечалась у детей с ВП (18,2 и 57,4% соответственно, $p < 0,05$). Протекция функций дыхательной системы требовалась всем пациентам. В I группе вспомогательная традиционная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) проводилась 14 (32,5%) новорожденным, во II группе – 55 (90,2%), что значимо чаще ($p < 0,05$). Средняя длительность ИВЛ во II группе также была значимо чаще (80 и 196 часов соответственно, $p < 0,05$). Большинство обследованных детей получили препарат экзогенного сурфактанта (81,4 и 100% соответственно, $p > 0,05$), однако его повторное введение значимо чаще требовалось детям с ВП (18,6 и 42,6% соответственно, $p < 0,05$). Перинатальное поражение центральной нервной системы (ПП ЦНС) гипоксического генеза и

внутричерепные (ВЧК) кровоизлияния диагностировались у всех детей обеих групп. Однако тяжелые ВЧК были выявлены лишь в I группе ($p > 0,05$). Среди инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных обеих групп наиболее часто диагностировались некротизирующий энтероколит (11,6 и 22,9% соответственно, $p > 0,05$) и острый пиелонефрит (23,2 и 37,7%, $p > 0,05$). Эпизоды апноэ в неонатальном периоде значительно чаще регистрировались

в I группе по сравнению со II (9,3 и 32,8%, $p < 0,05$). Анемия недоношенных в 1,5 раза чаще имела место у детей с ВП (41,9 и 63,3% соответственно, $p > 0,05$). Конъюгационная желтуха у детей обеих групп диагностировалась с одинаковой частотой (32,6 и 39,3%, $p > 0,05$). Летальность в неонатальном периоде была более высокой среди детей с ВП (9,3 и 19,7% соответственно, $p > 0,05$).

Выводы. Анамнез матерей, родивших детей с ВП, значительно чаще был отягощен инфекционно-воспалительными заболеваниями мочеполовой системы и искусственными медицинскими абортми перед настоящей беременностью, что повышает риск внутриутробного инфицирования плода. Глубоконедоношенные дети I группы значительно чаще рождались в тяжелой асфиксии, требовали проведения инвазивной ИВЛ и повторного введения сурфактанта, у них значительно чаще отмечались эпизоды апноэ в неонатальном периоде.

Литература

1. Диагностическая значимость признаков пневмонии у новорожденных детей / В. В. Зубков, Е. Н. Байбарина, И. И. Рюмина, Д. Н. Дегтярев // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 7. – С. 68–73.

2. Особенности анамнеза матерей глубоконедоношенных новорожденных с дыхательными нарушениями инфекционной и неинфекционной этиологии / М. А. Ананьева [и др.] // Российский вестн. акушера-гинеколога. – 2016. – Т. 16, № 5. – С. 71–75.

2. Содержание антимикробного пептида кателицидина LL37 у глубоконедоношенных новорожденных с респираторным дистресс-синдромом и врожденной пневмонией / Н. А. Шилова [и др.] // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2014. – Т. 93, № 1. – С. 7–10.

3. Содержание антимикробного пептида кателицидина у глубоконедоношенных новорожденных с врожденной пневмонией / Н. А. Шилова [и др.] // Российский педиатрический журн. – 2014. – № 2. – С. 15–18.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

А. В. Андреев¹, Н. В. Харламова¹, А. А. Песенкина²

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России

² ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Актуальность. В настоящее время, несмотря на современный уровень акушерских и неонатальных технологий, сохраняется относительно высокая частота задержки внутриутробного развития (ЗВУР) плода, которая может привести к неврологическим нарушениям в раннем неонатальном периоде [1, 2]. Особенно сложно клинически оценить состояние центральной нервной системы (ЦНС) и выявить различные неврологические отклонения у глубоконедоношенных новорожденных в критическом состоянии [3].

Цель – выявить особенности функционального состояния ЦНС у глубоконедоношенных новорожденных с ЗВУР в раннем неонатальном периоде.

Материал и методы. На базе отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России проведен анализ данных, полученных при обследовании 39 глубоконедоношенных новорожденных (гестационный возраст (ГВ) менее 32 недель). Критериями отбора являлись массо-ростовые показатели новорожденных меньше 10% по INTERGROWTH-21st. Оценивались клинические данные, выполнялась амплитудно-интегрированная ЭЭГ (аЭЭГ) с помощью аппаратно-программного комплекса «Нейромонитор» (ООО «Нейрософт», Россия) в соответствии с имеющимися рекомендациями [4]. Статистическая обработка проводилась при помощи пакета прикладной компьютерной программы «Statistica 10.0» («Statsoft Ink», США).

Результаты и обсуждение. Наибольшее число детей было с врожденной пневмонией (82,1%), респираторный дистресс синдром был диагностирован у 17,9%. При анализе респираторной поддержки выявлено, что в большинстве случаев (71,8%) применялась СРАР-терапия, традиционная ИВЛ проводилась в 6 случаях (15,4%), высокочастотная ИВЛ потребовалась 2 (5,1%). 35 (89,7%) глубоконедоношенным новорожденным в раннем неонатальном периоде потребовалось дополнительное введение кислорода. У 100% детей выявлена церебральная ишемия, клинически проявляющаяся в виде синдрома угнетения, очаговой неврологической симптоматики в сочетании с различными структурными изменениями по данным нейросонографии с доплерометрией. При оценке нейромышечного и физического развития детей по шкале Ballard выявлено, что 94,8% глубоконедоношенных новорожденных с ЗВУР отставали от своего ГВ (средний срок – $2,4 \pm 0,58$ недели). По данным нейросонографии, у 12 (30,8%) глубоконедоношенных новорожденных с ЗВУР диагностировали внутрижелудочковые кровотечения (ВЖК) I ст., у 4 (10,3%) – ВЖК II ст., у 2 (5,1%) – ВЖК III–IV ст., у 21 (53,8%) – ВЖК не выявлены. При оценке аЭЭГ у большинства детей (56,4%) зафиксирован паттерн Discontinuous Normal Voltage (DNV), у 41% – Continuous Normal Voltage (CNV) и только у одного ребенка (2,6%) с наличием ВЖК III ст. регистрировался CLV-паттерн (Continuous Low Voltage). Минимальные значения амплитуды коррелировали с ГВ ($R = 0,46$; $p = 0,019$). Цикл «сон – бодрствование» отсутствовал у 23 (59%) детей (ГВ – до 30 недель), был неразвитым у 10 (ГВ – от 29 до 31 недели), развитый цикл зафиксирован у 6 детей (ГВ – от 30 до 31 недели). Полученные данные подтверждают зависимость наличия цикла «сон – бодрствование» от ГВ детей ($R = 0,50$; $p = 0,023$). У 2 детей с наличием ВЖК III–IV ст. в раннем неонатальном периоде клинически отмечался судорожный синдром.

Выводы. Для клинической картины у глубоконедоношенных новорожденных с ЗВУР характерно наличие врожденной пневмонии, ПП ЦНС, отставания в нейромышечном и физическом развитии в среднем на две недели от гестационного возраста (по шкале Ballard). Функциональное состояние ЦНС глубоконедоношенного ребенка с ЗВУР характеризуется наличием множества признаков незрелости головного мозга по данным аЭЭГ, таких как прерыви-

стый характер паттерна, отсутствие или неразвитый цикл «сон – бодрствование», низкие значения минимальной амплитуды. Проведение динамической оценки функционального состояния ЦНС (с помощью аЭЭГ) у глубоко недоношенных новорожденных с ЗВУР будет способствовать раннему выявлению возможных отклонений и своевременному началу реабилитационной терапии.

Литература

1. Being born small for gestational age influences amplitude-integrated electroencephalography and later outcome in preterm infants / E. Schwindt [et al.] // Neonatology. – 2015. – Vol. 108(2). – P. 81–87.

2. Normalization of similarity-based individual brain networks from gray matter MRI and its association with neurodevelopment in infants with intrauterine growth restriction / D. Batalle [et al.] // Neuroimage. – 2013. – Vol. 83(1). – P. 901–911.

3. Использование амплитудно-интегрированной электроэнцефалографии у глубоко недоношенных новорожденных [Электронный ресурс] / Н. В. Харламова [и др.] // Врач. – 2018. – № 29(8). – С. 59–63. – Режим доступа: <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-08-15>.

4. Амплитудно-интегрированная электроэнцефалография в оценке функционального состояния центральной нервной системы у новорожденных различного гестационного возраста : клин. рекомендации (протоколы) по неонатологии / под ред. Д. О. Иванова. – СПб. : Информ-Навигатор, 2016. – С. 305–328.

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ МАТЕРЕЙ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

*О. М. Филькина¹, Е. А. Воробьева¹, З-Б. Ф. Арехова¹,
Н. В. Долотова¹, О. Ю. Кочерова¹, С. С. Семененко¹*

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России

Актуальность. В настоящее время остается открытым вопрос о факторах, влияющих на формирование здоровья детей, родившихся в результате экстракорпорального оплодотворения (ЭКО)

[1–3]. Проведенные исследования показывают, что состояние здоровья этих детей, прежде всего, определяется многоплодием, состоянием репродуктивного здоровья родителей, их возрастом, наличием у них соматических заболеваний. Влияние способа зачатия на здоровье и развитие детей остается недостаточно изученным [1]. Для более объективной оценки влияния различных факторов, в том числе методов переноса эмбрионов, на здоровье новорожденных необходимо проведение множественных комплексных исследований с дальнейшим сопоставлением данных.

Цель – дать характеристику анамнестических данных матерей, средних антропометрических показателей новорожденных, родившихся от одноплодной доношенной беременности после переноса криоконсервированных эмбрионов (КПЭ) и переноса эмбрионов в цикле ЭКО без криоконсервации.

Материал и методы. Проводилась выкопировка данных из индивидуальных карт пациента при применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) (форма № 111-1/у-03), истории развития новорожденного (форма № 097/у), историй развития ребенка (форма № 112/у, форма № 003/у). Анализировали антропометрические показатели (массу и длину тела, окружность головы и грудной клетки). Для статистической обработки результатов использовались программы MS Excel XP и STATISTICA 6.0. В обследование были включены 105 матерей, родивших детей от одноплодной беременности после переноса КПЭ; 114 матерей, родивших детей от одноплодной беременности после переноса эмбрионов в цикле ЭКО без криоконсервации, и 239 новорожденных: 1-я группа – 29 детей, родившихся от одноплодной беременности после ЭКО в результате КПЭ; 2-я – 210 детей, родившихся от одноплодной беременности после ЭКО путем переноса «свежих» эмбрионов (ПСЭ).

Результаты и обсуждение. Матери детей, родившихся от одноплодной беременности после КПЭ и ПСЭ, не различались по возрасту. У большинства (71–77%) возраст был старше 31 года. Из них 40–45% составили женщины старше 36 лет. Брак несколько чаще был зарегистрирован у женщин с КПЭ, чем с ПСЭ (93 и 89% соответственно). По профессиональной деятельности матери в сравниваемых группах не различались. Большинство из них были служащими (62-61%), на втором месте по частоте

встречаемости – рабочими (20%), неработающие женщины составили 15 и 17% соответственно.

Акушерский анамнез отягощен у всех женщин сравниваемых групп. Предыдущие беременности закончились родами у 34% женщин с КПЭ и у 26% – с ПСЭ. Внематочная беременность имела в анамнезе у 29% пациенток с КПЭ и 24% с ПСЭ, медицинские аборт – у 25 и 21%, выкидыши – у 12 и 14%, погибшая беременность – у 13 и 9% соответственно. Не было беременности у 31% женщин с КПЭ и несколько чаще (у 44% женщин) – с ПСЭ.

Среди новорожденных от одноплодной беременности после КПЭ и ПСЭ большинство составили дети со сроком гестации 37–41 неделя (93,1 и 85,3% соответственно).

Проведен сравнительный анализ средних антропометрических показателей детей, родившихся от одноплодной доношенной беременности после КПЭ и ПСЭ.

Средняя масса тела при рождении у детей, родившихся от одноплодной доношенной беременности после КПЭ и ПСЭ, составила $3433,85 \pm 87,19$ и $3212,4 \pm 34,34$ г ($p = 0,047$); средняя длина тела – $52,5 \pm 0,46$ и $51,4 \pm 0,17$ см соответственно ($p = 0,049$); средние окружности головы и грудной клетки – $35 \pm 0,2$ и $34,4 \pm 0,11$ см ($p = 0,02$) и $34,4 \pm 0,28$ и $32,4 \pm 0,15$ см соответственно ($p = 0,001$).

Выводы. При использовании различных методов ЭКО матери детей, родившихся от одноплодной беременности, не различались по возрасту, социальному и акушерскому анамнезу. Средние антропометрические показатели детей, родившихся от одноплодной доношенной беременности после КПЭ достоверно выше, чем после ПСЭ.

Литература

1. Никитин А. И. Еще раз о здоровье детей после ЭКО (обзор литературы) // Пробл. репродукции. – 2019. – Т. 25, № 3. – С. 28–33.

2. Особенности социального и биологического анамнеза детей, родившихся от одноплодной беременности после экстракорпорального оплодотворения / Л. А. Пыхтина [и др.] // Таврический медико-биологический вестн. – 2017. – Т. 20, № 2. – С. 118–122.

3. Состояние здоровья детей первого года жизни, родившихся после экстракорпорального оплодотворения / А. И. Малышкина, Е. А. Матвеева, О. М. Филькина, И. С. Ермакова // Российский вестн. перинатологии и педиатрии. – 2019. – Т. 64, № 1. – С. 39–45.

ВЛИЯНИЕ АСФИКСИИ ПРИ РОЖДЕНИИ НА ПАРАМЕТРЫ РЕТИКУЛОЦИТОВ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В ТЕЧЕНИЕ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Ю. А. Иваненкова¹, Н. В. Харламова¹, Г. Н. Кузьменко¹

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России

Актуальность. Ретикулоциты представляют собой незрелые эритроциты, содержащие остатки РНК и образующиеся после потери нормобластами ядер. Преимущество ретикулоцитов заключается в том, что они обеспечивают прямую меру гемоглобинизации в реальном времени [1, 2]. Исследование фракции незрелых ретикулоцитов помогает значительно раньше оценить состояние эритропоэтической активности костного мозга [3].

Цель – изучить показатели ретикулоцитов у детей с экстремально и очень низкой массой тела в зависимости от тяжести асфиксии и выявить их значение в характеристике эритропоэза.

Материал и методы. Обследованы 103 новорожденных с гестационным возрастом 24–33 недели включительно и массой тела при рождении менее 1500 г. Выполнялся развернутый анализ эритроцитарных показателей венозной крови с определением популяции ретикулоцитов на 3–5-е сутки жизни и в месяц на гематологическом анализаторе «ADVIA 2120I». Новорожденные с оценкой по шкале Апгар 0–3 балла через минуту после рождения вошли в группу с тяжелой асфиксией при рождении, дети с умеренной асфиксией имели оценку по шкале Апгар 4–6 баллов. Статистический анализ данных выполняли с помощью методов непараметрической статистики.

Результаты и обсуждение. У детей с тяжелой асфиксией абсолютное и относительное количество ретикулоцитов было выше, чем у детей с умеренной асфиксией, что указывает на стимулированный гипоксией эритропоэз. Увеличение фракции незрелых ретикулоцитов может свидетельствовать об ускоренном вы-

бросе клеток из костного мозга как компенсаторной реакции на тканевую гипоксию. Параметр дельта гемоглобина уменьшался у детей с тяжелой асфиксией, это может означать снижение доступности железа для эритропоэза на фоне повышенного разрушения эритроцитов. Уровни дельта гемоглобина у детей с асфиксией коррелировали с CHR ($r = 0,45$, $p < 0,05$). Гемоглобинизация ретикулоцитов у новорожденных с асфиксией замедляется, что указывает на замедление процессов феррокинетики. У недоношенных детей с тяжелой асфиксией в сравнении с новорожденными с умеренной асфиксией к месячному возрасту снижение относительных показателей фракции незрелых ретикулоцитов свидетельствует о замедлении интенсивности эритропоэза, что может быть связано с изменениями процессов феррокинетики, а также с недостаточным синтезом эритропоэтина. Гемоглобинизация ретикулоцитов в сравнении с эритроцитами в этом возрасте была достоверно выше у детей с тяжелой асфиксией, что может быть связано со снижением гемоглобинизации не только ретикулоцитов, но и вновь образованных в постнатальном периоде эритроцитов.

Выводы. Установлено, что параметры ретикулоцитов зависят от тяжести асфиксии при рождении. У новорожденных с тяжелыми проявлениями асфиксии повышенная активность эритроидного кроветворения сохраняется в течение всего неонатального периода, отмечаются признаки неэффективного эритропоэза и сниженные уровни дельта гемоглобина.

Литература

1. Reference ranges of reticulocyte haemoglobin content in preterm and term infants: a retrospective analysis / L. Lorenz [et al.] // Neonatology. – 2017. – Vol. 111(3). – P. 189–194.
2. Clinical utility of reticulocyte parameters / E. Piva, C. Brugnara, F. Spolaore, M. Plebani // Clin. Lab. Med. – 2015. – Mar 26, Vol. 35(1). – P. 133–163.
3. Иваненкова Ю. А. Особенности ретикулоцитарных показателей у глубоконедоношенных детей в динамике неонатального периода // Педиатрическая фармакология. – 2019. – Т. 64, № 1. – С. 45–46.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

М. В. Малышева¹, Л. В. Кулида¹

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России

Актуальность. Состояние новорожденных в неонатальном периоде тесным образом связано с развитием адаптационных реакций в сердечно-сосудистой системе. Наличие патологических факторов, в первую очередь перинатальной гипоксии, отрицательно влияет на формирование адаптационных процессов и может привести к развитию патологических изменений в сердечно-сосудистой системе [1, 3]. Развитие процессов адаптации и компенсации в сердце определяется гестационными особенностями миокарда и условиями внутриутробного развития [4].

