

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

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

Департамент здравоохранения Ивановской области

Общероссийская общественная организация содействия развитию медицинской реабилитации «Союз реабилитологов России». Ивановское региональное отделение

Общероссийская общественная организация «Российское научное медицинское общество терапевтов». Ивановское региональное отделение

Всероссийское общество неврологов. Ивановское региональное отделение

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

*Материалы*

*III Межрегиональной научно-практической  
конференции врачей Центрального федерального округа  
с международным участием, посвященной 85-летию  
Ивановской государственной медицинской академии*

Иваново, 23–24 ноября 2015 г.

Редакционная коллегия:

доктор медицинских наук, доцент *А. Е. Баклушин*,  
доктор медицинских наук, профессор *И. Е. Мишина*

Ответственный редактор *В. В. Криштоп*

Сборник включает работы ученых из разных городов России и зарубежья, представленные 23–24 ноября на III Межрегиональной научно-практической конференции врачей Центрального федерального округа с международным участием, посвященной 85-летию Ивановской государственной медицинской академии «Актуальные вопросы профилактики, ранней диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с неинфекционными заболеваниями и травмами». Рассмотрены проблемы реабилитации пациентов с заболеваниями неврологического, кардиологического профиля, опорно-двигательного аппарата, вопросы организации реабилитации на амбулаторном и санаторно-курортном этапах.

Адресован врачам неврологам, кардиологам, специалистам в области восстановительной медицины, организаторам здравоохранения.

*Материалы публикуются в авторской редакции.*

---

Подписано в печать 16.11.2015. Формат 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>.

Печ. л. 11,75. Тираж 60 экз. Заказ 480.

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России  
153012, г. Иваново, Шереметевский просп., 8  
Тел: (4932) 32-95-74  
E-mail: rioivgma@mail.ru

Издательско-полиграфический комплекс «ПресСто»  
153025, г. Иваново, ул. Дзержинского, 39, оф. 307  
Тел.: 8-930-330-2670, 8-930-330-2650  
pressto@mail.ru, www.pressto-ipk.ru

# СОДЕРЖАНИЕ

## I. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

<b>Алексеева Н. Н., Бородина И. И., Галунина Л. И., Павлычева Е. В., Сергеева М. А.</b> Состояние здоровья детей Ивановской области, перенесших злокачественные лимфопролиферативные заболевания (острый лимфобластный лейкоз, болезнь Ходжкина, неходжкинские лимфомы) в свете медико-социальной экспертизы . . . . .	12
<b>Аухадеев Э. И., Бодрова Р. А., Иксанов Х. В., Погорельцев В. И.</b> Актуальные вопросы медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие ишемической болезни сердца в Республике Татарстан . . . . .	13
<b>Аухадеев Э. И., Бодрова Р. А., Иксанов Х. В., Мухаматдинов Р. Р.</b> Принципы медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие болезней системы кровообращения . . . . .	14
<b>Баклушина Е. К., Бурсикова Д. В., Пануева Н. Н.</b> Совершенствование информационного сопровождения пациентов с инсультами в процессе реабилитации . . . . .	16
<b>Белова Г. В., Севастьянова Г. И., Куприянова А. В., Федоренко Ю. А.</b> Анализ тактики ведения больных гипертонической болезнью, перенесших инсульт, в амбулаторных условиях участковым терапевтом . . . . .	17
<b>Богачева Т. Е., Гришина Т. Р., Калачева А. Г., Громова О. А.</b> Диагностика дизэлементозов с целью реабилитации преморбидных состояний . . . . .	19
<b>Гашимова С. Н. кызы, Лапочкина Н. П.</b> Особенности состояния оксидативного стресса при склероатрофическом лишене вульвы . . . . .	21
<b>Герасимов А. М., Садов Р. И.</b> Особенности фибринолиза эндометрия при различных вариантах гиперпластических процессов . . . . .	22
<b>Демидов В. И., Конкина Е. А.</b> Особенности локального ДВС-синдрома у умерших от инфаркта головного мозга и сахарного диабета . . . . .	24
<b>Диндяев С. В., Ромашин Ф. А., Кузнецова О. В., Касаткин Д. В., Урпицаев А. А.</b> Нейромедиаторные биогенные амины в системе регуляции матки . . . . .	26
<b>Джалалова П. М., Лапочкина Н. П., Томилова И. К.</b> Особенности локального оксидативного стресса при легкой интраэпителиальной неоплазии шейки матки . . . . .	27
<b>Козлов В. А., Поляков Б. А., Недавний Д. А., Стоеловский М. И., Мушников Д. Л.</b> Медико-организационные аспекты совершенствования ранней диагностики онкопатологии в первичном звене здравоохранения . . . . .	29
<b>Конкина Е. А.</b> Патоморфология клинически немых инфарктов головного мозга у умерших от ишемической болезни сердца . . . . .	30

<b>Кузнецова Е. Г., Вотякова О. И., Смирнова Т. Л., Морозова Н. А.</b> Влияние факторов риска на формирование и течение бронхолегочной дисплазии у детей . . . . .	32
<b>Лапочкина Н. П.</b> Реабилитация больных с онкологическими заболеваниями . . . . .	33
<b>Ласкарева Л. Н., Кузнецова Е. Ф., Рябчикова Т. В., Качанова Л. А.</b> Анализ показателей работы отделения гемодиализа нефроцентра г. Костромы, оказывающего помощь пациентам с хронической болезнью почек . . . . .	35
<b>Лихова И. Н., Баклушина Е. К., Белова В. В.</b> Контроль качества и условий оказания медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения на этапах медицинской реабилитации . . . . .	37
<b>Пахрова О. А., Владимирова Д. А.</b> Состояние лейкограммы крови при моделировании реабилитационных мероприятий на фоне острой тотальной гипоксии головного мозга у крыс . . . . .	38
<b>Писарев В. В., Карпова О. В.</b> Морфогенез послеоперационной невромы седалищного нерва крыс после экспериментального повреждения и влияния локальной резонансной вибрации . . . . .	40
<b>Поляков Б. А., Аюпов Р. Р., Мушников Д. Л.</b> Пути повышения эффективности профилактической работы участковых терапевтов . . . . .	42
<b>Поляков Б. А., Бабкин Ю. С., Мушников Д. Л.</b> Медицинская реабилитация пациентов андрологического профиля в условиях курорта . . . . .	43
<b>Постол И. И., Рунова О. С., Жданова Л. А., Шишова А. В.</b> Опыт работы отделения неотложной медицинской помощи в детской городской поликлинике . . . . .	44
<b>Рачкова О. В.</b> Особенности экспрессии факторов роста в структурных компонентах плаценты при хронической плацентарной недостаточности . . . . .	46
<b>Рогачева Н. К.</b> Проблемы взаимодействия врачей медико-социальной экспертизы и медицинских организаций . . . . .	47
<b>Русова Т. В., Жданова Л. А.</b> Пути повышения эффективности реабилитации детей с нарушениями здоровья . . . . .	48
<b>Рябчикова Т. В., Качанова Л. А., Ласкарева Л. Н.</b> Медико-организационная модель оказания сестринской помощи на участке . . . . .	50
<b>Салова М. Н., Жданова Л. А., Шишова А. В.</b> Возможности педиатра в реабилитации школьников с последствиями перинатальных поражений центральной нервной системы . . . . .	51
<b>Севастьянова Т. А., Бобошко И. Е., Рунова О. С., Журавлева И. В.</b> Обоснование путей комплексной реабилитации подростков 16–17 лет с учетом социальных факторов их дезадаптации . . . . .	54
<b>Синицина М. В., Терентьева О. И., Рунова О. С., Князева И. В.</b> Пути повышения качества оказания реабилитационной помощи детям на амбулаторном этапе за счет современных информационных технологий . . . . .	55

<b>Таланова И. Е., Борзова Н. Ю.</b> Особенности содержания IL-8 И RANTES при угрожающих преждевременных родах . . . . .	57
<b>Шнитков А. М., Рачкова О. В., Конкина Е. А.</b> Патоморфологические аспекты сердечной недостаточности у плодов и новорождённых при невынашивании беременности . . . . .	58
<b>Ястребцева И. П., Баклушина Е. К., Белова В. В., Оруджева С. К., Прохоров С. Н.</b> Возможности волонтерства в процессе реабилитации . . . . .	60

## II. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

<b>Александров М. В., Ушакова С. Е., Чернова Н. С., Кириченко Н. В.</b> Реабилитация пациентов после острого инфаркта миокарда, обусловленного коморбидной патологией . . . . .	62
<b>Алексеева Н. В., Основина И. П., Ельникова Т. В., Лямина Н. В.</b> Комплексное использование физических факторов в реабилитации больных с рассеянным склерозом . . . . .	63
<b>Ахророва Ш. Б., Ходжаева Д. Т., Худоёров К. Р.</b> Мониторинговая электростимуляция мимического нейромоторного аппарата в раннем восстановительном периоде у больных невритом лицевого нерва . . . .	64
<b>Баклушина Е. А., Иванова А. С., Белова В. В., Блеклов С. В., Ястребцева И. П.</b> Оценка эффективности применения комбинированной электромиостимуляции и механотерапии в постинсультной реабилитации . . . . .	65
<b>Блеклов С. В., Белова В. В., Ярченкова Л. Л., Вялкова С. В., Козлова М. В., Борокина Е. А., Баклушин А. Е., Ястребцева И. П., Дмитриев Е. В.</b> Результаты применения электромиостимуляции при реабилитации пациентов с радикулопатией и парезом стопы . . . . .	66
<b>Бодрова Р. А., Аухадеев Э. И., Рафикова А. Д.</b> Определение реабилитационного потенциала у лиц, перенесших травму спинного мозга . . . . .	67
<b>Бодрова Р. А., Кормачев М. В., Кучумова Т. В., Хайбрахманова Л. Ф., Каримова Р. Д.</b> Эффективность электростимуляции с биологической обратной связью в восстановлении нарушений мочеиспускания . . . . .	68
<b>Бодрова Р. А., Тихонов И. В., Кормачев М. В.</b> Оценка эффективности реабилитации нейрохирургических пациентов с позиций МКФ . . . . .	69
<b>Бугаевский К. А.</b> Практические аспекты физической реабилитации при апоплексии яичника . . . .	70
<b>Вялкова С. В., Блеклов С. В., Ястребцева И. П., Белова В. В., Николаева С. В.</b> Результаты медицинской реабилитации пациентов с постмастэктомическим синдромом . . . . .	73
<b>Горлов А. В., Ивкова С. В., Михайлов С. Н., Белов В. В., Шершавина Г. П., Фомина М. Н.</b> Возможности применения метода биологической обратной связи у кардионеврологических больных с нарушениями речи в областном центре медицинской реабилитации г. Оренбурга . . . . .	74

<b>Гумарова Л. Ш., Бодрова Р. А.</b> Комплексная коррекция трофологического статуса у лиц с травмами центральной нервной системы . . . . .	76
<b>Гумарова Л. Ш., Назипова А. Я., Зайцева А. Р.</b> Комплексная коррекция трофологического статуса у лиц, перенесших мозговую инсульт . . . . .	78
<b>Долгополов А. С., Бодрова Р. А., Гиниятуллина С. А., Рафикова А. Д., Садыков И. Ф.</b> Эффективность механотерапии с биологической обратной связью в реабилитации травматологических пациентов . . . . .	79
<b>Кирпичев И. В., Бражкин С. Е., Бережков И. В., Иванова О. Г., Клетиков В. А.</b> Оптимизация реабилитационных мероприятий у пациентов после первичного эндопротезирования тазобедренного сустава . . . . .	80
<b>Кирпичев И. В., Бражкин С. Е., Очаковский А. Ю.</b> Оценка комплаентности профилактики венозных тромбозомболических осложнений у пациентов после первичной артропластики тазобедренного сустава в амбулаторных условиях . . . . .	81
<b>Коняева В. В.</b> Анализ эффективности реабилитации больных, перенесших инсульт . . . . .	82
<b>Курчанинова М. Г., Касаткина А. В.</b> Междисциплинарный подход при функциональной и эстетической реабилитации детей с аномалиями развития челюстно-лицевой области в раннем школьном возрастном периоде . . . . .	84
<b>Мальков А. В., Кизеев М. В., Антипина С. Б.</b> Особенности санаторного этапа реабилитации детей с хроническими заболеваниями . . . . .	85
<b>Мишина И. Е., Гудухин А. А., Белова В. В., Довгалюк Ю. В., Суханова Д. С.</b> Базовые наборы Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для пациентов с хронической ишемической болезнью сердца . . . . .	87
<b>Мухарлямов Ф. Ю., Сычева М. Г., Рассулова М. А.</b> Современные технологии физической реабилитации у больных раком легкого . . . . .	88
<b>Мухарлямов Ф. Ю., Сычева М. Г., Рассулова М. А., Иванова Е. С.</b> Технологии немедикаментозной коррекции у пациентов с ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией и бронхиальной астмой . . . . .	89
<b>Нагибина А. А., Курчанинова М. Г., Ястребцева И. П., Хохлова А. А., Пухова Л. Д., Дуняков О. И.</b> Оценка эффективности реабилитации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения и дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава по данным компьютерной стабиллометрии . . . . .	90
<b>Нефедьева Д. Л.</b> Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья у недоношенных детей . . . . .	91
<b>Петров А. А., Михайлов С. Н.</b> Опыт применения методики DRX9000 в лечении грыж позвоночника . . . . .	93
<b>Пшеничникова Т. В., Ушакова С. Е., Будникова Н. В., Суханова Д. С.</b> Коррекция поведенческих факторов риска в области питания в реабилитации пациентов с ишемической болезнью сердца . . . . .	94

<b>Романчук С. В., Кириченко М. В., Шутемова Е. А., Назарова О. А.</b> Особенности организации и эффективность реабилитации больных после хирургических вмешательств на коронарных сосудах . . . . .	95
<b>Столярова Т. В., Голдобина Л. П., Галимова Е. С.</b> Эффективность магнитотерапии в реабилитации больных с артериальной гипертонией . . . . .	96
<b>Фокичева С. О., Ястребцева И. П., Гасанова С. М., Дерябкина Л. Ю.</b> Модальности стимулов при дифференцированном тренинге у пациентов с расстройством равновесия . . . . .	97
<b>Шавардина Е. С., Кириченко М. В., Шутемова Е. А., Орлов Р. Б.</b> Роль школы здоровья в реабилитации пациентов, перенесших интервенционные вмешательства на коронарных артериях . . . . .	98
<b>Ястребцева И. П., Баклушин А. Е., Белова В. В., Фокичева С. О., Золотарева А. А., Дерябкина Л. Ю., Малышкина Д. А., Григорян К. Г., Коновалова И. А., Исаева О. В.</b> Сравнение результативности традиционных и механизированных методов лечения пациентов с сочетанием речевых и двигательных нарушений при церебральной патологии . . . . .	100
<b>Ястребцева И. П., Исаева О. В., Баклушин А. Е., Белова В. В., Бочкова Е. А.</b> Опыт применения электронной программы «Software application ICF» в нейрореабилитации . . . . .	101

### III. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ

<b>Абрашкина Е. Д., Карманова И. В.</b> Возможность назначения варфарина с целью профилактики тромбэмболических осложнений у лиц старческого возраста с фибрилляцией предсердий . . . . .	103
<b>Алексахина Е. Л., Томилова И. К., Марфин Ю. С.</b> Новый подход к изучению гемостаза . . . . .	104
<b>Арсеничева О. В., Щапова Н. Н., Омельяненко М. Г., Куликов Ю. А., Кулешов Е. Б., Куняевский Г. М., Плеханова А. В., Аверьянов А. В.</b> Оценка эффективности системного тромболитизиса у больных тромбозом легочной артерии . . . . .	105
<b>Барсемян О. К., Смирнова И. И.</b> Особенности диагностики, течения беременности, родов и перинатальные исходы у женщин с гестационным сахарным диабетом . . . . .	106
<b>Батрак Г. А.</b> Ранний скрининг факторов риска и исследование микроальбуминурии как методы профилактики хронической болезни почек у больных сахарным диабетом 2 типа . . . . .	108
<b>Батрак Н. В., Малышкина А. И., Сотникова Н. Ю., Добрынина М. Л.</b> Клинико-лабораторные показатели женщин с угрожающим выкидышем и привычным невынашиванием беременности . . . . .	109
<b>Блинова К. А., Чикина Е. В., Лапочкина Н. П., Козлов В. А.</b> Факторы риска возникновения и ранней диагностики рака эндометрия . . . . .	111
<b>Виноградов А. А., Андреева И. В.</b> Ишемическое предсостояние как фактор профилактики некроза миокарда . . . . .	112

<b>Вотякова О. И., Блеклова Ю. О., Новожилова И. Ю., Власова М. С.</b> Дислипидемия – фактор сердечно-сосудистого риска в практике педиатра . . . . .	113
<b>Грязнова М. В., Лапочкина Н. П.</b> Факторы риска возникновения внематочной беременности . . . . .	114
<b>Жданова Л. А, Бобошко И. Е., Молькова Л. К., Нуждина Г. Н., Наумова А. А., Смирнова С. В.</b> Современные подходы к реабилитации детей в амбулаторных условиях . . . . .	116
<b>Иванова Е. С., Мухарлямов Ф. Ю., Сычева М. Г., Рассулова М. А.</b> Перспективные технологии коррекции функционального статуса у лиц с начальными проявлениями артериальной гипертензии и метеочувствительностью . . . . .	118
<b>Корнилов Л. Я., Мишина И. Е., Довгалюк Ю. В., Мазанко О. Е.</b> Возможности использования шкалы GRACE для оценки течения острого периода инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST . . . . .	119
<b>Кочерова О. Ю., Филькина О. М., Антышева Е. Н.</b> Особенности расстройств невротического спектра у детей раннего возраста в замещающей семье . . . . .	120
<b>Краснова Е. Е., Шлыкова О. П., Чемоданов В. В.</b> Диагностика и лечебно-реабилитационные мероприятия у детей с ДСТ-ассоциированной дисфункцией билиарного тракта . . . . .	122
<b>Лапочкина Н. П., Грязнова М. А., Рубашкина А. Н.</b> Эффективность оказания медицинской помощи женщинам с подозрением на онкологические заболевания и со злокачественными заболеваниями органов репродуктивной системы в условиях круглосуточного акушерско-гинекологического стационара . . . . .	124
<b>Лицова А. О., Малышкина Д. А., Перетятко Л. П., Малышкина А. И.</b> Клинико-морфологические особенности у женщин с лейомиомой матки при различных морфологических типах быстрого роста . . . . .	125
<b>Мандров С. И., Жданова Л. А., Виноградова И. С., Миленина И. В.</b> Перекисное окисление липидов и антиоксидантная активность при билиарном сладже у детей . . . . .	127
<b>Муромкина А. В., Назарова О. А.</b> Роль вариабельности ритма сердца в прогнозировании восстановления синусового ритма при пароксизмах фибрилляции предсердий . . . . .	128
<b>Новожилова И. Ю., Вотякова О. И., Купцова И. В.</b> Итоги профилактики йоддефицитных заболеваний у детей и подростков Ивановской области . . . . .	130
<b>Омельяненко М. Г., Шумакова В. А., Урусова Е. В., Манжос А. П.</b> Дисфункция эндотелия как маркер прогрессирования хронической болезни почек . . . . .	131
<b>Орлова С. Н., Калистратова Е. П., Колосова М. А., Уколова С. В., Воронина Л. Б.</b> Реабилитационные мероприятия у детей, перенесших острое респираторное заболевание со стенозирующим ларинготрахеитом . . . . .	132
<b>Романенко И. А., Валатина О. В., Корсун О. Ю., Гринштейн В. Б., Юдин И. В.</b> Профилактика сахарного диабета у пациентов с ранним нарушением углеводного обмена . . . . .	134

<b>Рустамова Э. К.</b> Диффузионно-взвешенные изображения в диагностике заболеваний головного мозга .....	135
<b>Сизова Л. В.</b> Недифференцированный периферический артрит в амбулаторной практике .....	137
<b>Силкина Н. Н., Савельева И. Е.</b> Анализ последствий врожденных и установочных кривошей .....	138
<b>Тентелова И. В., Андреева Д. В., Швагер О. В., Валиуллина Е. Ш.</b> Предикторы возможных сосудистых осложнений при артериальной гипертонии в практике врача-терапевта .....	140
<b>Уткина М. Н., Уткина Е. И.</b> Состояние вегетативной нервной системы у больных с сердечно-сосудистой патологией .....	140
<b>Халикова Н. А., Мишина И. Е., Михайловская Т. В., Забродина А. А., Кудряшова М. В.</b> Взаимосвязь параметров гемодинамики и степени восстановления неврологического дефицита у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий в остром периоде ишемического инсульта .....	141

#### IV. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

<b>Андреева Д. В., Тентелова И. В., Рупасова Т. И., Цветкова М. В.</b> Соотношение между скоростью клубочковой фильтрации и состоянием левого желудочка как ранний фактор поражения почек у больных артериальной гипертонией .....	142
<b>Борзова Н. Ю., Иваненкова Н. И., Добрынина М. Л.</b> Немедикаментозная терапия угрожающего привычного выкидыша .....	143
<b>Борута С. А., Блинова К. А., Белова В. В., Пчелинцева Е. В., Лапочкина Н. П.</b> Клиническая характеристика пациенток с постмастэктомическим синдромом .....	145
<b>Бурсиков А. В., Семенова О. В., Валиуллина Е. Ш.</b> Клинические и электрокардиографические предикторы наличия атеросклеротических бляшек брахиоцефальных артерий у пациентов с артериальной гипертонией .....	146
<b>Воронов С. Н., Венедиктов М. В., Лапочкина Н. П.</b> Современные тенденции в хирургической реабилитации женщин после радикального лечения рака молочной железы .....	148
<b>Жабурин М. В., Борзов Е. В., Соколов Р. О., Лопатин С. Б.</b> Реабилитация больных с вазомоторным ринитом в раннем послеоперационном периоде .....	149
<b>Жук Е. А., Мясоедова С. Е., Торкашова Е. В.</b> Ожирение и артериальная гипертензия у взрослых больных бронхиальной астмой .....	150
<b>Качанова Л. А., Семенова О. К., Ласкарева Л. Н., Рябчикова Т. В., Антипова Л. А., Каминская Н. В.</b> Качество жизни женщин, перенесших мастэктомию .....	151

<b>Качанова Л. А., Семенова О. К., Рябчикова Т. В., Ласкарева Л. Н., Малыгина А. С.</b>	
Влияние реабилитационных мероприятий на качество жизни пациенток после гистерэктомии . . . . .	153
<b>Колчанов В. М., Гусев А. В., Корнеевец М. А., Лапочкина Н. П., Борута С. А., Козлов В. А., Антуневич А. В.</b>	
Хирургическая реабилитация послеоперационных дефектов у больных с опухолями орофарингеальной зоны . . . . .	154
<b>Коняева В. В.</b>	
Венозная энцефалопатия при неврологической и соматической патологии . . . . .	156
<b>Корягина Н. В., Мясоедова С. Е., Торкашова Е. В., Аркин О. Б.</b>	
Ревматические заболевания суставов в аспекте полиморбидности . . . . .	158
<b>Краснова Е. Е., Чемоданов В. В., Балдаев А. А.</b>	
Оптимизация лечебно-реабилитационных мероприятий при острых бронхитах, протекающих на фоне дисплазии соединительной ткани, у детей раннего возраста . . . . .	159
<b>Ласкарева Л. Н., Качанова Л. А., Кузнецова Е. Ф., Рябчикова Т. В., Каминская Н. В.</b>	
Пути повышения качества медицинской помощи больным с хронической болезнью почек, получающим гемодиализ . . . . .	161
<b>Лопатин С. Б., Борзов Е. В., Соколов Р. О., Жабурина М. В.</b>	
Диагностика и лечение переломов костей носа . . . . .	163
<b>Макурова В. В., Дьяконова Е. Н., Воробьева Н. В., Ковалева Т. Э., Кутин В. А.</b>	
Особенности микроциркуляторных нарушений при хронической цереброваскулярной недостаточности и их коррекция . . . . .	164
<b>Малышкина А. И., Фетисова И. Н.</b>	
Роль фолатов в репродукции . . . . .	165
<b>Маслов А. С., Новиков А. Е., Основина И. П., Батуева Ю. В., Ребров С. А., Алексеева Н. В., Козляева О. Ю.</b>	
Применение лазерной гемотерапии в лечении больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения по ишемическому типу в острую фазу заболевания . . . . .	167
<b>Москвин С. В.</b>	
Почему в России не нужны импортные лазерные терапевтические аппараты для лечения и реабилитации больных? . . . . .	168
<b>Назарова А. В.</b>	
Клинико-иммунологические особенности ревматоидного артрита у женщин . . . . .	169
<b>Назарова А. О., Малышкина А. И., Козырина А. А., Назаров С. Б., Андреев К. П.</b>	
Особенности нейроэндокринной регуляции у женщин с угрожающими преждевременными родами . . . . .	170
<b>Овчарук Э. А., Лапочкина Н. П.</b>	
Постинфекционный аутоиммунный синдром как результат хронического эндометрита у пациенток с бесплодием и привычным невынашиванием беременности . . . . .	172

<b>Овчинникова И. В., Кизеев М. В., Мелентьева О. Н., Антипина С. Б.</b> Опыт психотерапии онкобольных на раннем этапе реабилитации . . . . .	173
<b>Овчинникова И. В., Садикова М. Д., Пчелинцева Е. В., Лапочкина Н. П.</b> Психотерапевтическое сопровождение женщин с онкопатологией молочной железы . . . . .	175
<b>Олешкевич В. В., Краснянский С. Р., Мельников Р. И., Корнелюк Д. С., Гончарук В. В.</b> Динамика неврологических симптомов у пациентов с инфарктом головного мозга при применении инфузионного пирасетама в дозах 12 и 2 г/сут . . . . .	177
<b>Смирнова С. В., Пчелинцева Е. В.</b> Теоретико-методологические направления реабилитации подростков с девиантным поведением в психиатрической практике . . . . .	178
<b>Соболев В. А., Ярославская Л. И., Ярославская М. А.</b> Роль совладающего поведения в психологической адаптации к заболеванию у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких . . . . .	179
<b>Солнышков С. К., Крайнева Л. П., Задорожный А. П.</b> Внутривенное применение бета-адреноблокаторов у больных острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе . . . . .	180
<b>Столярова Т. В., Голдобина Л. П., Галимова Е. С.</b> Применение галотерапии в реабилитации больных с бронхиальной астмой . . . . .	181
<b>Тычкова Н. В.</b> Комбинированная рефлексотерапия при перонеальной невропатии . . . . .	182
<b>Ушакова С. Е., Александров М. В., Будникова Н. В., Пайкова А. С.</b> Оценка качества лечения пациентов с хроническими формами ишемической болезни сердца в амбулаторных условиях . . . . .	184
<b>Хамидова З. Н., Шаджанова Н. С., Исмадова М. Н., Ахмедов Н. И.</b> Эффективность реабилитационной терапии при бронхиальной астме . . . . .	185
<b>Чемоданов В. В., Краснова Е. Е.</b> Тактика немедикаментозных воздействий на детей с соединительнотканной дисплазией . . . . .	187

# I. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ, ПЕРЕНЕСШИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ОСТРЫЙ ЛИМФОБЛАСТНЫЙ ЛЕЙКОЗ, БОЛЕЗНЬ ХОДЖКИНА, НЕХОДЖКИНСКИЕ ЛИМФОМЫ) В СВЕТЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Н. Н. Алексеева, И. И. Бородина, Л. И. Галунина, Е. В. Павлычева,  
М. А. Сергеева

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ивановской области»  
Минтруда России*

В последние 20–25 лет современное лечение опухолей (протокольное лечение на основе комбинации различных терапевтических методов (полихимиотерапии, лучевой терапии), хирургический метод) позволило достичь более 70% выздоровления детей от злокачественных лимфопролиферативных заболеваний (ЛПЗ). Стабилизация результатов на достаточно высоком уровне ставит актуальным вопрос о своевременной диагностике отдаленных последствий применявшейся у юных пациентов токсической терапии, которые в свою очередь могут приводить к нарушению функций организма и ограничению жизнедеятельности в более поздние непрогнозируемые периоды жизни.

Цель исследования – для выявления отдаленных последствий комбинированной терапии ЛПЗ было изучено состояние здоровья 33 детей Ивановской области, перенесших злокачественные заболевания лимфоидной системы в стадии I клинико-гематологической ремиссии 4 года и более:

- острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) – 24 ребенка (18 мальчиков, 6 девочек);
- неходжкинские лимфомы (НХЛ) – 4 мальчика;
- болезнь Ходжкина (БХ) – 5 детей (2 мальчика, 3 девочки).

Изучение медико-экспертной документации, проведение государственной услуги по оказанию медико-социальной экспертизы гражданам ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ивановской области» Минтруда России.

Из 33 обследованных 21 (63,6%) не являются инвалидами по основному заболеванию, 11 (33,3%) детей имеют категорию «ребенок-инвалид» по основному заболеванию в связи со сроком ремиссии менее 5 лет, 1 (3,1%) ребенок имеет инвалидность по последствиям и осложнениям терапии.