Цель – выявить особенности динамики морфометрических параметров сердца новорожденных 22–24 и 25–27 недель гестации.

Материал и методы. На базе лаборатории патоморфологии и электронной микроскопии ФГБУ «Ив НИИ Мид им. В.Н. Городкова» Минздрава России проведено патоморфологическое исследование 15 сердец умерших новорожденных 22–24 недель гестации (1-я группа) и 15 новорожденных 25–27 недель развития (2-я группа). Критериями исключения явились врожденные пороки сердца и многоплодная беременность. Дети исследуемых групп были сопоставимы по возрасту. Средняя продолжительность жизни у детей 1-й группы составила 3 сут 4 ч, 2-й – 2 сут 10 ч. Морфологическое исследование включало макроскопическое описание, органометрию и отдельное взвешивание сердца с вычислением желудочкового индекса. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью стандартного пакета программ Microsoft Excel 2007 и Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. Внутриутробно новорожденные обеих групп развивались в условиях хронической субкомпенсированной фетоплацентарной недостаточности (ХСФПН), которая явилась одной из основных причин развития преждевременных

родов в сроке 22–24 и 25–27 недель. Структурную основу ХСФПН составили хронические нарушения материнского (32%) и фетального (28%) кровообращения в сочетании с воспалением (67,3%). В плацентах новорожденных 2-й группы достоверно чаще ($p = 0,001$) определялись хроническая плацентарная гипертензия (76%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (67%) и хронические инфаркты (33%). Базальный (68,8%), париетальный (62,5%) децидуит и виллизит промежуточных ворсин (56,3%) с поствоспалительной гиповаскуляризацией стромы ворсин (50%) достоверно чаще ($p = 0,05$) диагностировались в 1-й группе. Патологические изменения в исследуемых плацентах развивались на фоне несформированных компенсаторных процессов. В плацентах обеих групп были диагностированы лишь адаптационные перестройки в виде дилатации и полнокровия капилляров промежуточных ворсин. Новорожденные исследуемых групп были сопоставимы по типу соматического развития. Нормотрофический тип был выявлен в 62,5% случаев у новорожденных 1-й группы и в 66,6% – 2-й. Задержка роста плода на второй неделе диагностирована в 37,5% случаев у детей 1-й группы и в 33,4% – 2-й ($p > 0,05$).

Не выявлено достоверных различий по форме и локализации сердца. Макроскопически отмечалось увеличение размеров сердца с преобладанием правых отделов. При анализе органометрических параметров установлено достоверное увеличение ($p = 0,004$) массы сердца у детей 2-й группы ($7,08 \pm 1,23$ г) по сравнению с новорожденными 1-й ($4,88 \pm 0,82$ г). Достоверных различий между линейными параметрами (длиной, шириной, высотой сердца) не обнаружено. При раздельном взвешивании отделов сердца получены достоверно ($p = 0,001$) более высокие значения массы правого ($2,5 \pm 0,7$ г) и левого ($1,7 \pm 0,33$ г) желудочков и межжелудочковой перегородки ($1,4 \pm 0,2$ г) у детей 2-й группы по сравнению с 1-й, где масса правого желудочка составила $1,38 \pm 0,47$ г, левого – $1,1 \pm 0,27$ г, межжелудочковой перегородки – $1,1 \pm 0,3$ г и достоверно не отличались от аналогичных показателей гестационной нормы. Во 2-й группе масса правого желудочка в 1,5 раза превышала значения возрастной нормы, а показатели левого желудочка и межжелудочковой перегородки находились в пределах гестационной нормы. Желудочковый индекс в 1-й группе был ра-

вен 1,34, во 2-й – 1,45, что свидетельствовало о гипертрофии правых отделов сердца [2]. При оценке структурных особенностей фетальных коммуникаций у всех детей исследуемых групп были выявлены открытое овальное окно и анатомически открытый артериальный проток без достоверных различий их линейных параметров.

Выводы. Динамика линейных и весовых параметров сердца у новорожденных 22–24 недель гестации, развивавшихся в условиях хронической субкомпенсированной фетоплацентарной недостаточности, не отличалась от показателей гестационной нормы. Линейные размеры, масса левого желудочка и межжелудочковой перегородки сердца у новорожденных 25–27 недель развития соответствовали гестационным параметрам, а диагностированная гипертрофия правого желудочка явилась проявлением компенсаторной реакции, индуцированной хронической плацентарной гипертензией.

Литература

1. Малышева М. В., Кулида Л. В. Патоморфологические аспекты гипоксических повреждений миокарда у новорожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела // Медицина: теория и практика. – 2019. – Т. 4, № 5. – С. 335–336.
2. Мацкевич В. Б. Методика раздельного вскрытия сердца плодов и новорожденных // Арх. патологии. – 2005. – № 1. – С. 51–53.
3. Прахов А. В. Неонатальная кардиология : рук-во для врачей. – 2-е изд., доп. и перераб. – Н. Новгород : НижГМА, 2017. – 464 с.
4. Транзиторные нарушения сердечно-сосудистой системы у новорожденных / А. В. Сукало [и др.] // Журн. Гродненского государственного медицинского университета. – 2015. – № 3(51). – С. 5–11.

Раздел II. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ, К ПОСЛЕДУЮЩЕЙ АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*Л. Я. Корнилов¹, А. А. Гудухин¹, А. С. Самойлов¹,
А. С. Романова², М. В. Березин²*

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ОБУЗ «Городская клиническая больница № 3» г. Иваново

Актуальность. Существенное место в реабилитации больных кардиологического профиля наряду с медикаментозным подходом занимает постепенное повышение физической активности [1, 4]. Система кардиологической реабилитации основывается на таких основных принципах, как этапность, мультидисциплинарность, обоснованность, индивидуальность, непрерывность, доступность, ориентированность на четко сформулированную цель, информированность пациентов и формирование у них «правильного» ожидания от реабилитационной помощи [2, 4]. Важное место в системе этапной медицинской реабилитации отводится кардиологическому стационару, где составляется и начинается осуществляться индивидуальная реабилитационная программа для больных, перенесших острый коронарный синдром (ОКС) [3, 5]. Вместе с тем в настоящее время остается актуальной проблема пролонгированной амбулаторной кардиореабилитации, эффективность которой зависит не только от компетентности медицинских работников, но и от готовности и приверженности пациентов реализации длительных индивидуальных реабилитационных программ.

Цель – оценить готовность пациентов, перенесших ОКС, к амбулаторной кардиореабилитации с использованием телемедицинских технологий.

Материал и методы. Методом случайной выборки проведено обследование 36 больных ОКС, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ОБУЗ ГКБ № 3 г. Иваново. Средний возраст пациентов (16 мужчин и 20 женщин) составил $68,4 \pm 1,3$ года. Всем больным наряду с клиническим, инструментальным и лабораторным обследованием проводилось анкетирование с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), разработанной в 1983 году А. S. Zigmond, R. P. Snaith, и оригинального опросника, учитывающего желание, возможности, пути и методы физической и психологической реабилитации пациентов. Статистическая обработка результатов проведена с использованием критерия *t* Стьюдента с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Среди больных, поступивших в стационар с диагнозом ОКС, 17 имели острый инфаркт миокарда (ОИМ), у 19 диагностирована прогрессирующая стенокардия. Первичный инфаркт миокарда был зарегистрирован у 14 (82,3%). С такой же частотой (82,3%) диагностирован ОИМ без зубца Q. Среди сопутствующих ИБС заболеваний наиболее часто встречалась гипертоническая болезнь – 35 (97,2%). Реже диагностировались признаки клинически значимой хронической сердечной недостаточности – 6 (16,7%), сахарный диабет 2 типа – 18 (50,0%), ПИКС – 18 (50,0%). Диагноз ОИМ был верифицирован с учетом динамики результатов ЭКГ, эхоКГ, тропонинового теста. Данные шкалы HADS показали повышение уровня тревоги и депрессии у 63,1% больных стенокардией и только у 35,2% пациентов с ОИМ. Согласие на последующую кардиореабилитацию выразили 27 больных (75,0%). 25 обследованных (69,4%) имели дома компьютер, планшет или смартфон. Интернет был доступен 21 больному (58,3%), уверенно им пользовались 18 (50,0%). 16 больных (44,4%) высказали свое желание пройти курс реабилитации в условиях круглосуточного или дневного стационара, 8 (22,2%) – в условиях санатория. 13 пациентов (36,1%) предпочли общение со специалистами по телефону, 8 (22,2%) – по скайпу, 9 (25,0%) респондентов затруднились ответить. Среди методов реабилита-

ции 17 пациентов (47,2%) выбрали ходьбу, 16 (44,4%) – лечебную гимнастику, 9 (25%) – занятия на тренажерах.

Выводы. Большинство больных ОИМ и прогрессирующей стенокардией готовы продолжить реабилитацию после выписки из стационара. Около 40% пациентов высказалась в пользу стационарного вида реабилитации, отдавая предпочтение занятиям лечебной гимнастикой или ходьбой. Более половины больных выразили готовность в дальнейшем общаться с врачом дистанционно, что одновременно с наличием доступа в Интернет и навыками пользователя у каждого второго пациента свидетельствует о возможности и необходимости внедрения телемедицинских технологий в систему реабилитации кардиологических больных. Мы полагаем, что дистанционный контакт с медицинским работником, регулярный контроль осуществления индивидуальной программы реабилитации позволит не только снизить уровень тревоги больных, но также повысит приверженность пациентов данному виду медицинской помощи, что в конечном итоге будет способствовать повышению их функционирования и качества жизни.

Литература

1. Кардиореабилитация : практ. рук-во / под ред. Дж. Ниебауэра ; пер. с англ. / под ред. Ю. М. Позднякова. – М. : Логосфера, 2012. – 338 с.
2. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика : Российские клин. рекомендации / Д. М. Аронов [и др.] // КардиоСоматика. – 2014. – Прил. 1. – С. 5–42.
3. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Системы контроля и мониторингования эффективности медицинской реабилитации при остром инфаркте миокарда / Г. Е. Иванова [и др.] // Вестн. Ивановской медицинской академии. – 2016. – Т. 21, № 1. – С. 15–18.
4. Мишина И. Е., Назарова О. А. Физическая и реабилитационная медицина для пациентов с сердечно-сосудистой патологией: позиция, основанная на принципах доказательной медицины // Вестн. Ивановской медицинской академии. – 2018 – Т. 23, № 4. – С. 5–8.
5. Качество жизни пациентов, прошедших курс кардиореабилитации после перенесенного острого коронарного синдрома / И. Е. Мишина [и др.] // Вестн. Ивановской медицинской академии. – 2018. – Т. 23, № 4. – С. 29–33.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ИСХОД ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГИПЕРГЛИКЕМИИ, СРОКОВ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА

*В. В. Линьков¹, Е. С. Гаранина¹, Л. Б. Завалий²,
Л. В. Лебедева³, М. Ю. Точенов³*

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Департамента здравоохранения города Москвы»

³ ОБУЗ «Городская клиническая больница № 3 г. Иванова»

Актуальность. Среди многочисленных факторов риска развития ишемического (ИИ) и геморрагического инсультов (ГИ) существенное значение принадлежит гипергликемии (ГГ), особенно на стадии клинической манифестации заболеваний [2, 4]. ГГ может быть прогностическим фактором неблагоприятного исхода ИИ и ГИ [1, 3]. В этой связи возникает ряд вопросов, а именно: различаются ли показатели ГГ при различных подтипах ИИ, насколько они сопряжены с показателями реканализации кровотока при системном тромболитическом (СТЛ) и каков функциональный исход ИИ и ГИ в зависимости от ГГ.

Цель – проанализировать клиническую динамику неврологических нарушений, функциональный исход ИИ и ГИ в зависимости от уровня гликемии, сроков клинической манифестации заболевания при поступлении больных в стационар, оценить эффективность реканализации кровотока после СТЛ.

Материал и методы. В исследовании использовались данные госпитального регистра острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) неврологического отделения для больных с ОНМК ОБУЗ ГКБ № 3 г. Иванова. Диагноз ИИ и ГИ устанавливался на основании критериев диагностики ОНМК, подтвержденный с помощью мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) головного мозга. Оценивалась функциональная независимость

больных по модифицированной шкале Рэнкина. Проведен анализ результатов СТЛ у пациентов с ИИ.

Результаты и обсуждение. Проведен анализ медицинской документации госпитального регистра ОНМК на примере 1554 (83,2%) случаев ИИ и 198 (16,8%) случаев ГИ. Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние имело место у 22 пациентов, паренхиматозное – у 174, сочетанное субарахноидально-паренхиматозное – у 2. В первые 12 часов после клинической манифестации ИИ и ГИ госпитализировано 967 больных, в том числе в сроки от 3 до 6 часов – 208, в сроки до 3 часов – 254. С целью верификации варианта ОНМК в первые 24 часа всем 1752 пациентам выполнена МСКТ головного мозга. При поступлении у 1082 наблюдалась нормогликемия, у 48 – ранее установленный сахарный диабет 2-го типа с уровнем гликемии в диапазоне 6,1–10,0 ммоль/л, у 272 – 6,1–10,0 ммоль/л, у 152 – более 10,0 ммоль/л. Уровень ГГ не различался в зависимости от подтипа ИИ. Половина больных с ИИ и нормогликемией имели лёгкие неврологические расстройства вне зависимости от сроков госпитализации. Дефицит тяжелой степени определялся у 23% пациентов с ИИ и ГИ и с ГГ, поступивших в первые 24 часов, и у 12% – во вторые сутки. У 31,1% больных с ИИ и ГИ при нормогликемии определялись неврологические симптомы средней степени тяжести вне зависимости от сроков госпитализации. За период ранней реабилитации у больных с ГГ, госпитализированных в первые сутки от дебюта заболевания, положительная динамика неврологических расстройств регистрировалась в 42% случаев, отрицательная – в 15%, а у остальных (33%) существенной динамики неврологических нарушений не выявлено.

При поздней госпитализации и нормогликемии в 29% случаев наблюдалась положительная динамика восстановления неврологических функций, а в 71% эффект от проводимой терапии был незначительным или отсутствовал ($p < 0,01$) либо неврологический дефицит нарастал до летального исхода. При поздней госпитализации пациентов с ГГ, в сравнении с пациентами с нормогликемией, в 1,4 раза чаще отмечалась отрицательная динамика неврологических расстройств. При ГИ неврологическая симпто-

матика была более тяжелой – в первые сутки заболевания практически у половины больных (44%) развивались грубые неврологические нарушения с отрицательной динамикой, вплоть до летального исхода. Летальные исходы зарегистрированы в 197 (10,55%) случаях. С ГИ умерло 88 (44,4%) больных, в том числе в первые 24 часа – 33; с ИИ – 109 (7,01%), в том числе в первые 24 часа – 10 человек. 1083 (72,6%) пациента с ОНМК выписаны из стационара независимыми в повседневной жизни (оценка по шкале Рэнкин – не более 2 баллов). СТЛ проведен 75 (4,8%) пациентам с ИИ. После СТЛ клиническое улучшение отмечалось у 53 (70,7%) человек (среди них были лица как с нормогликемией, так и с ранее верифицированным сахарным диабетом 2-го типа), у 9 (13,6%) пациентов с нормогликемией и ГГ 6,1–10,0 ммоль/л СТЛ оказался неэффективным, у 2 (2,6%) возникла геморрагическая трансформация ИИ и у 8 (10,6%) ИИ закончился летальным исходом [2]. Неблагоприятные исходы после СТЛ отмечались в основном среди пациентов с ГГ 6,1–10,0 и более 10,0 ммоль/л.

Выводы. ГГ в период клинической манифестации ИИ и ГИ наблюдалась у каждого четвертого пациента, почти у половины из них отсутствовал положительный функциональный исход, а у 15% наблюдалась отрицательная клиническая динамика, увеличивающаяся в 1,5 раза при поздних сроках госпитализации. ГГ не взаимосвязана с тем или иным подтипом ИИ. При ГГ не наблюдалось эффективной реканализации кровотока после СТЛ. При ГГ повышен риск развития геморрагической трансформации ИИ.

Литература

1. Анализ первых результатов проведения тромболитической терапии пациентам с ишемическим инсультом в первичном отделении острых нарушений мозгового кровообращения / В. В. Линьков [и др.] // Профилактическая и клиническая медицина. – 2010. – № С. – С. 148.

2. Клинико-инструментальная характеристика геморрагических трансформаций ишемического инсульта после проведения тромболитической терапии / М. Ю. Точенов, В. В. Линьков, Л. Б. Завалий, И. Е. Мишина // Вестн. Ивановской медицинской академии. – 2012. – Т. 17, № 3. – С. 63–64.

3. Линьков В. В., Завалий Л. Б., Гаранина Е. С. Инсульт при сахарном диабете II типа : монография. – Иваново, 2015. – 216 с.

4. Опыт системной тромболитической терапии при ишемическом инсульте в первичном отделении для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения / М. Ю. Точенов [и др.] // Вестн. Ивановской медицинской академии. – 2010. – Т. 15, № 2. – С. 25.

СЕСТРИНСКАЯ ПЕДАГОГИКА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Л. Н. Ласкарева¹, Л. А. Качанова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Актуальность. Многие хронические болезни органов дыхания (БОД) поддаются контролю посредством адекватной терапии и требуют качественного ухода за пациентом. Важнейшая роль в лечении и реабилитации больных с БОД принадлежит медицинским сестрам, которые должны проводить обучение пациентов и владеть навыками сестринской педагогики. Терапевтическое обучение приводит к улучшению качества и продолжительности жизни лиц с хроническими заболеваниями, повышает качество ухода, снижает расходы на лечение [1].

Цель – выявить особенности сестринской педагогики при реабилитации больных пульмонологического профиля.

Проведен анализ данных литературы по изучаемой проблеме.

При осуществлении реабилитационного ухода за пациентами с БОД медицинская сестра проводит сестринское обследование, в ходе которого выявляет проблемы и составляет план ухода. Важнейшим направлением ухода является сестринская педагогика, сущность которой состоит в передаче знаний, умений и навыков от медицинской сестры пациенту или его семье.

Выделяют следующие функции медицинской сестры как преподавателя: выявление потребности в обучении у пациента или его близких, мотивация к обучению, передача знаний пациенту, выработка у него умений и формирование устойчивых навыков [1]. Пациентов с БОД обучают правилам пользования ингаляторами, проведению пикфлоуметрии и ведению дневника наблюдения, технике кашля, правильному поведению во время

очередного приступа удушья. Проводят беседы с пациентом и его родственниками о вреде курения. Важную роль в лечении пациентов с БОД играет ингаляционная терапия (вдыхание лекарственных веществ с помощью специальных приспособлений).

В настоящее время в лечении используются дозированные аэрозольные ингаляторы со спейсерами, дозированные порошковые ингаляторы и небулайзеры. Обучение пациентов технике проведения ингаляции имеет важнейшее значение. Функцию по обучению берет на себя медицинская сестра. Она разъясняет принцип работы устройства, порядок его применения и обеззараживания, правила набора и разведения лекарственного средства и т. д. Кроме того, медицинская сестра периодически проводит контроль техники выполнения ингаляции пациентом.

Пикфлоуметрия – метод обследования пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями дыхательной системы. Он определяет скорость выдоха воздуха и степень сужения просвета бронхов. Пикфлоуметрия необходима для определения тяжести заболевания, степени контроля, коррекции терапии и прогнозирования обострений бронхиальной астмы. Пикфлоуметр – прибор для измерения пиковой скорости выдоха (ПСВ). Это небольшой аппарат, который легко помещается в сумку или карман и используется не только в стационаре, но и в домашних условиях. Больные с хроническими обструктивными заболеваниями легких должны иметь индивидуальный пикфлоуметр. Медицинская сестра обучает пациента технике пикфлоуметрии и правильному заполнению дневника самоконтроля, где пациенты отмечают показатели ПСВ утром и вечером, строят график, а также наличие кашля, дистанционных свистящих хрипов и одышки, прием препаратов для купирования обструкции. В дальнейшем врач (аллерголог, пульмонолог) определяет наличие отклонений ПСВ от нормы, суточные колебания ПСВ, оценивает достаточность контроля заболевания. Также очень важным моментом при уходе за пациентами с БОД является обучение пациента «правилам» кашля. Для улучшения откашливания можно использовать дыхательный тренажер Флаттер – карманное устройство, которое используется для улучшения вентиляции легких и облегчения откашливания. Прибор состоит из мундштука, пластикового конуса, стального шарика и перфорированной крышки. Используют так-

же устройство Акапелла с пробкой и магнитом для создания колебаний воздушного потока. Эти дыхательные тренажеры создают положительное экспираторное давление на выдохе, вследствие чего расширяются бронхи, улучшается вентиляция легких, обеспечивается эвакуация мокроты, уменьшается кашель и одышка. Кроме того, сопротивление выдоху способствует увеличению силы и выносливости дыхательной мускулатуры. Эти устройства применяются при острых и хронических заболеваниях нижних отделов дыхательных путей. Флаттер и Акапелла могут использоваться пациентами в домашних условиях.

Обучение пациентов может быть индивидуальным и групповым. Групповое обучение больных имеет ряд преимуществ, но должно всегда подкрепляться индивидуальным. Широко известны «Школы больных с бронхиальной астмой», в их работе может участвовать не только врач, но и медицинская сестра.

Литература

1. Основы сестринского дела : учебник для среднего профессионального образования / И. Х. Аббясов [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. – М. : Академия, 2007. – 333 с.

ВОЗМОЖНОСТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ В УЛУЧШЕНИИ КОНТРОЛЯ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У КУРЯЩИХ МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Е. А. Манюгина¹, А. В. Бурсиков²

¹ ОБУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Иваново

² ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Актуальность. Эффективный контроль артериальной гипертензии (АГ) и снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений возможны при наличии хорошей приверженности лечению [1, 2]. Негативные психосоциальные факторы ухудшают контроль антигипертензивной терапии, поведенческих факторов риска, не способствуют повышению приверженности больных ме-

дикаментозному лечению [2, 3]. Актуальным остается совершенствование методов терапевтического обучения для повышения приверженности пациентов рекомендациям врача и улучшению контроля имеющихся факторов сердечно-сосудистого риска [2, 3].

Цель – оценить эффективность усовершенствованного терапевтического обучения в улучшении контроля отдельных факторов сердечно-сосудистого риска у курящих мужчин с АГ.

Материал и методы. Проведено обследование 102 курящих мужчин с гипертонической болезнью I–II стадии в условиях терапевтического отделения ОБУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Иваново. Средний возраст пациентов составил $48,5 \pm 1,1$ года, средняя продолжительность АГ – $7,9 \pm 0,5$ года.

Статус курения оценивался методом опроса, уточнялся факт курения и количество выкуриваемых сигарет в день. Диагностика стратегий совладающего поведения проводилась по «Копинг-тесту Лазаруса». Для оценки приверженности терапии использовался опросник «Приверженность к лечению больного гипертонической болезнью». Регулярность медикаментозной терапии оценивалась в категориях: регулярный прием, прием медикаментозных препаратов «при ухудшении самочувствия», отсутствие медикаментозной терапии. С помощью опроса выясняли также субъективную важность для самого пациента медицинского сопровождения и лечения (в баллах).

Пациенты проходили терапевтическое обучение в «Школе для пациентов с АГ». Часть больных (50 мужчин – контрольная группа) обучалась по типовой программе. Основную группу составили 52 пациента, обучавшихся по усовершенствованной программе, включавшей диагностику индивидуальных особенностей стресс-совладающего поведения и коррекцию выявленных нарушений. Группы были сопоставимы по возрасту, параметрам АГ и проводимой медикаментозной терапии, а также по характеристикам курительного поведения. Продолжительность наблюдения пациентов составила 6 месяцев.

Результаты и обсуждение. Исходно уровень систолического артериального давления (САД) составил $159,6 \pm 1,16$ мм рт. ст., диастолического АД (ДАД) – $98,5 \pm 0,76$ мм рт. ст. Через 6 месяцев целевой уровень АД был достигнут у 36 (69,2%) пациентов основной и у 25 (50%) – контрольной группы. В основной группе

среднее САД составило $131,1 \pm 1,8$ мм рт. ст. ($p < 0,001$ по сравнению с исходным), ДАД – $83,7 \pm 0,7$ мм рт. ст. ($p < 0,001$). У пациентов контрольной группы уровень АД также достоверно снизился по сравнению с исходным: САД – $137,9 \pm 2,4$ мм рт. ст. ($p < 0,001$), ДАД – $87,3 \pm 0,9$ мм рт. ст. ($p < 0,001$).

Через 6 месяцев субъективная важность медицинского сопровождения в основной группе была достоверно выше, чем в контроле (соответственно $21,27 \pm 0,61$ и $18,18 \pm 0,55$ балла, $p < 0,001$). Аналогичные результаты получены и для показателя субъективной важности лечения, которая составила в группах соответственно $61,85 \pm 1,09$ и $56,26 \pm 1,01$ балла ($p < 0,001$).

Через 6 месяцев у пациентов основной группы зарегистрированы достоверно более высокие показатели: приверженность к модификации образа жизни (соответственно $23,77 \pm 0,61$ и $21,36 \pm 0,78$ балла, $p < 0,05$), приверженность к лекарственной терапии ($20,29 \pm 0,47$ и $18,30 \pm 0,47$ балла, $p < 0,01$), приверженность к медицинскому сопровождению ($25,90 \pm 0,46$ и $21,32 \pm 0,64$ балла, $p < 0,001$) и суммарный индекс приверженности к лечению ($69,96 \pm 0,97$ и $60,98 \pm 1,04$ балла, $p < 0,001$). Через 6 месяцев на фоне комплексной терапии в основной группе статистически значимо увеличилась доля лиц, регулярно принимающих назначенную терапию (44 (84,6%) против 35 (70%), $p < 0,05$). В контрольной группе было больше пациентов, принимающих медикаментозные препараты только «при ухудшении» самочувствия (13 (26%) против 7 (13,5%), $p < 0,001$).

В процессе обучения 7 (13,5%) пациентов основной и 2 (4%) а контрольной группы прекратили курение. Дополнительно 7 (13,5%) больных основной и 4 (8%) – контрольной группы уменьшили количество выкуриваемых сигарет. У пациентов основной группы после обучения имело место формирование более адаптивных вариантов совладающего со стрессом поведения.

Выводы. Включение усовершенствованного терапевтического обучения в комплексную терапию АГ у курящих мужчин способствует повышению приверженности больных лечению, достижению целевого уровня АД, уменьшению интенсивности/отказу от курения, формированию более гибкой системы совладающих со стрессом стратегий поведения.

Литература

1. Медведева С. О., Колбасников С. В. Организация углубленного профилактического консультирования и оценка его эффективности у больных артериальной гипертензией на участке врача общей практики // Вестн. Ивановской медицинской академии. – 2016. – № 3. – С. 41–44.

2. Киселева М. Г. Психологические факторы и течение сердечно-сосудистых заболеваний // Национальный психологический журн. – 2012. – № 1 (7) – С. 124–130.

3. Козловский В. И., Симанович А. В. Приверженность к терапии у пациентов с артериальной гипертензией II степени. Обзор литературы и собственные данные // Вестн. Витебского государственного медицинского университета. – 2014. – Т. 13, № 2. – С. 6–16.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛЕЖНЯМИ

Л. А. Качанова¹, Л. Н. Ласкарева¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Одной из эффективной мер профилактики пролежней является наблюдение за состоянием кожи и интенсивный уход за ней. Кожа обездвиженных пожилых больных с недержанием кала и мочи имеет ряд особенностей. Она истончается, становится более ранимой и уязвимой; снижается активность потовых и сальных желез, уменьшается способность удерживать влагу. Кожа шелушится, появляются раздражение и зуд; нарушаются обменные процессы, микроциркуляция, снижаются защитные функции.

Применение обычных моющих средств, имеющих щелочную среду, в уходе за кожей тяжелобольных пациентов способствует уничтожению ее гидролипидного слоя, сдвигу кислотного баланса рН 9,0–14,0, что в свою очередь является фактором риска развития пролежней. Постельный режим, недержание мочи и кала отрицательно влияют на состояние кожи и уменьшают ее способность к восстановлению.

Средства по уходу, которые многими поколениями использовались для борьбы с пролежнями (зеленка, фуорцин, марганцовка, камфарный спирт, салициловая кислота), в соответствии с

Национальным стандартом РФ ГОСТ Р 56819-2015 «Надлежащая медицинская практика. Информационная модель. Профилактика пролежней» внесены в перечень «негативных технологий» [1]. Поэтому при наличии пролежней или высоком риске их развития применять их бессмысленно или даже вредно. В этих случаях для гигиенического ухода за кожей тяжелобольных пациентов необходимо использовать специальные профессиональные пенки, лосьоны, кремы.

Лечебно-профилактическая косметика по уходу за кожей тяжелобольных пациентов имеет ряд преимуществ, что позволяет существенно повысить качество ухода. Эти средства не содержат ингредиентов животного происхождения, красителей, спирта и парабенов. Они нейтральны по отношению к коже; содержат мочевины – компонент, обладающий регенерирующим, увлажняющим, а в большой концентрации и смягчающим действием. Различные препараты в зависимости от их назначения содержат разные активные компоненты: увлажняющие и смягчающие; промасливающие и защищающие; питательные и регенерирующие; противовоспалительные; успокаивающие. Одним из преимуществ лечебной косметики является возможность сочетания их со средствами абсорбции.

Доказанный антибактериальный эффект абсорбентов с заквашенной целлюлозой в составе подгузника может содействовать нормализации окружающей среды кожи, существенно снижает рост микроорганизмов.

В исследованиях, проведенных в 2015 году Межрегиональной общественной организацией «Общество фармакоэкономических исследований» под руководством П. А. Воробьева и Л. С. Красновой, показано, что применение широкого ассортимента современных изделий (различной абсорбционной способности, размеров; у обездвиженных больных с недержанием мочи и/или кала) в комбинации со средствами по уходу за кожей, осуществляемых специально обученным персоналом, приводит к снижению частоты возникновения дерматита и пролежней в 10 раз [2].

Литература

1. ГОСТ Р 56819-2015 «Надлежащая медицинская практика. Информационная модель. Профилактика пролежней».

2. Клинико-экономический анализ эффективности использования подгузников Molicare premium extra soft (Моликаре премиум экстра софт) для профилактики развития дерматита и пролежней у неподвижных больных с недержанием мочи / П. А. Воробьев [и др.] // Клин. геронтология. – 2012. – № 3–4. – С. 45–53.

ОТБОР ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ С УЧЕТОМ ОПАСНОСТИ РАЗВИТИЯ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИИ

А. С. Пайкова¹, А. А. Фомин¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Актуальность. С увеличением доли лиц старческого возраста в России растет и число пациентов с возраст-ассоциированными проблемами. Наиболее значимыми являются синдром старческой астении, а также полиморбидность, в структуре которой основными являются сердечно-сосудистые заболевания, риск падений и нарушения мобильности [1, 2]. Для сохранения активного долголетия у гериатрических больных активно применяются методы физической реабилитации [2, 3]. При выборе оздоровительных физкультурных комплексов у пожилых больных с артериальной гипертонией (АГ) необходимо учитывать состояние постурального баланса и вероятность развития артериальной гипотензии во время двигательной активности. В противном случае выполнение физкультурных комплексов может привести к падениям и травмам у пожилых пациентов.

Цель – оценить частоту ортостатической гипотонии у больных АГ пожилого и старческого возраста для индивидуализации лечебных и реабилитационных программ.

Материал и методы. Обследовано 102 больных АГ в возрасте от 65 до 90 лет. Среди обследуемых было 79 женщин (77,4%) и 23 мужчины (22,6%), средний возраст – 78,9 ± 13,4 года.

Все пациенты были разделены на две возрастные группы: 1-я – 48 больных от 65 до 74 лет; 2-я – 54 пациента 75–90 лет.

Всем обследуемым выполнялась ортостатическая проба (ОП) с субъективной оценкой самочувствия и измерением АД через 3 минуты после перехода в вертикальное положение.

Результаты и обсуждение. В 1-й группе исходный уровень систолического АД (САД) составил более или равно 140 мм рт. ст. наблюдался у 22 больных (45,8%); 130–140 мм рт. ст. – у 21 (43,8%); ниже 130 мм рт. ст. – у 5 (10,4%). В этой группе при проведении ОП через 3 минуты уровень САД вернулся к исходному у 32 (66,7%), остался ниже исходного на 10–20 мм рт. ст. – у 9 (18,7%). 6 человек при этом отметили ухудшение самочувствия. У 5 больных (10,4%) при проведении ОП давление не менялось. ОГ была зафиксирована у 2 (4,1%), при этом только один из пациентов отметил ухудшение самочувствия.

Во 2-й группе исходный уровень САД выше или равно 140 мм рт. ст. наблюдался у 25 больных (46,4%), 130–140 мм рт. ст. – у 17 (31,4%), ниже 130 мм рт. ст. – у 12 (22,2%). Из 54 пациентов 2-й группы при проведении ОП через 3 минуты САД вернулось к исходному уровню у 41 (75,9%), осталось сниженным на 10–20 мм рт. ст. – у 4 (7,4%), из которых трое отметили ухудшение самочувствия. У 2 пациентов (3,7%) 2-й группы при проведении ОП было отмечено повышение САД на всех этапах пробы, один из них отметил ухудшение самочувствия. У 3 больных (5,6%) 2-й группы при проведении ОП давление не менялось. У 4 человек этой группы была выявлена ОГ (снижение АД более чем на 20 мм рт. ст.), только двое из них отмечали ухудшение самочувствия.

Выводы. У 19,7% пациентов пожилого и старческого возраста с АГ выявлен уровень АД ниже 130 мм рт. ст., что повышает риск развития ОГ и падений. Истинная ОГ была зафиксирована у 6% пациентов пожилого возраста с АГ без значимых различий в группах до 75 лет и старше; при этом только половина обследованных отмечала ухудшение самочувствия при падении АД.

Одновременно почти 70% пациентов отметили умеренное снижение САД (на 10–20 мм рт. ст.), отмечая значительное ухудшение самочувствия при выполнении пробы, что также может привести к нарушению равновесия и падениям.