Так, у девочки с длительным сроком ремиссии ОЛЛ впоследствии развилась нейроэндокринная форма гипоталамического синдрома (ожирение III степени, артериальная гипертензия II степени, кожно-трофические нарушения) и миокардиодистрофия с недостаточностью кровообращения I степени, которые привели к стойким умеренным нарушениям функций эндокринной системы и метаболизма, сердечно-сосудистой системы и ограничению жизнедеятельности ребенка по категориям передвижения I степени, самообслуживания I степени. Развитие нейроэндокринной патологии в данном случае могло быть инициировано в том числе и неоднократным эндолумбальным введением высоких доз метотрексата и крани-

альным облучением, полученным в рамках протокольного лечения ОЛЛ. Миокардиодистрофия – результат терапии антрациклинами и алкилирующими агентами.

Также у обследуемых выявлено множество сопутствующей хронической патологии со стороны разных органов и систем, которая так же могла развиваться как осложнение протокольного лечения ЛПЗ, которая на момент освидетельствования имеет стойкие незначительные нарушения функций организма. Однако в более старшем возрасте не исключено прогрессирование данных заболеваний с нарушением качества жизни.

Таким образом, необходима длительная (пожизненная) диспансеризация данной категории больных всеми врачами-специалистами. Это дает возможность профилировать развитие инвалидизирующей патологии в дальнейшем. Это уникальная группа пациентов (детей и взрослых) представляет большой интерес в практическом и научном плане, так как в России длительное (пожизненное) наблюдение за излеченными в детстве от рака (в т. ч. от ЛПЗ) отсутствует.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

**Э. И. Аухадеев, Р. А. Бодрова, Х. В. Иксанов, В. И. Погорельцев**

*ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

*ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»  
Минздрава России*

При исследовании контингента инвалидов вследствие ишемической болезни сердца (ИБС) в Республике Татарстан большую его часть среди впервые признанных инвалидами составляют лица пенсионного возраста (53,88%), при этом преобладают инвалиды первой и второй групп. Эта структурная характеристика контингента и обуславливает наличие определенных особенностей их медико-социальной реабилитации.

Основные категории ограничений жизнедеятельности у инвалидов вследствие ИБС, учитываемые в качестве показаний к проведению реабилитационных мероприятий (в порядке убывания значимости): способность к передвижению, к трудовой деятельности, к самообслуживанию, у инвалидов молодого трудоспособного возраста – к обучению.

В систематических мероприятиях по реабилитации нуждаются все инвалиды. Преимущество отдается медицинской реабилитации и мерам по профилактике осложнений, прогрессирования заболевания. Предпочтительно систематическое поэтапное применение стационарной (полустационарной), санаторной и амбулаторной форм медицинской реабилитации, диспансерного наблюдения. В ряде случаев рекомендуется специальный медицинский уход на дому.

Дифференцированный подход к разработке программ индивидуальной реабилитации инвалидов вследствие ИБС базируется на определении показаний и противопоказаний для проведения конкретных мероприятий восстановительного лечения у всех инвалидов, по профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста с учетом противопоказаний и доступных (показанных) определенных видов и условий профессиональной деятельности, а также конкретных социально-средовых нарушений.

При составлении индивидуальной программы реабилитации выбираются прежде всего мероприятия, направленные на восстановление таких категорий жизнедеятельности, как передвижение, самообслуживание и трудовая деятель-

ность. Это комплексное этиопатогенетическое медикаментозное лечение, направленное на снижение и стабилизацию уровня липидов крови, улучшение коронарного кровотока и метаболизма миокарда, нормализацию и стабилизацию артериального давления, устранению и профилактике нарушений сердечного ритма, ликвидацию и профилактике прогрессирования сердечной недостаточности. К мероприятиям, способствующим восстановлению физической выносливости – физической работоспособности, относятся специальные методы лечебной физкультуры, физической тренировки на тренажерах, дозированная ходьба, физиотерапия и пр.

При формировании программы профессиональной реабилитации предпочтение отдается мероприятиям, направленным на трудоустройство пациентов в пределах сохраненных профессиональных знаний, навыков и стереотипов. Только при полной утрате профпригодности или профессиональной трудоспособности и при сохранности способности к обучению целесообразно направить усилия на приобретение инвалидом новой профессии.

При формировании программы социальной реабилитации следует иметь в виду, что преобладание лиц пожилого возраста и с тяжелыми группами инвалидности вызывает необходимость проведения мероприятий, направленных главным образом на компенсацию их самообслуживания, самостоятельного передвижения, обслуживания посторонними лицами, обучению использования техническими средствами реабилитации.

Вариант индивидуальной программы реабилитации инвалида. Диагноз: «Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения II ФК, постинфарктный кардиосклероз; атеросклеротический кардиосклероз нарушениями сердечного ритма, постинфарктная аневризма сердца; состояние после аортокоронарного шунтирования, аневризмэктомии; N I, II ст., функциональное состояние сердечно-сосудистой системы I–II ФК; умеренное нарушение функции сердечно-сосудистой системы».

Имеющиеся ограничения жизнедеятельности: ограничение способности к передвижению 1 ст.; к самообслуживанию 1 ст.; к трудовой деятельности – в пределах 1 ст.

Результатом проведенных реабилитационных мероприятий является достигнутый уровень интеграции инвалида в общество. Но он не всегда адекватно отражает реабилитационные возможности инвалида. Возможна высокая эффективность отдельных реабилитационных мероприятий в рамках реализации исходно низких реабилитационных возможностей, что не приводит к значительному повышению уровня интеграции инвалида в общество. Эффективность реабилитационных мероприятий оценивается в зависимости от степени реализации реабилитационного прогноза.

## **ПРИНЦИПЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

**Э. И. Аухадеев, Р. А. Бодрова, Х. В. Иксанов, Р. Р. Мухаматдинов**

*ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»*

*Минздрава России*

*ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»*

*Минздрава России*

Основной целью медико-социальной реабилитации инвалидов является их интеграция в общество. Для полноценного определения нуждаемости инвалидов в медико-социальной реабилитации необходимо ввести в практическую деятельность учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов

утвержденную федеральными нормативными актами единую кодификацию в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

В основе определения реабилитационных возможностей наряду с общепринятыми методами функциональной экспертной диагностики, направленной на определение степени выраженности функциональных нарушений, должны быть использованы специальные методы тестирования с применением функционально-диагностических проб, моделирующих различные виды нагрузок и жизнедеятельности. К таким методам относятся:

- комплексные клинко-инструментальные исследования функции сердечно-сосудистой системы при дозированных физических нагрузках, при нагрузках, имитирующих различные виды и режимы жизнедеятельности, различные условия окружающей среды;

- электрокардиография, ЭКГ-мониторирование, кардиоинтервалография, эхокардиография, спирозонометрия и другие методы изучения функции системы кровообращения при дозируемых по интенсивности и продолжительности физических и умственных нагрузок, моделировании нагрузок, режимов и условий, характерных для бытовой и профессиональной деятельности, экстремальных условий жизнедеятельности с повышенной или пониженной температурой окружающей среды;

- методы, позволяющие на анатомо-морфологическом уровне устанавливать степень нарушения и возможности восстановления определенных функций (электрокардиография, эхокардиография, рентгенологическое исследование, в том числе методы контрастной ангиокардиографии и компьютерная томография, ядерная магнитно-резонансная томография и др.);

- методы специального психологического тестирования, направленные на выявление установок на реабилитацию, труд, определение возможностей восстановления общения, способности к обучению и др.; на внедрение методов психофизиологического тестирования, касающегося определенных видов деятельности или конкретных профессий;

- эргономические исследования, определяющие возможности инвалида осуществлять свою жизнедеятельность, в том числе в конкретной профессии и условиях труда на основании данных комплексного физиологического обследования (по данным спирозонометрии и определения уровней энерготрат инвалида в процессе конкретных видов и условий жизнедеятельности).

В большинстве случаев можно признать закономерность: чем старше возраст, выше степень клинко-функциональных, профессиональных и социально-средовых нарушений, тем ниже реабилитационный потенциал. Между тем некоторые радикальные реабилитационные мероприятия, например эффективная операция по протезированию клапанов сердца и магистральных артерий, установка кардиостимулятора, создание специального рабочего места на производстве, специальное оборудование жилого помещения, предоставление специального автотранспорта, могут полностью нивелировать выраженные ограничения жизнедеятельности инвалида.

Интегральная оценка реабилитационного потенциала в отношении восстановления конкретных видов жизнедеятельности должна быть обобщенной и отражающей их уровень на основании четких количественных градаций показателей, полученных в результате комплексных исследований.

На основании определенного реабилитационного потенциала и анализа внешних факторов, влияющих на его реализацию, формулируется характеристика реабилитационного прогноза. Таким образом, реабилитационный прогноз представляет собой предполагаемую вероятность реализации реабилитационного по-

тенциала. Реабилитационный прогноз целесообразно определять относительно конкретных категорий жизнедеятельности.

Реабилитационный прогноз в основном зависит от нозологической формы и характера течения заболевания, степени выраженности функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности, реабилитационного потенциала, и предполагаемого влияния внешних факторов.

Итак, необходимым условием для оценки эффективности реабилитационных мероприятий в учреждениях медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов является применение единых классификаций, тестов, шкал, проб на всей территории Российской Федерации. Данное обстоятельство будет способствовать полноценной преемственности и взаимодействию всех структур занимающихся медико-социальной реабилитацией инвалидов.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТАМИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Е. К. Баклушина, Д. В. Бурсикова, Н. Н. Пануева**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Формирование приверженности пациентов с инсультами к реабилитации тесно связано с уровнем их медицинской информированности, особенно по вопросам, непосредственно связанным с различными аспектами реабилитационного процесса. Пациенты должны хорошо понимать цель, сущность и задачи отдельных направлений реабилитации, в том числе немедикаментозной (эрго-, кинезо-, физио-, психотерапии, логопедии) и свою роль в ней. Они должны иметь достаточные знания о различных показателях своего здоровья, которые являются индикаторами эффективности реабилитации. Выявление наиболее существенных пробелов в знаниях пациентов помогает медицинским работникам вести эффективную работу по повышению информированности и мотивации на успешную реабилитацию.

Цель исследования – изучить информированность пациентов с инсультами о различных аспектах реабилитации для совершенствования их информационного сопровождения в условиях стационара.

Исследование проводилось в условиях второго этапа реабилитации пациентов с инсультами на базе клиники ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России. Использовался социально-гигиенический метод полустандартизованного интервью на основе специально разработанного опросника, содержащего паспортную часть, позволяющего оценить медико-социальные и медико-биологические факторы, потенциально влияющие на информированность пациентов, специальную медицинскую часть (диагноз по МКБ и МКФ, реабилитационный прогноз) и блок вопросов для балльной оценки (по 5-балльной шкале), позволяющие изучить показатели информированности по различным аспектам реабилитации, а также выявить и оценить медико-социальные и медико-биологические факторы, потенциально влияющие на информированность пациентов.

На данном этапе исследования участниками являлись лица, перенесшие инсульт, и поступившие на второй этап реабилитации в условиях стационара (n = 80). Исследование проводилось в день поступления и в день выписки, во время пребывания в клинике с пациентами проводилась работа по повышению их информированности с учетом полученных исходных данных.

Для понимания необходимости информирования пациентов нами были изучены их уровни медицинской активности, связанной с выполнением полученных медицинских рекомендаций, по данным самооценки. Наиболее высокие уровни отме-

чены в отношении выполнения рекомендаций по профилактике лечению и реабилитации (4,52 и 4,56 балла соответственно). Несколько хуже была ситуация с выполнением рекомендаций по диагностике и профилактике заболеваний (4,27 и 4,15 балла соответственно), однако наиболее неблагоприятная тенденция отмечена в отношении рекомендаций по модификации образа жизни (3,8 балла).

Можно также отметить недостаточный исходный уровень понимания пациентами роли их собственной медицинской активности и информированности в эффективной реабилитации (3,81 балла). Наиболее низкие уровни исходной информированности пациентов отмечались в отношении факторов модификации образа жизни (в том числе оптимальной физической активности, питания, режима дня и отдыха, вредных привычек), малопонятной для большинства участников исследования остаются кинезо- и эрготерапия. Вызывает определенное беспокойство, что достаточно часто пациенты указывали на отсутствие необходимых знаний об оптимальном для них весе и путях его снижения (при необходимости), показателях крови и функциональных показателей.

Проведенная в клинике работа позволила повысить информированность пациентов практически по всем изучаемым показателям. В наибольшей степени это касалось оптимальной физической активности (динамика составила 18%), роли психотерапии в реабилитации (12,5%), способов нормализации веса (14,6%), способов борьбы со стрессами (13%), сексуальной активности (25%), контроля за показателями крови (холестерина, липопротеидов, сахара – 10,5%), питьевого режима (10,6%).

Однако остались позиции, по которым динамика повышения информированности была явно недостаточной – это касалось, прежде всего, понимания роли физио-, эрго- и кинезотерапии (1,05, 4,9 и 2,5% соответственно), логопедической помощи (2,3%), диеты (1,05%), способов борьбы с вредными привычками (3,5%).

Проведенное исследование позволило оценить состояние и динамику медицинской активности и информированности пациентов по различным аспектам и направлениям реабилитации и выявить наиболее значимые для эффективной реабилитации пробелы в знаниях. Проводимое в стационарных условиях информационное сопровождение процесса реабилитации является необходимым ее компонентом. Однако в настоящее время необходимо разработать наиболее оптимальные формы и методы информирования с учетом индивидуального уровня пациента и общих тенденций.

### **АНАЛИЗ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ, В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ УЧАСТКОВЫМ ТЕРАПЕВТОМ**

**Г. В. Белова, Г. И. Севастьянова, А. В. Куприянова, Ю. А. Федоренко**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Инсульт является актуальнейшей медико-социальной проблемой во всем мире и в России в силу своей распространенности и тяжелых последствий. В подавляющем большинстве случаев инсульт – это мозговое осложнение наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний, прежде всего артериальной гипертензии (АГ).

Цель исследования – изучить тактику ведения, лечения и диспансерного наблюдения больных гипертонической болезнью (ГБ), перенесших инсульт, в условиях городской территориальной поликлиники.

Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт больных ГБ, находившихся под диспансерным наблюдением у участковых врачей территориальной поликлиники, перенесших мозговой инсульт в 2013–2014 г. Были проанализированы 76 амбулаторных карт 47 женщин (61,8%) и 29 мужчин (38,2%), больных ГБ, среди них преобладали пациенты в возрасте от 50 до 70 лет (средний возраст  $64,00 \pm 2,36$  года). На момент инсульта у всех больных была III стадия ГБ.

Анализ амбулаторных карт позволил выявить время с момента первичной регистрации повышения АД у больных до постановки диагноза ГБ. Данный промежуток времени колебался от 1 до 23 лет (в среднем  $5,7 \pm 2,7$  года). Промежуток времени от момента постановки диагноза ГБ до взятия больного под диспансерное наблюдение составил в среднем  $4,3 \pm 1,4$  года (от 1 до 14 лет). Промежуток времени с момента регистрации повышенного АД до возникновения инсульта –  $9,00 \pm 1,92$  г. Факторы риска (ФР) развития АГ имели 100% больных.

Основными жалобами, которые фиксировались в амбулаторной карте при обращении к терапевту, были головная боль (52,2% явок), головокружение (28,5%), слабость (32,5%), утомляемость (32,6%), снижение работоспособности (32,4%). Однако в последние 3–5 лет до инсульта жалобы на головную боль отмечались уже в 100% явок, на головокружение – в 87,2%, на слабость – в 74,3% явок. Детализация данных жалоб отмечена только в 8% явок, в остальных записях жалобы не детализировались. Описание неврологического статуса в записях участкового терапевта до перенесенного инсульта с указанием координационных проб отсутствовало.

При лечении больных в течение последних 3–5 лет наблюдения до инсульта назначались все основные группы гипотензивных препаратов. По частоте назначения на первом месте ингибиторы АПФ – 65,8% больных, на втором  $\beta$ -адреноблокаторы – 33,9%, на третьем диуретики – 32,9%, на четвертом антагонисты кальция – 25,0%, на пятом блокаторы рецепторов ангиотензина II – 18,4%. Комбинированная терапия назначалась 67 пациентам (67,8%), препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК) – 26 (33,9%), статины – 12 (15,8%). После перенесенного инсульта все пациенты по рекомендации невролога получали ноотропные, вазоактивные и нейропротективные препараты. Частота назначения препаратов АСК после инсульта увеличилась до 65,8% (50 больных), статинов – до 50% (38). Только в 4 проанализированных нами амбулаторных картах рекомендации по коррекции ФР нашли отражение до инсульта (5,3%), после перенесенного инсульта – в 36 (47,3%). Все случаи касались рекомендаций по питанию. Отметка о нерегулярном приеме лекарственных препаратов и несоблюдение рекомендаций врача присутствовала в 49% записей участковых терапевтов до перенесенного инсульта и в 68% записей после него.

Следовательно, одной из основных проблем в настоящее время остаётся несвоевременная постановка диагноза ГБ и взятие больного под диспансерное наблюдение, что приводит к неадекватному контролю АД и развитию сердечно-сосудистых осложнений, таких как ОНМК. Промежуток времени с момента регистрации повышенного АД до возникновения инсульта по результатам анализа амбулаторных карт составил в среднем около 9 лет. Увеличился процент жалоб на головные боли и головокружение за 3–5 лет до инсульта. При лечении больных ГБ использовались все группы современных лекарственных гипотензивных препаратов и их комбинации. После перенесенного инсульта увеличилась группа пациентов, получающих комбинированную гипотензивную терапию, препараты АСК и статины. Однако даже после перенесенного инсульта сохраняется низкий уровень приверженности пациентов к лечению.

## **ДИАГНОСТИКА ДИЗЭЛЕМЕНТОЗОВ С ЦЕЛЬЮ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРЕМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ**

**Т. Е. Богачева, Т. Р. Гришина, А. Г. Калачева, О. А. Громова**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Одной из форм преморбидного нарушения здоровья являются нарушения микронутриентного статуса. По данным А. В. Скального, 2/3 взрослых и 3/4 детей могут быть отнесены в группы риска по гипозлементозам. В нашей стране широко распространены дефициты магния, цинка, йода, селена, кальция и ряда других макро- и микроэлементов. В то же время баланс микроэлементов не всегда отрицательный, дефицитный. Распространенность избытка химических элементов составляет от 1/10 до 1/6 части всех дисэлементозов. У людей, проживающих в различных регионах России, часто встречается избыток не только токсичного свинца, кадмия и алюминия, но и превышающие норму концентрации ванадия, никеля, хрома, молибдена, бора, меди, фтора и др. Как известно, реализация физиологических механизмов адаптивной перестройки организма в различных климатогеографических и экологических условиях сопровождается сдвигами элементного гомеостаза и возникновением гипер- и гипозлементозов, что является актуальным в настоящее время.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей состояния элементного гомеостаза молодых людей 19–25 лет, проживающих на территории Ивановской области, для оценки распространенности дисэлементозов, как преморбидных форм нарушения здоровья.

В исследовании участвовало 144 молодых человека, обучающихся в Ивановской государственной медицинской академии в возрасте от 19 до 25 лет. У всех исследуемых методом атомной эмиссионной спектроскопии с индуктивно-связанной плазмой проведено определение содержания 41 химического элемента в пробах волос и их сравнение с интервалами нормальных значений химических элементов по данным ВОЗ (Скальный А. В., 2003). Для статистической обработки материала использовался прикладная программа «STATISTICA 6.0».

Результаты обследования показали, что у молодых людей, проживающих на территории Ивановской области, среднее содержание большинства элементов в волосах обследованных находится в пределах интервалов нормальных значений. Однако при сопоставлении средних значений содержания элементов в волосах с их референтными значениями установлено, что у испытуемых имеется низкая обеспеченность Mg, Se, содержание которых находится на нижней границе диапазона нормальных значений, и дефицитное состояние по Co, Mo, концентрация которых определяется за пределами нижней референтной границы, а также избыточное содержание Na, Ba, Br, B, средние значения которых превышает верхнюю границу нормы по ВОЗ.

Распределение юношей и девушек по содержанию магния в волосах показало, что максимальное значение уровня магния в диапазоне 51–120 мкг/г определялось только у 14,29% девушек и 27,3% юношей, а у 74,28% девушек и 54,5% юношей находится в нижнем сегменте референтных значений (в диапазоне 25–50 мкг/г). Содержание кобальта в волосах в диапазоне нормальных значений (0,05–0,5 мкг/г) не определяется ни у одного исследуемого, что составляет истинный дефицит кобальта у 100% исследуемых людей. Распределение юношей и девушек по содержанию селена показывает, что у 75,76% юношей и 62,86% девушек уровень селена в волосах находится на нижней границе нормы в диапазоне 0,5–1 мкг/г и только у 6,06% юношей и 7,14% девушек содержание селена находи-

лось в диапазоне оптимальных значений (от 1,01–1,5 мкг/г). Концентрация молибдена в волосах в диапазоне референтных значений (0,02–0,15 мкг/г) определяется только у 9,09% юношей и 2,86% девушек. Анализ индивидуальных элементограмм показал, что частота избытка натрия в волосах (выше 1000,0 мкг/г) у юношей встречается в 100% случаев, из которых 51,5% имели концентрацию натрия в 1,5 раз выше верхней референтной величины, а 48,5% в 1,93 раза превышали нормативные показатели. Гиперэлементоз натрия у девушек составил 95,71% случаев, из которых 38,6% имели уровень натрия в 1,94 выше нормы, и только в 4,29% случаев находится на верхней границе интервала нормальных значений для элемента по ВОЗ.

Таким образом, распространенность истинных дефицитных состояний по анализам волос у исследуемых образуют в порядке убывания ряд: Co (100% у всех молодых людей) > Mo (97,14% у юношей, 90,91% среди девушек,) > Se (30% у девушек, 18,8% среди юношей) > Mg (18,18% у юношей, 11,43% среди девушек) > P (18,57% у девушек, 9,09% среди юношей). Кроме дефицитов было определено и избыточное содержание микроэлементов в волосах добровольцев, которые представлены в порядке возрастания: P (4,2% у девушек, 12,2% среди юношей) < Al (30% у девушек, 12,12% среди юношей) < B (75,76% у юношей, 77,14% среди девушек) < Na (95,71% у девушек, 100% среди юношей) < Br (97,14% у девушек, 100% среди юношей) < Ba (100% у всех молодых людей).

Полученные данные согласуются с известными фактами о биохимических провинциях, затрагивающих Ивановскую область, как селен- и кобальтдефицитной провинции (Куприяновская А. П., 2005). Низкая обеспеченность магнием, вероятно, обусловлена невысоким содержанием элемента в пищевом рационе и часто возникает по принципу антагонизма с другими элементами. Это может быть связано с избытком бария и алюминия (Спасов А. А., 2000), натрия (Гришина Т. Р., 2007). Также дефициту магния способствуют стрессовые факторы взросления, переезд из маленьких городов в большие к месту учебы, перенаселение, начало потребления пива, алкоголя, наркотиков, курение (Ребров В. Г., Громова О. А., 2008). Высокое содержание натрия и брома обусловлено пищевыми традициями избыточного потребления поваренной соли в «цивилизованных популяциях». Барий может поступать при употреблении консервированной и лиофилизированной пищи. Бор содержится в керамических изделиях, а также в эмалевых покрытиях посуды из чугуна и стали, консервантах для рыбных и мясных продуктов, лекарственных препаратов. Накопление алюминия встречается при использовании воды, не прошедшей очистки, алюминиевой посуды, употребление продуктов с пищевыми красителями E-541, 554, 556, 559, растениями, выращенными на кислых почвах (Ревич Б. А., 1996). Кроме того, накопление натрия и элементов токсического и условно-токсического действия может повышать расходование жизненно важных элементов Mg, Co, Se, Mo и может быть причиной снижения их содержания в биосубстратах (Гришина Т. Р., 2007). Это создает условия для еще большей аккумуляции токсикантов, замыкая порочный круг дизэлементоза. В результате роль эссенциальных элементов, участвующих в реализации адаптационных механизмов уменьшается, и увеличивается потребность в них.

Полученные факты можно расценивать как показатели повышенной напряженности регуляторных механизмов, снижении функциональных резервов организма студентов, находящихся в состоянии психофункционального напряжения, что можно считать преморбидной формой нарушения здоровья, ведущей к повышению заболеваемости. Выявленные изменения элементного профиля значимы для психического и физического здоровья людей, и имеет важное практическое значение для профилактики и коррекции дизэлементозов.

## ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА ПРИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОМ ЛИХЕНЕ ВУЛЬВЫ

С. Н. кызы Гашимова, Н. П. Лапочкина

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России

По решению 9-го конгресса Международного общества по изучению заболеваний вульвы склероатрофический лихен относится к дистрофическим заболеваниям. Частота заболевания составляет 1% женщин (Сосновский А. Т., Яговдик Н. З., Белугина И. Н., 2001; Роузвиза С. К., 2004; Дворников А. С., Круглова Л. С., 2005). Подъемы заболеваемости отмечаются в препубертантном, пери- и постменопаузальном возрасте (Макаров И. О., Чулкова Е. А., Шешукова Н. А., Макарова И. И., 2012). В последние годы отмечается неуклонная тенденция к росту заболеваемости (Сосновский А. Т., Яговдик Н. З., Белугина И. Н., 2001; Дворников А. С., Круглова Л. С., 2005).

В патогенезе развития склероатрофического лихена придают значение следующим факторам: нейроэндокринному, изменению иммуноаллергической реактивности, инфекционному. В патогенезе САЛ имеет значение нарушение микроциркуляции, эластичности и тонуса периферических сосудов (Дворников А. С., Круглова Л. С., 2005).

Заболевание, начавшееся в климактерический период или период менопаузы, принимает упорный рецидивирующий характер и заканчивается дистрофией вульвы.

Существует учение о дисфункции эндотелия, определяемое как дисбаланс между факторами, обеспечивающими сосудистый тонус, пролиферацию клеток сосудистой стенки, гемостаз и миграцию клеток в сосудистую стенку. В настоящее время установлено, что ткани, пораженные воспалением, образуют повышенное количество супероксидного радикала и NO. Общей основой всех этих явлений является биологическое или химическое действие кислородных свободных радикалов и производных NO. При инфекционных заболеваниях образуются NO и супероксид, становятся медиаторами воспаления и модифицируют белки и повреждают нуклеиновые кислоты, тем самым играют важную роль в развитии и патогенезе заболеваний.

Дистрофия вульвы – одно из наименее изученных заболеваний женской половой сферы, в этиопатогенезе и лечении которого много белых пятен. Однако в литературе отсутствуют данные об особенностях перекисного окисления липидов у женщин, страдающих склероатрофическим лихеном.

Цель исследования – оценить состояние перекисного окисления липидов и эндотелиальной функции у больных лихеном вульвы.

Всего обследованы 80 женщин с лихеном вульвы в постменопаузальном возрасте. Из них 40 больных составили исследуемую группу, 20 практически здоровых женщин. Возраст обследованных женщин в группах достоверно не отличался (иссл. гр. –  $58,00 \pm 1,38$  года; к. гр. –  $56,00 \pm 2,13$  года;  $p > 0,05$ ).

Был тщательно собран анамнез, выполнен бимануальный ректовагинальный осмотр, выполнены мазки на флору, онкоцитологическое исследование и на ИППП – Chlamydia trachomatis, Micoplasma urealiticoum, Ureaplasma urealyticum, ВПЧ, Trichomonas vaginalis, расширенная кольпоскопия вульвы с биопсией и гистологическим исследованием полученного материала. Также выполнено исследование перекисного окисления липидов в венозной крови и определение количества циркулирующих в крови десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ).

С целью определения уровня метаболитов оксида азота в крови забор крови производился утром натощак в свободный от приема экзогенных нитратов период,

составляющий 16–18 часов. Для определения содержания нитрит-ионов в крови (цельной крови, эритроцитах) после предварительного осаждения белков сульфатом цинка использовалась реакция диазотированной сульфаниловой кислоты с L-нафтиламином и образование азокрасителя красного цвета (Анотонов Б.И., 1989; Флананган Р. Дж., Брейтуэйт Р. А., Браун С. С., Уиддон Б., де Вольф Ф. А., 1997). Интенсивность окраски, пропорциональную концентрации нитрит-ионов, измеряли на спектрометре при длине волны 540 нм. Определение уровня L-аргинина в плазме осуществлялась методом тонкослойной ионообменной хроматографии с последующей денситометрией (Яровая Г. А., Доценко В. Л., Заболоцкий Н. Н. и др., 1992). Количественная характеристика уровня L-аргинина представлялась графически, концентрация – рассчитывалась по формуле. Определение количества циркулирующих в крови десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) осуществлялось методом Хладовека (1978).

Все обследованные пациентки были жителями города, имели среднее, среднее специальное (иссл. гр – 50%; контр. гр. 54%;  $p > 0,05$ ) или высшее образование (50%; 46%;  $p > 0,05$ ), все были замужем, не работали ввиду пенсионного возраста, вредных привычек не имели. Менструальная функция без особенностей. Половая жизнь у всех пациенток была в возрасте после 18 лет. Все женщины рожали. Гинекологические заболевания в виде миомы матки (иссл. гр. – 20%; к.гр. – 10%;  $p < 0,05$ ), травма промежности в родах эпизио-, перинеотомия и перинеография чаще были у пациенток с лихеном вульвы (10%;  $p > 0,05$ ). Всем пациенткам была выполнена кольпоскопия вульвы с биопсией, гистологически подтвержден лихен вульвы.

В результате исследования десквамированных эндотелиальных клеток в венозной крови выявлено достоверное увеличение ДЭК у больных лихеном вульвы в сравнении с пациентками контрольной группы ( $5,000 \pm 0,574$  Шт/л  $\text{пл} \cdot 10^5$ ;  $3,00 \pm 0,34$  Шт/л  $\text{пл} \cdot 10^5$ ;  $p < 0,01$ ). На функцию эндотелия сосудов, клеточных мембран большое влияние оказывает свободнорадикальное окисление. На основании полученных результатов выявлено снижение цитрулина в венозной крови у больных ( $6,483 \pm 0,901$ ;  $7,180 \pm 0,481$  соотв.;  $p > 0,05$ ), малонового диальдегида ( $6,728 \pm 0,451$  нм/л;  $7,5 \pm 0,786$  нм/л соотв.;  $p > 0,05$ ),  $S_{\max}$  ( $271,250 \pm 7,275$ ;  $335,5 \pm 0,849$ ;  $p < 0,0001$ ) и увеличение нитрит-ионов ( $1,88 \pm 0,018$  ммоль/л;  $1,75 \pm 0,76$  ммоль/л;  $p > 0,05$ ).

У больных лихен вульвы происходит снижение активности перекисного окисления липидов (снижение МДА) со снижением антиоксидантной защиты (уменьшение  $S_{\max}$ ), увеличение нитрит-ионов, отражающие изменения на уровне клетки в виде деструкции клеточных мембран и нарушения компенсаторно-приспособительной реакции организма.

## **ОСОБЕННОСТИ ФИБРИНОЛИЗА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ**

**А. М. Герасимов, Р. И. Садов**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»*

*Минздрава России*

*ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт*

*материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России*

Актуальность проблемы гиперпластических процессов эндометрия определяется не только высокой частотой их встречаемости в структуре гинекологической патологии и сопровождающими их нарушениями менструальной функции и снижением качества жизни, но и возрастающим потенциальным риском развития рака

эндометрия. Простая гиперплазия эндометрия без клеточной атипии переходит в рак примерно в 1% случаев, полипы в 3%, простая гиперплазия с клеточной атипией прогрессирует в рак в 8% больных, а сложная атипическая гиперплазия в 29% случаев. В настоящее время рак эндометрия по частоте встречаемости занимает второе место (после рака молочной железы) среди онкогинекологических заболеваний, причем показатели частоты встречаемости и заболеваемости имеют тенденцию к росту, что придает данной патологии несомненную социальную значимость. Однако прямой связи с гистологической структурой гиперпластического процесса и риском развития рака эндометрия выявить не удаётся. Поэтому актуальным остаётся поиск прогностических критериев, которые могли бы предсказать потенциальный риск малигнизации гиперплазии и своевременно пересмотреть тактику лечения больных. В последнее время наблюдается трансформация взглядов на патогенез пролиферативных заболеваний гормонозависимых органов и тканей. На смену доминировавшей “дисгормональной” концепции приходит понимание того, что молекулярную основу их развития составляют множественные туморогенные сигнальные процессы, претерпевающие изменения на местном уровне. Согласно этим представлениям, гиперплазия эндометрия сопряжена с изменением в частности активности плазминовой системы, которая выступает при данной патологии как ремодулятор межклеточного матрикса, регулирует неопластический процесс и определяет инвазивный потенциал ткани.

Целью исследования являлось изучение связи фибринолитической активности эндометрия и различных видов гиперпластических процессов.

Для оценки общей активности плазминовой системы использовался метод фибриновых пластинок, предложенный Т. Astrup, S. Mullertz, H. Lassen. Принцип метода состоит в визуальной регистрации степени растворения фибринового сгустка, приготовленного в виде тонкой пластинки, нанесенной на него исследуемой пробой. Обследовано 56 женщин, поступавших для проведения гистероскопии, показаниями к которой послужили anomальные маточные кровотечения. Женщины были объединены в 2 группы: I группа (контрольная) – 18 женщин, у которых при гистологическом исследовании эндометрия было выявлено соответствие слизистой оболочки полости матки дню менструального цикла. II группа – 38 женщин с различными видами гиперпластических процессов в эндометрии, из них: 16 пациенток (42,1%) – полипы, 10 пациенток (26,3%) – простая гиперплазия без атипии, 3 пациентки (7,9%) – сложная гиперплазия без атипии (аденоматоз), 3 пациентки (7,9%) – аденокарцинома.

В I группе ФА эндометрия составила  $54,7 \pm 6,62 \text{ мм}^2$  (от 28,3 – до 125,6  $\text{мм}^2$ ). Во II группе, средний показатель ФА составил  $120,99 \pm 6,65 \text{ мм}^2$ . У пациенток с полипами ФА составила  $103,55 \pm 4,95 \text{ мм}^2$  (от 62,6 до 134,2  $\text{мм}^2$ ,  $p < 0,05$  к контролю), с простой гиперплазией (ГЭ) без клеточной атипии –  $122,51 \pm 10,3 \text{ мм}^2$  (от 54,8 до 159,3  $\text{мм}^2$ ,  $p < 0,05$  к контролю), с аденоматозом –  $138,55 \pm 15,87 \text{ мм}^2$  (от 107,8 до 160,7  $\text{мм}^2$ ,  $p < 0,001$  к контролю), с аденокарциномой –  $214,7 \pm 12,1 \text{ мм}^2$  (от 198,6 до 238,4  $\text{мм}^2$ ,  $p < 0,001$  к контролю).

Из полученных данных видно, что ФА эндометрия у женщин с полипами и простой ГЭ не несут достоверных различий ( $p = 0,08$ ), как и между простой гиперплазией и аденоматозом ( $p = 0,06$ ). В то же время при сравнении ФА эндометрия при наличии полипов и аденоматоза мы получили достоверное различие показателей ( $p < 0,05$ ). Наибольшие показатели ФА, достоверно отличающиеся от всех других вариантов ГЭ, имеют место при аденокарциноме эндометрия ( $p < 0,05$ ).

Как показали наши исследования, гиперпластические процессы эндометрия характеризуются повышением фибринолитического потенциала эндометрия. При-

чем, с усилением пролиферативного компонента повышается и фибринолитическая активность, что может выступать как одно из звеньев патогенеза инвазии при малигнизации гиперпластического процесса. Это подтверждается тем, что наибольшие показатели ФА имеют место при аденокарциноме эндометрия. Данный показатель в клинической практике может быть использован как прогностический критерий возможной малигнизации, что позволит в определенных условиях изменить тактику лечения. Определение ФА эндометрия при гиперпластических процессах может быть использован как прогностический критерий на потенциальное злокачественное перерождение, что позволит изменить тактику на более радикальную и тем самым снизить частоту онкологических заболеваний. Вовлеченность системы плазмينا в патогенез развития гиперпластических процессов обосновывает применение ингибиторов фибринолиза при АМК, обусловленных гиперплазией эндометрия.

## **ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛЬНОГО ДВС-СИНДРОМА У УМЕРШИХ ОТ ИНФАРКТА ГОЛОВНОГО МОЗГА И САХАРНОГО ДИАБЕТА**

**В. И. Демидов, Е. А. Конкина**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Инфаркты головного мозга (ГМ) в структуре показателей смертности населения России встречаются в 4 раза чаще, чем кровоизлияния в ГМ. Исходы инфаркта головного мозга, во – многом, зависят от его локализации, величины и морфологических особенностей. У больных, страдающих сахарным диабетом (СД), каждый пятый инфаркт ГМ – геморрагический (красный), что определяет сложности клинической диагностики варианта инсульта (Демидов В.И. с соавт., 2010).

Цель исследования – провести углублённый патогистологический анализ микроциркуляторного русла (МЦР) головного мозга в ранние сроки развития инфаркта на фоне СД.

Изучены периинфарктные отделы ГМ у 27 умерших в возрасте от 55 до 72 лет (8 мужчин и 19 женщин) среднего по величине смешанного или геморрагического инфаркта, развившегося в бассейне средней мозговой артерии на фоне СД 2 типа. Давность инфаркта по медицинской документации составляет от 22 часов до 16 суток. Клинически ДВС – синдром определялся у 3 больных. Контрольную группу составили 15 умерших от аналогичных по размерам и локализации инфарктов ГМ при отсутствии СД. В ходе ранних вскрытий иссекали фрагменты ГМ на расстоянии 2 см от границы инфаркта и в интактных отделах больших полушарий. Исследования нервной ткани проводилось с использованием сериальных срезов и комплекса гистологических, гистохимических и иммуногистохимических методик, включая авидин-биотинпероксидазный метод при применении моноклональных антител к Vimentin (“Dako”, Дания). Интенсивность иммуногистохимического окрашивания оценивали в баллах (от 1 до 3) с помощью специально разработанного алгоритма подсчета сигналов с вычислением усредненного показателя повреждения эндотелиальных клеток. Учитывая тот факт, что Vimentin является белком цитоскелета эндотелиальных клеток, уровень повреждения должен быть обратно пропорционален позитивности иммунной реакции (Михалева Л. М., 2006). Морфометрическая оценка МЦР включала определение диаметра компонентов МЦР и показателя плотности новообразованных сосудов с помощью анализатора изображения «Bio-Vision». Достоверность различий сравниваемых величин оценивалась с помощью критерия Стьюдента (t).

У умерших от инфаркта ГМ в 1–2-е сутки расстройства микроциркуляции в перинфарктных зонах являются стереотипными в обеих группах наблюдений и выражаются в достоверном увеличении объема сосудистой сети за счет раскрытия резервных капилляров. Эндотелий в сосудах МЦР набухший с вакуолизацией цитоплазмы. Уровень позитивности иммунной реакции не имеет статистически значимых различий в группах и составляет  $1,8 \pm 0,61$  балла. К 5–7-м суткам от начала развития инфаркта в перифокальной зоне на фоне выраженных расстройств микроциркуляции наблюдается повышенная пролиферативная активность эндотелия в резервных капиллярах с выраженной иммунопозитивной реакцией в группе контроля, составляющей  $2,5 \pm 0,83$  балла ( $p < 0,05$ ), в то время как при СД этот показатель сохраняется на уровне  $1,8 \pm 0,56$  балла ( $p < 0,05$ ).

При сравнительной оценке плотности МЦР выявлено статистически значимое повышение этого показателя в контрольной группе за счет увеличения числа капилляров. Процесс новообразования капилляров достигает максимума в группе контроля на 16-е сутки, в то время как в перинфарктных зонах у больных СД динамика ангиогенеза в поздней фазе этой стадии инфаркта ГМ оказывается отрицательной. На расстоянии 2–3 см от некротизированной ткани просветы капилляров неравномерно расширены, местами – спавшиеся, в отдельных сегментах приобретают повышенно извилистый характер с формированием микроаневризм. Базальная мембрана с очаговыми или диффузными изменениями в виде мукоидного и фибриноидного набухания, приводящими к сужению просвета сосудов. Обращает на себя внимание необычная форма отдельных капилляров, которая характеризуется фокальным искривлением, спирализацией, парадоксальным выпрямлением капиллярных петель при сравнительном уменьшении числа капилляров и отсутствии адаптационных структур типа конволютов.

В венулах и артериолах вокруг зоны некроза наблюдается агрегация эритроцитов, которая развивается на фоне резкого полнокровия сосудов МЦР. В начальных стадиях сладж-феномен проявляется очаговыми скоплениями эритроцитов, в далеко зашедших стадиях эритроцитарные агрегаты полностью обтурируют просветы мелких сосудов. Агрегация эритроцитов сопровождается появлением капилляров с опустошёнными просветами. Наряду с этим в сосудах МЦР встречаются гиалиновые тромбы в виде аморфных эозинофильных компактных масс и фибриновые массы с рыхлым расположением нитей фибрина в просветах венул и мелких вен. Внутрисосудистая коагуляция носит распространённый характер и обнаруживается не только в перинфарктной зоне, но и в интактных отделах ГМ. У умерших с СД тромботический компонент ДВС-синдрома сопровождается множественными геморрагиями – от диapedезных до обширных с деструкцией нервной ткани,

Таким образом, выявленные расстройства микроциркуляции в перинфарктных зонах у умерших от инфаркта головного мозга характеризуют структурные основы локального ДВС-синдрома, определяющего морфогенетический профиль формирующегося инфаркта в условиях СД. Снижение уровня новообразования капилляров с морфологически документированными проявлениями эндотелиальной дисфункции отражают особенности диабетической микроангиопатии в условиях нарушенного метаболизма при декомпенсации диабета. Гемореологические нарушения с развитием локального ДВС-синдрома наряду с церебральной диабетической микроангиопатией лежат в основе нарушений репаративной регенерации нервной ткани, что определяет прогноз инфаркта головного мозга и эффективность проводимой терапии.

## НЕЙРОМЕДИАТОРНЫЕ БИОГЕННЫЕ АМИНЫ В СИСТЕМЕ РЕГУЛЯЦИИ МАТКИ

С. В. Диндяев<sup>1</sup>, Ф. А. Ромашин<sup>1</sup>, О. В. Кузнецова<sup>2</sup>, Д. В. Касаткин<sup>1</sup>,  
А. А. Урпинаев<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России

<sup>2</sup> Клиника «Здоровье» ООО «Анчел», г. Владимир

В патогенезе многих заболеваний матки нарушения ее нейрогуморальной регуляции играют ведущую роль. Широкое распространение в клинической медицине за последние годы получили адренергические средства. Большое значение в этой связи приобретает изучение нейромедиаторных биогенных аминов и структур матки, обеспечивающих их внутриорганный обмен и нарушение гистофизиологии которых может привести к развитию патологии органа.

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей морфофункциональной организации биоаминового обеспечения матки беспородных крыс в процессе полового цикла (130 животных), беременности (75 животных) и лактационно-го периода (50 крыс).

Материалы исследования: криостатные и парафиновые срезы тела и шейки матки; мазок периферической крови, полученной после отсечения хвоста; мазок перитонеальной жидкости, тотальный препарат брыжейки матки, мазок содержимого влагалища.

Методы исследования: 1) флуоресцентно-гистохимический метод А. Бьеркунда в модификации В. Н. Швалева и Н. И. Жучковой и параформальдегидный метод Фалька – Хилларпа в модификации Е. М. Крохиной для выявления серотонина и катехоламинов; 2) флуоресцентно-гистохимический метод Кросса – Эвена – Роста для дифференцировки гистамина; 3) окраска парафиновых срезов матки альциановым синим – сафранином в прописи Дезаго для дифференцированного выявления гликозаминогликанов; 4) для выявления фагоцитирующих клеток (макрофагов) матки группе крыс вводили подкожно прижизненно 3 мл 1%-ного раствора трипанового синего. Флуоресцентная микроскопия и цитоспектрофлуорометрический анализ проводились с помощью микроскопа ЛЮАМ-ИЗ и фотометрической установки ФМЭЛ-1А. С целью исключения аутофлуоресценции применялся гистохимический контроль.

В различных оболочках матки нами дифференцированы биоаминопозитивные структуры – симпатические нервные волокна, тучные клетки, макрофаги и эпителиоциты. В различные фазы полового цикла, сроки беременности и лактационного периода во всех указанных элементах определено содержание серотонина, катехоламинов, а в крови, тучных и макрофагических клетках, нечеточной части перитонеальной жидкости дополнительно и гистамина. Определено содержание исследуемых биоаминов во внеорганных структурах – периферической крови (суммарное количество), тучных клетках и внеклеточной фазе перитонеальной жидкости, макрофагах, тучных клетках и нервных волокнах брыжейки матки, содержимом влагалища.

В течение всех исследуемых периодов наблюдается высокая степень положительной линейной связи между содержанием серотонина и катехоламинов в клеточных элементах и жидкостной фазе перитонеальной жидкости. Изменения концентрации гистамина в исследуемых элементах перитонеальной жидкости во времени эстрального цикла более выражены. Для гистамина свойственны и более высокие сопряжения изменений его уровней в различных элементах по сравнению с другими биоаминами. Содержания и количественные соотношения исследуемых

биоаминов претерпевают изменения в течение полового цикла и беременности. Содержание гистамина в тучных и макрофагических клетках по сравнению с катехоламинами и серотонином характеризуется более выраженными изменениями во времени полового цикла. Несмотря на значительные изменения в течение полового цикла и беременности уровней биоаминов в исследуемых клеточных элементах брыжейки матки сохраняется или быстро восстанавливается высокая степень линейной корреляции между концентрациями серотонина и катехоламинов в каждой отдельной точке зондирования. Обращает внимание высокая степень хроносопряжения изменений средней концентрации серотонина и катехоламинов во времени полового цикла в различных биоаминопозитивных клетках брыжейки матки. Ранговый корреляционный анализ выявляет ряд взаимосвязей между изменениями биоаминового статуса тучных клеток перитонеальной жидкости и брыжейки матки в течение полового цикла. Более тесные отрицательные корреляции обнаруживаются между колебаниями плотности пространственного распределения тучных клеток ( $R = -0,657-0,886$ ). Имеется тенденция сопряжения между изменениями насыщенности серотонином и гистамином клеток обеих популяций. Особый интерес представляют данные о взаимосвязи изменений в процессе полового цикла концентрации биоаминов в жидкостной фазе перитонеальной жидкости и структурных элементах брыжейки матки. Из 10 анализируемых ранговых корреляций 6 являются отрицательными. В частности, здесь отмечается высокая отрицательная корреляция изменений уровней гистамина в жидкостной фазе и макрофагах брыжейки ( $R = -0,771$ ) и отрицательная тенденция сопряжений между колебаниями уровня катехоламинов в жидкостной фазе и клеточных элементах брыжейки (макрофагах и тучных клетках). В лактационный период отмечены периоды, в которые отмечается максимальное содержание гистамина во внутри- и внеоганных структурах матки – это 5, 8 и 14-е сутки периода лактации.

Таким образом, в течение полового цикла, беременности и в процессе лактации наблюдается выраженная динамика содержания серотонина, катехоламинов и, особенно, гистамина, в тучных клетках, эпителиоцитах эндометрия матки крыс, характеризующаяся рядом достоверных корреляций. Поддержание адекватных уровней моноаминов может модулировать начальные этапы перестройки оболочек матки к различным изменяющимся функциональным состояниям.

## **ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛЬНОГО ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА ПРИ ЛЕГКОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ**

**П. М. Джалалова, Н. П. Лапочкина, И. К. Томилова**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

В амбулаторной гинекологической практике заболеванием шейки матки являются наиболее частой причиной обращаемости женщин к врачу акушер-гинекологу (Кулаков В. И., Савельева Г. М., Манухин И. Б., 2009). Злокачественную трансформацию многослойного плоского эпителия шейки матки диагностируют в 17–30% случаев (Кулаков В.И., Савельева Г. М., Манухин И.Б., 2009; Подилов Ю. И., Лактионов К. П., Петровичев Н. Н., 2006).

Актуальным вопросом клинической медицины является оценка состояния микроциркуляции крови у больных с различными заболеваниями (Дамиров М. М., Бабков К. В. и др., 2006; Адамян Л. В., Смолькова Т. Ю., Сидоров В. В., 2006; Подилов Ю. И., Лактионов К. П., Петровичев Н. Н., 2006; Miltebrand L. B. et al., 2000). В последние годы среди методов оценки состояния МКЦ широкое распространение находит неинвазивный способ измерения у больных с различной патологией

метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), позволяющий исследовать процессы перфузии тканей (Дамиров М. М., Бабков К. В., Сидоров В. В. и др., 2006; Адамян Л. В., Смолькова Т. Ю., Сидоров В. В., 2006; Крупаткин А. И., Сидоров В. В., Miltebrand L. V. et al., 2000). С помощью лазерной доплеровской флоуметрии выявлены замедление микроциркуляции при лейкоплакии и эндометриозе (Дамиров М. М., Бабков К. В., Сидоров В. В. и др., 2006). Однако остаются открытыми вопросы о роли нарушения микроциркуляции в возникновении интраэпителиальной неоплазии (CIN).

Цель исследования – оценить состояние перекисного окисления липидов в цервикальной слизи и микроциркуляции слизистой шейки матки.

Обследованы 64 женщины, средний возраст которых составил  $33,1 \pm 1,2$  года. Из них исследуемую группу составили 32 пациентки с CIN1, контрольную группу – 32 практически здоровые женщины. Все пациентки были обследованы: тщательно собран анамнез, выполнен бимануальный гинекологический осмотр, выполнены мазки на флору, онкоцитологическое исследование и на ИППП – *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma urealiticum*, *Ureaplasma urelyticum*, ВПЧ, *Trichomonas vaginalis*, расширенная кольпоскопия и биопсия шейки матки с гистологическим исследованием полученного материала. Также выполнено исследование перекисного окисления липидов цервикальной слизи.

Для пациенток с дисплазией шейки матки 1 степени (CIN I) характерно ранний сексуальный дебют в возрасте до 16 лет (иссл. гр. – 15 человек и 50%; к. гр. – 10 человек и 30%;  $p > 0,05$ ), больше пяти половых партнеров (16 и 50%; 11 и 30% соотв.;  $p > 0,05$ ), 2 и более родов ( $1,5 \pm 0,171$ ;  $0,903 \pm 0,12$ ;  $p < 0,05$ ), три и более медицинских аборта в анамнезе (7 и 21,88%; 3 и 9,38% соотв.,  $p < 0,05$ ), наличие вредных привычек в виде курения (10 и 31,2%; 3 и 10% соотв.;  $p < 0,05$ ). Большинство обследованных женщин использовали оральные средства контрацепции (25 и 78,13%; 20 и 62,5%;  $p > 0,05$ ). У больных исследуемой группы при расширенной кольпоскопии достоверно чаще, чем у женщин контрольной группы диагностировали эктопию (30 и 93,75%; 18 и 56,25% соотв.;  $p < 0,05$ ). Лейкоплакия имела место лишь у пациенток с легкой дисплазией (2 и 6,25%;  $p < 0,05$ ).

При обследовании на ИППП у пациенток исследуемой группы преимущественно диагностировали вирусы папилломы человека высоких онкогенных типов (26 и 81,25%; 3 и 9,38% соотв.;  $p < 0,05$ ). У больных с легкой дисплазией (CIN 1) среди ВПЧ преобладали 16 (14 и 54,85%), 18 (3 и 11,54%) и 33 (4 и 15,38%) типы, значительно реже – ВПЧ 35 и 39 (2 и 6,25%), 54 и 58 (2 и 6,25%) типы. Лишь у женщин исследуемой группы были выявлены хламидиоз (3 и 9,38%) и трихомониаз (2 и 6,25%) ( $p < 0,05$ ).

У женщин исследуемой группы выявлено увеличение массы цервикальной слизи ( $0,078 \pm 0,015$ ;  $0,014 \pm 0,004$  соотв.;  $p < 0,001$ ), снижение активности ПОЛ (уменьшение показателей МДА – иссл. гр. –  $0,952 \pm 0,306$ ; контр. гр. –  $3,703 \pm 0,016$ ;  $p < 0,05$  и КО –  $0,030 \pm 0,012$ ;  $0,108 \pm 0,003$  соотв.;  $p > 0,05$ ) с компенсаторным увеличением антиоксидантной защиты ( $TgL = -54,255 \pm 5,52$ ;  $-63,266 \pm 7,87$  соотв.;  $p < 0,05$ ). На фоне общего снижения активности ПОЛ у пациенток с легкой дисплазией шейки матки отмечается реактивное увеличение секреторной активности цилиндрического эпителия с компенсаторным усилением антиоксидантной активности. В результате исследования шейки матки с помощью лазерного анализатора кровотока (ЛАКК) у большинства больных с легкой дисплазией шейки матки выявлено нарушение базального кровотока в виде застойного типа.

Полученные результаты обследования больных с легкой дисплазией шейки матки позволяют рассматривать их как звенья патогенеза: очевидно, внедрение вируса папилломы человека в цилиндрический эпителий шейки матки вызывает реактивное воспаление, стимулирующее гиперсекрецию цилиндрическим эпители-

ем густой слизи с одновременным усилением оксидативного стресса и стимуляцией антиоксидантной активности, вызывая реактивный застой в микроциркуляторном русле шейки матки.

## **МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОНКОПАТОЛОГИИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**В. А. Козлов, Б. А. Поляков, Д. А. Недавний, М. И. Стоеловский,  
Д. Л. Мушников**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

*ГБУЗ «Областной онкологический диспансер», г. Иваново*

Профилактика злокачественных новообразований остается одной из актуальных и социально значимых проблем здравоохранения в связи с их большой распространенностью, высоким удельным весом в структуре общей смертности и инвалидности трудоспособного населения. В России ежегодно диагностируют более 400 000 новых случаев рака. Особую тревогу вызывает рост частоты визуально-диагностируемых форм рака.

Цель исследования – на основе исследования качества ранней диагностики онкопатологии разработать предложения по ее совершенствованию.

Программа исследования предусматривала использование метода обзора литературы, социологического, экспертных оценок, математико-статистического. Единицы наблюдения: пациенты с онкопатологией, случаи выявления злокачественного новообразования в поздней стадии. Изучены показатели онкопредрасположенности, онкоинформированности и онконастороженности пациентов с расчетом соответствующих индексов. Сбор информации осуществлялся методом опроса по специально составленной анкете. Исследование проводилось на выборочной совокупности объемом 400 единиц наблюдения. Для экспертной оценки качества ранней диагностики онкопатологии использовались следующие документы: «Протокол разбора запущенного случая злокачественного новообразования» (форма 027/У), «Медицинская карта амбулаторного больного» (форма № 025/У), «Медицинская карта стационарного больного» (форма № 003/У). Полученные данные обрабатывались с помощью прикладных компьютерных программ с расчетом относительных и средних величин, достоверности их разности.

По данным экспертной оценки качество ранней диагностики злокачественных новообразований является низким (количество диагностических и медико-организационных дефектов в среднем составляет 1,7 на один случай диагностированного рака), что приводит к запущенным случаям онкопатологии. Определено, что в структуре медико-организационных дефектов при поздней диагностике онкопатологии у городских женщин в условиях многопрофильной больницы по результатам экспертной оценки ведущую долю занимают: диагностические (не выполнение медицинским персоналом стандарта онкоскрининга, не использование инструментальных и лабораторных методов исследования) – 70,5%; против организационно-тактических (нарушение преемственности на каналах связи женская консультация – поликлиника, стационар – поликлиника, поликлиника – онкодиспансер; нарушение правил оформления результатов онкоосмотра в первичной медицинской документации) – 28,0% и лечебно-профилактических дефектов (недостаточное внимание к пациентам с факторами риска онкопатологии, низкий уровень санитарно-просветительной работы) – 11,5%. В тоже время, высокая онкоподверженность пациентов сочетается с их низкой онконастороженностью и онкоинформированностью: индекс онкона-

стороженности составил 34,1 на 100 опрошенных, индекс информированности по вопросам онкопрофилактики и ранней онкодиагностики – 40,5 на 100 опрошенных, индекс онкопредрасположенности – 153,4 на 100 опрошенных.

Предложена организационно-функциональная модель профилактики и ранней диагностике онкопатологии, которая включает этапную реализацию трех стратегических направлений: повышение профилактической активности населения; повышение качества ранней диагностики онкопатологии, включающее рациональное использование кадрового потенциала, внедрение технологии обеспечения качества «ноль дефектов», создание организационных условий для бездефектного труда; социально-гигиенический мониторинг подготовленности социальной и медицинской среды к онкопрофилактике.

Совершенствование системы ранней диагностики и профилактики онкопатологии требует скоординированных усилий как специалистов, так и врачей первичного звена медицинской помощи. Для повышения медицинской информированности населения должны быть задействованы все уровни и методы противораковой пропаганды: распространятся типовые листовки-памятки; выступления по радио и телевидению, посвященные вопросам онкопрофилактики, передвижные выставки лучших санбюллетеней онкопрофилактической тематики, личные беседы с врачом.

## **ПАТОМОРФОЛОГИЯ КЛИНИЧЕСКИ НЕМЫХ ИНФАРКТОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У УМЕРШИХ ОТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

**Е. А. Конкина**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

В условиях выраженных клинических проявлений ишемической болезни сердца (ИБС) прогрессирование цереброваскулярной патологии нередко оказывается бессимптомным, манифестирующим себя лишь развитием инсульта с необратимыми изменениями центральной нервной системы. Сведения о патоморфологии церебральных нарушений при ИБС, протекающих бессимптомно, немногочисленны и противоречивы.

Целью исследования является изучение морфологических особенностей клинически немых инфарктов головного мозга (ГМ) у лиц, страдавших ИБС в условиях мультифокального церебрального и коронарного атеросклероза.

Проведено патоморфологическое исследование головного мозга у 348 умерших от ИБС в возрасте от 41 года до 89 лет по материалам патологоанатомических отделений городских больниц № 3, 7 и областной клинической больницы с 2001 по 2011 г. Изучены симметричные фрагменты сосудистого русла и вещества ГМ с окраской срезов гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Вейгерту, конго красным, по Маллори с использованием гистохимических реакций (толуидиновый синий, судан III) и нейростологических методик. Для сопоставления морфометрических показателей состояния церебральной гемодинамики результаты усреднялись по симметричным участкам ГМ в стандартизированных по возрасту и полу группах наблюдения. Результаты исследования обрабатывались общепринятыми методами вариационной статистики с вычислением корреляционных взаимосвязей.

У 81 из 348 умерших от ИБС (острый и повторный инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз) с наличием таких общепризнанных факторов риска развития острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), как артериальная гипертония, нарушения сердечного ритма, сердечная декомпенсация мы выявили сочетанные нарушения коронарного и церебрального кровообращения. Парие-

тальный тромбоз левого желудочка в зонах инфаркта миокарда или постинфарктного кардиосклероза обнаружен у 7,2% умерших. У 38 больных (46,9%) церебральная патология при жизни не диагностирована. Среди умерших было 12 мужчин и 26 женщин в возрасте от 50 до 81 года (средний возраст  $64 \pm 5,4$  года).