Таким образом, при выборе мероприятий физической реабилитации у пожилых больных с АГ следует учитывать особенности их

ортостатической реакции. В противном случае выполнение физкультурных комплексов может привести к падениям и травмам.

Работа поддержана грантом РФФИ (проект 18-415-370007/18).

Литература

1. Особенности клинических подходов к ведению пациентов со старческой астенией / О. Н. Ткачева [и др.] // РМЖ. – 2017. – Т. 25, № 25. – С. 1823–1825.

2. Александров М. В., Новичкова Е. А., Ушакова С. Е. Структура сопутствующей патологии у пациентов, перенесших инфаркт миокарда // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2015. – № 14. – С. 14.

3. Мишина И. Е., Назарова О. А. Физическая и реабилитационная медицина для пациентов с кардиоваскулярной патологией: позиция, основанная на принципах доказательной медицины // Вестн. Ивановской медицинской академии. – 2018. – Т. 23, № 4. – С. 5–8.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС КАК КОМПОНЕНТ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

Т. В. Рябчикова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Определение профессиональных требований и ответственности сестринского персонала, расширение профессиональной компетентности и увеличение профессиональной самостоятельности являются задачами совершенствования сестринской деятельности, единая модель которой в России пока не сформирована. Каждый регион разрабатывает свою концепцию развития сестринского дела в зависимости от уровня социально-экономического развития, состояния местного здравоохранения, показателей заболеваемости, обеспеченности медицинскими кадрами.

В стандартах сестринской практики, которых придерживаются медицинские сестры за рубежом, используется такое понятие, как «сестринский процесс» – последовательные действия медицинской сестры в каждом конкретном случае для оказания медицинской помощи пациенту и создания ему максимального комфорта.

Серьезной проблемой для российского здравоохранения является отсутствие единой терминологии в определении этапов сестринского процесса. Она достаточно сложна и, что самое главное, не принимается практикующими врачами.

Наиболее приемлемыми сферами деятельности с увеличением самостоятельности медицинской сестры является реабилитация пациентов. Именно реабилитация позволяет больному достичь максимально возможного уровня физического, психического, духовного и социального состояния, существовавшего до начала заболевания (или травмы). Если это недостижимо, то целями реабилитации являются максимально возможное поддержание самостоятельности и качества жизни, приемлемого для пациента.

При анализе состояния больного медицинской сестрой наиболее оптимальным термином, на наш взгляд, является не «сестринский диагноз», а «оценка клинической ситуации». В этом случае отсутствует рассогласование между понятиями «врач» и «медицинская сестра»; они начинают мыслить в едином ключе. Естественно, что цели, которые ставятся после оценки состояния больного, должны быть реалистичными, четко выверенными во времени и согласованными с пациентом. Наиболее приемлемым является формулирование целей реабилитации при непосредственном контакте с пациентом, поскольку по мере достижения результата цели могут меняться. Именно это согласование и является определяющим в составлении программы, поскольку ориентируется на самочувствие больного. В этом случае цели реабилитации достигаются быстрее, что значительно облегчает работу и дает видимый результат.

Очень важным в работе медицинской сестры является отслеживание эмоциональных реакций пациента, начиная с эмоции вследствие потери функций (смятения, горя, депрессии, гнева) и до принятия своего состояния (примирения с существующим положением). Реакции могут ослабевать, возникать повторно, и медицинская сестра должна проявить готовность выслушать пациента и понять, что это естественная реакция на болезнь.

Существовавшие у пациента прежде способности к преодолению играют важную роль в процессе адаптации. Один больной может быть независимым и целеустремленным, в то время как

другой – зависимым, лишенным собственной воли. Одна из целей реабилитации – помочь пациенту обрести положительную самооценку благодаря эффективному преодолению ситуации. Медицинской сестре следует знать различные методы преодоления и уметь определять, когда пациент недостаточно хорошо справляется или неэффективно приспосабливается к ситуации. Поддержка медицинской сестры здесь является основополагающей, ибо формирует у пациента новые возможности, дает доступ к его ресурсам и помогает в достижении намеченных целей.

Таким образом, роль медицинской сестры в реабилитации больных очень многогранна. Как самостоятельно действующий член реабилитационной команды медицинская сестра не только может высвободить врача, но и обрести значимую роль в реабилитации больных.

ШКОЛА УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ПРОЛЕЖНЯМИ – СЛОЖНАЯ СЕСТРИНСКАЯ УСЛУГА

Л. А. Качанова¹, Л. Н. Ласкарева¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Уход за тяжелобольными пациентами – достаточно сложная и ответственная часть работы медицинской сестры, от которой зависит успех лечения. Одной из серьезных проблем ухода, с которой встречаются и медицинские работники, и пациенты, и их родственники, являются пролежни.

Исследований, касающихся профилактики и частоты развития пролежней, которые проведены в медицинских организациях Российской Федерации, недостаточно. В 2015 г. было закончено исследование длительно (более месяца) обездвиженных пожилых больных с недержанием кала и мочи. В исследовании приняли участие 85 пациентов из трех клиник и дома престарелых двух российских регионов. У 22,4% больных отмечено наличие пролежней и контактного дерматита в разных зонах тела [2].

Адекватная профилактика пролежней позволяет предупредить их развитие у пациентов группы риска более чем в 80% слу-

чаев [1]. Поэтому основной составляющей деятельности медицинской сестры является профилактическая направленность для предупреждения образования пролежней у пациентов высокого риска. С этой целью медицинская сестра должна ежедневно:

- выявлять пациентов с высокой вероятностью развития пролежней, требующих проведения профилактических мероприятий, и определять конкретные факторы, способствующие развитию у них пролежней;

- поддерживать и повышать устойчивость кожи к давлению для предотвращения механических повреждений;

- не допускать воздействия внешних негативных факторов (давление, трение, разрыв) на проблемные зоны кожных покровов;

- через образовательные программы способствовать снижению частоты появления новых случаев пролежней.

Профилактику пролежней должны осуществлять не только медицинские сестры, владеющие соответствующими знаниями, умениями и навыками и осуществляющие уход за тяжелобольным в условиях лечебно-профилактического учреждения, но и родственники пациента. Совместные грамотные усилия всех членов команды, четкость и последовательность действий позволяют уменьшить или устранить болевой синдром, а значит, уменьшить страдания больного. Целью мероприятий по профилактике пролежней является улучшение как физического, так и психологического состояния пациента, что, в свою очередь, способствует повышению его качества жизни.

В соответствии с Национальным стандартом РФ ГОСТР-568192015 «Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней» введена новая сложная сестринская услуга «Школа ухода за пациентом» (код В04.069.006) [1]. Задачами сестринской помощи в этом случае являются: обучение близких уходу за тяжелобольным; уход за кожей, волосами, ногтями, бритье пациента; перемещение тяжелобольного в постели; смена постельного белья и одежды; уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного; оценка степени риска развития пролежней.

С целью повышения эффективности обучения как самого пациента, так и его родственников медицинские сестры могут использовать перечень тем, а также готовые памятки по профилактике пролежней, которые рекомендует Национальный стандарт.

Поскольку медицинская сестра более длительное время находится в контакте с пациентом и его родственниками, она имеет больше возможностей контролировать и оценивать полученные ими знания и при необходимости вносить коррективы.

Грамотные действия пациента и его родственников по профилактике развития пролежней способствуют не только стабилизации течения заболевания, повышению качества жизни, но и снижению экономических затрат на лечение.

Литература

1. ГОСТ Р 56819-2015 «Надлежащая медицинская практика. Информационная модель. Профилактика пролежней».

2. Клинико-экономический анализ эффективности использования подгузников Molicare premium extra soft (Моликар премиум экстра софт) для профилактики развития дерматита и пролежней у неподвижных больных с недержанием мочи / П. А. Воробьев [и др.] // Клиническая геронтология. – 2012. – № 3–4. – С. 45–53.

ДИНАМИКА СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ НА ФОНЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Т. В. Самсонова¹, С. Б. Назаров¹,
Н. М. Магомедова¹, А. А. Чистякова¹*

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России

Актуальность. Двигательные нарушения составляют значительную долю среди неврологических расстройств у детей первого года жизни. При последствиях перинатальных поражений центральной нервной системы выраженность их может быть различной: от нарушения моторного развития, компенсирующегося к 1–1,5 годам, до формирования детского церебрального паралича [1, 2]. Актуальным является поиск объективных критериев

оценки эффективности восстановительного лечения двигательных расстройств. При данной патологии происходит нарушение формирования возрастных физиологических моторных функций, в том числе функции равновесия. Современным методом ее исследования является компьютерная стабилметрия [3].

Цель – определить динамику показателей компьютерной стабилметрии у детей 3–6 месяцев жизни с нарушением моторного развития на фоне проведенных лечебно-абилитационных мероприятий во взаимосвязи с динамикой неврологических нарушений.

Материал и методы. На базе ФГБУ «ИвНИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России были обследованы 85 детей 3–6 месяцев жизни: 69 – с нарушением моторного развития и 16 – без неврологической патологии. Всем детям было проведено неврологическое обследование и компьютерная стабилметрия на стабиллоплатформе с высокой чувствительностью для малого веса по разработанной нами методике [4]. Анализировались показатели: скорость перемещения центра давления (ЦД); ширина, разность длины и ширины эллипса статокинезиограммы; уровни 60% мощности спектра в сагиттальной и фронтальной плоскостях; площадь статокинезиограммы; показатель стабильности и индекс устойчивости. В основной группе обследование осуществлялось в динамике, до и после лечения. Ретроспективный анализ позволил разделить детей основной группы на две подгруппы: I – с положительной динамикой двигательных нарушений ($n = 50$), II – с ее отсутствием ($n = 19$).

Результаты и обсуждение. До лечения ряд стабилметрических показателей у детей I подгруппы отличался от таковых в контрольной группе: скорость перемещения ЦД, ширина и разность длины и ширины эллипса статокинезиограммы, площадь статокинезиограммы были выше ($p = 0,0028$; $p = 0,043$; $p = 0,0000$; $p = 0,0029$ соответственно), а стабильность и индекс устойчивости – ниже ($p = 0,0006$; $p = 0,0019$ соответственно) по сравнению с контролем. У детей II подгруппы до лечения отмечалось повышение разности длины и ширины эллипса статокинезиограммы по сравнению с контрольной группой ($p = 0,007$). После проведенно-

го лечения у детей I подгруппы произошло снижение скорости перемещения ЦД, разности длины и ширины эллипса статокинезиограммы ($p = 0,049$; $p = 0,000$ соответственно) и повышение стабильности, индекса устойчивости ($p = 0,002$; $p = 0,034$ соответственно). После проведенного лечения стабилметрические показатели в I подгруппе детей статистически значимо не отличались от данных контрольной группы. Во II подгруппе на фоне лечения статистически значимых изменений стабилметрических показателей в динамике не отмечалось; сохранялось повышение показателя разности длины и ширины эллипса статокинезиограммы по сравнению с контрольной группой ($p = 0,000$).

Выводы. В результате исследования установлено, что изменения показателей компьютерной стабилметрии у детей 3–6 месяцев жизни с нарушением моторного развития на фоне восстановительного лечения сопряжено с динамикой двигательных расстройств, что может быть использовано для оценки эффективности лечения.

Литература

1. Анаева Л. А., Жетишев Р. А. Современные представления о патогенезе детского церебрального паралича в обосновании внедрения программ его ранней диагностики и лечения // Кубанский научный медицинский вестн. – 2015. – № 4. – С. 7–12.

2. Шкаренкова Е. И., Самсонова Т. В. Клинико-функциональная характеристика неврологических нарушений у детей первого года жизни с синдромами нарушения и задержки моторного развития // Вестн. новых медицинских технологий. – 2009. – № 1. – С. 67–70.

3. Васичкин С. В. Левин О. С. Нарушения ходьбы и поструральной устойчивости у пациентов с эссенциальным тремором // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2016. – № 116. – С. 88–90.

4. Самсонова Т. В., Земляникин К. О., Назаров С. Б. Функциональная диагностика двигательной патологии в системе абилитации детей с последствиями перинатального поражения нервной системы // Курортная медицина. – 2016. – № 2. – С. 223–225.

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Л. Н. Ласкарева¹, Л. А. Качанова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Актуальность. Всемирной организацией здравоохранения хронические болезни органов дыхания (БОД) были отнесены к числу приоритетных, наряду с болезнями системы кровообращения, онкологическими заболеваниями и сахарным диабетом 2-го типа. На долю перечисленных заболеваний приходится свыше 50% среди всех причин преждевременной смерти населения [1]. Такие болезни, как бронхиальная астма (БА), аллергические заболевания верхних отделов дыхательных путей, хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), муковисцидоз, лёгочная гипертензия, можно контролировать благодаря ранней диагностике и качественной медицинской помощи [2]. Непосредственными участниками реабилитации больных БОД являются специалисты со средним медицинским образованием.

Цель – изучить особенности сестринского ухода при реабилитации пациентов пульмонологического профиля.

Проанализированы данные литературы по изучаемой проблеме.

При планировании ухода за пациентами с БОД медицинская сестра проводит сестринское обследование и выявляет проблемы пациента: кашель (продуктивный и непродуктивный), наличие одышки/удушья, кровохарканья, болей в грудной клетке, лихорадки и т. д. На основании выделенных проблем составляется план сестринского ухода, который включает: обеспечение лечебно-охранительного, санитарно-эпидемиологического режима, диетотерапию, лечебную помощь, наблюдение за состоянием пациента, подготовку к дополнительным методам исследования, обеспечение по назначению врача консультаций специалистов, сестринскую педагогику, заполнение медицинской документации. Обеспечение лечебной помощи – одно из важнейших направлений ухода, которое включает проведение простейших физиотерапевтических процедур, ингаляционной тера-

пии, постурального дренажа, помощь в осуществлении физических упражнений, дыхательной гимнастики, в откашливании мокроты, лекарственной терапии. Ингаляционная терапия занимает важное место в лечении пациентов. Ингаляции проводятся как медицинскими сестрами по физиотерапии, так и постовыми медицинскими сестрами. Кроме того, медицинские сестры выполняют педагогическую функцию, обучая пациентов правилам использования различных видов ингаляционных устройств.

Одну из основных ролей в реабилитации больных с БОД играют средства лечебной физкультуры (физические упражнения, дыхательная гимнастика, постуральный дренаж). Постуральный дренаж (дренаж положением) позволяет улучшить отхождение мокроты под действием силы тяжести. Существуют классические позиции постурального дренажа (6–12 позиций) в зависимости от того, какие сегменты легких необходимо дренировать. В настоящее время во многих странах приняты в качестве метода лечения модифицированные позиции постурального дренажа. В частности, исключены позиции вниз головой, нижние доли легких дренируются в горизонтальном положении или с легким наклоном. Больной занимает предписанное положение в течение 20–30 минут, глубоко дышит, а при желании покашлять переходит в положение «стоя». Постуральный дренаж проводится до еды или через 1 час и более после нее 3–4 раза в день. Повышает эффективность удаления мокроты предшествующая постуральному дренажу ингаляционная терапия и массаж грудной клетки. Статические и динамические физические упражнения в сочетании с дыхательной гимнастикой при острых заболеваниях способствуют более быстрому выздоровлению, предупреждают развитие осложнений, а при хронических болезнях позволяют улучшить нарушенную легочную функцию. Медицинская сестра должна контролировать выполнение больным назначенных комплексов упражнений и гимнастики.

Литература

1. Биличенко Т. Н., Чучалин А. Г., Сон И. М. Основные итоги развития специализированной медицинской помощи больным пульмонологического профиля на территории Российской Федерации за период 2004–2010 гг. // Пульмонология. – 2012. – № 3. – С. 5–16.

2. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний: рекомендации / С. А. Бойцов [и др.] – М., 2013. – 128 с.

Раздел III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ЛИЦ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Д. Л. Мушников¹, Т. П. Васильева², И. Д. Чих³

¹ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

²ФГБУ «Ивановский НИИ Материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России

³ГБОУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский
клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

Актуальность. Сахарный диабет (СД) является важнейшей социально-экономической проблемой. В России число больных СД в настоящее время составляет 3,17 млн человек, а к 2030 году эта цифра приблизится к 6 млн человек [1]. СД наносит существенный экономический ущерб обществу. В России на борьбу с СД выделяется около 15% общего бюджета страны [3]. По данным исследований [2], СД является весомым фактором риска нарушения репродуктивного здоровья женщин и мужчин, что делает вопрос его ранней профилактики особенно актуальным среди лиц молодого возраста.

Цель – изучить частоту и структуру факторов риска развития СД 2-го типа среди населения репродуктивного возраста на уровне субъекта Российской Федерации.