При патологоанатомическом исследовании ГМ умерших этой группы выявлены множественные инфаркты (102) различной величины и локализации, среди которых преобладают малые глубинные и поверхностные инфаркты, средние инфаркты с локализацией в бассейне средней мозговой артерии. Установлены основные причины возникновения инфарктов мозга: обширные и большие инфаркты обусловлены обтурирующим тромбозом экстракраниальных артерий – 7 (6,9%), средние – тандемным стенозом магистральных артерий – 14 (13,7%) и кардиоэмболией – 12 (11,7%), обтурирующим тромбозом интракраниальных артерий – 17 (16,1%). Распространенные малые поверхностные и глубинные инфаркты (МГИ) возникают преимущественно при тандемных стенозах экстракраниальных артерий (50,1%). Множественные инфаркты в бассейнах средних мозговых артерий обусловлены резко выраженным атеростенозом экстра- и интракраниальных артерий в сочетании с кардиальной патологией. Выявленные закономерности атеросклеротического поражения экстракраниальных артерий свидетельствуют о более раннем и тяжелом проявлении церебрального атеросклероза у больных ИБС.

Морфометрический профиль атеросклеротического поражения интракраниальных артерий у умерших от острого повторного инфаркта миокарда и постинфарктного кардиосклероза отражает общие тенденции прогрессирования атеросклероза у лиц с цереброваскулярной патологией. Мы выявили минимальные значения объёмной плотности сосудов в ткани головного мозга у лиц с сочетанным церебральным и коронарным атеросклерозом при преимущественной локализации их в зонах смежного кровоснабжения белого вещества темных, височных долей, семиовального центра, а также – затылочной доли и моста мозга, что совпадает с локализацией 72,1% МГИ. Очевидно, что патогенез сочетанных кардиоцеребральных нарушений определяется хронической сосудистой мозговой недостаточностью с развитием циркуляторной гипоксии при нарастании расстройств венозного оттока в различных отделах ГМ. Присоединение недостаточности венозного кровообращения с признаками хронического венозного полнокровия в ткани ГМ существенно снижает резервные возможности структурных компонентов нервной ткани ввиду развития дистрофических изменений нейронов коры и подкорковых базальных ядер в зонах смежного кровообращения, несмотря на возможности пластичности клеточных структур, а также компенсаторную пролиферацию глиальных элементов. В условиях нарастающей гипоксии при острых формах кардиальной патологии к уменьшению параметров артериального и капиллярного кровообращения ниже критических значений приводит нарастающий отёк ГМ, что существенно затрудняет клиническую диагностику сочетанных кардиоцеребральных нарушений.

Выявленные нами три группы адаптационных процессов в сосудистом русле головного мозга, направленные на сохранение стабильного уровня церебральной гемодинамики в условиях быстро прогрессирующего атеросклероза, также могут объяснить малосимптомность клинического течения цереброваскулярной патологии.

Таким образом, полученные данные подчеркивают патогенетическую гетерогенность инфарктов головного мозга при ИБС и позволяют уточнить патоморфологические критерии диагностики основных морфологических подтипов ишемических инфарктов в условиях мультифокального церебрального и коронарного атеросклероза.

## **ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ФОРМИРОВАНИЕ И ТЕЧЕНИЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ**

**Е. Г. Кузнецова, О. И. Вотякова, Т. Л. Смирнова, Н. А. Морозова**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»*

*Минздрава России*

*ОБУЗ «Ивановская областная детская клиническая больница»*

Внедрение современных перинатальных технологий и методов интенсивной терапии недоношенных новорожденных привело к существенному росту заболеваемости бронхолегочной дисплазией (БЛД). Бронхолегочная дисплазия является мультифакториальным заболеванием, не имеющим специфических клинических проявлений и достаточно трудно поддающимся лечению. Течение БЛД зависит от выраженности морфологических и функциональных нарушений. У части больных через 6–12 месяцев отмечается постепенное улучшение и в возрасте старше года тяжесть БЛД изменяется в более легкую сторону, а в исходе наступает выздоровление. У некоторых пациентов нарушения сохраняются длительно и приводят к формированию различных хронических заболеваний легких. Большинство известных факторов риска бронхолегочной дисплазии реализуются в периоде новорожденности. Факторы, определяющие течение и исход заболевания, изучены недостаточно, вместе с тем их верификация необходима для разработки превентивных стратегий, нацеленных на предотвращение и минимизацию повреждения легких, стимуляцию их роста с целью профилактики тяжелого течения и неблагоприятных исходов в последующие возрастные периоды.

Цель исследования – установить частоту встречаемости отдельных факторов риска формирования БЛД в зависимости от клинической формы (фенотипа), тяжести болезни и возможность трансформации в более легкие формы на первом году жизни.

Обследовано 112 детей с бронхолегочной дисплазией, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении Ивановской ОДКБ. Более чем у половины пациентов (56%) отмечалась новая, у каждого третьего (32%) – классическая форма БЛД недоношенных, реже (12%) встречалась БЛД доношенных новорожденных. У большинства детей (68%) диагностирована среднетяжелая, у 28% тяжелая и у 4% легкая форма БЛД. Большинство пациентов составили мальчики (63%). У 27 пациентов проанализированы особенности течения бронхолегочной дисплазии в течение первого года жизни.

Более чем у половины матерей обследованных детей (59%) выявлен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (бесплодие, выкидыши, медицинские аборт), у 97% имело место осложненное течение настоящей беременности (гестозы, угроза прерывания, острые респираторные заболевания, кольпиты, анемия, пиелонефрит, ФПН и др.). 88% детей родились недоношенными, 83% – с низкой массой тела (менее 2500 г), 12% – с задержкой внутриутробного развития. У 88% больных отмечалась внутриутробная инфекция, как правило неустановленной этиологии. 94% детей с БЛД перенесли в неонатальном периоде пневмонию, в большинстве случаев внутриутробную, реже – аспирационную и госпитальную. При анализе частоты отдельных факторов риска в зависимости от формы установлено, что у детей с БЛД недоношенных (новой и классической формами) достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) по сравнению с пациентами с БЛД доношенных встречались отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, функционирующий открытый артериальный проток (ОАП), синдром задержки внутриутробного развития. У детей с БЛД доношенных достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) выявлялся синдром аспирации мекония. Отмечено, что у пациентов с классической формой реже

( $p < 0,05$ ), чем у больных с новой формой БЛД недоношенных, использовалось введение препаратов сурфактанта. У детей с тяжелой БЛД длительность ИВЛ в периоде новорожденности была достоверно выше ( $p < 0,05$ ) по сравнению с пациентами со среднетяжелым течением БЛД. Частота госпитализаций у обследованных детей по поводу обострения БЛД на первом году жизни составила от 1 до 3 раз (в среднем 2,2). Клинически обострения характеризовались нарастанием выраженности бронхообструктивного синдрома и дыхательной недостаточности. Все дети получали базисную терапию пульмикортом. У 19% пациентов в течение первого года жизни отмечалось изменение тяжести БЛД в более легкую сторону. Среди них были пациенты с различными клиническими формами заболевания. Достоверно значимых факторов, способствующих изменению тяжести БЛД, в настоящее время выявить не удалось.

Полученные в ходе исследования данные позволили выделить факторы, определяющие развитие формы и влияющие на тяжесть бронхолегочной дисплазии. Факторы, определяющие характер течения и исходы заболевания, требуют уточнения для разработки персонализированных программ медицинского сопровождения детей с данной патологией.

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Н. П. Лапочкина**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Медицинская реабилитация является важным направлением в медицине. Реабилитация онкологических больных является новой областью медицины. Формирование эффективной системы комплексной медицинской реабилитации выделено в государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» в качестве одного из приоритетных направлений совершенствования медицинской помощи населению и планируется ее организация в срок до 2020 г. Реабилитация больных определена нормативными документами: Приказом № 379н Минздравсоцразвития России от 04.08.2008 «Об утверждении форм индивидуальной программы реабилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, порядка их разработки и реализации»; № 323-ФЗ от 21.11.2011 (ред. От 06.04.2015) «Об основах охраны здоровья граждан российской Федерации», статьей 40 «Медицинская реабилитация и санитарно-курортное лечение»; подзаконным актом приказа МЗ РФ от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации».

В задачи реабилитации входят оценка клинического состояния; функциональных резервов организма больного; двигательной функции и внешнего дыхания; составление индивидуальной программы с определением потенциала и формулирование реабилитационного прогноза; проведение реабилитационных мероприятий и оценку риска развития осложнений, связанных с основным заболеванием и интенсивными реабилитационными мероприятиями (тромбоз сосудов, тромбоэмболии, нарушения ритма и проводимости сердца, выраженные колебания АД, ишемия миокарда, переломы, ушибы, растяжения, усиление или угнетение психомоторной возбудимости и др.); определение методов контроля эффективности реабилитационного процесса и профилактика осложнений; гигиеническое воспитание населения.

Медицинская реабилитация включает комплексное применение естественных (природных) и искусственно созданных (преформированных) лечебных физических

факторов; лечебной физической культуры и массажа, элементов спорта, мануальной терапии, рефлексотерапии, методов психологической и нейропсихологической коррекции, методов коррекции речи и глотания, эрготерапии, трудотерапии, а также других методов немедикаментозной терапии (фитотерапии, гомеопатии, гирудотерапии, апитерапии и др.). Оказание медицинской помощи по медицинской реабилитации основывается на принципах этапности, непрерывности и преемственности между амбулаторно-поликлиническими, стационарными, санаторно-курортными учреждениями, учреждениями по уходу.

Порядок оказания помощи по направлению медицинской реабилитации включает в себя три основных этапа.

Первый этап медицинской реабилитации осуществляется во время хирургического лечения онкологических заболеваний после удаления опухоли по показаниям выполняется восстанавливают образовавшийся дефект тканей, резко нарушающий функцию организма (при опухолях орофарингеальной зоны, раке молочной железы), собственными тканями (мышечная, липофилинг, кожная или бескожная) или с помощью имплантов (голосовые протезы, эспандеры молочной железы), в отделениях реанимации и интенсивной терапии применяются лечебная гимнастика и массаж для профилактики гипостатической пневмонии.

Второй этап медицинской реабилитационной помощи проводится в ранний восстановительный период течения заболевания в специализированных реабилитационных отделениях многопрофильных стационаров или реабилитационных центров (клиника ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России). Учитывая, что онкологические больные находятся после окончания комбинированного лечения, на втором этапе реабилитационных мероприятий ограничены, целесообразно применение психологической коррекции, лечебной физкультуры, элементов спорта (плавание), природных факторов (прогулки), фитотерапии.

Третий этап медицинской реабилитационной помощи проводится в ранний период (до 6 месяцев после комбинированного лечения онкологического заболевания), поздний реабилитационный период (более 6 месяцев после лечения онкологического заболевания), период остаточных явлений течения заболевания при самостоятельном самообслуживании оказывается в санаторно-курортных учреждениях, при затрудненном самообслуживании – выездными бригадами на дому. На данном этапе широко используются применение лечебной физической культуры и массажа, элементов спорта, мануальной терапии, рефлексотерапии, методов психологической и нейропсихологической коррекции, методов коррекции речи и глотания, эрго- и трудотерапии, а также других методов немедикаментозной терапии (фитотерапии), комплексное применение естественных и преформированных лечебных физических факторов.

До проведения медицинской реабилитационной помощи на всех ее этапах в результате обследования пациентов оценивается реабилитационный потенциал, который подтверждает перспективы восстановления нарушенных функций организма. Больным, не имеющим перспективы восстановления функций, подтвержденной результатами реабилитационного потенциала, медицинская помощь оказывается в объеме поддержания достигнутого приспособления окружающей среды под уровень возможного функционирования пациента.

Онкологические больные ввиду тяжести заболевания являются особым контингентом, кроме физических ощущений подвержены психоэмоциональным нарушениям с момента обращения в онкологический диспансер и до окончания проводимого лечения, нуждаются в психологическом сопровождении на всех этапах проводимого лечения.

Основным критерием эффективности любого вида противоопухолевого лечения является продолжительность жизни больных. При этом 5-летний рубеж представляется научно обоснованным сроком в оценке отдаленных результатов лечения. По данным большинства отечественных и зарубежных исследователей, пятилетней выживаемости удается добиться у более 1/3 радикально леченых больных, что подтверждает актуальность их рационального трудоустройства.

Проведение реабилитационных мероприятий после лечения онкологических заболеваний играют весьма существенную роль в профилактике инвалидности в связи с увеличивающимся числом излеченных больных после проведения радикального лечения.

### **АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ГЕМОДИАЛИЗА НЕФРОЦЕНТРА Г. КОСТРОМЫ, ОКАЗЫВАЮЩЕГО ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК**

**Л. Н. Ласкарева, Е. Ф. Кузнецова, Т. В. Рябчикова, Л. А. Качанова**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Среди хронических неинфекционных заболеваний, представляющих собой проблему общемирового значения, заболевания почек занимают особое место, так как они широко распространены в популяции, приводят к снижению качества жизни, обуславливают высокую смертность пациентов и требуют применения в терминальной стадии дорогостоящих методов заместительной терапии – диализа и пересадки почки.

В начале 21 века была разработана концепция хронической болезни почек (ХБП), позволяющая своевременно выявлять больных с нарушениями функции почек, проводить их адекватное лечение и профилактику осложнений. Сегодня в России около 10% россиян страдают ХБП. Растет количество пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью, которые получают и нуждаются в заместительной почечной терапии (ЗПТ). Так, по данным Регистра Российского диализного общества (РДО) на 31.12.2011 различные виды заместительной почечной терапии получали более 28 тыс. человек, ежегодный прирост числа этих больных в среднем составляет 10,5%. В то же время эти методы лечения, жизненно важные для больных с терминальной почечной недостаточностью, в России не являются общедоступными.

В Костромской области обеспеченность гемодиализной помощью остается низкой: по данным РДО за 2011 г. она находилась на уровне 154,1 (по России 199,6) пациентов на 1 млн населения. Данные цифры значительно ниже показателей по Европе и Северной Америке. По данным за 2011 г. в странах Западной Европы обеспеченность ЗПТ приближается к уровню 800–1000 больных на млн, а в Канаде и США достигает, соответственно 1144,0 и 1870 больных на млн. Поскольку проведение ЗПТ высоко затратно, в последние годы в России широкое распространение получила такая форма работы, как частно-государственное партнерство, позволяющая при сохранении государственной собственности проводить модернизацию на территории государственных клиник за счет средств инвесторов.

В Костромской области утверждена областная целевая Программа «Развитие нефрологической службы в Костромской области на 2013–2018 гг.». Реализация данной программы обеспечивается соглашением между администрацией Костромской области и Частным учреждением «Медико-образовательная орга-

низация «Нефрологический экспертный совет». Соглашение на оказание нефрологической помощи населению Костромской области действует в рамках утвержденных тарифных соглашений между фондом обязательного медицинского страхования и департаментом здравоохранения Костромской области. Для пациентов медицинская помощь остается бесплатной. Целью Программы является постепенное обеспечение нефрологической помощью до уровня 10–12% от общей численности населения, а также обеспечение помощи больным ХБП 5 степени на уровне не менее 500 больных на 1 миллион населения.

В состав Костромского филиала Частного учреждения «Медико-образовательная организация «Нефрологический экспертный совет» входят:

1. Нефрологический центр в г. Костроме, имеющий в своем составе отделение диализа, отделение нефрологии, консультативный прием врача-нефролога;
2. Отделение диализа в г. Галиче; 3. отделение диализа в г. Шарье.

В середине 2013 г. произошла реорганизация нефроцентра г. Костромы, в отделениях был проведен ремонт и замена оборудования на более современное. В настоящий момент в нефроцентре развернуто 30 коек круглосуточного стационара, а в отделении гемодиализа функционирует 4 диализных зала с 33 аппаратно-программными комплексами (в т. ч. 3 в резерве). Вызывает интерес динамика показателей работы отделения гемодиализа после проведения модернизации.

Цель исследования – проанализировать показатели работы отделения диализа в г. Костроме Костромского филиала частного учреждения «Медико-образовательная организация «Нефрологический экспертный совет» за 2012–2014 гг.

На основании данных годового отчета нами проанализированы результаты работы отделения диализа в г. Кострома за 2012–2014 гг. Исследование показало, что в структуре диализной терапии преобладал гемодиализ. Все гемодиализы были бикарбонатные. На лечении перитонеальным диализом в 2014 г. находился 1 пациент. В отделение трансплантации переведено: в 2012 г. – 1, в 2013 г. – 3, в 2014 г. – 2 человека. За прошедший период количество сеансов гемодиализа выросло на 22,5% (с 14 064 в 2012 г. до 17 222 в 2014 г.), что связано с ростом парка аппаратов гемодиализа (с 21 до 33) и возможности обслуживания большего числа пациентов. Соответственно, увеличилось, число пролеченных больных со 148 человек в 2012 г. до 170 человек в 2014 г. (на 14,9%). Прирост числа больных, находящихся на программном гемодиализе на конец года составил 13,1%. Также нами изучена занятость гемодиализных мест. Нагрузка на 1 аппарат снизилась на 22,1% (с 669 процедур диализа до 521). Аналогично на 20% уменьшилось количество больных на одно гемодиализное место с 6,43 в 2012 г. до 5,15 в 2014 г. Основная часть больных лечилась амбулаторно. Диализные больные, нуждающиеся в стационарном лечении, получали его в необходимом объеме на круглосуточных койках нефрологического стационара.

Таким образом, благодаря частно-государственному партнерству в сфере реабилитации больных с ХБП удалось провести модернизацию нефроцентра, обеспечить проведение гемодиализа на уровне европейских стандартов качества, увеличить количество пролеченных больных и количество выполненных процедур гемодиализа, и, в то же время, уменьшить занятость гемодиализных мест. За счет организации новых гемодиализных мест удалось отойти от предельной загрузки гемодиализных аппаратов. Полученные данные говорят о высокой рентабельности использования гемодиализной аппаратуры. Для достижения показателей обеспеченности ЗПТ стран Европы и Северной Америки требуется дальнейшая интенсификация роста числа больных, получающих ЗПТ.

# **КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**И. Н. Лихова, Е. К. Баклушина, В. В. Белова**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Закон), впервые закрепил понятия «медицинская реабилитация» и определил ее место в системе оказания медицинской помощи. В статье 40 Закона говорится, что реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов. Согласно ст. 37 Закона медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи. Стандарт медицинской помощи должен выполняться в каждом случае: медицинские услуги и лекарственные средства с частотой предоставления «1» – во всех случаях без исключения, а иные – при наличии показаний. Для обеспечения качества медицинской помощи необходима информация о его состоянии, получение которой в соответствии с действующим законодательством реализуется путем контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи в системе ОМС.

Пик неврологического восстановления после инсульта относится к первым трем месяцам. Успешность нейрореабилитации связана с ранним началом – сразу после развития инсульта в условиях острого инсультного блока и блока ранней реабилитации. Ключевым аспектом нейропластичности, играющим важную роль в реабилитации, является тот факт, что изменения в нейрональных сетях зависят, в первую очередь, от комплексных реабилитационных мероприятий. Учитывая, что 2-й этап реабилитации должны получить 30% пациентов, нуждающихся в круглосуточном наблюдении в стационаре, важно соблюдение принципов маршрутизации пациента, тщательного отбора и качества оказания медицинской помощи в ранней период реабилитации (до 3 месяцев).

Цель исследования – выявление зон неэффективности при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» больным с ОНМК в ранний восстановительный период течения заболевания.

Объектом исследования для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи являются страховые случаи оказания медицинской помощи взрослому населению на II и III этапах медицинской реабилитации. Для исследования были отобраны методом случайной выборки истории болезни пациентов с ОНМК в ранний восстановительный период течения заболевания.

В соответствии с приказом № 1705н Минздрава России от 29.12.2012 «О порядке организации медицинской реабилитации» медицинская реабилитация проводится в плановой форме в рамках первичной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента. В Ивановской области второй этап медицинской реабилитации в стационарных условиях больным с заболеваниями центральной и периферической нервной системы проводится в клинике ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, ОБУЗ «Вичугская ЦРБ», ОБУЗ «Ивановская ЦРБ», ООО «Ивмед-сервис». А третий этап медицинской реабилитации организован в амбулаторно-поликлинических условиях на базе ОБУЗ «ИОКЦМР», ООО «Медиком».

Экспертиза качества медицинской помощи проводилась по 840 страховым случаям. Дефекты, послужившие основаниями для финансовых санкций по результатам плановых экспертиз выявлены в 12% случаев. Анализируя данные показатели, следует отметить, что в структуре нарушений лидируют нарушения, которые связаны с дефектами оформления первичной медицинской документации и составляют 10% от всех выявленных. Так, в историях болезни выявлены дефекты по отражению информации, полученной при сборе анамнеза, постановке реабилитационного диагноза, разработке реабилитационного прогноза. На втором месте находятся нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, они составляют 1% от всех рассмотренных экспертиз. Часто встречающимися ошибками являются необоснованность назначения физиотерапевтических процедур, мануальной терапии, кинезотерапии при имеющихся противопоказаниях (2%). При проведении экспертизы качества медицинской помощи достаточно часто не учитываются клинические данные пациентов, коморбидные заболевания, выполнение тестовых функциональных заданий, лабораторные и инструментальные исследования, данные специального тестирования (оценка по шкалам и тестам), исследования психоэмоциональной сферы. Отсутствует преемственность в ведении пациентам по уровням оказания медицинской помощи в медицинских учреждениях (2 и 3 уровни).

Нарушения в оформлении медицинской документации связаны с отсутствием единого подхода к оценке реабилитационного потенциала и резерва, не выработаны единые критерии эффективности назначаемых и проводимых мероприятий, что затрудняет проведение объективного контроля качества медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация». В настоящий момент отсутствуют единые образовательные программы (требования) непрерывного обучения специалистов по профилю «медицинская реабилитация». Подготовка специалистов проводится в рамках направления «медицинская реабилитация» в клинической ординатуре, интернатуре, в рамках профессиональной переподготовки врачей специалистов и специализации средних медработников.

Таким образом, значимость осуществленного исследования состояла в оптимизации медико-организационных технологий по оказанию медицинской реабилитации пациентам путем своевременного выявления дефектов, интенсификацией диагностического и лечебного процессов. Необходимо выработать единые критерии оценки эффективности реабилитации с учетом нарушений функций и структуры, социально-бытовой активности, профессиональной деятельности. Для соблюдения преемственности нужно создать единую карту учета проводимых реабилитационных мероприятий с указанием оценки эффективности на всех этапах реабилитации. Качественная медицинская помощь зависит также от уровня профессиональной подготовки специалистов, оказывающих медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация».

## **СОСТОЯНИЕ ЛЕЙКОГРАММЫ КРОВИ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ФОНЕ ОСТРОЙ ТОТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У КРЫС**

**О. А. Пахрова, Д. А. Владимирова**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

В настоящее время большой интерес представляет экспериментальное моделирование реабилитационных мероприятий после ишемии головного мозга, которое открывает новые научно-исследовательские перспективы не реализуемые

в рамках клинических исследований. Цель исследования – выявить особенности изменения лейкограммы крови при моделировании реабилитационных мероприятий на фоне острой гипоксии головного мозга у крыс. Эксперимент проводился на 80 крысах обоего пола, массой 180–200 грамм, линии Wistar. В качестве модели ишемии головного мозга использована двухсторонняя перевязка обеих общих сонных артерий. Операция проводилась под внутривенным наркозом золетилом, в дозе 20–40 мг/кг. Животных выводили из эксперимента на 1, 6, 8, 14, 21, 28 и 35-е сутки после операции, 14 интактных животных составили группу контроля. Для моделирования реабилитационно-восстановительных мероприятий часть животных подвергалась ежедневному вынужденному плаванию в течение 15 минут. Ежедневное плавание начинали с 7-х суток, после моделирования тотальной гипоксии головного мозга. Мазки крови фиксировались и окрашивались азур-2-эозином по Романовскому. В мазках крови, общепринятым методом, подсчитывалось процентное содержание палочкоядерных, сегментоядерных нейтрофилов, моноцитов и лимфоцитов. Для оценки реактивности организма нами рассчитывался индекс напряженности адаптации (ИНА) по Л.Х. Гаркави, индекс иммунореактивности (ИИР) по Д.О. Иванову, а также ядерный индекс сдвига (ЯИС). Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ Statistic for Windows 6.0. Для оценки достоверности различий между группами использован t-критерий Стьюдента ( $p < 0,05$ ).

В первые шесть суток после операции, был выявлен достоверный рост доли сегментоядерных гранулоцитов крови, в дальнейшем их количество снижалось и к 28 суткам становилось значительно ниже контрольных значений. ЯИС имел обратную тенденцию – достоверно снижался на 1–6-е сутки эксперимента, в последующем достигал контрольных значений, а начиная с 21-х суток, существенно превышал таковые в контроле. Изменения доли лимфоцитов и моноцитов также были разнонаправлены: отмечалось достоверное снижение доли лимфоцитов и моноцитов в 1-е сутки (на 25 и 36% по сравнению с показателями контроля). В дальнейшем наблюдалась обратная тенденция, максимальных значений концентрация лимфоцитов достигала на 28-й день после операции, в то время как доля моноцитов возрастала раньше – на 8-е сутки эксперимента. В 1-е сутки эксперимента значительно снижался ИНА (на 50% от контрольных значений). В дальнейшем (на 6–8-е сутки) этот показатель достигал исходных значений, а начиная с 14 суток достоверно повышался, превышая показатель контрольной группы более чем в 3 раза к 35 суткам. Данные изменения свидетельствуют о максимальной выраженности стрессовой реакции на 1-е сутки, высокие значения ИНА соответствуют высокой активности неспецифической адаптационной реакции организма. ИИР не имел достоверных отличий от контроля на 1 сутки после операции, начиная с 6-х суток эксперимента индекс снижался, достигая минимальных значений на 8-е сутки эксперимента (25% от контрольных значений). В дальнейшем показатель стремился к контрольным значениям.

Мы не обнаружили существенных изменений в лейкограмме при однодневной реабилитации. Недельная реабилитация привела к достоверному повышению числа моноцитов за счет снижения количества лимфоцитов, наблюдалось значительное снижение ИНА и ИИР на 62 и 74% соответственно. Это свидетельствует о мобилизации функциональных резервов для обеспечения необходимого адаптационного эффекта и позволяет предположить рост монокиновых эффектов, способствующих, в том числе ангиогенезу и пролиферации фибробластов и эндотелия. Плавание крыс в течение 2 недель приводило к снижению числа нейтрофилов, особенно палочкоядерных форм, что отразилось на ЯИС, который снизился почти в 2 раза. На фоне неизменного содержания моноцитов, достоверно увеличилось количество лимфоцитов у крыс после реабилитации, также значительно повышался

сия ИНА. Данные изменения лейкограммы после двухнедельной реабилитации свидетельствуют о переходе адаптационных и иммунных механизмов в состояние активации. Более длительная реабилитация (3 и 4 недели) сопровождалась небольшим повышением числа сегментоядерных нейтрофилов и моноцитов на фоне снижением количества лимфоцитов, ИНА и ИИР. Наиболее выраженные изменения были после 3 недель плавания. Вероятно, это связано с работой иммунной системы на пределе компенсаторно-приспособительных возможностей, что свидетельствует о появлении потенциальной угрозы срыва адаптационного процесса.

Таким образом, реабилитационные мероприятия на фоне моделирования острой тотальной гипоксии головного мозга у крыс вызывают комплекс лейкоцитарных перестроек, в основе которых лежит этапность адаптационно-компенсаторных реакций организма.

## **МОРФОГЕНЕЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ НЕВРОМЫ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА КРЫС ПОСЛЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ И ВЛИЯНИЯ ЛОКАЛЬНОЙ РЕЗОНАНСНОЙ ВИБРАЦИИ**

**В. В. Писарев, О. В. Карпова**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Актуальность обусловлена распространенностью травматических повреждений нервов, неудовлетворительными результатами традиционных способов лечения, недостатком знаний о механизмах регенерации периферических нервов и факторов на них влияющих. В настоящее время для улучшения восстановительных процессов разрабатываются экспериментальные подходы с применением различных технологий.

Цель исследования – изучить влияние локальной резонансной вибрации на восстановление структуры седалищного нерва у крыс при его экспериментальном повреждении и последующим эпинеуральным швом.

Исследования проводились на 34 белых беспородных крысах-самцах, в возрасте 2–3 месяцев, весом 200–300 грамм. 1-я группа (n = 17) – выполнялось пересечение седалищного нерва, его эпиперинеуральный шов. 2-я группа (n = 17) – выполнялось пересечение седалищного нерва с последующим эпиперинеуральным швом, в послеоперационном периоде наносилось локальное вибрационно-резонансное воздействие на поврежденную конечность. В условиях операционной, на базе вивария, под эфирным наркозом, седалищный нерв пересекался с последующим выполнением эпиперинеурального шва проленом 8/0, под операционным микроскопом (Leica M 525 F 20). Рана ушивалась послойно, наблюдались и обрабатывались в течение 7 дней.

Вибрационно-резонансное воздействие на животных 2-й группы начиналось на 7-е сутки после операции и продолжалось в течение 10 суток, по 10 минут. Для этого крысы помещались разработанный вибростенд. Резонансная частота воздействия определялась индивидуально для каждого животного. Выведение животных осуществлялось на 14, 28, 45 и 56 сутки эксперимента, по 3 крысы из группы. Производился забор участка седалищного нерва включающий в себя область шва, проксимальные и дистальные фрагменты. Нерв фиксировали, обезвоживали, обезжиривали и подвергали заливке в парафин. Готовились серийные, плоскопараллельные тканевые срезы в количестве трех, толщиной 5–7 мкм. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином. Микрофотографии получены с помощью цифровой окулярной камеры «DCM-900», установленной на микроскоп МС-200

(Австрия). Исследование срезов проводилось на анализаторе изображений «Bio Vision» (Австрия). Вычисляли соотношение толщины периферического и центрального отрезков (п/ц), плотность новообразованных микрососудов соединительной ткани, сформировавшейся в зоне нейротмеза.

Результаты. При макроскопическом изучении материала полученного на 56-е сутки эксперимента видимых повреждений нерва не обнаружено. Анатомическая непрерывность нервных стволов характерна для всех серий и временных этапов эксперимента. Через 14 суток после начала эксперимента как в первой, так и во второй сериях эксперимента наблюдается преобладание дегенеративных изменений нервных волокон с потерей непрерывности и признаками фрагментации осевых цилиндров. Умеренно выражена пролиферация шванновских клеток и лейкоцитарная инфильтрация на фоне сохраняющегося отека соединительно-тканых структур. Стенки сосудов отечны, капилляры умеренно полнокровны. Соединительно-тканная муфта вокруг шовного материала тонкая с умеренной лимфогистиоцитарной инфильтрацией.

На 28-е сутки эксперимента в обеих группах установлено, что периферический отрезок нерва истончен с активной пролиферацией глиальных клеток. Сохраняется умеренная лейкоцитарная инфильтрация. У животных второй группы отмечается усиленное новообразование гемокапилляров, что не характерно для гемомикроциркуляторного русла микропрепаратов животных первой серии эксперимента. Характерно наличие густой сети сосудов, преимущественно полнокровных артериол как в проксимальном, так и дистальном сегменте нерва. В обеих сериях стенки сосудов имеют признаки незначительного отека. Муфта вокруг шовного материала утолщается. К 45-м суткам эксперимента эпиневр и периневр имеют обычную структуру, умеренно отечны. Ядра клеток, входящие в состав оболочек, в большинстве случаев сохраняют характерную для нормы форму. Во второй серии сохраняется обилие гемокапилляров на фоне расширенных и полнокровных вен. Для гемомикроциркуляторного русла первой серии характерна венозная гиперемия на фоне отека стромы и запусевания артериол. Продолжается увеличение толщины соединительно-тканной муфты. На 56-е сутки эксперимента сохраняется умеренная отечность тканей эпи-, пери- и эндоневрия. Просветы кровеносных сосудов умеренно расширены, полнокровны, их стенки сохраняют признаки незначительного отека. Во второй серии нервные волокна характеризуются большей непрерывностью, что свидетельствует о более полноценном прорастании осевых цилиндров в бунгеровскую ленту. В первой серии эксперимента отмечаются признаки массивного разрастания соединительной ткани эндоневрия. Вокруг шовного материала формируется плотноволокнистая соединительно-тканная муфта, содержащая компоненты периневр и глиальные клетки. Во второй группе наблюдения индекс п/ц оставался относительно стабильным и варьировал в пределах 1,042–1,118 ( $p < 0,05$ ), достигая максимума на 45-е сутки. В первой группе индекс п/ц оказался достоверно выше и обладал большей вариабельностью. Во второй группе плотность новообразованных сосудов в зоне нейротмеза оказался достоверно выше на всех этапах исследования ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, Выявленные структурно-функциональные изменения элементов соединительнотканых оболочек и нервных волокон отражают преобладание дегенеративных проявлений над репаративными до 28 суток эксперимента. Вокруг шовного материала независимо от серии эксперимента формируется плотноволокнистая муфта. При воздействии локальной резонансной вибрации регенерация периферических нервов проявляется активным неоангиогенезом в отличие от первой серии эксперимента. Использование резонансной вибрации влияет на выраженность отека эндо- и периневральных пространств в периферическом отрезке седалищного нерва.

## ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ

**Б. А. Поляков, Р. Р. Аюпов, Д. Л. Мушников**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Актуальность исследования определяется, с одной стороны – ростом экономического бремени болезней, которое несут за собой заболевания неинфекционного характера, а с другой – необходимостью совершенствования работы по формированию здорового образа жизни населения, как важнейшего фактора, определяющего его здоровье. Следует отметить, что недостаточно исследований по изучению современного состояния качества профилактической работы участковых терапевтов, недостаточно информации о частоте и структуре факторов снижения медицинской активности пациентов, причинах их неучастия в оздоровительных мероприятиях.

В связи с этим целью исследования явилось научное обоснование предложения по повышению эффективности профилактических мероприятий в первичном звене здравоохранения в части оздоровления образа жизни больных с болезнями системы кровообращения.

Базой исследования явилась городская больница г. Кропоткина, поликлиника. Объект исследования – пациенты, получающие медицинскую помощь по поводу гипертонической болезни в условиях городской больницы г. Кропоткина Краснодарского края; качество профилактической медицинской помощи; ресурсы медицинской организации. Для комплексной оценки образа жизни использован метод опроса по специально составленной анкете по следующим параметрам: физическая активность, гигиеническая активность, рекреационная активность, хозяйственно-бытовая активность, медицинская активность. Программа сбора материала предусматривала получение данных из следующих источников: статистические данные об уровне показателей состояния здоровья населения на территории (по отчетным формам № 12, 14, 17, 30); данные экспертной оценки состояния качества медицинских услуг по диспансерному наблюдению пациентов с артериальной гипертонией.

Анализ данных исследования показал, что эффективность профилактической работы в части оздоровления образа жизни пациентов с гипертонической болезнью снижена, о чем свидетельствует, в частности, рост показателей заболеваемости болезнями системы кровообращения (темп прироста показателя в целом по Краснодарскому краю составил 112,4%, по г. Кропоткину – 105,4%), высокая частота дефектов оказания медицинской помощи диспансерной группе больных с артериальной гипертонией (72,5 случая на 100 экспертиз).

Анализ данных экспертной оценки и социологического опроса позволил установить, что уровень подготовленности муниципальной системы здравоохранения к полноценному участию в реализации профилактических программ в части оздоровления образа жизни пациентов снижен в целом на 32,2% (индекс подготовленности 67,8%), в том числе подготовленность медицинских учреждений – на 38%; пациентов на 38,7%; врачей – на 29,8%. При этом установлено, что имеется прямая сильная ( $r = +0,9$ ) корреляционная связь между уровнем профилактической подготовленности врачей и пациентов и уровнем эффективности реализации профилактических программ в части оздоровления образа жизни пациентов.

Разработан комплекс предложений повышению эффективности профилактических мероприятий в первичном звене здравоохранения в части оздоровления образа жизни больных с болезнями системы кровообращения, включающий: оцен-

ку состояния профилактической подготовленности врачей и пациентов в части оздоровления образа жизни; повышение медицинской информированности пациентов о принципах здорового образа жизни; совершенствование организации профилактической работы в условиях взрослой поликлиники в части формирования здорового образа жизни

Комплекс предложений, разработанный в ходе исследования, был апробирован на базе поликлинических подразделений городской больницы г. Кропоткина в 2014 г. Использование предложенных подходов в муниципальном образовании позволило добиться повышения медицинской, социальной и экономической эффективности, выразившейся в снижении числа осложнений артериальной гипертонии среди больных диспансерной группы в 3,7 раза, повышении медицинской активности пациентов на 23,4%, увеличение числа пациентов приверженных принципу «ответственного самолечения» на 14,5%, увеличении числа пациентов с высоким уровнем медицинской информированности на 25,6%, увеличении доли пациентов с высоким уровнем удовлетворенности медицинской помощью на 15,6%, экономии бюджетных средств в размере 238 560,4 рублей.

## **МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ АНДРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ КУРОРТА**

**Б. А. Поляков, Ю. С. Бабкин, Д. Л. Мушников**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Актуальность проблемы определяется, с одной стороны – неблагоприятными тенденциями показателей репродуктивного здоровья мужского населения, а с другой, – отсутствием научно обоснованных подходов к совершенствованию комплексной реабилитации больных андрологического профиля в условиях курорта.

В последние годы выполнено немало исследований по совершенствованию организации урологической и андрологической помощи, однако большинство из них затрагивали амбулаторный и стационарный его этапы и не касались санаторной помощи.

В этой связи целью исследования определено научное обоснование медико-организационной модели комплексной реабилитации больных андрологического профиля в условиях курорта.

Базой исследования определен ЗАО «Курорт Оболсуново» Ивановской обл. Исследование проводилось в период 2012–2015 гг.

Методы исследования: социологический, экспертный оценки, аналитический. Источники информации и объем: карта экспертной оценки случаев оказания реабилитационной помощи больным онкологического профиля – 587 случаев; анкета пациента «Медико-социальная характеристика больных онкологического профиля, проходящих лечение в условиях курорта» – 587 мужчин. Для обработки данных применялись традиционные методы математической статистики – расчет относительных и средних величин, оценка достоверности разности показателей по критерию Стьюдента.

Опрос пациентов андрологического профиля показал, что основными медико-социальными проблемами пациентов являются: низкая медицинская активность и распространенность факторов риска (курения, злоупотребления алкоголем, нерациональное питание); наличие в жизни психотравмирующих ситуаций; низкая медицинская информированность о возможностях получения андрологической помощи по месту жительства, основах физиологии и анатомии мужской репродуктивной системы, а так же возможностях профилактики стрессовых состояний. Экс-

пертная оценка случаев реабилитации показала, что недостатками существующей системы организации реабилитации пациентов с патологией андрологического профиля в условиях курорта являются: низкая эффективность психологического и общефизического компонента реабилитации пациентов, мероприятий по медицинскому информированию пациентов; недоучет при планировании реабилитационных мероприятий общесемейных факторов; отсутствие системы поддержания положительного эффекта (нет медико-информационного сопровождения пациента после выписки из санатория).

Разработана и апробирована организационно-функциональная модель по наблюдению пациентов с андрологической патологией в условиях курорта, которая включает: совершенствование организации реабилитационных мероприятий в отношении больных андрологического профиля, за счет подготовки оригинальной комплексной программы реабилитации пациентов с элементами оздоровления образа жизни, повышения медицинской информированности пациентов, использования природных факторов, семейного консультирования; внедрением бригадной формы организации труда медицинских и вспомогательных работников при оказании помощи больным; уточнением функциональных обязанностей специалистов; применением клубной формы работы с пациентами.

Таким образом, внедрение предложений по совершенствованию реабилитации пациентов с патологией андрологического профиля позволило добиться медицинской, экономической и социальной эффективности. Медицинская эффективность выразилась в достоверном повышении процента положительных эффектов от лекарственной терапии (с 83,7 до 89,8%). Социальная эффективность выразилась в повышении доли пациентов удовлетворенных результатами лечения (с 74,9 до 92,7%). Предложенная модель работы позволила обеспечить достижение экономической эффективности в размере 2,5 руб. на вложенный рубль.

## **ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ**

**И. И. Постол, О. С. Рунова, Л. А. Жданова, А. В. Шишова**

*ОБУЗ «Детская поликлиника № 6» г. Иваново  
ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Отделение неотложной медицинской помощи (ОНМП) в ОБУЗ «Детская городская поликлиника № 6» было создано 1 января 2014 г. для оказания медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи.

В штатном расписании ОНМП предусмотрено 4 ставки врача-педиатра, 4 ставки медицинской сестры, 2 ставки водителя. Организацию работы по оказанию неотложной медицинской помощи осуществляет заведующая отделением – врач-педиатр, имеющий сертификат по специальности «педиатрия». Контроль за деятельностью отделения возложен на заместителя главного врача по медицинской части.

Прием пациентов, непосредственно обратившихся за неотложной помощью в поликлинику, осуществляется врачами отделения в специально выделенном кабинете. При необходимости используются процедурные кабинеты.

На дому неотложная медицинская помощь оказывается выездной бригадой в течение двух часов с момента регистрации вызова в поликлинику. Основной задачей бригады является установление диагноза, осуществление мероприятий, спо-

собствующих стабилизации или улучшению состояния пациента и, при наличии показаний, оформление направления на госпитализацию в стационар по профилю заболевания.

Поводами для вызова бригады неотложной медицинской помощи являются:

1. Лихорадка выше 38,5°C на момент вызова, не поддающаяся лечению жаропонижающими, в том числе сопровождающаяся рвотой, сыпью, болью в животе.

2. Лающий, грубый кашель, хриплый голос, беззвучный, осипший голос, не связанный с аллергией, инородным телом.

3. Свистящее дыхание, слышное на расстоянии.

4. Рвота и жидкий стул у ребенка первого года жизни (без признаков обезвоживания: запавшие глаза, продавленный родничок, сухие слизистые, вялость); у детей старше одного года жизни рвота, жидкий стул более 5 раз за сутки.

5. Обострение хронических заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, без потери сознания, без признаков кровотечения, без резкого внезапного ухудшения состояния, онкопатология.

Оснащение выездной бригады для оказания неотложной медицинской помощи детскому населению содержит: медицинский ящик-укладку, небулайзер портативный, ручной дыхательный прибор, портативный глюкометр с тест полосками, тонометр и фонендоскоп с детскими манжетами, электрокардиограф портативный, пульсоксиметр, комплект транспортных шин, воздуховод, зонд для промывания желудка. Имеются лекарственные средства для внутримышечного, внутривенного и перорального введения, для ингаляции, для наружного применения, антисептики, перевязочный материал, инструментарий и предметы ухода. Врачи в совершенстве владеют техникой сердечно-легочной реанимации.

Опыт работы ОНМП в детской поликлинике следует признать позитивным, так как оно позволило значительно улучшить качество и повысить доступность и оперативность оказания неотложной медицинской помощи детскому населению.

Во-первых, сократилось время ожидания врача пациентом при неотложных состояниях до двух часов с момента принятия вызова.

Во-вторых, снизился процент госпитализации в основном за счет случаев острых респираторных заболеваний, протекающих с бронхобструкцией, выраженной и длительной гипертермией, явлениями стеноза.

В-третьих, расширились возможности ведения в амбулаторных условиях детей при обострении хронических заболеваний, особенно таких, как бронхиальная астма. Врач ОНМП имеет возможность использовать не только клинические показатели тяжести состояния ребенка, но и объективные, например сутуриацию крови. При этом врач не только снимает приступ, используя небулайзер, а также может оценить эффективность терапии с помощью пикфлоуметрии.

В-четвертых, улучшилось качество медицинской помощи детям инвалидам с онкологической и неврологической патологией, перенесшим травмы и тяжелые операции, прикованным к постели, детям с пороками развития, пациентам, которые ждут последующие этапы оперативных вмешательств. Ликвидация у них декомпенсированных состояний позволяет предотвратить госпитализацию в стационары города. В ОНМП создана компьютерная база данных детей-инвалидов с указанием базовой терапии, возможных urgentных ситуаций, которые могут возникнуть у того или иного пациента. При необходимости организуется совместный выезд с врачами-специалистами к такому ребенку и консилиум на дому.

В-пятых, снизился процент декомпенсированных состояний в группе детей, больных сахарным диабетом.

Безусловно, опыт работы ОНМП показал его состоятельность, необходимость и востребованность. В перспективе планируется полная компьютеризация службы неотложной помощи, создание общей электронной базы. Это позволит создать

единую базу данных всех пациентов, унифицировать работу как среднего медицинского персонала, так и врачей отделения. Укрепление материально-технической базы и повышение профессионального уровня сотрудников отделения будут способствовать дальнейшему повышению качества оказания медицинской помощи детскому населению.

## **ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ ФАКТОРОВ РОСТА В СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТАХ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**О. В. Рачкова**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Актуальность проблемы невынашивания беременности определяется высокой частотой преждевременных родов, перинатальной смертностью, большими экономическими затратами при выхаживании недоношенных детей, и лечении детей, имеющих хронические заболевания или инвалидность с детства (Сидельникова В. М., 2010; Жарких А. В., 2010). Несмотря на то, что за последние годы достигнуты весомые успехи в профилактике и лечении невынашивания беременности, частота этой патологии не только не уменьшилась, но и имеет стойкую тенденцию к росту. Поиск новых методов ранней диагностики невынашивания является одним из приоритетных направлений морфологических исследований.

Цель исследования – на основании динамики факторов роста (васкуло-эндотелиального (VEGF) и фактора некроза опухоли (TNF- $\alpha$ ) в плацентах III триместра при неосложненном течении и невынашивании беременности установить их роль в формировании хронической плацентарной недостаточности.

Материалом исследования явились 60 последов (по 30 при невынашивании в сроки 33–37 недель беременности (основная группа) и при неосложненном течении беременности (группа контроля). В работе использовали окраску срезов гематоксилином и эозином, морфометрический и иммуногистохимический (ИГХ) методы (экспрессия VEGF-A, TNF- $\alpha$ ) с определением индекса экспрессии. Применяли первичные мышиные моноклональные антитела к сосудисто-эндотелиальному фактору роста (VEGF, клон C-1, Dako) и мышиные моноклональные антитела к фактору некроза опухоли (TNF- $\alpha$ , клон 2C8, Santa Cruz Biotechnology).

Цифровой материал обработан статистическими методами с использованием стандартного пакета программного обеспечения «Excel-2000». Достоверность различий между вариационными рядами с нормальным типом распределения оценивали с помощью непараметрического критерия Манна – Уитни. Различия считали статистически значимыми при пороговом уровне достоверности  $p < 0,05$ .

При детальном изучении анамнеза пациенток обеих групп установлены достоверные отличия по количеству перенесенных гинекологических заболеваний, таких как хронический эндометрит, эндометриоз, хронический аднексит ( $p < 0,01$ ), кольпит ( $p < 0,05$ ). Из генитальных инфекций у женщин с преждевременными родами чаще встречались уреоплазмоз и цитомегаловирусная инфекция ( $p < 0,05$ ).

При исследовании последов основной группы в 100% случаев диагностирована хроническая суб- и декомпенсированная плацентарная недостаточность, при этом 56,7% плацент гипоплазированы и/или имеют аномальную форму. Пупочный канатик в 73,3% последов характеризуется патологией соединительной ткани с перекрутами (40%) и варикозным расширением вен (43,3%). В 87% последов этой группы выявлены воспалительные изменения различной этиологии в виде базального децидуита, виллузита, хориоамнионита. В 39% наблюдений преобладают

нарушения дифференцировки хориального дерева в виде склерозированных хаотично расположенных ворсин. Адаптивные процессы представлены образованием синцитиальных почек – 93,3% ( $p < 0,01$ ).

Индекс экспрессии VEGF-A достоверно снижается в децидуальных клетках и инвазивном цитотрофобласте основной группы и составляет соответственно  $1,0 \pm 0,1$  и  $0,9 \pm 0,08$  усл. ед. ( $p < 0,001$ ). Снижение экспрессии VEGF-A на локальном уровне при невынашивании, очевидно, обусловлено эндокринной недостаточностью вышеупомянутых структур при уменьшении васкуляризации и нарушении созревания ворсин. В эндотелии сосудов стволых и промежуточных ворсин экспрессия фактора в 1,5 раза превышает подобную при неосложненном течении беременности ( $p < 0,001$ ), что свидетельствует о развитии внутриутробной гипоксии плода, являющейся одним из факторов стимуляции преждевременных родов. Позитивный эффект иммуногистохимической реакции с антителами к VEGF в синцитиальных почках эпителия ворсин отражает процессы компенсации. Выявленное нами общее снижение экспрессии VEGF при невынашивании в III триместре сочетается с уменьшением степени васкуляризации ворсин и нарушением дифференцировки терминальных ворсин, снижением удельной площади синцитиокапиллярных мембран и сосудистого русла ворсин.

Индекс экспрессии TNF- $\alpha$  достоверно ( $p < 0,001$ ) увеличен в инвазивном цитотрофобласте до  $1,6 \pm 0,02$  усл. ед., в децидуальных клетках –  $1,5 \pm 0,01$  усл. ед., в трофобласте ворсин – до  $0,8 \pm 0,01$  усл. ед. Повышение экспрессии TNF- $\alpha$  во всех изучаемых клеточных компонентах плаценты при преждевременных родах отражает развитие метаболических и структурных повреждений децидуальных клеток и трофобласта ворсин, расширение межклеточных пор, повышение проницаемости мембран, приводящих в результате к нарушению маточного кровообращения. Цитокин TNF- $\alpha$ , относящийся к провоспалительным цитокинам, активирует протромбиназу, вызывая тромбозы, инфаркты и отслойку плаценты, обнаруженные нами в 76,6% наблюдений основной группы.

Таким образом, установлено влияние факторов роста на развитие хронической плацентарной недостаточности при невынашивании беременности, проявляющееся снижением экспрессии VEGF-A и увеличением экспрессии TNF- $\alpha$  в структурных компонентах плаценты, что наряду с их гипоплазией, воспалением и нарушением созревания ворсинчатого хориона, расстройствами маточно-плацентарного кровотока определяют прерывание беременности в III триместре.

## **ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧЕЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

**Н. К. Рогачева**

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ивановской области»  
Минтруда России*

В настоящее время в России недостаточно налажено взаимодействие между специалистами бюро медико-социальной экспертизы и первичным звеном здравоохранения при проведении реабилитации детей-инвалидов. Данный факт нарушает принцип последовательности при проведении реабилитационных мероприятий, что, несомненно, сказывается на их эффективности.

Цель исследования – выявить проблемы взаимодействия между специалистами детских поликлиник и врачами по медико-социальной экспертизе, которые влияют на эффективность реабилитации детей-инвалидов.

Проанкетировано 50 врачей детских поликлиник на предмет выявления недостатков во взаимосвязи между бюро медико-социальной экспертизы и медицинскими организациями (допускалось выбирать несколько вариантов ответов).

Врачами детских поликлиник проводится трудоемкая работа с членами семьи детей-инвалидов: 78% врачей рассказывают об инвалидизирующем заболевании и о плане реабилитационных мероприятий, о возможности его реализации; чуть меньше предупреждает о неблагоприятных исходах в случае невыполнения медицинских рекомендаций и о существующих путях по улучшению качества жизни ребенка и его семьи. Почти все специалисты (96%) при неэффективности реабилитации хронического заболевания предупреждали родителей о возможности установления их ребенку категории «ребенок-инвалид».

Важным документом, необходимым для обращения в бюро медико-социальной экспертизы является форма 088/у-06, которую оформляют врачи первичного звена здравоохранения. Было установлено, что 68% врачей не испытывают трудности при заполнении «направления на медико-социальную экспертизу». Однако остальные специалисты, говорят, что сложности существуют. Большинство из них не знают, на какие критерии опираться при заполнении разделов «клинический прогноз», «реабилитационный потенциал», «реабилитационный прогноз». При заполнении раздела «анамнез жизни», многие отмечают, что в амбулаторной карте представлены не все данные. Раздел «Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации для формирования или коррекции индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида вызывает трудности из-за неосведомленности в вопросах реабилитации при различных заболеваниях.

Следующий вопрос касался принципа определения ограничений жизнедеятельности (ОЖД) ребенка-инвалида врачами поликлиник. Ровно половина ответили, что знают действующие нормативно-правовые документы и определяют ОЖД согласно им, однако другая половина врачей ориентируются на отрывной талон прошлых лет или вообще определяют ОЖД интуитивно. Чуть больше половины врачей не видят необходимости во взаимосвязи со специалистами бюро медико-социальной экспертизы, кроме «обратного талона». Остальные хотели бы получить помощь в ознакомлении с новыми критериями установления инвалидности, которые вступили в силу в декабре 2014 г.; разъяснение в вопросах не установления категории «ребенок-инвалид».

Врачам по медико-социальной экспертизе детских бюро необходима взаимосвязь с первичным звеном здравоохранения, так как специалисты, которые наблюдают данную категорию детей, лучше знают их состояние здоровья и реабилитационный потенциал.

Таким образом, представленные результаты позволяют говорить о необходимости более тесной взаимосвязи врачей медицинских организаций и специалистов по медико-социальной экспертизе с обязательным наличием обратной связи, для обеспечения принципа последовательности при проведении реабилитационных мероприятий, для повышения их эффективности.

## **ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

**Т. В. Русова, Л. А. Жданова**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Важным резервом повышения эффективности работы детских амбулаторно-поликлинических учреждений с детьми, страдающими хроническими и рецидивиру-

рующими заболеваниями, является комплексный подход к диагностике нарушений здоровья и реабилитации пациентов с участием специалистов отделения медико-социальной помощи, осуществляющих медико-психолого-социальное обследование ребенка и семьи с выявлением неблагоприятных психологических характеристик личности и социальных факторов и его медико-социальную реабилитацию с обязательным участием семьи.

Цель исследования – провести комплексное обследование детей с рецидивирующими и хроническими заболеваниями и обосновать роль отделения медико-социальной помощи детской поликлиники в системе реабилитации детей с нарушениями здоровья.

Проведено комплексное медико-психологическое обследование 250 детей подросткового возраста с рецидивирующими и хроническими соматическими заболеваниями. Определение психологических особенностей пациентов проводилось с помощью шкал личности и школьной тревожности, С-теста для оценки уровня страхов, шкалы самооценки Дембо – Рубенштейна; оценка типа семейного воспитания – с помощью опросника для родителей.

У большинства детей с хронической и рецидивирующей соматической патологией выявлены различные неврологические расстройства, неблагоприятные психогенные факторы и особенности личности, а также проблемы социальной адаптации в обществе (семье, коллективе сверстников). У большинства пациентов установлен повышенный уровень общей и школьной тревожности, страхов, связанных с обучением в школе (страх учителя, отвечать у доски, экзаменов, насмешек одноклассников), а также с нарушением воспитания в семье (страх наказания, непонимания, отвержения, осуждения близкими), у 16% подростков наблюдался повышенный уровень агрессии.

Проблемы в общении со сверстниками испытывали 11% пациентов. У каждого пятого подростка выявлено нервно-психическое напряжение. В большинстве семей наших пациентов установлены различные нарушения типа семейного воспитания. В 10 семьях эмоциональное отвержение ребенка, а в 9 случаях – жестокое обращение с ним. В результате 16% подростков активно отмечали нервную обстановку и психологический дискомфорт в семье. Каждый десятый подросток был из неполной семьи.

Полученные материалы свидетельствуют о нарушении социальной адаптации подростков с хронической и рецидивирующей соматической патологией, как в образовательном учреждении, так и в семье, а также о высокой частоте у них неблагоприятных психологических особенностей личности и негативных социальных факторов. Следовательно, при проведении реабилитации пациентов с хроническими заболеваниями необходимы не только методы восстановительной терапии: индивидуальная программа медикаментозной коррекции и лечебной физкультуры, но и психологическая помощь, в которой нуждаются, как показали результаты нашей работы, большинство подростков.

Таким образом, участие отделений медико-социальной помощи детских поликлиник в работе с детьми с хронической и рецидивирующей патологией позволит повысить эффективность реабилитационных мероприятий, скорректировать неблагоприятные личностные особенности и управляемые психогенные факторы, оказывающие негативное влияние на течение хронических заболеваний, а также улучшить их качество жизни и социальную адаптацию.

## МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ НА УЧАСТКЕ

Т. В. Рябчикова, Л. А. Качанова, Л. Н. Ласкарева

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Современные требования к качеству оказания медицинской помощи значительно расширили задачи сестринской службы. Доказана рентабельность качественной сестринской помощи. В нашей стране исторически сложилась врачебная модель оказания помощи пациенту. Несмотря на то, что среди медицинских сестер накопилось достаточно большое количество лиц с новым уровнем образования, которые могут непосредственно влиять на качество оказываемой помощи пациенту, сложившиеся стереотипы вряд ли позволят работать медицинской сестре самостоятельно. Вряд ли целесообразно говорить о модели сестринской деятельности, где медицинская сестра работала бы самостоятельно, поскольку такой вид деятельности предполагает полную ответственность и создание нормативной юридической базы. Встает вопрос о модели сестринской деятельности в нашей стране с учетом существующей модели – врачебной. В последние годы было разработано более 30 концептуальных моделей сестринского дела. Многообразие моделей и их отличие друг от друга связано с тем, что их авторы по-разному определяют структурные компоненты модели (пациента, источник проблем, цель сестринской помощи и др.). Ряд моделей зарубежных авторов могут быть использованы в Российском здравоохранении как обучающие модели, но не могут быть использованы в практическом здравоохранении в силу разницы организации медицинской помощи в разных странах.

Целью представленной работы было создание медико-организационной модели сестринской помощи с учетом конкретных условий страны, принципов и задач системы здравоохранения, демографических показателей, социально – экономического состояния общества, доминирующих морально-этических принципов и культуры.

Были проанализированы модели оказания помощи пациенту, представленные в литературе, модель сестринской помощи различных типов лечебно-профилактических учреждений России, проведен хронометраж, выделены виды деятельности, которые сопоставлялись с квалификационной характеристикой. Модель разрабатывалась в соответствии с законодательством страны.

Модель сестринской деятельности должна быть ориентирована: на человека, а не на болезнь; на сохранение жизни человека; на сохранение здоровья человека, улучшение качества жизни и независимости от болезни; на определение ответной реакции человека, его родственников, семьи на болезнь; на нарушенные потребности и возникающие проблемы; на решение проблем, связанных со здоровьем человека, семьи, групп людей и общества.

Основопологающие понятия модели.

Здоровье и болезнь – различные состояния, которые могут сосуществовать.

Пациент – объект заботы. Именно на пациента направлена деятельность медсестры: она выявляет его основные проблемы, анализирует и определяет источник их возникновения, информирует и обучает пациента приемам сохранения и укрепления здоровья.

Обучение – сохранению здоровья надо учиться. Обучение начинается в поликлинике и продолжается дома, по месту жительства.