Материал и методы. Методом сплошного наблюдения исследованы популяции населения репродуктивного возраста субъекта РФ, имевшего выполнение репродуктивной функции (на примере трех субъектов РФ Ивановской, Ярославской, Владимирской областей) (n = 15000) по данным многолетней динамики (2014–2018 гг.). Сбор информации осуществлен мониторинговым методом из базы автоматизированной программы «Мониторинг беременных и женщин, завершивших беременность», функцио-

нирующего в этих территориях. Суммарный риск развития СД определялся по суммарной частоте случаев, который определялся по разработанной нами шкале прогноза риска. Комплекс методов обработки и анализа данных включал: определение относительных показателей и достоверности их разности, анализ динамических рядов. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что достоверных различий в частоте суммарного риска развития диабета по субъектам не отмечено ($p > 0,05$). Так, в Ивановской области низкий риск определялся частотой 118,5 случаев на 1 000 населения репродуктивного возраста, средний – 610,8, высокий – 270,7; по Владимирской области – 108,8; 190,5 и 591,0 и 300,2 случаев, по Ярославской области – 119,2; 210,5; 620,7 и 260,1 случаев. Достоверной разности в частоте риска развития СД у мужчин и женщин не установлено, однако у мужчин частота высокого риска выше, чем у женщин. Так, у мужчин частота низкого риска составила 110,2 случаев на 1 000 мужчин репродуктивного возраста; среднего – 579,3; высокого – 310,5, тогда как у женщин – 98,5, 603,3 и 299,5 случаев на 1000 женщин репродуктивного возраста ($p > 0,05$). Анализ структуры факторов риска развития СД 2-го типа среди населения репродуктивного возраста показал, что на немодифицируемые факторы приходится только 14,9% обусловленности СД, тогда как 85,1% составляют модифицируемые факторы, в том числе такие, как «излишек массы тела и ожирение» ($339,8 \pm 12,5$ случаев на 1 000), «низкая физическая активность» ($405,0 \pm 10,7$), «неправильное питание» ($418,4 \pm 20,5$), «курение» ($177,5 \pm 15,5$), «стресс» ($189,5 \pm 20,5$).

Выводы. В популяции населения репродуктивного возраста в современных условиях отмечается высокая частота СД 2-го типа с тенденцией к росту за последние пять лет (2014–2018 гг.) по Ивановской области – на 34,7%, Владимирской – на 31,4%, Ярославской – на 30,2%, что сопровождается высоким уровнем факторов риска его развития в данной популяции ($270,0 \pm 29,5$), преимущественно модифицируемых (85,0%). Это делает необходимым разработку организационных мероприятий по преморбальной профилактике данной патологии в этой популяционной на основе оценки коррекции рисков.

Литература

1. Мальцева И. О. Сахарный диабет и качество жизни: медицинские и социокультурные аспекты // Научный альманах. – 2019. – № 5–3. – С. 113–115.
2. Петров Ю. А., Оздоева И. М. Б., Султыгова Л. А. Особенности гестационного периода и его исходы при сахарном диабете // Международный журн. прикладных и фундаментальных исследований. – 2019. – № 5. – С. 93–97.
3. Чочаев З. Д. Оценка факторов риска в ранней диагностике сахарного диабета // Известия Российской Военно-медицинской академии. – 2019. – Т. 3, № 1. – С. 22–25.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

*М. В. Кулигина¹, А. И. Малышкина¹,
О. Н. Песикин¹, В. В. Некрасова¹*

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) – одно из самых распространённых хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), которым страдает каждый второй взрослый [1]. У молодых женщин частота АГ ниже, чем у мужчин, но вследствие более высокой распространенности у них факторов риска, в том числе обусловленных репродуктивным статусом, увеличивается с возрастом [2]. При этом наиболее значимое воздействие на формирование сердечно-сосудистой патологии, даже у практически здоровых женщин, оказывает беременность [3]. Осложнение беременности преэклампсией повышает риск развития не только сосудистой патологии, но и сахарного диабета при последующих беременностях, патологического климакса [4]. Наличие информации о распространенности АГ у молодых женщин является основой своевременности профилактики ХНИЗ [5].

Цель – установить распространенность АГ у женщин в период реализации репродуктивной функции.

Материал и методы. Проведен анализ форм федерального статистического наблюдения № 32 и № 232 за 2016-2018 гг. в целом по Российской Федерации (РФ), по Центральному федеральному округу (за исключением г. Москвы и Московской области) и по Ивановской области. Статистическая обработка материала включала вычисление интенсивных и экстенсивных показателей с использованием пакета программ «Microsoft» (США) для персонального компьютера.

Результаты и обсуждение. В целом по РФ в 2016–2018 гг. частота осложнений беременности гипертензивными расстройствами имеет тенденцию к снижению: 8,4% – в 2016 г., 8,1% – в 2017 г. и 8,2% – в 2018 г. при неизменной доле беременных с преэклампсией/эклампсией (2,3; 2,3 и 2,4% соответственно). Доля родильниц, у которых роды и послеродовый период осложнились повышенным артериальным давлением, составила 8,1% – в 2016 г., 8,3% – в 2017–2018 гг., преэклампсией/эклампсией – 3,2; 3,6 и 3,5% соответственно). Полученные данные совпадают с результатами исследований, проведенных в других странах, согласно которым преэклампсия осложняет приблизительно 2–8% всех беременностей в мире [6].

В ЦФО РФ за последние три года доля беременных с гипертензивными расстройствами снизилась с 8,1 до 7,4% ($p < 0,001$), в т. ч. преэклампсией/эклампсией – с 1,6 до 1,4% ($p < 0,001$). Доля родильниц, у которых роды и послеродовый период осложнились АГ, не изменилась и составила 7,8% – в 2016 г., 7,4% – в 2017 г. и 7,6% – в 2018 г., частота развития преэклампсии/эклампсии также сохранилась на одном уровне и составила 2,2; 2,3 и 2,2% соответственно.

В Ивановской области в 2016–2018 гг. доля беременных с гипертензивными расстройствами увеличилась с 4,6 до 5,3% ($p < 0,05$), заболеваемость преэклампсией/эклампсией не изменилась и составила 1,0 и 1,1% соответственно ($p > 0,05$). Доля родильниц, у которых роды и послеродовый период осложнились АГ, увеличилась за последние три года с 5,5 до 6,7% ($p < 0,001$), частота развития преэклампсии/эклампсии также выросла с 1,7 до 2,2% ($p < 0,01$).

При оценке структуры гипертензивных расстройств, осложнивших роды и послеродовый период, установлено, что в 2018 г. в РФ частота хронической АГ составила 58,0%, преэклампсии/эклампсии – 42,0%, в ЦФО – 71,0 и 29,0% соответственно, в Ивановской области 67,2 и 32,8% соответственно.

Выводы. Согласно официальным статистическим данным, у 2–3,5% молодых женщин беременность, роды и послеродовый период осложняются преэклампсией/эклампсией, у 7–8% в период реализации репродуктивной функции зарегистрировано повышение артериального давления. Обеспечение послеродового консультирования и наблюдения терапевтом женщин с осложненной беременностью является залогом своевременной профилактики ХНИЗ и их ведущих факторов риска.

Литература

1. Распространенность артериальной гипертензии в Красноярском крае по данным эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ / Ю. И. Гринштейн [и др.] // Артериальная гипертензия. – 2016. – № 22(6). – С. 551–559.

2. Ватутин Н. Т., Складная Е. В. Распространенность артериальной гипертензии и факторов риска у лиц молодого возраста // Архивв внутренней медицины. – 2017. – № 7(1). – С. 30–34.

3. Пластун М. Ю., Зорин В. Н., Полищук Т. Ф. Особенности артериальной гипертензии у женщин молодого возраста // Крымский терапевтический журн. – 2011. – № 2. – С. 13–16.

4. Preeclampsia: A risk factor for gestational diabetes mellitus in subsequent pregnancy [Electronic resource] / J. Lee [et al.]. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28542483>.

5. Роль акушерско-гинекологической службы в профилактике неинфекционных заболеваний у женщин активного репродуктивного возраста / М. В. Кулигина [и др.] // Актуальные вопросы профилактики, ранней диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с неинфекционными заболеваниями и травмами : матер. V Межрегион. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Иваново, 2017. – С. 22–24.

6. Risk factors of pre-eclampsia/eclampsia and its adverse outcomes in low- and middle-income countries: A WHO Secondary Analysis [Electronic resource] / V. L. Bilano [et al.]. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24657964>.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИФФУЗНОЙ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

А. М. Иваненкова¹, М. Л. Добрынина²

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России

Актуальность. В последние годы повысился интерес к изучению различных аспектов физиологии и патологии молочных желез, что связано с увеличением частоты доброкачественных и злокачественных заболеваний у женщин различных возрастных групп. Самым распространенным доброкачественным заболеванием молочных желез является фиброзно-кистозная мастопатия. Данная патология выявляется у 51,6% женщин с бесплодием [1]. Однако не выяснены факторы риска развития диффузной фиброзно-кистозной мастопатии ФКМ (ДФКМ) у женщин данной группы.

Цель – оценить частоту заболеваний молочных желез у пациенток с бесплодием, обратившихся перед процедурой экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) к маммологу и выявить факторы риска развития ДФКМ.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ результатов клинико-anamnestических и лабораторных исследований 60 женщин в возрасте от 28 до 42 лет, которые прошли процедуру ЭКО в отделении вспомогательных репродуктивных технологий ФГБУ «ИвНИИ МиД имени В.Н. Городкова» Минздрава России. Обследованные были распределены на две группы: первая (n = 30) – основная, в которую вошли женщины с ДФКМ и бесплодием; вторая (n = 30) – контрольная, в нее включены пациентки без патологии молочных желез и с бесплодием. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «Office 2010». Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$. Расчет относительного риска (ОР) проводился с помощью

системы «Open Epi» с определением 95%-го доверительного интервала (95% ДИ).

Результаты и обсуждение. За 2016–2017 гг. к маммологу обратилось 650 женщин с бесплодием перед процедурой ЭКО. Почти половина (49,4%) пациенток не имела патологии молочных желез. ДФКМ диагностирована в 44,6% случаев; узловая фиброзно-кистозная мастопатия – в 1%; доброкачественные заболевания молочных желез – в 5%. Оценка менструальной функции у женщин с ДФКМ и бесплодием показала, что у них достоверно чаще встречалось нарушение менструальной функции по типу альгодисменореи по сравнению с пациентками контрольной группы: 26,7 против 6,7% ($p \leq 0,05$; ОР 1,82, 95% ДИ 1,17–2,82). Этот факт согласуется с мнением ряда авторов [2]. У 70,0%, женщин основной группы менархе наступило до 14 лет, что достоверно чаще, чем у пациенток без патологии молочных желез (36,7%) ($p \leq 0,05$; ОР 2,04, 95% ДИ 1,13–3,69). При оценке гинекологического анамнеза было отмечено, что у женщин с ДФКМ и бесплодием достоверно чаще, чем в контроле, выявлялся эндометриоз (50,0 и 20,0% соответственно), что согласуется с литературными данными ($p \leq 0,05$; ОР 1,86, 95% ДИ 1,15–3,0) [3]. Выявлена тенденция к увеличению частоты встречаемости хронического сальпингита в основной группе (66,7 против 43,3%). У 8 пациенток без патологии молочных желез отмечено наличие родов в анамнезе, в группе женщин с ДФКМ лишь четверо рожавших. Установлено, что бесплодие трубного происхождения (30,0%) и сочетанное бесплодие (10,0%), обусловленное эндометриозом, трубным и эндокринным факторами, чаще встречались у пациенток с ДФКМ. При анализе структуры экстрагенитальной патологии было выявлено, что в основной группе заболевания щитовидной железы (диффузно-токсический зоб, эутиреоз) встречались у 23,3% пациенток (ОР 2,31, 95% ДИ 1,69–3,13), наличие избыточной массы или ожирение – у 56,7% (ОР 1,71, 95% ДИ 1,03–2,85), что достоверно чаще ($p \leq 0,05$) по сравнению с контролем (0 и 30,0% соответственно). Также отмечена тенденция к увеличению частоты встречаемости патологии органов желудочно-кишечного тракта (гастрит, гастродуоденит) у пациенток с ДФКМ (10,0 против 0%).

Выводы. У женщин с бесплодием перед процедурой ЭКО достаточно часто обнаруживалась ДФКМ (44,6%). В данной группе чаще выявлялись: нарушение менструальной функции по типу альгодисменореи, наступление менархе до 14 лет, эндометриоз в анамнезе, избыточная масса тела или ожирение, заболевания щитовидной железы.

Литература

1. Алибахшова Ф. К. Влияние индукторов овуляции на состояние молочных желез у женщин с различными факторами бесплодия : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2010. 96 с.

2. Клинические рекомендации РООМ по профилактике РМЖ, дифференциальной диагностике, лечению, предопухолевых и доброкачественных заболеваний молочных желез / И. В. Высоцкая [и др.]. М., 2015. 21 с.

3. Мастопатия: фиброзно-кистозная болезнь : учеб.-метод. пособие / И. Ю. Коган [и др.]. СПб. : Изд-во Н-Л, 2008. 40 с.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРЕХМЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ИДЕНТИФИКАЦИИ ТРАВМИРУЮЩЕГО ПРЕДМЕТА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

*С. В. Ерофеев^{1, 2}, Ю. Ю. Шишкин^{1, 2}, А. С. Федорова²,
А. Ю. Шишкина¹, С. Ю. Бураков¹*

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ОБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской области»

Актуальность. Черепно-мозговая травма является одной из актуальных проблем медицины в связи с большой ее распространенностью, высоким уровнем временной нетрудоспособности, инвалидизации пострадавших, значительной смертностью [1]. Актуальным также является развитие технологий, позволяющих установить орудие, которым была причинена травма.

Цель – установить возможность применения трехмерных технологий для идентификации травмирующего предмета по состоянию мягких тканей и костей свода черепа.

Материал и методы. В ходе исследований применялась разработанная и запатентованная технология – UST (Universal

Scanning Technology) [2, 3] и сертифицированный прибор трехмерного сканирования нового поколения «UST4.0» [4]. Было получено 120 сканов поверхностей ран волосистой части головы и 150 сканов поверхностей переломов костей свода черепа трупов. Раны и переломы исследовались первоначально по классической методике с помощью лупы и стереомикроскопа с измерением линейкой и штангенциркулем. Затем исследования проводились по трехмерным копиям объектов с применением компьютерного соещения, сопоставления и наложения.

Результаты и обсуждение. Детальное визуальное изучение морфологических свойств повреждений в 60% случаев позволило установить группу, к которой относится травмирующий предмет, т. е. провести его групповую идентификацию. В остальных случаях потребовалось использование стереомикроскопа. Исследование повреждений под стереомикроскопом позволило выявить мелкие детали ран. Исследование переломов под стереомикроскопом затруднительно. Применение методик контрастирования (обработка раствором йода) при классическом медико-криминалистическом исследовании позволило выявить детали повреждений, не доступные при обычном визуальном контроле. При исследовании сканированных 3D моделей реальных поверхностей ран выявлены следующие особенности: не требуется применение микроскопа и сложная обработка препарата; контрастирование осуществляется в копии программным путем, без изменения оригинала; имеется возможность увеличения объекта до 1000 раз и выполнения измерений с точностью до 0,001–0,005 мм.

Применение увеличения в 3D модели и контрастирования, а также изменение угла обзора позволило выявить особенности, не доступные при классическом криминалистическом исследовании. При изучении состояния кожи и костей не требуется обрабатывать материал контрастирующим веществом. Микроскопический уровень доступен при исследовании черепа целиком, что невозможно осуществить под микроскопом. Изучение скана без текстуры, компонентов трехмерного изображения в виде векторной графики позволяет установить новые характеристики объекта и выявить его морфологические признаки. Диагностическое значение приобретают направления векторов трехмерной графики.

Параллельно с формированием трехмерных сканов выполняется 2D цифровая съемка объектов. При представлении на исследование предполагаемого травмирующего предмета и обнаружении его индивидуальных особенностей проводится индивидуальная идентификация при установлении соответствующих признаков. Во всех случаях была выполнена групповая идентификация травмирующего предмета. В одном наблюдении это был рубящий предмет, во всех остальных – тупой. В двух случаях успешно выполнена индивидуальная идентификация. В одном из них в качестве травмирующего предмета использовалась тяпка для рубки, в другом – молоток для отбивания мяса. И в том, и в другом случае на травмирующих предметах после изучения повреждения была обнаружена индивидуальная особенность. Соответствие индивидуальных особенностей и следов установлено путем компьютерного сопоставления трехмерных моделей травмирующих и травмированных поверхностей, а также травмированных поверхностей с отпечатками травмирующих поверхностей на пластине.

Выводы. Применение трехмерных технологий при черепно-мозговой травме предоставляет новые возможности для выявления идентифицирующих признаков травмирующего предмета. Этот метод эффективен при групповой и индивидуальной идентификации орудия травмы по состоянию ран волосистой части головы и переломов костей свода черепа.

Литература

1. Социальные и эпидемиологические аспекты черепно-мозговой травмы / Д. М. Овсянников, А. А. Чехонацкий, В. Н. Колесов, А. И. Бубашвили // Саратовский научно-медицинский журн. – 2012. – Т. 8, № 3. – С. 777–785.

2. Пат. 172398. МПК G03B 15/00, A61B 5/107. Устройство для сканирования и создания трехмерных моделей повреждений и следов / Шишкин Ю. Ю., Ерофеев С. В., Федорова А. С. заявители и патентообладатели Шишкин Ю. Ю., Ерофеев С. В., Федорова А. С. : заявл. 27.01.2017 ; опубл. 06.07.2017. – Бюл. 19. – 3 с.

3. Ерофеев С. В., Шишкин Ю. Ю., Федорова А. С. О технологиях анализа изображений как средствах повышения объективности и достоверности судебно-медицинских экспертиз // Судебная медицина. – 2017. – Т. 3, № 2. – С. 17–24.