Сотрудничество – это взаимодействие между медсестрой и пациентом с целью обучения и укрепления здоровья.

Модель оказания ПМСП предполагает взаимодействие участников лечебного процесса: пациента, участкового врача, участковой медицинской сестры, специалистов (врачи-специалисты, лабораторно-диагностическая служба, органы службы социальной защиты населения).

Цель сестринской деятельности мы определили как достижение комфорта и независимости пациента от болезни, с учетом его состояния здоровья.

Задачи: научить человека жить с тем уровнем здоровья, который у него есть, а также предупредить в дальнейшем возможные нарушения состояния здоровья.

Работу участковой медицинской сестры мы раздели на отдельные виды деятельности в соответствии квалификационной характеристикой и деятельностью участкового врача:

- 1) организационный,
- 2) лечебно-диагностический,
- 3) профилактический,
- 4) обеспечение инфекционной безопасности,
- 5) повышение профессиональной квалификации.

Роль медицинской сестры определяется, как дополняющая к возможностям пациента укреплять и улучшать свое здоровье: Она будет меняться в зависимости от проблем пациента – «адвокат», «сестра милосердия», «психолог», «реабилитолог».

Способы сестринской помощи: обучение больного и его родственников; помощь и поддержка больного; руководство и направление его действиями; созданий условий для обеспечения возможностей по поддержанию и укреплению его здоровья.

При работе с пациентом необходимо ориентироваться на определение ухода, как мероприятий, направленных на сохранение здоровья и предупреждение заболеваний, создание комфортных условий, облегчающих состояние больного и обеспечение успеха лечения и обучение пациента навыкам, сохраняющим его здоровье. Конечная цель работы с пациентом – удовлетворение его физических, психических, социальных и духовных потребностей.

Таким образом, российская модель сестринской помощи создана с учетом конкретных условий страны, принципов и задач системы здравоохранения, демографических показателей, социально – экономического состояния общества, доминирующих морально-этических принципов и культуры.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ПЕДИАТРА В РЕАБИЛИТАЦИИ ШКОЛЬНИКОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**М. Н. Салова, Л. А. Жданова, А. В. Шишова**

*ОБУЗ «Детская городская поликлиника № 6» г. Иванова  
ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Увеличение числа перинатальных поражений центральной нервной системы (ПП ЦНС) является одним из факторов, определяющим высокий рост нарушений здоровья. На этом фоне развиваются многие заболевания и часто отмечается затруднение адаптации к учебным нагрузкам и коллективу сверстников. Это обуславливает актуальность применения комплексного нейросоматического подхода к реабилитации обучающихся с хроническими соматическими заболеваниями.

В связи с этим нами была проведена сравнительная характеристика состояния здоровья и социальной адаптации детей с последствиями ПП ЦНС ( $n = 60$ ) и без них ( $n = 20$ ) в процессе обучения в начальной школе.

Индивидуальная оценка физического развития учащихся показала, что около половины детей с последствиями ПП ЦНС имели отклонения физического развития в основном за счет дефицита массы тела (35% в начале обучения и 23,6% по окончании начальной школы) и реже – избытка (3,3 и 19,1% детей соответственно). Среди неврологически здоровых детей эти отклонения в начале обучения встречались у трети учащихся, к окончанию начальной школы не отмечались совсем.

Индивидуальный анализ интеллектуального развития показал, что школьники с последствиями ПП ЦНС имели достоверно более низкие значения показателей интеллектуального развития по сравнению со здоровыми. Это отразилось на успешности их адаптации к учебным нагрузкам, о которой судили по показателям успеваемости детей. Дети с последствиями ПП ЦНС, по сравнению с неврологически здоровыми, имели меньший средний балл по основным учебным предметам ( $3,47 \pm 0,08$  и  $3,94 \pm 0,11$  соответственно,  $p < 0,05$ ) и по поведению ( $3,53 \pm 0,07$  и  $4,12 \pm 0,09$ ,  $p < 0,05$ ). При этом у них наблюдался более низкий уровень мотивации к обучению ( $22,47 \pm 0,28$  и  $26,94 \pm 0,11$ ,  $p < 0,05$ ).

В первом классе высокий уровень тревожности имели 56,7% детей с последствиями ПП ЦНС, в четвертом классе – 20% школьников, что значительно чаще, чем в группе сравнения.

В отличие от неврологически здоровых сверстников, социальный статус был ниже у детей с последствиями ПП ЦНС. Среди них чаще выявлялись «непринятые» (40% – в начале обучения и 32,26% – по окончании начальной школы), лишь среди них были «изолированные» дети.

В ходе нашего исследования установлено, что частые заболевания в первом классе имели 61,77% детей с последствиями ПП ЦНС и лишь 15% неврологически здоровых школьников ( $p < 0,01$ ). Начиная с раннего возраста, они имели сниженную резистентность, сохраняющуюся при обучении в школе. Течение острых заболеваний у них было более длительным, характеризовалось высокой температурной реакцией, эмоционально-поведенческими и вегетативными нарушениями, более выраженным астеническим синдромом в период реконвалесценции, частыми осложнениями. Это диктовало необходимость систематического проведения у этой группы детей мероприятий, направленных на повышение резистентности.

Анализ заболеваемости в период обучения в начальной школе выявил более высокую частоту патологии по большинству классов болезней. Ее формирование начиналось в более ранние сроки. У неврологически здоровых детей дебют хронических болезней органов дыхания, пищеварения, мочеполовой системы приходился на дошкольный возраст, болезней костно-мышечной системы и болезней глаза и его придаточного аппарата совпадал с моментом поступления в школу. У детей с последствиями ПП ЦНС эти заболевания формировались в раннем и дошкольном возрасте, имели более тяжелое течение и их распространенность возрастала в большей степени за период обучения в начальной школе.

Обострения и рецидивы хронических соматических заболеваний совпадали с ухудшением неврологического статуса, что доказывала сильная прямая корреля-

ционная взаимосвязь ухудшения неврологического статуса с обострением атопического дерматита (0,86), хронических заболеваний органов пищеварения (0,84) и органов дыхания (0,71), прямая корреляционная связь средней силы – с заболеваниями мочеполовой системы (0,51). Это свидетельствовало о нейросоматическом генезе заболеваний, формирующихся на фоне ПП ЦНС.

В результате мы пришли к заключению о необходимости большей ориентации врача-педиатра на диагностику отклонений со стороны ЦНС, их профилактику, а также на комплексный невролого-педиатрический подход в реабилитации детей с хронической патологией на фоне ПП ЦНС.

Для его реализации было подготовлено пособие «Алгоритм действий врача-педиатра при диагностике и лечении ПП ЦНС и их последствий». В нем обоснована система мероприятий, предусматривающая нейросоматический подход к диспансерному наблюдению и реабилитации детей с последствиями ППЦНС. Причем срок наблюдения не должен ограничиваться первым годом жизни. Оно должно продолжаться до окончания подросткового периода.

В комплексную программу реабилитации таких детей следует включать мероприятия, которые повышают резистентность, гармонизируют вегетативную регуляцию, корригируют отклонения физического развития, нарушения опорно-двигательного аппарата и органа зрения.

Программы организационных и лечебно-профилактических мероприятий по формированию здоровья детей, перенесших ПП ЦНС, построены на принципе этапности. Этапы реабилитации таких детей включают в себя разнообразные мероприятия, направленные на профилактику возникновения ПП ЦНС и их последствий, своевременная и полная терапия выявленных неврологических нарушений, психолого-педагогическое сопровождение ребенка.

В программах реабилитации этих детей приоритетными являются немедикаментозные методы. Эти дети должны составлять диспансерную группу врача-педиатра, даже если у ребенка не сформировалась хроническая соматическая патология.

Лекарственная терапия назначается неврологом при недостаточной эффективности медико-педагогической коррекции. В немедикаментозных программах акцент делается на нормализацию режима дня, правильное питание и создание позитивной модели воспитания. При неэффективности диспансеризации детей с последствиями ПП ЦНС они должны направляться на невролого-педиатрический консилиум для согласования тактики и выработки оптимальных схем реабилитации, при этом в ОУ к проведению таких консилиумов обязательно подключается психолог.

Не вызывает сомнений принцип комплексности реабилитации детей с последствиями ПП ЦНС, требующий интеграции деятельности медицинских работников, педагогов и родителей. Имеются рекомендации по коррекции поведенческих нарушений у детей с последствиями ПП ЦНС для использования в образовательном учреждении. Они направлены на создание условий для стимуляции развития высших мозговых функций, гармонизацию отношений между взрослыми и детьми (стимулирующая система вознаграждения, позитивная модель отношений), развитие потребности в саморегуляции и навыков самоконтроля (аутотренинги, специальные физкультурные упражнения), формирование адекватных эмоциональных и моторных реакций. В школе особая роль отводится нормализации отношений учителя и трудного ученика.

**ОБОСНОВАНИЕ ПУТЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ  
ПОДРОСТКОВ 16–17 ЛЕТ  
С УЧЕТОМ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ИХ ДЕЗАДАПТАЦИИ**

**Т. А. Севастьянова, И. Е. Бобошко, О. С. Рунова, И. В. Журавлева**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Особую ценность в реализации государственных программ охраны здоровья детей представляет социальное благополучие подростков, которые в ближайшее десятилетие будут определять экономический, научный и культурный потенциал страны.

Целью исследования была разработка модели медико-социальной помощи подросткам на основании изучения их характерологических особенностей и интеллектуальных способностей.

Объектом исследования были 109 подростков 16–17 лет, учащихся 10–11-х классов общеобразовательной школы и их семьи. Экспериментальная группа состояла из 58 подростков из социально благополучных семей, контрольная – из 51 подростка, воспитывающегося в семьях, отнесенных нами к разряду неблагополучных. Проводимое обследование включало: диагностику характерологических качеств и личностных особенностей (опросник Смишека), выявления особенностей внутрисемейных отношений (тест «Рисунок семьи»), оценку интеллектуальных показателей по школьному ориентировочному тесту Вандерлика.

У подростков из социально благополучных семей преобладали благоприятные типы акцентуации характера: гипертимный 40% и педантичный 26%. В социально неблагополучных семьях, у подростков достоверно чаще встречались тревожный (почти в половине случаев), застревающий (22,2%), экзальтированный (11,1%) типы, относящиеся к неблагоприятным. По показателю общих способностей (речь, память, мышление, логические способности, осведомленность, степень социальной зрелости) соответствие IQ возрастным нормам демонстрировали более половины подростков (63%) из социально благополучных семей, из социально благополучных семей интеллектуально были развиты соответственно возрасту более 80% подростков. Отставание этого показателя регистрировалось у 29,6% подростков из неблагополучных семей, а из благополучных в 2 раза реже. Наряду с этим именно 7,4% подростков в этой группе показали опережение в интеллектуальном развитии, что было не характерно подросткам из социально благополучных семей.

Более чем в 70% случаев подростки из социально неблагополучных семей отмечали неудовлетворенность своей социальной ролью в обществе и семье, неопределенность социальных перемен в будущем («нет средств для продолжения учебы»). В социально благополучных семьях более 30% детей недовольны своим ролевым статусом в семье – авторитарные позиции родителей, или, напротив, гипоопека со стороны членов семьи, конфликты с ними; в социально неблагополучных семьях процент значительно ниже (13,7%), что объясняется более низким уровнем ожидания родительского внимания и привычка рассчитывать только на себя. У 20% подростков из социально благополучных семей регистрировалось агрессивное поведение, но в неблагополучных семьях процент этих проявлений вдвое выше. В обоих случаях ее причиной служит вербальная агрессия со стороны родителей. Физическая агрессия со стороны родителей практически не встречалась в социально благополучных семьях, а в неблагополучных присутствовала почти в 30%.

Анализ родительско-детских отношений показал не только количественные различия встречаемости типов воспитания, но и качественные. В социально благополучных семьях авторитарный тип (45, 1%) превышает таковой в социально неблагополучных почти в пять раз (11,7%), это свидетельствует о большем влиянии родителей с высоким социальным статусом на подростков. Демократичный тип, не имея количественных различий встречаемости, носит значительные качественные различия проявлений. Так, в социально благополучных семьях, подросток открыто заявляет о своих потребностях и они часто становятся предметом обсуждения семейного совета. А в социально неблагополучных семьях предметом обсуждения, носящего не редко вид конфликта, являются проступки подростка, которых он предпочел бы скрыть. Разрешающий (23,5%) и попустительский (21,5%) типы в социально неблагополучных семьях встречались почти в четыре раза чаще, что зачастую связано с пьянством одного из родителей, когда подростку приходится брать на себя социальные роли отца, матери особенно, если в семье есть младшие дети, и он не имеет родительской поддержки, а следовательно и смысла делиться с ними своими проблемами. Игнорирующий тип имеет почти равную частоту встречаемости, что объясняется особенностями подросткового периода, когда подростки предпочитают скрывать от родителей все события своей жизни.

Анализ полученных данных свидетельствует, что факт социального неблагополучия семьи является неоднородным по своему влиянию на интеллектуальную сферу подростка, и большее влияние оказывает не столько тип социального благополучия его семьи, а особенности характера подростка и тип семейного воспитания. Подростки, как из неблагополучных, так и из благополучных семей нуждаются в «психологическом закаливании», которое может осуществляться в условиях отделений медико-социальной помощи детских поликлиник, специализированных центров, в школах, в виде индивидуального консультирования и групповых психологических тренингов личностного роста и социального успеха. На наш взгляд, индивидуализация психолого-социального сопровождения – эффективный путь оптимальной самоактуализации ребенка, его социальной соотнесенности, позитивных форм поведения, что может стать основой социально-психологической гарантией гармонизации личности.

### **ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЗА СЧЕТ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

**М. В. Сеницина, О. И. Терентьева, О. С. Рунова, И. В. Князева**

*ОБУЗ «Детская городская поликлиника № 6» г. Иванова  
Детский городской консультативно-диагностический центр г. Иванова*

Современная система здравоохранения предусматривает повсеместное внедрение электронной информационной системы, включающая личный кабинет пациента, рабочие места врача и медицинской сестры, электронные системы принятия решения, а так же доступ к электронным и обучающим ресурсам и использование телемедицинских технологий. Для реализации данной задачи в ОБУЗ ДГП № 6 организовано информационно-аналитическое отделение, для обеспечения единого информационного пространства. Внедренные информационные технологии предусматривают большую роль среднего медицинского персонала. Так электронная регистратура позволяет пациенту записаться по телефону или через интернет портал. Медсестра заводит на него электронную карту амбулаторного пациента. В рамках созданных стандартов и алгоритмов описания и исследований

формируется маршрут пациента. Через электронную регистратуру оформляются рецепты на детское и лечебное питание, направления на госпитализацию. Более трех лет назад разработан и постоянно совершенствуется сайт учреждения, который является «окном» детской поликлиники. Для улучшения качества оказания консультативной и диагностической помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе детскому населению г. Иванова на базе ДГП № 6 1 июля 2015 г. открыт Детский городской консультативно-диагностический центр, где проводятся консультативные приемы и обследования с применением аппаратных, инструментальных и лабораторных методов исследования врачами-специалистами по 17 направлениям медицинской помощи.

С целью повышения удовлетворенности и оптимизации работы в детском городском консультативно-диагностическом центре внедрен проект «медицинская сестра – координатор», которая обеспечивает доступность, эффективность медицинской помощи. В этом направлении особую роль играет средний медицинский персонал. Медицинская сестра непосредственно работает со всеми участниками консультативно-диагностического процесса, не дублируя работу старшей медсестры, а являясь связующим информационным звеном между пациентом и медицинским регистратором, пациентом и врачом, пациентом и диагностическими кабинетами. В связи с этими целями она должна осуществлять целый ряд абсолютно новых функциональных задач.

На основании опыта работы с информационными медицинскими системами нами был сформирован функционал медицинской сестры – координатора. В него вошли: составление и контроль расписания врачей-специалистов в электронной регистратуре; запись пациентов к врачам-специалистам через электронную регистратуру; консультирование пациентов по объему оказываемых медицинских услуг; заполнение паспортной части электронной амбулаторной карты пациента; формирование и передача записи в диагностические кабинеты; копировка диагностических назначений из амбулаторных карт пациента и запись на их проведение; обучение пациентов правилам подготовки к диагностическим исследованиям; оформление направлений на госпитализацию через комплексные медицинские информационные системы; осуществление поддержки личного кабинета пациента; информирование населения о правилах здорового образа жизни. Первое впечатление у пациента формируется в течение нескольких секунд контакта. Задача медицинской сестры – координатора представить медицинскую организацию в позитивном контексте и сформировать атмосферу эмоционального комфорта, как у ребенка, так и у сопровождающего его взрослого. Мы считаем, что медсестра подобного уровня должна отвечать определенным требованиям. Помимо владения сестринскими манипуляциями это умение общаться дистанционно, обладать не только грамотной речью, но и высокими коммуникативными навыками. Ей необходимо владеть быстрой переключаемостью при работе с разноплановыми задачами и большим объемом информации, продемонстрировать навыки анализа и системности мышления. Обязательным является владение персональным компьютером на уровне уверенного пользователя. И, безусловно, умение создать позитивный настрой к медицинскому учреждению.

Все медсестры детского консультативно-диагностического центра имеют высокую профессиональную квалификацию, большой опыт работы организаторами здравоохранения и отвечают требованиям медсестры-координатора, они универсальны и взаимозаменяемы, что позволяет обеспечивать непрерывный рабочий процесс, сохраняя практические навыки и профилируя эмоциональное профессиональное выгорание. Внедренный в работу консультативно-диагностического центра проект «Медицинская сестра – координатор» позволил повысить доступность медицинской информации для пациента, медицинская сестра, работая с

большим объемом оперативной информации, минимизирует время ожидания консультаций и обследований, так как формируется оптимальный маршрут каждого пациента. В центре нет очередей, врачи-специалисты максимально рационально используют время консультации пациента, у медицинского регистратора есть бюджет времени на оперативное заполнение документации.

Таким образом, развитие информатизации в учреждении позволило повысить доступность и качество медицинской помощи, удовлетворяющей потребностям населения. Для дальнейшей интеграции инновационных технологий в работу детской городской поликлиники № 6 планируется внедрение телемедицинских консультаций между структурными подразделениями поликлиники; проведение видеоконференций, обучающих семинаров, школ; поддержка личного кабинета пациента в виде формирования личной реабилитационной и оздоровительной программы.

## **ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ IL-8 И RANTES ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ**

**И. Е. Таланова, Н. Ю. Борзова**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

*ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт  
материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России*

Преждевременные роды являются одним из самых важных аспектов этой проблемы, которая может быть обусловлена хромосомными аномалиями, генными мутациями и наследственной предрасположенностью к заболеванию. В настоящее время недостаточно раскрыты иммунные механизмы в патогенезе преждевременных родов, в частности роль хемокинов, как на системном, так и на локальном уровнях. Хемокины – это цитокины, которые принимают активное участие в развязывании родовой деятельности. Созревание шейки матки предшествует физиологическому развязыванию родовой деятельности. Хемокины (IL-8, RANTES) участвуют в перемоделировании соединительной ткани шейки матки перед родами. IL-8 вызывает миграцию нейтрофилов к шейке матки и стимулирует их к продукции коллагеназы нейтрофилов (MMP-8), что может также разрушать матрикс шейки матки.

Цель работы. Установить особенности содержания хемокинов у женщин с невынашиванием беременности в III триместре.

В акушерской клинике ИвНИИ МИД им. В. Н. Городкова были обследованы 83 женщины с угрожающими преждевременными родами в сроки гестации 32–36 недель (основная группа) и 34 женщины без угрозы прерывания в сроки гестации 32–36 недель (контрольная группа), а также 41 плацента от женщин, беременность которых протекала на фоне угрожающих преждевременных родов и 19 плацент от женщин со своевременными родами. В исследование не включались беременные с тяжелой экстрагенитальной патологией и с тяжелыми формами гестоза. Содержание хемокинов в сыворотке крови и тканевых экстрактах децидуальной оболочки плаценты оценивали методом ИФА.

Невынашивание беременности ранних и поздних сроков беременности в анамнезе было у 4,8% исследуемых женщин основной группы, а у пациенток контрольной группы 0,0% ( $p < 0,05$ ). При обследовании женщин основной группы выявлена высокая частота хронических воспалительных заболеваний гениталий (74,7%), в контрольной группе данная патология встречалась у 13,4% ( $p < 0,05$ ). Экстрагенитальная патология одинаково часто выявлялась у обследуемых обеих групп – в 84,8 и 85,7% случаев ( $p > 0,05$ ). В структуре заболеваемости женщин

основной группы по сравнению с контрольной достоверно чаще имели место варикозная болезнь нижних конечностей (7,2 и 0%,  $p < 0,05$ ), НЦД (41,8 и 24,5%,  $p < 0,05$ ), ожирение (21,3 и 9,8%,  $p < 0,05$ ), анемия (6 и 1%,  $p < 0,05$ ). При изучении течения настоящей беременности было установлено, что у пациенток основной группы была высокая частота угрозы прерывания в первых двух триместрах гестации (у 73,5%,  $p < 0,01$ ), плацентарной недостаточности у 48,2% ( $p < 0,001$ ), хронической внутриутробной гипоксии плода у 18,1% ( $p < 0,01$ ). У пациенток основной беременности завершилась своевременными родами в 65% случаев, у 35% пациенток – преждевременными родами в сроке 34–36 недель беременности. Оценка по шкале Апгар детей родившихся преждевременно 6–8 баллов, оценка по шкале Апгар детей родившихся своевременно 8–9 баллов.

При анализе содержания IL-8 в периферической крови у пациенток с клиникой угрожающих преждевременных родов было установлено, что его уровень был практически в 2 раза ниже по сравнению с показателями контрольной группы, однако различия не достоверны ( $p > 0,05$ ). У женщин, беременность которых закончилась преждевременными родами уровень IL-8 в сыворотке крови был достоверно ниже по сравнению с таковым у женщин контрольной группы ( $p < 0,01$ ). Уровень IL-8 в экстрактах децидуальной оболочки у пациенток основной группы имел тенденцию к снижению по сравнению с показателями женщин группы контроля. Такая же закономерность характерна и для пациенток, чья беременность закончилась преждевременными родами, однако различия не по сравнению с группой контроля не достоверны. При анализе содержания RANTES в периферической крови установлено, что у женщин основной группы его концентрация была достоверно выше по сравнению с показателями контрольной группы ( $p < 0,01$ ). При анализе содержания RANTES у женщин основной и контрольной групп достоверных различий не выявлено ( $p > 0,05$ ), однако наблюдалась тенденция к повышению исследуемого показателя у пациенток основной группы.

Таким образом, результаты наших исследований показали, что повышение уровня RANTES и снижение уровня IL-8 на системном уровне может быть ассоциировано с развитием клинических признаков угрозы преждевременных родов. Низкое содержание IL-8 в периферической крови возможно связано с повышенной миграцией нейтрофилов, основных продуцентов этого хемокина в ткани шейки матки и в ткани плаценты. Повышенное содержание RANTES в сыворотке крови, вероятно, приводит к активации естественных киллеров, которые играют непосредственную роль в прерывании беременности.

## **ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЁННЫХ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ**

**А. М. Шнитков, О. В. Рачкова, Е. А. Конкина**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Перинатальные повреждения сердечно-сосудистой системы сопровождаются развитием функциональных нарушений, ранняя диагностика и профилактика которых являются актуальной проблемой неонатологии. Особый интерес вызывают структурные изменения сердца плодов и новорождённых при невынашивании беременности (Белоцерковцева Л. Д., 2010).

Цель исследования – провести структурно-функциональный анализ сердечно-сосудистой системы умерших от асфиксии плодов в разные сроки гестации и новорождённых в сопоставлении с морфологическими изменениями последов.

С помощью комплекса патогистологических и морфометрических методов проведён анализ изменений сердца 34 умерших плодов и новорождённых при сроке гестации 22–37 недель в сопоставлении со структурными характеристиками последов. Наиболее частой причиной перинатальной смерти является асфиксия плода вследствие плацентарной недостаточности. В раннем неонатальном периоде умерло 4 детей, причиной смерти явились двусторонняя пневмония, церебральные нарушения. На сериальных срезах с помощью микроскопа «MC-200 Micros, Австрия» с анализатором изображения «BioVision» определяли диаметр кардиомиоцитов (КМЦ) и их ядер. Цифровой материал обработан стандартными методами статистики с использованием программного обеспечения MS Office Excel и Statistica 6.0. Различия считали статистически значимыми при пороговом уровне достоверности  $p < 0,05$ .

При изучении последов во всех наблюдениях диагностирована хроническая плацентарная недостаточность (ХПН), в 66,7% из них отмечается декомпенсированная ХПН, в 22,2% – субкомпенсированная ХПН с преобладанием гипоплазии плаценты, признаками воспаления, нарушения созревания ворсин, расстройств маточно-плацентарного и плацентарно-плодового кровообращения.

При макроскопическом исследовании сердца умерших плодов и новорождённых выявлены кардиомегалия (1 наблюдение), гипертрофия левых отделов сердца (2), фиброз эндокарда, преимущественно в правых отделах сердца (3). У 66,7% плодов и новорожденных 22–37 недель гестационного срока отмечается дефицит массы сердца. У плодов 22–24 недель гестации масса сердца составляет от 3,5 до 4,5 г, у плодов 25–28 недель гестации – в среднем 7,2 г. У плодов 29–33 недель гестации масса сердца составляет  $15,3 \pm 0,6$  г, у плодов 34–37 недель гестации масса сердца варьирует от 12 до 14 г. Наибольший дефицит массы сердца выявлен у плодов и новорожденных при сроке гестации 34–37 недель, отмеченный в 5 из 8 наблюдений этой группы, что объективно документирует клинический диагноз – синдром внутриутробной задержки развития плода. Средние значения диаметра ядер КМЦ составляют  $7,41 \pm 0,09$  мкм. Отклонения от средних значений в сторону уменьшения размеров ядра регистрируются от 46,5 до 56,16% случаев.

При декомпенсированной форме фетоплацентарной недостаточности выявлены признаки хронической сердечной недостаточности плода, которая развивается в связи с сосудистой плацентарной гипертензией. В правом желудочке у плодов и в левом желудочке у живорожденных детей обнаруживается очаговая гипертрофия кардиомиоцитов с гиперхромными ядрами. Средние значения диаметра ядер составляют  $7,85 \pm 0,18$  мкм. Все клетки имеют одно ядро. Отклонения от средних значений в сторону увеличения диаметра ядра составляют от 37,58 до 48,21% случаев. Реже выявляется очаговая волнообразная деформация кардиомиоцитов, что расценивается как признак гипоксического повреждения.

У плодов и новорожденных при сроке гестации 22–27 недель выявляются единичные контрактурно измененные кардиомиоциты, участки с нарушением ориентации групп миоцитов, признаками их фрагментации и внутриклеточного миоцитолита. Степень выраженности фрагментации миокарда варьирует от наличия единичных очагов, имеющих вид поперечных трещин кардиомиоцитов, до полного разделения групп мышечных клеток с признаками пересокращения или расслабления. В сроке гестации 35–37 недель фрагментация цитоплазмы кардиомиоцитов сочетается с признаками некролиза миокарда. Внутриклеточный миоцитолит, контрактурные повреждения и глыбчатый распад миофибрилл характеризуют морфологический субстрат сердечной недостаточности, определяющей нередко ведущую роль в танатогенезе плода и новорожденного.

Во всех наблюдениях отмечаются изменения сосудистого русла миокарда: неравномерность кровенаполнения, полнокровие с явлениями стаза и вторичный

парез артериальных сосудов, многочисленные кровоизлияния. Эти расстройства кровообращения, имеющие диффузный характер, но чаще обнаруживающиеся субэпикардially, усугубляют метаболические нарушения в миокарде плодов и новорождённых. Результатом гипоксического повреждения миокарда является очаговая дистрофия, которая в дальнейшем может завершаться либо восстановлением ткани, либо формированием очагового кардиосклероза.

Таким образом, неонатальное поражение сердечно-сосудистой системы, претерпевающей интенсивный рост и ремоделирование на всех этапах онтогенеза, прежде всего в ходе внутриутробного развития, в условиях хронической плацентарной недостаточности отражает морфогенетически неоднородные изменения миокарда плода, которые могут быть объективно верифицированы на основании комплексного клинико-морфологического анализа системы «мать – плацента – плод».

## **ВОЗМОЖНОСТИ ВОЛОНТЕРСТВА В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**И. П. Ястребцева, Е. К. Баклушина, В. В. Белова, С. К. Оруджева,  
С. Н. Прохоров**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Согласно рекомендациям ВОЗ, в процессе реабилитации пациентов необходимо выделить степень повреждения (impairment, англ.) органов или систем и наступившие вследствие этих повреждений нарушения функций с инвалидизацией и нарушением навыков (disability, англ.) пациентов, а так же уровень увечий или социальных ограничений (handicap, англ.) вследствие болезни или травмы.

В структуре общей смертности населения и инвалидизации очаговые поражения головного мозга (инсульты, тяжелые черепно-мозговые травмы и др.) занимают одно из первых мест. Из оставшихся в живых возвращаются к труду лишь 10–15% людей. Становятся инвалидами – 70–80%. В России проживает более 1 млн людей, перенесших инсульт, из них 80% – инвалиды. Тенденция к «омоложению» инсульта отмечается во всем мире. Среди больных с инсультом 30% приходится на лиц трудоспособного возраста. Больные с черепно-мозговой травмой в 95% случаев – представители молодого возраста. Больные утрачивают трудоспособность и профессиональные навыки, так как более чем у 50% возникают гемипарезы, нарушения высших психических функций, в том числе речи. Как правило, они не в состоянии себя обслуживать, самостоятельно передвигаться, дезорганизуют жизнь всей семьи, поскольку нуждаются в постоянном надзоре и уходе, тем самым, отвлекая на себя значительную часть населения, которая фактически тоже становится иждивенцами общества.

Выжившие после перенесенных церебральных катастроф пациенты нуждаются в поддержке и специальном обучении медицинским персоналом для оптимальной адаптации в бытовой и привычной социальной среде, в которой они проживали до болезни. В этой связи актуальной является работа волонтеров, обучающихся в медицинском вузе и имеющих нужные знания и навыки.

Целью работы является рассмотрение возможностей волонтерства в процессе реабилитации больных с неврологической патологией.

В состав волонтерской группы входят студенты IV–VI курсов лечебного и педиатрического факультетов, интерны кафедры неврологии и нейрохирургии. Их главной задачей является участие в мероприятиях по бытовой и социальной адаптации пациентов с органической патологией головного мозга к повседневной жизни.

ни, по вторичной профилактике, а также по организации ухода за пациентами с ограничением двигательной активности вследствие неврологических заболеваний.

С октября 2013 г. на базе Клиники ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России было прочитано 290 лекций, составивших 29 циклов по 8–10 лекций каждый. Их прослушали более 600 пациентов. Кроме того, было проведено 7 информационных акций, приуроченным к Всемирным дням борьбы с неврологическими заболеваниями.

Цикл бесед в рамках «Школы здоровья» включает двухнедельный курс 8–10 занятий. Первоначально обучающиеся изучают научные источники по обсуждаемой теме, повышая уровень профессиональных компетенций по вопросам бытовой и социальной адаптации больных с неврологической патологией к повседневной жизни, организации ухода за ними, а также по вторичной профилактике цереброваскулярной патологии. Студенты составляют наглядные и доступные пониманию пациентов с органической патологией головного мозга презентации. Проводятся лекции, информационные встречи и беседы с пациентами, имеющими неврологическую патологию. Обучающиеся участвуют в акциях, приуроченных Всемирным дням борьбы с определенными неврологическими заболеваниями (к примеру, инсультом, болезнью Паркинсона, эпилепсией). На практике реализуется методика активной профилактики, работы в формате «равный – равному», «медицинский работник – пациент». Обучающиеся на практике учатся анализировать социально-значимые проблемы, используя методы и знания естественнонаучных и клинических наук. Этим они повышают свои общекультурные компетенции. Затем проводится анализ проведенного волонтерами мероприятия, корректность ответов на заданные пациентами вопросы.

В итоге ожидаются следующие результаты:

- Понижение показателей нарушений функций, а также активности и участия на 0,5 условных единиц в течение трёх лет с момента вступления в программу.

- Увеличение на 15% числа лиц, вернувшихся к повседневной деятельности, а именно: Гигиеническим навыкам самообслуживания (умывание, пользование душем, туалетом, одевание, прием пищи); Бытовой деятельности (выполнение работ по дому, ведение домашнего хозяйства, помощь окружающим, приобретение товаров и услуг); Привычной межличностной и социальной деятельности вне дома (использование знаний; межличностная активность и общение; общественная, социальная и гражданская жизнь).

- Увеличение на 15% числа лиц, приверженных выполнению программ вторичной профилактики

- Улучшение качества жизни, связанное с состоянием здоровья на 0,5 условных единиц в течение трёх лет с момента вступления в программу.

Волонтерство позволяет, с одной стороны, проводить информационно-обучающую работу с пациентами, имеющих функциональные дефекты, заниматься профилактикой неврологической патологии, а с другой, повышать общекультурные и профессиональные компетенции обучающихся-волонтеров.

## II. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

### РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОБУСЛОВЛЕННОГО КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**М. В. Александров, С. Е. Ушакова, Н. С. Чернова, Н. В. Кириченко**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Реабилитация больных, перенёсших инфаркт миокарда, является сложной и актуальной задачей амбулаторного звена здравоохранения. Комплексная реабилитация должна основываться на индивидуальных особенностях больного и осуществляться оптимальным для него и его окружения способом. От участкового терапевта требуется обязательно учитывать сочетанную и сопутствующую патологию, которые в большинстве случаев широко представлены у данного контингента больных.

Целью работы было изучить частоту и выраженность коморбидной патологии у пациентов, проходящих реабилитацию после перенесенного инфаркта миокарда в условиях территориальной поликлиники.

Нами был обследован 111 пациентов поликлиник г. Иванова в возрасте от 40 до 89 лет (средний возраст –  $71 \pm 4,7$  года) – 54 мужчины (48,6%) и 57 женщин (51,4%). Из них 44 пациента (39,6%) перенесли крупноочаговый инфаркт миокарда, остальные – мелкоочаговый. Осложнения в остром периоде имели 40 (36%) у некоторых больных, перенесших инфаркт миокарда, выявлялись осложнения в виде нарушения ритма и проводимости – у 25%, отек легких – у 15% и ранняя постинфарктная стенокардия – у 6,25%.

При изучении анамнеза было выявлено, что ранее 31,25% пациентов уже перенесли инфаркт миокарда. Данный инфаркт являлся повторным у 33 пациентов (29,7%), третьим – у 5 (4,5%). Среди сопутствующих заболеваний часто выявлялись артериальная гипертензия (АГ) и различные формы ишемической болезни сердца (ИБС). У 7 пациентов (6,3%) данный инфаркт миокарда явился первым проявлением ИБС, ещё у 4 больных (3,6%) проявления ИБС возникли за 2–6 месяцев до развития ОИМ. У остальных больных стаж ИБС составлял от 1,5 до 30 лет (в среднем  $18,6 \pm 2,7$  года). Стенокардию имели 76 пациентов (68,5%): из них I функциональный класс (ФК) – 2 (1,8%), II ФК – 44 (39,6%), III ФК – 27 (24,3%), IV ФК – 3 (2,7%). Хроническая сердечная недостаточность имела у 85 больных (76,6%): стадии Н-I – у 17 (15,3%), Н-IIА – у 50 (45%), Н-IIБ – у 18 (16,2%) больных.

Сопутствующие нарушения ритма имели место у 10 пациентов (9%): постоянная форма мерцания предсердий – у 2 (1,8%), пароксизмальная форма фибрилляции предсердий – у 6 (5,4%) и пароксизмальная желудочковая тахикардия – у 2. У 57 пациентов (51,4%) выявлено сочетание стенокардии с хронической сердечной недостаточности или нарушениями ритма.

У 75 больных (67,6%) имела сопутствующая артериальная гипертензия, причём длительность АГ у 59 пациентов (53,2%) была более 10 лет.

Проявления атеросклероза сосудов головного мозга имели место у 66 человек (59,5%), в том числе 16 (14,4%) ранее перенесли нарушения мозгового кровообращения. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей имел место у 11 пациентов (9,9%). Ожирение имело у 33 больных (29,7%), сахарный диабет – у 24 (21,6%), анемия – у 5 (4,5%). Хроническая обструктивная болезнь

лёгких имела место у 18 больных (16,2%), бронхиальная астма – у 2 (1,8%). Хронический гастрит, гастроудоденит или язвенную болезнь имели в анамнезе 25 (22,5%) больных.

Наиболее часто (51,25%) выявлено сочетание стенокардии с хронической сердечной недостаточностью или нарушениями ритма. Также стенокардия сочеталась с хронической почечной недостаточностью (2,5%); атеросклерозом сосудов нижних конечностей (3,75%); синдромом Лериша (6,25%); атеросклерозом сонных артерий (2,5%); сахарным диабетом (11,25%); эпилепсией (2,5%); хронической обструктивной болезнью лёгких (6,25%), последствиями перенесенных инсультов с парезами нижних конечностей (12,5%).

Таким образом, подавляющее большинство пациентов, получающих реабилитацию после инфаркта миокарда на базе территориальных поликлиник, лица пожилого и старческого возраста с множественной тяжелой сопутствующей патологией. В рамках реабилитации данного контингента больных необходим персонализированный подход с учетом сопутствующей патологии.

### **КОМПЛЕКСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ**

**Н. В. Алексеева<sup>1</sup>, И. П. Основина<sup>1</sup>, Т. В. Ельникова<sup>2</sup>, Н. В. Лямина<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России

<sup>2</sup> ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Ивановская область относится к зоне высокого риска заболеваемости рассеянным склерозом (РС) при распространённости 49,7 на 100 тыс. чел. (Синицын В. В. с соавт., 2015). Рассеянный склероз – хроническое демиелинизирующее заболевание аутоиммунной природы, поражающее лиц трудоспособного возраста, преимущественно от 18 до 40 лет. Использование современных фармацевтических препаратов не решает проблем развившейся демиелинизации и последующей инвалидизации пациентов, хотя и сдерживает в некоторой степени прогрессирование болезни.

В этой связи представляет интерес использование методов физиотерапевтического воздействия, позволяющих активизировать функциональные резервы нервной системы и мозга, в частности. Сила тока, используемая в методе микрополяризации (МП), сопоставима с биопотенциалами нейронов и способна вызвать реакцию нейроглии и синаптического аппарата. Вместе с тем, широкое использование транскраниальной и трансвертебральной микрополяризации до сих пор сдерживалось методическими особенностями наложения, техническими возможностями аппаратов для проведения гальванизации.

Целью настоящего исследования явилось определение эффективности и целесообразности комплексного лечения больных РС с использованием методов микрополяризации и лазеротерапии.

Группу исследования составили 40 больных РС: 14 человек (1 группа) получили курс комплексной физиотерапии (МП и лазеротерапия) и 26 пациентов (2 группа) прошли курс с использованием только МП. Группу сравнения составили те же больные РС, которые получали только медикаментозную терапию и ЛФК в предыдущую госпитализацию годичной давности. Диагноз РС у всех больных верифицирован согласно критериям McDonald (2005) по данным МРТ-исследования. Оценка состояния проводили по шкале EDSS, разработанной на основе шкалы оценки функциональных систем J. F. Kurtzke, рекомендованной IFMSS и ECTRIMS, организациями, курирующими проблему РС в мире и Европе. Группы были соп-

ставимы по возрасту, длительности заболевания и характеру его течения. Все пациенты получали стандартное медикаментозное лечение в неврологическом отделении больницы.

Комбинированная физиотерапия в 1 группе выполнялась по методике, близкой к сочетанной, и включала низкоинтенсивную инфракрасную лазеротерапию и микрополяризацию. Лазеротерапию проводили по контактной лабильной методике на паравerteбральные зоны (7 Вт, 600 Гц, 4 мин x2) и на область проекции крупных сосудов (80 Гц, 2 мин), используя АЛТ «Мустанг». Для микрополяризации применяли аппарат «ЭЛФОР-проф» («Невотон»). Электроды накладывали симметрично на префронтальную зону коры и сосцевидные отростки. Экспозиция 20–40 мин. Трансвертебральную микрополяризацию осуществляли при наложении электродов на уровне ThX–XI и L I–II в течение 10–20 мин. Плотность тока 0,01–0,05 мА/см<sup>2</sup>. Курс лечения 7–10 процедур.

У всех больных после лечения наблюдалось улучшение. У пациентов регистрировали существенное уменьшение спастичности, повышение мышечной силы на 0,5–2 балла. Уровень EDSS изменялся на 0,5 балла, отмечалось снижение выраженности пирамидных симптомов, стволовых и мозжечковых симптомов, восстановление нарушений в чувствительной сфере, значительное улучшение когнитивных функций, наблюдалось уменьшение выраженности тазовых нарушений.

Отчетливые положительные изменения наблюдали со 2–4-й процедуры микрополяризации. В дальнейшем положительная динамика нарастала до момента выписки больного из стационара. В когнитивной сфере улучшение состояния больные описывали как «просветление головы». В 1 группе исследования при рецидивирующе-ремиттирующем течении РС (PPPC) относительно высокой средней уровень мышечной силы практически не изменился: 4,3 балла – до лечения и 4,4 балла – после, однако уровень EDSS снизился в среднем на 0,5 балла, с 3,5 до 2,92 балла. В группе больных с вторично-прогрессирующим течением РС (ВППС) отметили существенное повышение мышечной силы с 2,1 до 2,9 балла и снижение EDSS с 5,87 до 5,4 балла (0,5–2,0 балла). У всех пациентов отмечалось снижение тремора, повышение чувствительности, появление уверенности при ходьбе, уменьшение тазовых расстройств, существенное улучшение настроения. Таким образом, положительная динамика лечения наблюдалась у больных РС вне зависимости от типа течения заболевания. Во 2-й группе больных при PPPC средний уровень мышечной силы остался на высоком уровне – 4, 64 балла (при 4, 56 до лечения), при ВППС отмечен рост на 0,5 балла, а уровень EDSS имел тенденцию к снижению при PPPC с 3,1 до 2,8, при ВППС с 5,75 до 5,5. Таким образом, метод комплексного использования физических факторов в реабилитационных целях является эффективным и более результативным в сравнении с использованием монофизиотерапии. Включение микрополяризации и лазеротерапии в реабилитационный процесс позволяет существенно повысить эффективность лечения.

### **МОНИТОРИНГОВАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ МИМИЧЕСКОГО НЕЙРОМОТОРНОГО АППАРАТА В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ НЕВРИТОМ ЛИЦЕВОГО НЕРВА**

**Ш. Б. Ахророва, Д. Т. Ходжаева, К. Р. Худойёров**

*Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан*

Цель – изучение эффективности применения электростимуляции (ЭС) при лицевой невралгии и динамики электромиографических (ЭМГ) и электронейромиографических (ЭНМГ) показателей в процессе лечения.

Под наблюдением находилось 100 больных в возрасте от 16 до 72 лет. Из них мужчин было 46, женщин – 54. Левостороннее поражение имело место в 56 случаях (мужчин – 22, женщин – 34), правостороннее – в 44 случаях (мужчин – 20, женщин – 22). Все больные получали антихолинэстеразные препараты, витамины группы «В», рассасывающие, сосудистые средства, биостимуляторы; в тяжелых случаях – гормонотерапия глюкокортикоидами, из физиотерапии такие методы как УВЧ, УЗ, ЛФК, массаж. Электростимуляция (ЭС) проводилась с помощью KWD-808 Multipurpose health device. Контрольную группу составили больные, не получавшие ЭС.

В основной группе отмечено увеличение скорости проведения импульса по стволам ветвей n. facialis на 50, а в отдельных случаях и на 100 процентов (с 40–60 м сек латенции М-ответа до 10–15 мс). При этом наблюдалась явная положительная динамика денервационно-реинервационного процесса (ДРП), отражающаяся в картине смены ЭМГ.

В контрольной группе, несмотря на присутствующий положительный клинико-неврологический эффект, электромиографические показатели были менее выраженными. Несмотря на положительную эволюцию ДРП, зачастую скорость проведения импульса по нерву, выражающаяся в величине латенции М-ответа, улучшалась лишь в незначительной степени (10–20% от исходной). Во всех случаях ЭС не наблюдались патологические мышечные синкнезии являющиеся маркерами начинающейся мышечной контрактуры со «здоровой» стороны. Это еще раз подтверждает возможность более щадящего на нейромоторный аппарат воздействия при ЭМГ-мониторинговой лечебной ЭС.

Таким образом, наиболее эффективным методом лечения больных невритом лицевого нерва с конца острого и в течение всего раннего восстановительного периода, наряду с традиционными методами, является мониторинговая электростимуляция мимического нейромоторного аппарата.

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ЭЛЕКТРОМИОСТИМУЛЯЦИИ И МЕХАНОТЕРАПИИ В ПОСТИНСУЛЬТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Е. А. Баклушина, А. С. Иванова, В. В. Белова, С. В. Блеклов, И. П. Ястребцева**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Разработка эффективных методов реабилитации является приоритетной задачей, направленной на восстановление или улучшение функциональных и органических нарушений конечностей для адаптации пациентов, перенесших инсульт, к бытовой и социальной среде.

Цель работы – оценить эффективность применения комбинированной электростимуляции (ЭМС) и механотерапии в индивидуальной реабилитационной программе пациентов, перенесших ишемический инсульт.

Обследовано 40 человек в раннем восстановительном периоде инсульта головного мозга с парезом верхних конечностей легкой и умеренной степени выраженности. Основную группу (ОГ) составили 22 человека, из них 12 – с легким парезом, 10 – с умеренным. В группу сравнения (ГС) вошли 18 человек – по 9 человек с легким и умеренным парезом. Пациенты группы сравнения получали курс реабилитации, включающий кинезо- и эрготерапию, медикаментозную терапию, пациенты основной группы в дополнение к базовому курсу, проходили стимуляционную и механотерапию. Степень функционирования верхней конечности оценивалась по МКФ (b730, b 735, b 710) в начале и после прохождения курса реабилитации. Сила

мышечных групп паретичной верхней конечности (изометрический тест), а также их выносливость (изотонический тест) определялась на реабилитационном комплексе Primus RS (BTE Technologies, Inc. США). В качестве нагрузки для тренинга использовалось 5% от величины максимальной силы, полученной при выполнении изометрического теста. Курс стимуляционного воздействия на *m. triceps brachii*, *m. extensor carpi ulnaris radialis* составлял 10 сеансов. Сила воздействия соответствовала подпороговым величинам. Результативность применения ЭМС («Система RT 300») определялась с помощью электромиографии (электромиограф «Нейро-МВП»).

При оценке функционирования верхних конечностей, вовлеченных в патологический процесс, установлено: в домене «парез дистальных и проксимальных отделов руки (b730)» у 15% пациентов ОГ и 10% КГ произошло улучшение в 1 балл, у остальных пациентов показатели остались прежними. Соответствующие данные были получены и в доменах «тонус мышц» (b735), и «подвижность плечевого и лучезапястного суставов» (b 710). При проведении малонагрузочного тренинга у пациентов основной группы отмечалось увеличение силы мышц пораженной конечности на 19,01%, против 8,2% у пациентов группы сравнения. При оценке показателя работы по результатам изотонического теста отмечалось увеличение показателей на 24,2% (в группе сравнения – 2,3%). Изменение показателей объема движений в ОГ выросло на 26,8%, против 7,8% группы сравнения. По данным ЭМГ наблюдалось увеличение амплитуды ответа мышц, так в ОГ критерий Wilcoxon составил 0,00. В группе сравнения критерий Wilcoxon составил: *m. triceps brachii* – 16,00, *m. extensor carpi ulnaris radialis* – 32,00. В основной группе отмечено увеличение амплитуды ответа *m. triceps brachii* на 17,4% и *m. extensor carpi ulnaris radialis* – 18,1% (против 6,1 и 5,9% в группе сравнения, соответственно) ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, использование методов электромиостимуляции и механотерапии приводит к увеличению силы и амплитуды ответа мышц пораженных верхних конечностей, опережая клинические проявления, что может быть использовано при оценке эффективности реабилитационных программ.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОМИОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАДИКУЛОПАТИЕЙ И ПАРЕЗОМ СТОПЫ**

**С. В. Блеклов, В. В. Белова, Л. Л. Ярченкова, С. В. Вялкова, М. В. Козлова, Е. А. Борокина, А. Е. Баклушин, И. П. Ястребцева, Е. В. Дмитриев**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Разработка эффективных методов реабилитации пациентов с радикулопатией и парезом стопы, направленных на скорейшее восстановление функциональных и улучшение органических нарушений для адаптации в социальной среде является актуальной проблемой.

Цель – оценить результативность применения электромиостимуляции (ЭМС) у пациентов с радикулопатией и парезом стопы.

Проведено обследование 32 пациентов с радикулопатией и парезом стопы в возрасте 37–75 лет (средний возраст  $53,64 \pm 11,47$  года), из них 24 (75%) мужчины и 8 (25%) женщин. Все пациенты разделены на 2 группы: основную группу (ОГ) составили 19 человек получавшие ЭМС (аппарат «Body Drain», Германия) разгибателей или сгибателей стопы, группу сравнения (ГС) без нее 13 человек. Курс стимуляционного воздействия составлял 10 сеансов. Сила воздействия соответствовала подпороговым величинам. Сила мышц оценивалась с помощью поверхностной ЭМГ (Нейро-МВП-8 фирмы «Нейрософт») и по общепризнанной пятибалльной

шкале. Всем пациентам обследование проводилось при поступлении в клинику ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России на курс реабилитации и при выписке.

При поступлении с помощью поверхностной ЭМГ определено среднегрупповое значение амплитуды с разгибателей или сгибателей стопы  $483,7 \pm 82,3$  мкВ в ОГ,  $454 \pm 79,3$  мкВ в ГС. По окончании курса реабилитации получено большее увеличение амплитудных показателей в ОГ  $720,3 \pm 74,9$  мкВ (коэффициент Wilcoxon  $T = 1$ ,  $p = 0,009$ ) против  $612,7 \pm 76,1$  мкВ в ГС ( $T = 3$ ,  $p = 0,03$ ) У обследованных пациентов после курса реабилитации показатели мышечной силы разгибателей или сгибателей стопы по пятибалльной шкале достоверно возросли в ОГ ( $\chi^2$  Пирсона =  $12,81$ ,  $p = 0,004$ ). При этом амплитудные показатели после курса реабилитации в клинике в ГС оказались статистически не значимыми ( $p > 0,05$ ).

У пациентов с радикулопатией и парезом стопы, получавших в комплексе реабилитационных мероприятий электромиостимуляцию с аппарата «Body Drain» улучшались нейрофизиологические и клинические показатели силы стопы.

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАВМУ СПИННОГО МОЗГА**

**Р. А. Бодрова, Э. И. Аухадеев, А. Д. Рафикова**

*ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России  
ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» г. Казани*

Ежегодный рост частоты травм позвоночника и спинного мозга связан с ускорением темпа жизни, увеличением числа автомобилей и скоростей их движения, усложнением производства. В мире, за период с 1950 по 2012 г., распространённость и заболеваемость травмы спинного мозга выросла более чем в тридцать раз. Актуальность обусловлена большой распространённостью позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ), высокими показателями летальности и инвалидизации, отсутствием общепринятых подходов к комплексному лечению и реабилитации данной категории пациентов.

Целью настоящей работы явилась оценка реабилитационного потенциала и эффективности проводимой реабилитации пациентов, перенесших травму спинного мозга в позднем восстановительном периоде на основе Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья.

Под наблюдением находилось 212 пациентов (39 женщин и 173 мужчины) с ПСМТ, средний возраст которых, составил  $32,3 \pm 10,7$  года в отделении медицинской реабилитации ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» г. Казани Министерства здравоохранения Республики Татарстан от двух и более лет. Для изучения эффективности медицинской реабилитации пациенты с ПСМТ были случайным образом разделены на контрольную (109 чел.) и основную (103 чел.) группы.

Пациенты контрольной группы, с учетом специфики поражения спинного мозга и характерными проявлениями, получали стандартную медикаментозную терапию, физиотерапию, индивидуальную и групповую лечебную гимнастику, механотерапию, массаж, рефлексотерапию, психологическую коррекцию. Пациенты основной группы на фоне стандартной терапии получали активную механотерапию с применением биологической обратной связи под контролем ЭМГ на комплексе «EN-TReeM» (Нидерланды).

В результате проведенных исследований у 48,6% пациентов с ПСМТ (103 человека) выявлено поражение шейного утолщения, из них у 83,5% (86 чел.) наблюдались симметричные парезы и параличи в верхних конечностях по типу смешанных. Поражение грудного отдела спинного мозга наблюдали у 16,0% пациентов с ПСМТ (34 чел.), из них у 94,1% (32 чел.) имели место симметричные центральные

парезы и параличи с преобладанием плевгий в нижних конечностях; пояснично-крестцового отдела спинного мозга – у 35,4% пациентов (75 чел.), для которых было характерно преобладание поражения одной нижней конечности у 34,7% больных (26 чел.), патологических симптомов в дистальных ее отделах, что связано с неравномерностью поражения сегментов спинного мозга при травме поясничного отдела позвоночника.

С целью количественного определения степени повреждения структуры нервной системы и РП использовали классификацию ASIA. Согласно полученным данным, тяжесть повреждения нервной системы у пациентов с шейным уровнем поражения (категория В – в 40,2% случаев) достоверно выше, чем у пациентов с пояснично-крестцовым уровнем ( $p < 0,05$ ). Степень повреждения спинного мозга при пояснично-крестцовом уровне травмы характеризовалась преимущественно категориями С (25,1%) и В (6,5%).

Таким образом, при травме шейного отдела у 40,2% был выявлен низкий РП, у 2,8% – средний, у 1,4% – высокий; при травме грудного отдела у 9,9% низкий РП и у 5,6% – средний; при пояснично-крестцовом повреждении спинного мозга был выявлен практически у всех средний (25,1%) и высокий РП (3,8%). Одним из интегративных показателей РП является также оценка жизнедеятельности, активности и участия пациентов, которая зависит от уровня и степени повреждения нервной системы. При обследовании пациентов с ПСМТ было установлено, что чем выше уровень повреждения спинного мозга, тем больше ограничений в самообслуживании, активности и участия с позиции МКФ (95%). Таким образом, определение реабилитационного потенциала как комплексного показателя ресурса функциональных возможностей нервной, вегетативной и других систем организма, является основой для выбора реабилитационных технологий, прогноза, оценки эффективности и обоснования направления пациента на следующий этап реабилитации.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ С БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ В ВОССТАНОВЛЕНИИ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ**

**Р. А. Бодрова, М. В. Кормачев, Т. В. Кучумова, Л. Ф. Хайбрахманова,  
Р. Д. Каримова**

*ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России  
ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» г. Казани*

Одним из тяжелых и часто встречающихся последствий травмы спинного мозга является расстройство произвольного мочеиспускания, которое обусловлено нарушением проводимости спинномозговых путей (Белова А.Н., 2003, 2010; Беляев В.И., 2001; Иванова Г. Е., 2010).

Целью исследования явилось изучение эффективности низкочастотной электростимуляции в коррекции нарушений мочеиспускания по центральному типу у больных с травматической болезнью спинного мозга.

Под наблюдением находилось 69 больных в возрасте  $31,8 \pm 1,4$  года, с длительностью заболевания  $1,5 \pm 0,8$  года с последствиями травм спинного мозга на различных уровнях ( $T_{HIII}-T_{HXII}$ ) в форме нижней спастической параплегии, тазовых и трофических нарушений, вторичным хроническим пиелонефритом, циститом. Больные рандомизированно были распределены на 2 группы: 1-я (контрольная) – 38 пациентов принимали общепринятую терапию (сосудистые препараты, нейропротекторы, витамины, уросептики, прозерин); 2-я (основная) – 31 пациент на фоне общепринятой терапии получали активно-пассивную низкочастотную электрости-

муляцию мочевого пузыря, пояснично-крестцового отдела позвоночника паравертебрально. В зависимости от вида нарушений функции мочеиспускания проводили индивидуальную схему электротерапии. Чрескожную электронейростимуляцию мочевого пузыря проводили с помощью аппарата «Endomed 682 id» (Нидерланды) с биологической обратной связью под визуальным контролем ЭМГ. Пациенты во время подачи тока по экрану монитора регулировали сокращение мышц живота и тазового дна. Назначали прерывистый переменный ток («Русская стимуляция»), несущая частота от 4 до 2,5 Гц; частота бурста (Burst) 40–20 Гц; соотношение бурст/интервал – 1:2; программа – волновая, интенсивность – умеренные мышечные сокращения, время проведения процедуры 8–15 мин; количество ежедневных процедур 10–20, проводимых ежедневно; 3–5 курса с перерывами между ними в 10–15 дней.

После проведенной терапии у больных 1-й группы сохранялась значительная степень нарушения мочеиспускания по опроснику ICIQ-SF(3 + 4 + 5) с  $18,6 \pm 2,7$  до  $16,3 \pm 2,9$  балла по влиянию недержания мочи на качество жизни; по шкале функциональной независимости окружающих (с  $59,4 \pm 2,6$  до  $64,3 \pm 3,8$ ;  $P < 0,1$ ); у больных 2-й группы – умеренная степень нарушения мочеиспускания по опроснику ICIQ-SF(3 + 4 + 5) с  $18,9 \pm 2,5$  до  $13,7 \pm 2,9$  балла, по влиянию недержания мочи на качество жизни; по шкале функциональной независимости окружающих зависимости от окружающих (с  $58,6 \pm 2,4$  до  $66,9 \pm 3,2$  балла;  $P < 0,05$ ).

Таким образом, применение электростимуляции мочевого пузыря способствует улучшению общего состояния у 54,8% больных, выработке пузырного рефлекса и восстановлению автоматического мочеиспускания через уретру, уменьшению функциональной зависимости у 32,3% пациентов.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ПОЗИЦИЙ МКФ**

**Р. А. Бодрова, И. В. Тихонов, М. В. Кормачев**

*ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России  
ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» г. Казани*

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) является классификацией составляющих здоровья, позволяющей объективно определить состояние здоровья пациентов, степень нарушения структур и функций, оценить эффективность проводимых реабилитационных мероприятий (Голик В. А. и соавт., 2011; Иванова Г. Е. и соавт., 2010; 2013).

Целью исследования явилась оценка эффективности медицинской реабилитации на основе МКФ у пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы.