4. Трехмерное сканирование судебно-медицинских объектов: приборное обеспечение и особенности технологии / С. В. Ерофеев [и др.] // Судебно-медицинская экспертиза. – 2018. – Т. 61, № 6. – С. 39–42.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ ФАКТОРОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРУДА ВРАЧЕЙ-ОНКОЛОГОВ

*Б. А. Поляков¹, Д. Л. Мушников¹, В. А. Козлов²,
М. И. Стойловский², Д. В. Дрожжин², Е. Л. Фунтикова²*

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер»

Актуальность. Злокачественным заболеваниям принадлежит одно из ведущих мест в структуре смертности населения [4]. Анализ литературных данных убедительно показал, что профилактика, диагностика и лечение злокачественных новообразований – сложный многокомпонентный процесс, результат которого во многом предопределяется качеством кадрового обеспечения [2, 3]. Однако остается открытым вопрос, какие факторы обуславливают успешность деятельности медицинского работника, а какие препятствуют ей. Действительно, чтобы эффективно управлять каким-либо объектом, необходимо иметь четкое представление о его слабых и сильных сторонах, средовом поле влияния [1].

Цель – изучить вклад социально-психологических факторов в эффективность труда врачей-онкологов.

Материал и методы. На базе ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер» проведено психологическое тестирование 120 врачей-онкологов (65 мужчин, 55 женщин) в возрасте 28–65 лет по комплекту стандартизованных психологических тестов (тест Г. Айзенка (ЕРІ), опросник М. Рокича, тестовая методика Т. Лири (1954), опросник В. Ф. Ряховского, тест К. Н. Томаса (1973), методика И. М. Юсупова (Казань), тестовая методика Т. Элерс) при участии психолога. Все врачи на основании принятых в ИвООД критериях оценки эффективности были разделены на две группы: эффективно (ЭРВ) и неэффективно работающие

(НРВ). В этих группах изучено влияние индивидуально-личностных факторов на эффективность труда врачей-онкологов. Статистическая обработка данных включала: установление достоверных различий в спектре факториальной обусловленности эффективного труда врачей по критерию Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Анализ индивидуально-личностных факторов показал, что в группах сравнения имеются достоверные различия ($p < 0,05$) по градациям: темперамент, эмпатийность, межличностные отношения, поведение в конфликте, уровень мотивации к успеху, мотивы к работе, уверенность в себе, ответственность за качество работы, личностные ограничения, место «работы» в спектре жизненных ценностей, коммуникативность. Так, установлено, что врачи-онкологи, имеющие черты, свойственные холерическому типу темперамента, являются менее эффективными работниками, чем специалисты с другими психологическими характеристиками ($p < 0,05$). Отмечено, что среди НРВ доля лиц, имеющих низкий уровень эмпатийности, достоверно больше, чем среди ЭРВ. Кроме того, определено, что для ЭРВ характерны высокий уровень мотивации к работе ($p < 0,05$); более выраженная позиция в структуре мотивов успешной деятельности фактора – «психологический климат (атмосфера) в коллективе» ($p < 0,05$); использование при разрешении конфликтной ситуации тактики сотрудничества ($p < 0,05$); более выраженная агрессивная и зависимая направленность в межличностных отношениях ($p < 0,05$). В сравнении с ЭРВ для НРВ более свойственны ($p < 0,05$) такие характеристики, как: неуверенность в себе, неумение рационально использовать время, невыраженность чувства ответственности за качество работы, эгоистическая направленность личности.

Выводы. Установлено, что индивидуально-личностные характеристики врачей-онкологов имеют высокую значимость в обеспечении эффективности профессиональной деятельности. При работе с кадрами следует учитывать личностные особенности врачей, своевременно проводить коррекцию неблагоприятных личностных свойств, а также помогать специалистам в планировании индивидуального самосовершенствования.

Литература

1. Хасанова Г. М., Коробейникова С. О. Личностные характеристики врача как необходимый компонент лечебного процесса // Вестн. Башкирского государственного медицинского университета. – 2019. – № 2. – С. 107–110.

2. Давлетшина Г. Р. Гуманизм и компетентность врача как основа его профессионализма // Вестн. Башкирского государственного медицинского университета. – 2019. – № 2. – С. 118–122.

3. Татиевская К. А., Луговский В. А. Личностные и профессиональные качества врача, необходимые для эффективного сотрудничества с пациентом // Мир педагогики и психологии. – 2019. – № 5(34). – С. 83–88.

4. Злокачественные новообразования в России в 2015 г. (заболеваемость и смертность) / под ред. В. И. Чиссова, В. В. Старинского, Г. В. Петрова. – М. : ФГБУ «МНИОИ им. П. Герцена» Минздрава России, 2016.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ НАСЕЛЕНИЯ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ КАК ИНСТРУМЕНТ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

О. А. Назарова¹, О. А. Белова²

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ОБУЗ «Ивановский кардиологический диспансер»

Снижение смертности населения в настоящее время является приоритетной задачей здравоохранения и реализуется на уровне первичного звена в ходе первичной и вторичной профилактики. В рамках первичной профилактики важным организационным элементом являются профилактические осмотры, проведение которых регламентируется приказом МЗ РФ № 124н от 13.03.2019 «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

В настоящей работе обобщены результаты текущего контроля организации диспансеризации определенных групп населения в медицинских организациях Ивановской области.

Данный вид диспансеризации в большинстве поликлиник Ивановской области осуществляется 6 дней в неделю (включая субботу) в течение всего рабочего дня. При условии того, что пациент пришел на осмотр натошак и в поликлинике осуществляется рациональная маршрутизация, осмотр можно пройти в течение одного визита. Исключение составляет маммография, когда соответствующее оборудование находится вне данного лечебного учреждения. В настоящее время отмечается недостаточное участие в проведении данного вида осмотров среднего медицинского персонала (участковых медицинских сестер, и особенно фельдшеров ФАПов), в обязанности которого входит обеспечение своевременного и наиболее полного привлечения прикрепленного населения на осмотр, а также контроль прохождения пациентом всех этапов, оформление документации.

К дефектам обследования пациентов в рамках диспансеризации определенных групп населения относится отсутствие двойного прочтения маммограмм, нередкий отказ пациентов от колоноскопий при положительном результате исследования кала на скрытую кровь. В случае выявления отклонений при маммографии или положительном результате иммунохимического исследования кала на скрытую кровь ответственность за полноту обследования и уточнение диагноза несет участковый терапевт. При этом стоит отметить низкую настороженность врачей первичного звена в отношении онкопатологии, проявляющуюся в недостаточной настойчивости к осуществлению полноценного обследования. Как правило, новообразования обнаруживаются у пациентов, которые в течение 3–4 лет не наблюдались у терапевтов.

К недостаткам диспансеризации отдельных групп населения относится значительная частота случаев неправильного определения группы здоровья по итогам I этапа, низкая частота выявления факторов риска, в частности курения. Отмечен также факт неправильного определения категории сердечно-сосудистого риска, что ведет к необоснованному назначению/неназначению статинов и аспирина. До настоящего времени остается низкой частота выявления болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований в ходе диспансеризации. Недостаточ-

ным является постановка на диспансерный учет впервые выявленных пациентов с гипертонической болезнью.

Следует также отметить нередкие случаи хранения карт диспансеризации отдельно от амбулаторных карт, что демонстрирует не востребованность результатов диспансеризации отдельных групп населения и разобщенность профилактической и лечебной работы на участке. В настоящее время выявление недостатков диспансеризации населения и их преодоление является важной тактической задачей на пути осуществления стратегии первичной профилактики неинфекционных заболеваний среди взрослого населения.

Вторичная профилактика при хронических неинфекционных заболеваниях на терапевтическом участке представлена в виде диспансерного наблюдения больных с данными видами патологии, которое регламентируется приказом МЗ РФ № 173н от 29.03. 2019 «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

Как и в целом по Российской Федерации, в Ивановской области отмечается низкий охват диспансерным наблюдением лиц с гипертонической болезнью, хронической ишемической болезнью сердца, хронической обструктивной болезнью легких, цереб्रो-васкулярными заболеваниями, недостаточная численность диспансерной группы. На большинстве терапевтических участков наблюдается низкая активность по приглашению диспансерных больных на плановые осмотры, при этом средний медицинский персонал, особенно фельдшера, не в полной мере задействованы в этой работе. При диспансерном наблюдении часто не достигаются целевые уровни артериального давления, холестерина, гликемии. Недостаточен охват больных вакцинацией.

Кроме того, актуальной практической задачей является формирование (восстановление) полноценной картотеки форм 30/у на каждом терапевтическом участке, постоянная работа врача и участковой медицинской сестры с этой картотекой для повышения эффективности диспансерной работы.

ВЛИЯНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК НА 2-Й СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕГЕНЕРАТА БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ НА РОСТОВЫЕ ПРОЦЕССЫ ПЛЕЧЕВЫХ КОСТЕЙ

Е. В. Зинченко¹, Ю. С. Чистякова¹, В. В. Шеховцова¹

¹ ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки»

Актуальность. Время, в которое мы живем, можно смело назвать эпохой прогресса, открытий и внедрения новых технологий, которые захватили все сферы, не исключением стала и медицина. Научно обоснована и практически подтверждена эффективность применения клеточных технологий для лечения различных заболеваний, при которых традиционный подход не приводит к полному выздоровлению [1]. В частности, в травматологии и ортопедии идет активный поиск, разработка и внедрение в клиническую практику новейших биотехнологий с применением мезенхимальных стволовых клеток (МСК) для лечения ложных суставов [3], обширных дефектов трубчатых костей, дефектов костей мозгового и лицевого отдела черепа, дегенеративно-дистрофического заболевания суставов, а именно, артроза, некроза головки бедренной кости и др. Но несмотря на наличие большого количества работ по изучению влияния МСК на организм человека, сведений о морфогенезе скелета после проведения хирургического вмешательства по нанесению дефекта в большеберцовых костях и внутривенном введении МСК в различные фазы структурного формирования костного регенерата мы не нашли.

Цель – изучить темпы роста плечевых костей у половозрелых нелинейных белых крыс после проведения хирургического вмешательства по нанесению дефекта в большеберцовых костях и внутривенном введении МСК на 2-й стадии формирования регенерата костной ткани.

Материал и методы. В исследовании участвовали 84 самца нелинейных белых крыс с массой тела 200–227 г. Животных распределили на три группы: группа А – контрольные животные,

группа В – животные, которым проводили хирургическое вмешательство (наносили сквозной дефект диаметром 2,0 мм в зоне проксимального отдела диафиза обеих большеберцовых костей) без введения МСК. В группе С животным на 10-е сутки после хирургического вмешательства внутривенно вводили по 5×10^6 МСК. Из полостей большеберцовых и бедренных костей лабораторных крыс путем промывания их питательной средой получали клетки костного мозга, затем помещали их в среду «Игла-МЕМ» («Биолот», Россия) с L-глутамином, 10%-ной сывороткой эмбрионов коров и антибиотиком, культивировали четырнадцать суток при температуре 37° в условиях CO_2 -инкубатора со сменой среды один раз в семь дней. Культуру клеток фенотипировали непрямым иммуофлюоресцентным методом с помощью маркеров к МСК. Через 15, 30, 60 и 90 суток после хирургического вмешательства животных выводили из эксперимента путем декапитации под эфирным наркозом, выделяли плечевые кости, после чего проводили их остеометрию штангенциркулем ШЦ-1 с допустимой погрешностью до 0,05 мм (первый класс точности) по методике W. Duerst [4]. Полученные цифровые данные были обработаны с помощью методов вариационной статистики с использованием стандартных прикладных программ [2].

Результаты и обсуждение. Проведение хирургического вмешательства по нанесению дефекта в большеберцовых костях, сопровождалось замедлением темпов роста плечевых костей, чего не наблюдалось в контрольной группе. В частности, максимальная длина с 15-х по 90-е сутки была достоверно меньше на 4,23; 4,44; 4,04 и 4,28%, толщина диафиза уменьшалась на 15-е и 60-е сутки на 6,25 и 6,90%, а его ширина на 30-е и 90-е сутки – на 4,58 и 5,71%. В то же время ширина проксимального и дистального эпифизов плечевой кости была меньше, чем в контроле, на тридцатые сутки на 5,81 и 6,08%. Введение 5×10^6 МСК на 10-е сутки после хирургического вмешательства сопровождалось восстановлением темпов как продольного, так и аппозиционного роста плечевых костей: максимальная длина была больше значений группы В на 15-е, 60-е и 90-е сутки на 3,92; 5,45 и 4,07%, толщина диафиза также увеличивалась на 60-е сутки на 6,48%, а ширина к 90-м суткам – на 6,82%. В свою очередь ширина проксимального

эпифиза превышала значения групп сравнения на 30-е сутки на 7,19%, а ширина дистально эпифиза – на 30-е и 90-е сутки на 6,18 и 4,44% соответственно.

Выводы. Основываясь на данных, полученных в результате исследования, можно сделать вывод, что нанесение дефекта на большеберцовые кости сопровождается замедлением темпов роста плечевых костей, а после внутривенного введения МСК на 10-е сутки после нанесения дефекта происходит восстановление темпов роста исследуемых костей.

Литература

1. Волков А. В. Тканевая инженерия: новые перспективы развития медицины // Клеточная трансплантология и тканевая инженерия. – 2005. – № 1. – С. 57–63.

2. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel : монография. – Киев : Морион, 2001. – 210 с.

3. Цуман В. Г. Создание костной ткани in vivo при помощи стволовых клеток костного мозга // Детская хирургия. – 2015. – № 2. – С. 34–38.

4. Duerst W. Vergleichende Untersuchungen am Skelett bei Sängen. Henschel der biologischen Arbeitsmethoden. – Ziefling, 1926. – P. 125–130.

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕНОЗНОГО ЭНДОТЕЛИЯ ПУПОЧНОГО КАНАТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

И. Г. Попова¹, О. Г. Ситникова¹, С. Б. Назаров¹, Е. В. Проценко¹

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России

Актуальность. В настоящее время широко обсуждается проблема дисфункции эндотелия сосудов в формировании патологического процесса в системе мать – плацента – плод [1]. Дисфункция эндотелия является ключевым патологическим моментом, приводящим к клиническим проявлениям преэклампсии (ПЭ), основным связующим звено между ними рассматривается окислительный стресс, который возникает при превышении продукции свободных радикалов. При усилении свободнорадикальных

реакций образуются продукты, которые способны напрямую окислять клеточные компоненты, вызывая повреждение мембран клеток, что способствует нарушению функции эндотелия [2]. Новорожденные, родившиеся у матерей с ПЭ более склонны к окислительному стрессу, у этих детей также отмечена сниженная активность антиоксидантной защиты и повышенная чувствительность к инфекционным и воспалительным процессам [3].

Цель – оценка структурных особенностей венозного эндотелия пуповины и показателей окислительного стресса в лизате эндотелиальных клеток сосудов пупочного канатика у новорожденных, родившихся у матерей с ПЭ.

Материал и методы. Обследовано 18 новорожденных от матерей с ПЭ, которые составили основную группу. 10 новорожденных, родившихся у матерей без ПЭ были включены в группу сравнения. У всех детей проводилось стандартное гистологическое исследование пуповин (окраска гематоксилином и эозином). Гистометрию венозного эндотелия осуществляли после фиксации материала в 10%-ном нейтральном формалине, парафиновой заливки и изготовления срезов толщиной 3–4 мкм. Выделение эндотелиальных клеток из вены пуповины осуществлялось по методу J. C. Gerlach et al. [4]. В лизате эндотелиальных клеток, выделенных из вены пупочного канатика, методом железоиндуцированной хемилюминесценции (ХЛ) определялись показатели свободнорадикального окисления (СРО) и антиоксидантной активности. Исследования выполнялись на биохемилюминометре «БХЛ-07» (Россия). Статистическую обработку данных проводили с помощью компьютерной программы Statistica 6,0 for Windows (Statsoft). Сравнение величин между группами проводили с использованием критериев Колмогорова – Смирнова и Манна – Уитни. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$. Корреляционный анализ проведен с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. В пуповинах новорожденных от матерей с ПЭ на фоне застойного венозного полнокровия, выраженной дилатации вены и истончения сосудистой стенки ($p = 0,03$) обнаружена гидропическая дистрофия вертикально

расположенных эндотелиоцитов и участки базальных мембран, «свободные» от эндотелия. У новорожденных от матерей с ПЭ количество выделенных эндотелиальных клеток из вены пуповины было достоверно выше. Исследование процессов СРО в лизате эндотелиальных клеток выявило увеличение относительных параметров ХЛ – I_{\max} и tg_2 ($p < 0,05$), показатель S достоверно не изменялся. У новорожденных, родившихся у матерей с ПЭ, в лизате выявлены положительные корреляционные зависимости эндотелиальных клеток между показателями I_{\max} и tg_2 ($r = 0,75$; $p = 0,0000$), что свидетельствует о наличии баланса между про- и антиоксидантами в исследуемом материале.

Выводы. Результаты исследования указывают на развитие окислительного стресса у новорожденных, родившихся у матерей с ПЭ, эти изменения сопровождаются повышением антиоксидантной активности. По данным корреляционного анализа подтверждаются выявленные изменения, которые являются компенсаторной реакцией организма ребенка, направленной на жизнеобеспечение и дальнейшую адаптацию к внеутробной жизни. Вероятно, одним из факторов, способствующих реализации окислительного стресса, является обусловленный ПЭ венозный застой в пуповине, способствующий дистрофическим изменениям и гибели эндотелиальных клеток.

Исследование поддержано грантом РФФИ № 18-415-370002.

Литература

1. Маркеры воспалительной реакции и дисфункции эндотелия у беременных с гипертензивными расстройствами различного генеза / И. А. Панова [и др.] // Клин. лаб. диагностика. – 2016. – № 10(61). – С. 692–696.
2. Роль окислительного стресса в патогенезе гестоза / И. С. Сидорова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 3. – С. 3–5.
3. Исследование общей антиокислительной активности пуповинной крови и лизата клеток сосудов пуповины новорожденных методом хемилюминесценции / О. Г. Ситникова [и др.] // Таврический медико-биологический вестн. – 2017. – № 2-2(20). – Р. 151–153.
4. Large-Scale isolation endothelial cells from pig and human liver / J. C. Cerlach [et al.] // J. of Surgical Research. – 2001. – Vol. 100(1). – Р. 39–45.

МОРФОГЕНЕЗ ГИДРОЦЕФАЛИИ ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ ВОДОПРОВОДА МОЗГА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Е. В. Проценко¹, Л. П. Перетятко¹

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России

Актуальность. Распространенность неонатальной гидроцефалии (ГЦ) колеблется от 0,2 до 4 случаев на 1 000 новорожденных [3]. Причем в 43% наблюдений ГЦ сочетается с аномалиями развития водопровода мозга и сопряжена с рецессивным геном в X-хромосоме [4]. Благодаря применению методов нейровизуализации стало известно, что накопление ликвора в вентрикулярной системе сопровождается атрофией больших полушарий и демиелинизацией проводящих путей головного мозга [1]. Однако недостаточная осведомленность о сущности патологического процесса в веществе мозга (неокортекс, перивентрикулярная зона), сопровождающего формирование врожденной гидроцефалии, является причиной отсутствия оптимального унифицированного подхода к лечению заболевания.

Цель – на основании структурно-функциональных нарушений формирования головного мозга у новорожденных 22–40 недель гестации с дилатацией вентрикулярной системы разработать морфогенез вентрикулярной герминативной зоны и неокортекса при ГЦ, сопряженной с аномалиями развития водопровода мозга.

Материал и методы. Основная группа представлена объектами головного мозга (10) новорожденных 22–40 недель гестации с дилатацией компонентов боковых желудочков (БЖ) более 1,0 см на фоне аномалий развития водопровода мозга: стеноз (7), расщепление (2), агенезия (1); контрольная группа – образцами мозга без видимой патологии вентрикулярной системы с шириной просвета БЖ не более 0,5 см (30). Проведено комплексное патоморфологическое (стандартное, иммуногистохимическое и электронномикроскопическое, морфо- и гистометрическое) исследование вентрикулярной герминативной зоны и неокортекса в проекции поля № 6, являющегося корковым представителем

ством двигательного анализатора. Статистическую обработку данных проводили с использованием стандартного пакета программного обеспечения «Statistica 6». Статистическую значимость различий ($p < 0,05$) между вариационными рядами оценивали с помощью непараметрического критерия Манна – Уитни. Осуществляли корреляционный анализ с определением коэффициента корреляции Пирсона (r) и оценкой силы связи по степеням.

Результаты и обсуждение. У живо- и мертворожденных детей с ГЦ на фоне аномалий развития водопровода мозга выявлена равномерная дилатацией полостей боковых и III желудочков, микрополигирия – у 55,6% (9), асимметрии борозд – у 44,4% (4) и атрофия неокортекса ($p = 0,003$). Изменения в коре проявлялись нарушением разделения I (молекулярного) слоя на клеточный и редкоклеточный подслои и замещением нижележащих (II–VI) слоев мономорфным блоком клеток [2]. Ультраструктурные изменения кортикальных нейронов представлены гипоплазией митохондрий и элементов гранулярного эндоплазматического ретикулума, а также фибрилл дендритных отростков. Нарушения гирификации и дифференцировки неокортекса сочетались с нулевыми значениями ИЭ рилина в нейронах Кахаля – Ретциуса и ММР-9 в глиобластах белого вещества головного мозга. Структура герминативного матрикса в разные сроки гестации оставалась мономорфной – без признаков ремоделирования перивентрикулярной области. Деструкция мозговой паренхимы, обусловленная отеком, способствовала формированию зон опустошения с последующим глиозом белого вещества и неокортекса, что сопровождалось достоверным ($p = 0,006$) увеличением экспрессии S-100 в глиобластах и кортикальных нейронах пропорционально гестационному возрасту новорожденных. Отсутствие экспрессии десмина в стенках сосудов ВГЗ в разные сроки гестации указывало на ретардацию дифференцировки артериоларно-венулярного звена сосудистого русла перивентрикулярной области. Пониженная экспрессия виментина ($p = 0,006$) подтвердила наличие дефицита соединительнотканного компонента в составе базальных мембран, что способствовало повышению проницаемости сосудов. Корреляционный анализ позволил выявить умеренную отрицательную связь ($r = -0,6$) экспрессии виментина в сосудах и глиального белка S-100 в глиобластах перивентрикулярной области.

Выводы. Таким образом, ГЦ у новорожденных, обусловленная аномалиями развития водопровода мозга, реализуется при увеличении экспрессии глиального белка S-100 в кортикальных нейронах и глиобластах белого вещества, снижении экспрессии виментина в сосудах перивентрикулярной области и полном отсутствии экспрессии ММР-9 в глиобластах, рилина – в нейронах Кахала – Ретциуса и десмина – в перивентрикулярных сосудах. Проявляется ГЦ микрополигирией либо асимметрией борозд, атрофией и мономорфной структурой неокортекса, а также отсутствием морфологических признаков ремоделирования ВГЗ.

Литература

1. Барашнев Ю. И. Эмбриофетопатии. Диагностика и профилактика аномалий центральной нервной системы и скелета. – М. : Триада-Х, 2010. – 480 с.
2. Морфологические изменения вентрикулярной герминативной зоны и неокортекса больших полушарий головного мозга у плодов человека и новорожденных с 22-й по 40-ю недели пренатального онтогенеза / Е. В. Проценко, М. Е. Васильева, Л. П. Перетятко, А. И. Малышкина // Онтогенез. – 2014. – Т. 45, № 5. – С. 349–354.
3. Long lasting near-obstruction stenosis of mesencephalic aqueduct without development of hydrocephalus – case report. / M. Rados, D. Orescovic, M. Rados, I. Jurjevic // Croatian Medical J. – 2014. – Vol. 55(4). – P. 394–398.
4. Prenatal molecular diagnosis of X-linked hydrocephalus via a silent C924T mutation in the L1CAM gene / T. Serikawa, K. Nishiyama, J. Tohyama, R. Tazawa // Congenital Anomalies. – 2014. – Vol. 54(4). – P. 243–245.

РОЛЬ ПРОСТАЦИКЛИНА В ФУНКЦИОНИРОВАНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ГЛУБОКОНЕДОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Ю. А. Фисюк¹, Н. В. Харламова¹

¹ ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России

Актуальность. Недоношенные новорожденные вносят большой вклад в показатели детской заболеваемости и смертности [1, 5]. Функционирование артериального протока усугубляет прогноз для их жизни и здоровья. Гемодинамически значимый

функционирующий артериальный проток (ГЗФАП) чаще встречается у глубоконедоношенных новорожденных до 28 недель гестации и частота составляет 25–70% [1, 3, 4]. Функционирование артериального протока достигается воздействием ряда факторов. К причинам, приводящим к закрытию ГЗФАП, относят уровень внеклеточного кальция и эндотелина-1 в сыворотки крови [3]. К факторам, замедляющим закрытие ГЗФАП, относятся незрелая мышечная оболочка, вырабатываемые стенкой протока простагландины, эндогенный оксид азота [5]. Простаглицлин является вазоактивным метаболитом арахидоновой кислоты и образуется преимущественно в эндотелии сосудов, осуществляя свою функцию и стимулируя специфические рецепторы гладкомышечных клеток сосудов [6]. Исследование концентрации простаглицлина у глубоконедоношенных новорожденных в динамике неонатального периода позволит выявить дополнительный критерий диагностики ГЗФАП.

Цель – изучить динамику концентрации простаглицлина у глубоконедоношенных новорожденных для выявления дополнительного критерия диагностики ГЗФАП.

Материал и методы. Было обследовано 82 глубоконедоношенных новорожденных. В зависимости от наличия ГЗФАП новорожденные были разделены на две группы: 1-ю составили 22 ребенка с ГЗФАП, 2-ю – 60 новорожденных без ГЗФАП. Материалом для лабораторного исследования служила моча ребенка, собранная на 4–5-е сутки и в возрасте одного месяца жиодержание простаглицлина в моче определяли методом конкурентного иммуноферментного анализа. Математический анализ проводился по общепринятым методам вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. В результате исследования установлено, что концентрация простаглицлина в моче на 5-е сутки жизни у детей 1-й группы, выше, чем 2-й ($p = 0,02$). При анализе динамики концентрации простаглицлина в моче у детей 1-й группы не выявлено значимого снижения к концу неонатального периода ($p = 0,2$), в то время как у детей 2-й было установлено достоверное снижение уровня простаглицлина к концу неонатально-

го периода ($p = 0,003$). Можно делать вывод, что выявленные особенности уровня простациклина в раннем неонатальном периоде и в динамике (один месяц жизни) имеют значение в функционировании артериального протока у глубоконедоношенных новорожденных детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении.

Выводы. Частота ГЗФАП у глубоконедоношенных новорожденных, по нашим данным, составляет 26,8%. Одним из проявлений ГЗФАП к концу неонатального периода является стабильно высокая концентрации простациклина в моче в динамике к месяцу жизни. По нашему мнению, изучение содержания простациклина в моче у глубоконедоношенных новорожденных является дополнительным неинвазивным, малозатратным способом оценки состояния сердечно-сосудистой системы и диагностики ГЗФАП к месяцу жизни.

Литература

1. Открытый артериальный проток у недоношенных детей : клин. рекомендации / А. А. Буров [и др.]. – М., 2017.
2. Состояние здоровья детей, родившихся с массой тела менее 1500 граммов, в неонатальном периоде/ Е. А. Матвеева [и др.] // Таврический медико-биологический вестн. – 2017. – Т. 20, № 2-2. – С. 76–79.
3. Современные представления об открытом артериальном протоке у новорожденных/ Д. С. Крючко [и др.] // Педиатрия. – 2011. – Т. 90, № 1. – С. 130–136.
4. Открытый артериальный проток у недоношенных детей / А. А. Буров [и др.] // Неонатология: новости, мнения, обучение. – 2016. – № 4(14). – С. 120–128.
5. Содержание нитритов и молекул средней массы в крови новорожденных детей с постгипоксической кардиопатией / Н. В. Харламова [и др.] // Клин. лаб. диагностика. – 2007. – № 7. – С. 18–21.
6. Агабеков А. И., Рзаева Т. Ш. Биологическая роль эндотелия в условиях нормы // Бюл. медицинских интернет-конференций. – 2017. – Т. 7, № 6. – С. 1046–1048.

УЧАСТИЕ БИОГЕННЫХ АМИНОВ В ПРОЦЕССАХ ПОСЛЕРОДОВОЙ ИНВОЛЮЦИИ МАТКИ

С. В. Диндяев¹, Д. В. Касаткин²

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

² ОБУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Иваново

Актуальность. Среди механизмов развития нарушений послеродовой реструктуризации матки особое место занимает расстройство тканевого гомеостаза в матке. Активное участие в регуляции тканевого гомеостаза и гистогенеза принимают нейромедиаторные биогенные амины [1, 2].

Цель – изучить в течение послеродового периода динамику содержания биоаминов в структурах матки крыс.

Материал и методы. Работа выполнена на 110 беспородных крысах с первых по 15-е сутки после родов. Материал исследования: 1) криостатные нефиксированные срезы рогов и шейки матки, 2) парафиновые срезы этих органов после фиксации в 10%-ном нейтральном формалине. Методы исследования: 1) флуоресцентно-гистохимические методы Фалька – Хилларпа в модификации Е. М. Крохиной и Кросса – Эвена – Роста для выявления уровня катехоламинов, серотонина и гистамина; 2) метод Дезаго для определения количества тучных клеток в препаратах, окрашенных альциановым синим-сафранином. Флуоресцентная микроскопия проводилась на микроскопе «ЛЮМАМ-ИЗ», спектрофотометрия осуществлялась с помощью фотометрической установки «ФМЭЛ-1А», соединенной с регистрирующим прибором, который дифференцированно в условных единицах оценивал эквиваленты содержания биоаминов. Статистическая значимость различий полученных показателей оценивалась по критерию Стьюдента ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. Гистамин, серотонин и катехоламины цитоспектрофлуориметрически выявлены в тучных клетках эндометрия и миометрия, эпителиальных клетках слизистой оболочки и в жидкости, заполняющей полость матки. В указанных структурах максимальное содержание исследуемых биоаминов от-

мечено в первые сутки после родов. В последующем их уровень начинает постепенно снижаться. Так, в тучных клетках эндо- и миометрия концентрация биогенных аминов достигает минимума на 10–15-е, в эпителиоцитах эндометрия – на 6–8-е сутки.

Начиная с третьих суток после родов, в мышечной оболочке начинают флуоресцировать отдельные симпатические нервные волокна. Через сутки, т. е. с четвертых суток, выявляются и во-кругсосудистые сплетения. В этот временной промежуток установлено минимальное содержание катехоламинов и серотонина в варикозных расширениях и межварикозных участках флуоресцирующих нервных волокон. Максимальный уровень нейромедиаторов отмечался на 10-е сутки. Статистический анализ соотношения уровня катехоламинов и серотонина в структурных элементах нервных волокон демонстрирует высокую степень линейной корреляции ($r = 0,80-0,98$).

Изменения плотности пространственного распределения тканевых базофилов имеют противоположную направленность – наименьшие значения этого показателя приходятся на первые сутки. В дальнейшем он значительно увеличивается – почти в 2 раза в эндометрии и в 4 раза в миометрии ($p < 0,05$). Данный факт может быть связан с отсутствием в миометрии в начале послеродового периода флуоресцирующих нервных волокон. Установлено, что денервация участков некоторых внутренних органов приводит к увеличению в них числа тканевых базофилов, компенсирующих, возможно, влияние нейромедиаторов [3].

Анализ коэффициента параметрической линейной корреляции между количеством серотонина и катехоламинов в тучных клетках эндометрия и миометрия матки демонстрирует увеличение силы связи данных параметров от средней (сразу после родов) до сильной (в теле матки к седьмым суткам, в шейке – к третьим). Ранговый корреляционный анализ выявил высокую взаимосвязь изменений содержания серотонина в эпителиальных клетках и тучных клетках слизистой оболочки ($R = 0,782$). Для гистамина коэффициент корреляции в аналогичной коррелопаре, характеризующей их взаимоотношения в эндометрии, составил 0,545 – в теле и 0,927 – в шейке органа. Сравнение изменений содержания серотонина и катехоламинов в нервных волокнах

и тучных клетках миометрия выявляет их отрицательную взаимосвязь ($R = -0,800-0,955$). При этом для изменений показателей плотности нервных волокон и тканевых базофилов характерна высокая положительная связь ($R = 0,961-0,998$).

Выводы. Учитывая, что серотонин и катехоламины являются одновременно синергистами и антагонистами, во многом определяющими баланс процессов анаболизма-катаболизма в ходе послеродовой инволюции матки, можно сделать предположение о восстановлении тканевого гомеостаза в теле органа к седьмым суткам, а в шейке – к третьим суткам после родов. Можно предположить активное участие тучных клеток в реконструкции тканей матки после родов.

Литература

1. Лычкова А. Э. Серотонинергическая регуляция эндокринной и мочеполовой систем. – М.: изд-во РАМН, 2014. – 468 с.

2. Особенности обмена катехоламинов в головном мозге и печени плодов и новорожденных крысят, развивающихся в условиях нарушения маточно-плацентарного кровообращения / Е. М. Мешкова, И. К. Томилова, И. В. Абрамова, Т. В. Кислякова // Вестн. Ивановской медицинской академии. – 2015. – Т. 20, № 1. – С. 18–22.

3. Швалев В. Н. Развитие морфоклинических представлений о нейротканевых связях: роль тучных клеток в нервной трофике // Казанский медицинский журн. – 2010. – Т. 91, №5. – С. 687–689.

РЕАЛИЗАЦИЯ С-КЛЕТКАМИ И ТКАНЕВЫМИ БАЗОФИЛАМИ НЕЙРОМЕДИАТОРНОГО БИОАМИНОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

И. Ю. Торшилова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Актуальность. Известно, что во время беременности на структуру и функции щитовидной железы (ЩЖ) огромное влияние оказывают гормоны яичников. В то же время ЩЖ создает условия для зачатия и нормального течения беременности. Доказано, что оптимальное соотношение биоаминов в микроокруже-

нии тироцитов обеспечивает в них баланс процессов анаболизма-катаболизма и способствует переходу одного уровня гомеостаза на другой. Это особенно актуально во время гормональной перестройки женского организма в период беременности. Однако ясного представления о механизмах взаимосвязи ЩЖ и яичников до настоящего времени нет. Отсутствуют сведения о характере изменений биоаминовой насыщенности и плотности пространственного распределения С-клеток и тканевых базофилов во время беременности.

Цель – выявляя внутриорганный комплекс биоаминового обеспечения (ВКБО) в ЩЖ самок крыс, установить активное участие С-клеток и тканевых базофилов в адаптации ЩЖ к беременности.

Материал и методы. Использовался комплекс гистологических, спектрофлуориметрических, гистохимических, морфометрических и компьютерно-статистических методов исследования ЩЖ крыс в различные сроки беременности. В частности, проведен микроспектральный анализ флуоресценции С-клеток и тканевых базофилов ЩЖ самок крыс после обработки глиоксильной кислотой по методу А. Bjorklund в модификации В. Н. Швалева. Применялась импрегнационная методика окрашивания С-клеток по Де Гранди и окрашивание в криостатных срезах альциановым синим-сафранином тканевых базофилов.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что особенностью первого дня беременности является снижение по сравнению с проэструсом, как уровнем сравнения, показателя линейной параметрической корреляции между содержанием серотонина и катехоламинов в С-клетках (0,58). Возникшее между ними нарушение баланса восстанавливается к четвертому дню (0,96). Корреляция сохраняется до конца беременности. Общее количество флуоресцирующих С-клеток превалирует на периферии ЩЖ, однако биоаминовая насыщенность выше в центральных регионах на протяжении всего периода наблюдения. Последовательный анализ показателей относительной биоаминовой насыщенности С-клеток показал её волнообразную тенденцию к снижению к концу беременности. Динамика изменения складывается из двух стадий. Выявлено, что в первую стадию беременности (1–10 дни) С-клетки, выводят катехоламины, выступая в качестве дополнительных продуцентов,

проявляя способность захватывать предшественников моноаминов и трансформировать их в зрелые формы. Вторая стадия (13–22 дни) характеризуется преобладанием выведения из С-клеток серотонина. Отмечающиеся на фоне угасания флуоресценции всплески её усиления по времени совпадают с аналогичными в структурах симпатических периваскулярных и парафолликулярных сплетений и приходятся на 4–7 и 16 дни.

Реакция тканевых базофилов в процессе адаптации ЩЖ к беременности тоже носит выраженный региональный характер. Выявляющееся преобладание флуоресцирующих тканевых базофилов и большая их биоаминовая насыщенность в центре ЩЖ, по сравнению с периферией, возможно, связана со значительным снижением функциональной активности тироцитов центральной зоны. Периоды увеличения содержания нейромедиаторов в этих клетках совпадают по времени с аналогичными в структурах нервных сплетений и в С-клетках. Кратковременное усиление транспортировки биоаминов по нервным волокнам и с помощью С-клеток призвано, по-видимому, оживить функциональную активность тироцитов. Но количество доставляемых биоаминов значительно выше потребности в них, поэтому «излишки» захватываются тканевыми базофилами для депонирования и дальнейшей инактивации, что проявляется в постепенном снижении в них уровня серотонина и катехоламинов к концу беременности. Морфологически это проявляется увеличением пространственной плотности распределения альцианофильных, то есть биоамининактивирующих, и уменьшением альдегидпозитивных, то есть биоаминдепонирующих, клеток. Подобное состояние в условиях сниженной функциональной активности ЩЖ можно объяснить необходимостью усиления процессов инактивации возникшего избытка биоаминов путем нейтрализации их гепарином. Немногочисленные альдегидпозитивные тканевые базофилы в первую стадию беременности депонируют в основном серотонин, во вторую – катехоламины. Однако соотношение между уровнем серотонина и катехоламинов в обе стадии остается жестко коррелируемым. Можно предположить, что тканевые базофилы являются перераспределителями содержания биоаминов между основными биоаминпозитивными структурами внутриорганного комплекса биоаминового обеспечения. Они создают оптимальное в сложив-

шейся рабочей ситуации соотношение концентрации серотонина и катехоламинов в микроокружении рабочих клеток ЩЖ, то есть тироцитов.

Выводы. Установлено, что биоамингистохимические и пространственные характеристики С-клеток и тканевых базофилов ЩЖ сопряжены с беременностью. Изменения пространственно-гистохимической характеристики биоаминпозитивных структур в процессе беременности имеет волнообразный характер, а также региональные особенности, проявляющиеся в достоверных отличиях их оценочных параметров для центральных и периферических регионов ЩЖ. Выявлена значительная степень положительных линейных корреляций между изменениями содержания серотонина и катехоламинов в тканевых базофилах и С-клетках, выраженность которой снижается во время беременности.

Литература

1. Виноградов С. Ю., Параскун А. А., Штойко М. А. Пространственная цитоархитектоника тканевых базофилов щитовидной железы в послеродовой период // Российский иммунологический журн. – 2016. – Т. 10(19), № 2. – С. 150–153.

2. Оценка хроносопряженности изменений плотности пространственного распределения тканевых базофилов и многофункциональных показателей щитовидной железы в послеродовом периоде / А. А. Параскун, С. Ю. Виноградов, М. А. Штойко, В. А. Черников // Медицинская иммунология. – 2017. – Т. 9. – С. 53.

НО-ОПОСРЕДОВАННОЕ ИЗМЕНЕНИЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ ТРОМБОЦИТОВ IN VITRO У КРЫС

Е. К. Голубева¹, О. А. Пахрова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

Актуальность. В механизмах свертывания крови важную роль играют тромбоциты, агрегационная способность которых зависит как от состояния сосудистой стенки, так и от гуморального состава плазмы. Важной научно-практической задачей, решение которой позволит не только охарактеризовать изменение

функциональной активности тромбоцитов, но и обосновать методы профилактики и коррекции нарушений гемостаза, является исследование его клеточных механизмов. Гуморальные факторы способны модулировать функциональные свойства тромбоцитов, влияя на их морфологию. Один из таких факторов – оксид азота (NO) [1]. Данные о характере и механизмах действия NO на тромбоциты во многом противоречивы, с чем связана необходимость дальнейшего изучения эффектов этого вещества.

Цель – выявить морфофункциональные признаки NO-опосредованного изменения активности тромбоцитов *in vitro* у крыс.

Материал и методы. В экспериментах использовано 16 беспородных крыс-самцов. Кровь забиралась из левого желудочка после вскрытия грудной клетки.

Тромбоцитарную плазму получали посредством центрифугирования крови при 1500 об./мин (10 мин). Плазму, богатую тромбоцитами, инкубировали в термостате при 37°C с нитропруссидом натрия (НПН) в конечной концентрации 100 мкмоль/л [2]. Исследовали изменение АДФ-индуцируемой агрегации тромбоцитов, их морфологических параметров, активности процессов перекисного окисления, осмотической резистентности тромбоцитов. Функциональная активность тромбоцитов оценивалась по их агрегационной способности с помощью оптической агрегометрии. Определялись такие показатели, как максимальная степень, время и скорость агрегации за первые 30 секунд. Морфометрия фотографий мазков, окрашенных азур-2-эозином по Романовскому, производилась с помощью программы анализа и обработки изображений. На основании результатов морфологического исследования определялся индекс омоложения тромбоцитов (ИОТр) [3]. В качестве критерия интенсивности перекисного окисления липидов использовалась концентрация малонового диальдегида, определяемая в реакции с тиобарбитуровой кислотой. Исследовалась осмотическая резистентность в 0,45%-ном растворе NaCl [4]. Для этого через 5, 10 и 20 минут экспозиции в гипотонической среде оценивалось изменение количества свободных тромбоцитов и агрегатов, индекса удлинения и площади клеток. Статистическая обработка результатов производилась с помощью электронных таблиц Excel и программы Statistica с расчетом t-критерия Стьюдента, непараметрических критериев

Манна – Уитни и Колмогорова – Смирнова. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. В результате воздействия 100 мкмоль/л НПН агрегационная активность тромбоцитов *in vitro* уменьшалась: максимальная степень агрегации снизилась до $4,91 \pm 2,49\%$ при $15,47 \pm 3,55\%$ в контроле ($p < 0,05$). Скорость агрегации имела отчетливую тенденцию к снижению. Наблюдалось уменьшение ИОТр на 27%. Это свидетельствует о меньшем количестве «молодых», активных форм тромбоцитов. Содержание МДА достоверно не изменялось, но прослеживалась тенденция к его повышению. Уменьшение количества свободных клеток через 5 минут воздействия гипотонической среды более выражено в контрольных препаратах, оно уменьшилось практически в 10 раз. Однако число тромбоцитарных агрегатов в опытных образцах возрастало значительно быстрее, превышая в 3 раза контрольный показатель к пятой минуте эксперимента. Индекс удлинения тромбоцитов, инкубированных с НПН, составил $0,382 \pm 0,020$ при $0,204 \pm 0,051$ в контроле ($p < 0,05$). Через 5 минут он существенно уменьшился, оставаясь на более низком уровне, чем в контроле, до окончания гипотонического воздействия, что может свидетельствовать о структурно-функциональных изменениях тромбоцитов, происходящих при участии NO и его производных. Контрольные параметры в динамике практически не изменялись. Площадь тромбоцитов, подвергнутых инкубации с НПН, в гипотоническом растворе значительно снизилась уже к 5-й минуте, вероятно, за счет элиминации поврежденных кровяных пластинок, и через 10 минут воздействия составила $4,53 \pm 0,19$ мкм² при $5,45 \pm 0,27$ мкм² в контроле ($p < 0,05$), что может быть связано с угнетением транспорта воды через мембрану.

Выводы. Установлено, что влияние оксида азота проявляется структурно-функциональными изменениями тромбоцитов, характерными для их ускоренного старения в результате повреждающего действия метаболитов NO и, как следствие, уменьшением агрегационной способности.

Литература

1. Cyclic guanosine monophosphate modulates accumulation of phosphodiesterase 5 inhibitors in human platelets / G. Bajraktari, J. Burhenne, P.

Bugert, W. E. Haefeli, J. Weiss // Biochem. Pharmacol. – 2017. – Dec 1, Vol. 145. – P. 54–63.

2. Влияние оксида азота на морфофункциональные характеристики тромбоцитов *in vitro* у крыс [Электронный ресурс] / Е. Л. Алексахина, Е. К. Голубева, О. А. Пахрова, И. К. Томилова // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 6. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=28203>.

3. Бондарь Т. П., Цатурян Е. О., Муратова А. Ю. Влияние состояния тромбоцитарного звена гемостаза матери на морфо-функциональные показатели тромбоцитов новорожденных // Медицинский вестн. Северного Кавказа. – 2012. – № 4. – С. 57–60.

4. Состояние тромбоцитарного компонента системы гемостаза у больных хроническими поражениями почек и артериальной гипертензией / Л. Е. Муравлева [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 1. – С. 134–139.

Оглавление

Раздел I. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ	3
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	
<i>Чельшева И. А., Герасимова Ю. А.</i>	3
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ	
<i>Дубравина В. В., Рогозян В. В., Цыгалова Н. А.</i>	5
АНАЛИЗ ПРИЧИН И КОМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПО ДАННЫМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	
<i>Сакова С. А., Фетисов С. Н., Гуцин А. С.</i>	8
ИНФОРМАЦИОННО-КОМПЬЮТЕРНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ УРОЛИТИАЗА	
<i>Шевырин А. А., Соломатников И. А.</i>	10
ОЦЕНКА УРОВНЯ НЕВРОТИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ	
<i>Смирнова А. В., Абдуллаева З. С.</i>	12
ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК 15–17 ЛЕТ	
<i>Филькина О. М., Воробьева Е. А., Малышкина А. И., Кочерова О. Ю.</i>	15
СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ И ПРЕАСТЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: ОСОБЕННОСТИ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА	
<i>Е. И. Амири, С. Е. Мясоедова, В. Ю. Манохин, И. П. Афанасьева, И. А. Петровская, А. В. Рыбин</i>	17
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРИ ОЧЕНЬ РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ	
<i>Барсемян О. К.</i>	19
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЧАСТЫХ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРВЫЙ ГОД ВОСПИТАНИЯ В ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬЕ	
<i>Кочерова О. Ю., Антышева Е. Н., Филькина О. М., Воробьева Е. А.</i>	22

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ГЛУБОКОНЕДО- НОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	
<i>Ананьева М. А., Чаша Т. В.</i>	24
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	
<i>Андреев А. В., Харламова Н. В., Песенкина А. А.</i>	27
АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ МАТЕРЕЙ, АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НОВОРОЖДЕН- НЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЭКСТРА- КОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ	
<i>Филькина О. М., Воробьева Е. А., Арехова З-Б. Ф., Долотова Н. В., Кочерова О. Ю., Семенов С. С.</i>	29
ВЛИЯНИЕ АСФИКСИИ ПРИ РОЖДЕНИИ НА ПАРАМЕТРЫ РЕТИКУЛОЦИТОВ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕН- НЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В ТЕЧЕНИЕ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА	
<i>Иваненкова Ю. А., Харламова Н. В., Кузьменко Г. Н.</i>	32
МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ	
<i>Малышева М. В., Кулида Л. В.</i>	34
Раздел II. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	37
ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ, К ПОСЛЕДУЮЩЕЙ АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	
<i>Корнилов Л. Я., Гудухин А. А., Самойлов А. С., Романова А. С., Березин М. В.</i>	37
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ИСХОД ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГИПЕРГЛИКЕМИИ, СРОКОВ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА	
<i>Линьков В. В., Гаранина Е. С., Завалий Л. Б., Лебедева Л. В., Точенов М. Ю.</i>	40
СЕСТРИНСКАЯ ПЕДАГОГИКА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬ- НЫХ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	
<i>Ласкарева Л. Н., Качанова Л. А.</i>	43

ВОЗМОЖНОСТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ В УЛУЧШЕНИИ КОНТРОЛЯ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У КУРЯЩИХ МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	
<i>Манюгина Е. А., Бурсииков А. В.</i>	45
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛЕЖНЯМИ	
<i>Качанова Л. А., Ласкарева Л. Н.</i>	48
ОТБОР ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ С УЧЕТОМ ОПАСНОСТИ РАЗВИТИЯ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИИ	
<i>Пайкова А. С., Фомин А. А.</i>	50
СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС КАК КОМПОНЕНТ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ	
<i>Рябчикова Т. В.</i>	52
ШКОЛА УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ПРОЛЕЖНЯМИ – СЛОЖНАЯ СЕСТРИНСКАЯ УСЛУГА	
<i>Качанова Л. А., Ласкарева Л. Н.</i>	54
ДИНАМИКА СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ НА ФОНЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ	
<i>Самсонова Т. В., Назаров С. Б., Магомедова Н. М., Чистякова А. А.</i>	56
ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	
<i>Ласкарева Л. Н., Качанова Л. А.</i>	59
Раздел III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕИНФЕКЦИОН- НЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	61
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ЛИЦ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	
<i>Мушников Д. Л., Васильева Т. П., Чих И. Д.</i>	61
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ	
<i>Кулигина М. В., Малышкина А. И., Песикин О.Н., Некрасова В. В.</i>	63

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИФФУЗНОЙ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ <i>Иваненкова А. М., Добрынина М. Л.</i>	66
ПРИМЕНЕНИЕ ТРЕХМЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ИДЕНТИФИКАЦИИ ТРАВМИРУЮЩЕГО ПРЕДМЕТА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ <i>Ерофеев С. В., Шишкин Ю. Ю., Федорова А. С., Шишкина А. Ю., Бурлаков С. Ю.</i>	68
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ ФАКТОРОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРУДА ВРАЧЕЙ-ОНКОЛОГОВ <i>Поляков Б. А., Мушников Д. Л., Козлов В. А., Стойловский М. И., Дрожжин Д. В., Фунтикова Е. Л.</i>	71
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ НАСЕЛЕНИЯ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ КАК ИНСТРУМЕНТ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ <i>Назарова О. А., Белова О. А.</i>	73
ВЛИЯНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК НА 2-Й СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕГЕНЕРАТА БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ НА РОСТОВЫЕ ПРОЦЕССЫ ПЛЕЧЕВЫХ КОСТЕЙ <i>Зинченко Е. В., Чистякова Ю. С., Шеховцова В. В.</i>	76
МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕНОЗНОГО ЭНДОТЕЛИЯ ПУПОЧНОГО КАНАТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ <i>Попова И. Г., Ситникова О. Г., Назаров С. Б., Проценко Е. В. .</i>	78
МОРФОГЕНЕЗ ГИДРОЦЕФАЛИИ ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ ВОДОПРОВОДА МОЗГА У НОВОРОЖДЕННЫХ <i>Проценко Е. В., Перетятко Л. П.</i>	81
РОЛЬ ПРОСТАЦИКЛИНА В ФУНКЦИОНИРОВАНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ <i>Фисюк Ю. А., Харламова Н. В.</i>	83
УЧАСТИЕ БИОГЕННЫХ АМИНОВ В ПРОЦЕССАХ ПОСЛЕРОДОВОЙ ИНВОЛЮЦИИ МАТКИ <i>Диндяев С. В., Касаткин Д. В.</i>	86
РЕАЛИЗАЦИЯ С-КЛЕТКАМИ И ТКАНЕВЫМИ БАЗОФИЛАМИ НЕЙРОМЕДИАТОРНОГО БИОАМИНОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Торшилова И. Ю.</i>	88
НО-ОПОСРЕДОВАННОЕ ИЗМЕНЕНИЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ ТРОМБОЦИТОВ IN VITRO У КРЫС <i>Голубева Е. К., Пахрова О. А.</i>	91

Научное издание

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ,
РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
И ТРАВМАМИ**

МАТЕРИАЛЫ

*VII Межрегиональной научно-практической конференции
с международным участием*

Подписано в печать 03.12.19. Формат 60×84 1/16.

Печ. л. 6,25. Усл. печ. л. 5,8. Тираж 100 экз.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»

Минздрава России

153012, г. Иваново, Шереметевский просп., 8

Тел.: (4932) 32-95-74

E-mail: rioivgma@mail.ru