Под наблюдением находилось 67 пациентов в позднем восстановительном периоде, из них, 55 мужчин и 12 женщин (средний возраст  $26,7 \pm 4,8$  года). Пациенты были распределены на 3 группы в зависимости от уровня поражения: 19 человек с травмой шейного отдела позвоночника, 31 – грудного отдела позвоночника, 17 – пояснично-крестцового отдела позвоночника. Все пациенты, с учетом нарушенных функций, получали патогенетическую медикаментозную терапию, физиотерапию (ЧЭНС, ФЭС, электростатическое поле «Хивамат», высокотоновая терапия, «Бодидрейн», поляризованный свет, термотерапия, гидротерапия); индивидуальную и групповую лечебную гимнастику («Слинг-система»), механотерапию (СРМ-терапия, ENTtree M, Mini Tenzor); массаж (классический, пневмокомпрессорный); рефлексотерапию, психологическую коррекцию. Для определения уровня и

степени тяжести травмы спинного мозга использовали классификацию ASIA; спастичности – шкалу Ашворта; для определения функциональной независимости – шкалу FIM; реактивной тревожности – шкалу Спилбергера – Ханина; уровня депрессии – шкалу Бека, для оценки эффективности проведенной реабилитации – МКФ; инструментальные методы обследования (углометрия, электромиография, реоэнцефалография, реовазография конечностей, электрокардиография, ВРС, измерения артериального давления, частоты сердечных сокращений и дыхания, ЖЕЛ и др.).

После проведенной реабилитации было выявлено, что у пациентов, перенесших травму шейного отдела позвоночника улучшились умственные функции, за счет коррекции эмоционального фона на 30,5% (степень нарушения до лечения – 44,2%, после – 12,3%;  $P < 0,001$ ); функции внутренних органов (преимущественно сердечно-сосудистая система, функция дыхания) – на 19,3% (до – 28,7%, после – 9,1%;  $P < 0,001$ ); нейромышечные, скелетные и функции, связанные с движением улучшились на 11,5% (до – 91,6%, после – 81,3%;  $P < 0,005$ ). У пациентов, перенесших травму грудного отдела позвоночника улучшились функции внутренних органов (преимущественно пищеварительная, функция дыхания) – на 18,9% (до – 32,8%, после – 12,6%;  $P < 0,001$ ); умственные функции на 29,4% (до – 38,6%, после – 8,7%;  $P < 0,001$ ); нейромышечные, скелетные и функции, связанные с движением улучшились на 12,7% (до – 84,3%, после – 72,8%;  $P < 0,005$ ). У пациентов, перенесших травму поясничного отдела позвоночника улучшились нейромышечные, скелетные и функции, связанные с движением – на 15,9% (до – 61,5%, после – 46,3%;  $P < 0,001$ ), функции внутренних органов – на 11,9% (до – 18,4%, после – 6,8%;  $P < 0,001$ ), умственные функции – на 11,5% (до – 18,6%, после – 7,2%;  $P < 0,005$ ).

Таким образом, при оценке эффективности реабилитации на основе МКФ у пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы было выявлено, что наибольшая динамика достигнута в коррекции эмоционального фона, восстановлении функций, связанных с аппаратом движения (нейромышечные, скелетные) и сердечно-сосудистой системы.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА**

**К. А. Бугаевский**

*Запорожский государственный медицинский университет, Украина*

Одним из неотложных состояний, наиболее часто встречающихся в гинекологической практике, требующее срочного хирургического вмешательства и последующей послеоперационной реабилитации, является апоплексия яичника (Чайка В. К., 2006; Радзинский В. Е. и соавт., 2007). Проблема апоплексии яичника (в дальнейшем АЯ) сохраняет свою актуальность до настоящего времени, в связи со снижением возрастного ценза и неуклонной тенденцией увеличения этой патологии. Апоплексия яичника (apoplexia ovarii) характеризуется внезапно наступившим кровоизлиянием в яичник, сопровождается нарушением целостности его ткани, кровотечением в брюшную полость и болевым синдромом. Эта патология встречается преимущественно в молодом возрасте и имеет не только медицинское, но и социальное значение. Она требует поиска таких методов лечения и послеоперационной реабилитации, которые бы позволили максимально сохранить пораженный орган, предотвратить развитие выраженного спаечного процесса в брюшной полости и, таким образом, сохранить репродуктивную функцию женщи-

ны. АЯ нельзя отнести к редким заболеваниям. Среди внутрибрюшных кровотечений гинекологического происхождения ей принадлежит второе место после внематочной беременности. Частота данной патологии среди гинекологических больных, поступивших в стационар, составляет от 0,3 до 5%, может протекать тяжело и даже угрожать жизни, и у 40% пациенток требует экстренного хирургического вмешательства. Частота АЯ составляет 10,9% среди больных с острыми хирургическими и 27,8% с острыми гинекологическими заболеваниями органов брюшной полости. Среди причин внутрибрюшного кровотечения 0,5–2,5% приходится на АЯ. Рецидив заболевания достигает 42–69%. Вопросам физической реабилитации после АЯ, по нашему мнению, уделено недостаточно внимания. Если научно-исследовательских работ по проблеме клиники, диагностики и лечения апоплексии яичника достаточно, то в доступных источниках информации данных по методам восстановления после оперативного лечения этой тяжёлой гинекологической патологии нет, практически не изучены вопросы диспансерного наблюдения и реабилитационной терапии пациенток, перенесших АЯ. Применение физической реабилитации после перенесенной АЯ, как комплексной восстановительной терапии, направленной на регуляцию функции яичников, с учетом возраста и репродуктивного поведения больных, позволяет проводить профилактику рецидивов АЯ и способствует сохранению генеративной функции у женщин репродуктивного возраста. Социальное значение проблемы, тенденция к увеличению частоты АЯ и возрастание её роли в структуре гинекологической заболеваемости, отсутствие комплексных программ физической реабилитации для восстановления репродуктивной функции пациенток репродуктивного возраста, определило актуальность проблемы и послужило основанием для проведения нашего исследования.

Цель работы – изучение воздействия предложенного комплекса методов и средств физической реабилитации на состояние репродуктивного здоровья женщин, которые перенесли апоплексию яичника.

Для проведения исследования по эффективности применения комплекса методов физической реабилитации после оперативного лечения АЯ, нами была отобрана группа пациенток, прооперированных urgently, после разрыва одного из яичников. Также был подготовлен авторский вариант анкеты, в который были включены вопросы, касающиеся психологического настроения пациенток до и после их оперативного лечения, ожиданий от проводимого комплекса физической реабилитации, касающиеся их сексуальной и репродуктивной функций, ощущений и проявлений во время проведения комплекса проводимых реабилитационных мероприятий. Как средство физической реабилитации нами применялась ЛФК, в виде комплекса упражнений, с ограничением упражнений на натуживание и повышение давления в брюшной полости, специальные упражнения Кегеля по классической методике, гинекологический массаж по методике И.И. Бенедиктова и его модификации по М. Г. Шнайдерману. Все методики физической реабилитации проводились в межменструальный период, в два этапа. Ориентиром служили индивидуальные графики менструального цикла, основанные на данных измерения «базальной» температуры (БТ) или с применением тестов на овуляцию, которые проводились на протяжении 1–9 месяцев. Первый этап начинался с момента прекращения менструальных выделений и завершался за 2–3 дня до начала овуляции (согласно изменениям температурной кривой на графике измерения БТ или показателям теста на овуляцию). Второй этап начинался с момента фиксации завершения овуляции, гибели яйцеклетки и начала постовуляторного периода менструального цикла по данным индивидуальных графиков измерения БТ и/или тестов на

овуляцию. Нами в процессе проведения использовался тест на овуляцию марки «SOLO» и «Frautest Planning». Также был применён метод математической статистики с анализом полученных результатов исследования.

Группа пациенток, принявших участие в исследовании, составляла 18 женщин. Средний возраст пациенток в исследуемой группе достоверно не отличался между собой ( $p > 0,05$ ) и составлял  $27,1 \pm 2,3$  года. У всех пациенток была «смешанная» форма АЯ, средней степени тяжести. По результатам опроса и данным проведённого нами анкетирования, нами были установлены следующие данные. Так выяснено, что основными факторами риска развития АЯ являются ранее перенесенные искусственные (59,8%) и самопроизвольные аборт (21,2%); хронические воспалительные процессы матки и придатков (39,4%); нарушение менструальной функции (42,8%), а также перенесенные ранее гинекологические операции (28,0%), в том числе и апоплексия другого, противоположного яичника (14,8,0%). Кроме этого, в каждом четвертом случае развитие АЯ было после полового сношения. В остальных случаях женщины отмечали накануне заболевания психоэмоциональный стресс 26,0%) или тяжелые физические нагрузки (22,0%). У большинства опрошенных женщин отмечается комбинация этиологических факторов. Клиническая симптоматика АЯ зависела от её формы: при болевой форме чаще всего имела место боль, чаще всего в правой подвздошной области (84,0%), с иррадиацией в эпигастральную область (22,0%) и поясничную (18,0%). При геморрагической форме боль иррадиировала в прямую кишку (62,0%), подключичную область (38,0%) и промежность (24,0%). Нарушения менструальной функции чаще встречались при геморрагической форме, а такие симптомы, как слабость, головокружение и тошнота не зависели от формы АЯ. Так, у пациенток в исследуемой группе выявлен достаточно высокий уровень гинекологической заболеваемости, прежде всего за счет хронических воспалительных процессов репродуктивной системы (48,0%) и различных нарушений менструальной функции (28,0%) в группе.

При проведении ЛФК и определении режима дня, нами учитывалось, что в позднем послеоперационном периоде пациенткам, перенесшим оперативное хирургическое лечение по поводу АЯ противопоказаны чрезмерные физические нагрузки, поднятие тяжестей, возможны физические нагрузки в виде пешей дозированной ходьбы, в начале от 1–2 км, затем, по мере адаптации, от 3 до 5 км, без подъёмов и спусков, по ровной, непоросечённой местности. Также мы применяли курс упражнений лечебной гимнастики (ЛГ), направленной на общее укрепление организма. Немаловажное значение здесь играет комплекс утренней гимнастики щадящего режима. Применение комплекса ЛФК, упражнений Кегеля и, особенно, гинекологического массажа, способствует усилению крово- и лимфообращения, профилактике и устранению спаек, которые могли образоваться после кровотечения, вследствие разрыва яичника. Через 3, 6 и 9 месяцев после проведения реабилитационного комплекса, нами было исследовано клиническое течение беременности и родов у 8 (44, 44%) женщин, которые забеременели и родили на фоне использованной комплексной патогенетической реабилитационной терапии.

Таким образом, использование предложенной реабилитационной методики при АЯ позволяет через 3–4 месяца восстановить овуляторный менструальный цикл у 35,0% пациенток; через 6 месяцев – у 56,5%, через 12 месяцев – у 77,0% женщин. Клиническая эффективность предложенной методики (достижение планируемой беременности) составляет 44, 44%. Комплекс методов и средств физической реабилитации, может быть предложен к практическому использованию в позднем послеоперационном периоде, на амбулаторном и санаторно-курортном этапах реабилитации, как один из ведущих факторов послеоперационного восстановления репродуктивной функции у женщин после оперативного лечения АЯ.

## РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

**С. В. Вялкова, С. В. Блеклов, И. П. Ястребцева, В. В. Белова, С. В. Николаева**

*Клиника ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

По данным ВОЗ в мире ежегодно регистрируются более 1 млн новых случаев рака молочной железы, а в Российской Федерации, по данным статистики, свыше 45 тысяч. Рак молочной железы занимает 1-е место в структуре злокачественных новообразований среди женщин во всем мире. Более 60% составляют женщины трудоспособного возраста. Обширные хирургические вмешательства, лучевая и лекарственная терапии, применяемые при лечении рака молочной железы приводят к серьезным соматическим и психологическим нарушениям, которые объединяются в постмастэктомический синдром (ПМЭС). В синдром включают постмастэктомический дефект, лимфостаз верхней конечности, ограничение амплитуды движений в плечевом суставе и вертебральные деформации, поражения периферической нервной системы (в виде плечевых плекситов и невралгий, депрессии).

Цель исследования – оценка результатов применения комплекса медицинской реабилитации больных с постмастэктомическим синдромом с использованием немедикаментозных технологий в условиях клиники ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России.

За 9 месяцев в клинике прошли курс реабилитации 34 женщины с постмастэктомическим синдромом в возрасте 32–74 лет (средний возраст –  $46,41 \pm 9,39$ ), из них 30 – находились в социально-активном возрасте. Всем пациенткам проводилась послеоперационная лучевая терапия. Диагноз рака молочной железы был подтвержден гистологическими и цитологическими данными. Выявлялись два клинических варианта течения постмастэктомического синдрома: 1) отечный (в виде отека верхней конечности от 1 до 3 ст. по классификации Герасименко В.Н.) в сочетании с патобиомеханическими нарушениями в позвоночнике и в плечевом суставе – 24 человека; 2) отечно-нейропатический (в виде отека верхней конечности от 1 до 3 ст. с компрессией нервов плечевого сплетения) с патобиомеханическими нарушениями в позвоночнике и в плечевом суставе – 10 человек.

Для объективной оценки состояния больных после мастэктомии и его динамики в процессе восстановительного лечения послеоперационных осложнений были проведены следующие антропометрические измерения: 1) определение разницы длины окружностей верхних конечностей (на 5 см выше локтевого сустава, в см), 2) определение амплитуды движений в плечевых суставах с помощью угломера во фронтальной и сагиттальной плоскостях (в градусах). 10 женщин (29,4%) с ПМЭС имели парез проксимальных мышц верхней конечности на стороне поражения. Им была проведена поверхностная электромиография (ЭМГ) на приборе Нейро-МВП-8 фирмы «Нейрософт» (Россия). Регистрировались амплитудные значения с дельтовидной и надостной мышц. Кроме этого, учитывалась степень выраженности болевых проявлений по шкале визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Степень выраженности тревожно-депрессивных нарушений оценивалась по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS, разработанная A.S. Zigmond и R.P. Snaith в 1983 г.). Всем пациентам обследование проводилось при поступлении и при выписке. Комплекс реабилитационных мероприятий включал в себя: медикаментозную терапию, направленную на улучшение микроциркуляции и нейротрофики, физиотерапевтические методы стимуляции лимфатического и венозного оттока («Хивамат» – переменное электростатическое поле, пневмомассаж верхней конечности на стороне мастэктомии), кинезотерапию (комплекс упражнений для увеличения

амплитуды движений в плечевом суставе, в том числе упражнения постизометрической релаксации чыщц для самостоятельных занятий. В своей работе мы использовали «Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению постмастэктомического синдрома» 2013 г. (Ермощенко М. В., Филоненко Е. В., Зикирходжаев А. Д.). Статистическая обработка материала выполнялась с использованием непараметрического метода Wilcoxon. Различия считались статистически достоверными на уровне значимости  $p < 0,05$ .

В результате проведенного курса лечения разность между окружностью пораженной и здоровой конечностей составила  $1,88 \pm 0,96$  см (при поступлении:  $3,91 \pm 0,93$ , при выписке:  $2,03 \pm 0,62$ , коэффициент Wilcoxon  $T = 2$ ,  $p = 0,023$ ). Одновременно с уменьшением отека наблюдалось снижение тугоподвижности в плечевом суставе верхней конечности на стороне радикальной операции. Так, угол сгибания увеличился на  $26,76 \pm 13,22^\circ$ , или  $16,1\%$  (с  $139,72 \pm 22,11^\circ$  при поступлении до  $165,88 \pm 13,74^\circ$  при выписке;  $T = 1$ ,  $p = 0,042$ ). Угол отведения увеличился на  $20,88 \pm 13,36^\circ$ , или  $13,1\%$  ( $T = 1$ ,  $p = 0,039$ ) с  $137,64 \pm 23,64^\circ$  при поступлении до  $158,82 \pm 16,76^\circ$  при выписке.

Значительно уменьшилась выраженность болевого синдрома (на  $3,61 \pm 0,19$  балла по шкале ВАШ: с  $5,05 \pm 0,96$  до  $1,44 \pm 0,77$ ;  $T = 1$ ,  $p = 0,008$ )

При поступлении с помощью поверхностной ЭМГ определено среднегрупповое значение амплитуды с дельтовидной мышцы  $683,72 \pm 82,31$  мкВ и надостной мышцы  $682,43 \pm 100,41$  мкВ. По окончании курса реабилитации получено достоверное увеличение амплитудных показателей с дельтовидной мышцы до  $880,33 \pm 76,44$  мкВ (коэффициент Wilcoxon  $T = 1$ ,  $p = 0,011$ ) и надостной мышцы до  $942,6 \pm 101,6$  мкВ ( $T = 1$ ,  $p = 0,028$ ).

При оценке эмоционального состояния пациенток среднегрупповое значение показателя тревоги улучшилось на  $2,85 \pm 1,35$  балла по шкале HADS, составив при поступлении  $6,78 \pm 1,08$ , а при выписке  $4,32 \pm 1,65$  ( $T = 4$ ,  $p = 0,033$ ). Аналогично на  $2,94 \pm 1,52$  балла уменьшились депрессивные признаки (с  $6,41 \pm 1,73$  при поступлении до  $3,47 \pm 1,59$  при выписке ( $T = 1$ ,  $p = 0,012$ )).

У пациенток с постмастэктомическим синдромом на фоне курса комплексного лечения практически в 2 раза уменьшилась разность окружностей верхних конечностей, на 13–16% увеличилась амплитуда движений в плечевом суставе, более чем на 200 мкВ возросли амплитудные показатели с дельтовидной и надостной мышц по данным электромиографии, более чем на 3 балла уменьшился болевой синдром по визуальной аналоговой шкале и более чем на 2 – уровень тревоги и депрессии по шкале HADS.

**ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ  
МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ  
У КАРДИОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ  
В ОБЛАСТНОМ ЦЕНТРЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Г. ОРЕНБУРГА**

**А. В. Горлов, С. В. Ивкова, С. Н. Михайлов, В. В. Белов,  
Г. П. Шершавина, М. Н. Фомина**

*ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет»  
ГБУЗ «Областной центр медицинской реабилитации», г. Оренбург*

Цель исследования – применить и осуществить оценку эффективности методики дыхательной аритмии сердца (ДАС) – биологической обратной связи (БОС) у больных с острым нарушением мозгового кровообращения в раннем и позднем восстановительном периодах. Методика ДАС – БОС была использована в комплексной реабилитации 80 человек с острым нарушением мозгового кровообраще-

ния. По логопедической патологии пациенты распределялись следующим образом: афазии – 56 человек, дизартрии – 22 человека, заикание – 2 человека. Всего проведено более 300 сеансов БОС, в среднем 10 занятий на одного больного, в ряде случаев до 30. Метод применялся как на ранних этапах заболевания, так и в более поздних периодах восстановительного лечения. С целью снижения уровня тревоги, стресса, психоэмоционального и мышечного напряжения (особенно связано с речью), постановки дыхания, коррекция вегетативных дисфункций формировали диафрагмально-релаксационный тип дыхания по методу ЧСС-ДАС-БОС. Устранение избыточного напряжения, в том числе и с мышц, участвующих в речеобразовании, способствует лучшей координации речевых функций и пластичности пациента при обучении навыкам правильной артикуляции, звукопроизношения и мягкой голосоподачи. Речевую нагрузку в этот период ограничивали до минимума. После выработки диафрагмально-релаксационного дыхания начинались речевые тренировки с применением данного типа дыхания.

На следующем этапе вырабатывалась взаимосвязь правильной артикуляции и мягкой подачи голоса с фазой выдоха диафрагмально – релаксационного дыхания, под контролем ЧСС и ДАС. Чтение способствует формированию и развитию речи, лучшей координации речевых функций. Для тренировки этих упражнений применялись сюжеты по чтению. Например: по мере снижения ЧСС на выдохе полоса (строчка), на которой находится текст, меняет цвет, или меняют цвет сами буквы. Кроме простых речевых упражнений тренировали чтение текстов, песен, стихов, прозы с экрана компьютера под контролем БОС на выдохе. Проводилась работа над просодическими сторонами речи, ее эмоциональной окраской. Особое внимание уделялось чувству слитности плавности и легкости речи на выдохе.

На последнем этапе полученные навыки закреплялись, и осуществлялся переход к свободной спонтанной речи. При оценке психологического тестирования отрицательной динамики не отмечалось ни у одного пациента. При использовании метода ДАС – БОС у всех больных снизился уровень невротизации, тревожности, в том числе и речевой, расширилась сфера общения в многих речевых ситуациях, нормализовались коммуникативные отношения, повысился уровень самооценки себя и своей речи.

В результате анализа полученных данных необходимо отметить, что метод коррекции речи ЧСС-ДАС-БОС обеспечивает нормализацию дыхания, стабилизацию психоэмоционального состояния, правильное голосоведение (мягкую подачу голоса), максимальную координацию дыхания с артикуляцией и фонацией, устранение избыточного мышечного тонуса, устранение вегетативных дисфункций, значительное уменьшение речевых запинок и судорог, качественно положительно изменяется темпо-ритмическая картина заикания. В сочетании с другими методами лечения заикания БОС позволяет логопеду и пациенту значительно сократить сроки реабилитации этого заболевания и достигнуть больших успехов на пути формирования нового, устойчивого стереотипа речи. По результатам небольшого исследования выяснилось, что интенсивное лечение пациентов, перенесших инсульт несколько лет назад, способно вернуть дар речи, если он был потерян или нарушен. Это очень обнадеживает не только пациентов, но и их родственников, даже не смотря на то, что для достоверности необходимо более масштабное и правильно организованное исследование. В большинстве случаев, когда у пациентов сохранена критика, возрастает уровень речевой тревоги, что в свою очередь, приводит к нарушению голоса, плавности, ритмичности, есте-

ственного дыхания. Имеется определенная группа пациентов с нарушением дыхания, невротического характера. Часто дыхание нарушается в составе синдрома того или иного органического заболевания. В комплексном лечении (с использованием традиционных методик) весьма привлекателен физиологический немедикаментозный и высокоэффективный метод БОС, основанный на реализации собственных резервов организма. С помощью метода БОС у пациента вырабатывался диафрагмально-релаксационный тип дыхания с максимальной величиной ДАС. ДАС – это разница между частотой сердечных сокращений (ЧСС) на вдохе и на выдохе. Сформированный навык диафрагмально-релаксационного дыхания нормализует работу вегетативной нервной системы, вызывает психоэмоциональную релаксацию.

## **КОМПЛЕКСНАЯ КОРРЕКЦИЯ ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЛИЦ С ТРАВМАМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**Л. Ш. Гумарова, Р. А. Бодрова**

*ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

В структуре первичной инвалидности и смертности населения России травмы и прочие внешние причины занимают третье место (Соколов В.А., 2006). Черепно-мозговая и позвоночно-спинномозговая травмы относятся к наиболее распространенному виду повреждений с ежегодным ростом инвалидизации. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) остается основной проблемой здравоохранения во всем мире и является наиболее частой причиной смерти и инвалидности в возрасте от 15 до 30 лет (Giacino et al., 2012). Согласно зарубежным данным, в мире заболеваемость позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ) в период с 1950 по 2012 г. неуклонно нарастала и составила в 2012 г. 246,0 случаев на миллион жителей в год (Furlan J.C., Sakakibara B.M., 2013). По данным Всемирной организации здравоохранения, частота ЧМТ и ПСМТ ежегодно увеличивается, при этом отмечается нарастание более тяжелых видов повреждений.

Пациенты с ЧМТ и ПСМТ находятся в группе риска по продолжительной потере азота и истощению и, как следствие, имеют повышенную чувствительность к инфекциям, плохое заживление ран и более длительное пребывание на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) (Cruse J.M. et al., 2000). Белково-энергетическая недостаточность при госпитализации препятствует восстановлению утраченных функций (Shen H.C., 2010). Принимая во внимание наибольшее количество осложнений в виде нарушения деятельности внутренних органов, пролежней, белкового истощения организма, остеопороза, вторичной инфекции различной локализации, связанных с длительной иммобилизацией больных, наиболее актуальным является изучение методов коррекции имеющихся нарушений и способов их профилактики.

Целью исследования является изучение нарушений трофологического статуса и способов их коррекции у больных с ограниченным двигательным режимом, перенесших черепно-мозговую и позвоночно-спинномозговую травму.

Исследование проводилось в отделениях нейрореабилитации Госпиталя для ветеранов войн и городской клинической больницы № 7 г. Казани. Под наблюдением находилось 68 пациентов в раннем и промежуточном восстановительном периодах травматической болезни спинного и головного мозга, со сте-

пению ограничения жизнедеятельности ( $70,8 \pm 2,5$  балла по шкале Functional Independence Measure – FIM) в возрасте от 18 до 76 лет. Всем пациентам проводили оценку трофологического статуса (ТС) в течение первых двух суток после госпитализации в отделение нейрореабилитации, мониторинг ТС каждые 5–7 дней. Пациенты были рандомизированно разделены на 2 группы. В I группе (основной,  $n = 30$  чел.) всем пациентам с гипотрофией на фоне стандартной терапии проводили комплексную коррекцию трофологического статуса с использованием дополнительного питания V.braun (Нутрикомп Дринк плюс, Нутрикомп Энергия Файбер ликвид) в сочетании с комплексом упражнений активно-пассивной механотерапии тренажёра Оксцикл-III (Тайвань) через 2–2,5 часа после приёма смеси по индивидуальной методике. II группа пациентов (контрольная,  $n = 38$  чел.) получали стандартную терапию, оценку трофологического статуса в динамике.

Комплексная оценка трофологического статуса включала применение антропометрических методов (измерение роста, веса, окружности плеча, кожно-жировых складок в стандартных точках методом калиперметрии, расчёта индекса массы тела, окружности мышц плеча, определение компонентного состава тела методом биоэлектрического импеданса), биохимических и иммунологических методов (определение общего белка, альбумина, трансферрина, абсолютного числа лимфоцитов в крови). Расчёт суточной энергопотребности проводили индивидуально по уравнению Харриса – Бенедикта. У всех госпитализированных пациентов с травматической болезнью головного и спинного мозга в раннем восстановительном периоде была выявлена белково-энергетическая недостаточность (БЭН) различной степени.

В результате проведённой коррекции среди пациентов преобладала БЭН лёгкой степени, а доля пациентов с БЭН средней степени снизилась на 29%. В I группе не было выявлено значительных изменений в весе или индексе массы тела (ИМТ) за период наблюдения, в то время как во II контрольной группе отмечалось снижение массы тела на 3%, преимущественно за счёт тощей массы тела. Динамика уровня альбумина как независимого предиктора неблагоприятного исхода имеет важное значение в реабилитации данных пациентов. У пациентов I группы отмечалось повышение сывороточного альбумина почти на 11% и достигло нормальных значений; во II группе не было выявлено достоверно значимых изменений в содержании альбумина, который оставался на нижней границе нормы. У пациентов I группы наблюдалось повышение абсолютного числа лимфоцитов крови на 26,1% по сравнению с группой контроля. Степень ограничения жизнедеятельности по шкале FIM на фоне комплексного лечения возросла на 24,4% по сравнению с группой контроля.

В результате проведенной терапии по клинко-лабораторным и антропометрическим показателям было выявлено, что нутритивная поддержка в соответствии с индивидуальными энергопотребностями, а также в комплексе с активно-пассивной механотерапией способствует коррекции трофологических нарушений у пациентов, перенесших травму ЦНС и имеющих длительный двигательный дефицит ( $p = 0,05$ ). Комплексная коррекция трофологического статуса благоприятно влияет на исход травматической болезни головного и спинного мозга, улучшает качество жизни, способствует повышению независимости от окружающих у данной категории пациентов ( $p = 0,05$ ). У пациентов, перенесших травму ЦНС, на фоне комплексной коррекции трофологического статуса возрастает толерантность к физическим нагрузкам, что повышает реабилитационный потенциал и способствует улучшению реабилитационного прогноза ( $p = 0,05$ ).

## КОМПЛЕКСНАЯ КОРРЕКЦИЯ ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ

Л. Ш. Гумарова<sup>1</sup>, А. Я. Назипова<sup>2</sup>, А. Р. Зайцева<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»  
Минздрава России

ГАЗУ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани<sup>2</sup>

Во всём мире цереброваскулярные болезни (ЦВБ) находятся на втором месте среди причин смерти и составляют до 10% от всех смертей (Mohan K. M. et al., 2011). Наиболее распространённой формой ЦВБ является инсульт.

По данным зарубежных исследований за последние несколько лет от 14 до 49,3% пациентов с инсультом страдают от недостаточности питания различной степени. Доказано, что недостаточность питания приводит к неблагоприятному исходу у больных как с ишемическим, так и геморрагическим инсультами (Adamson J. et al., 2004; Yoo S. H. et al., 2008). Белково-энергетическая недостаточность при госпитализации влияет на механизмы ишемического повреждения головного мозга, а также препятствует восстановлению утраченных функций (Shen H. C. et al., 2010). У пациентов с инсультом, страдающих от недостаточности питания, наблюдается более высокий процент развития пролежней, инфекций дыхательных и мочевыводящих путей, более длительные сроки госпитализации и высокие показатели смертности (Chai J. et al., 2008). Принимая во внимание наибольшее количество осложнений в виде нарушения деятельности внутренних органов, пролежней, белкового истощения организма, остеопороза, вторичной инфекции различной локализации, связанных с длительной иммобилизацией больных, наиболее актуальным является изучение методов коррекции имеющихся нарушений и способов их профилактики.

Целью настоящей работы является изучение нарушений трофологического статуса и способов их коррекции у больных с ограниченным двигательным режимом, перенесших мозговую инсульт.

Исследование проводилось в неврологическом отделении для лечения больных с ОНМК и отделении нейрореабилитации на базе городской клинической больницы № 7 г. Казани. Под наблюдением находилось 49 пациентов, которые перенесли ишемический инсульт, со степенью ограничения жизнедеятельности ( $79,0 \pm 2,5$  балла по шкале Functional Independence Measure – FIM) в возрасте от 43 до 76 лет. Всем пациентам проводилась оценка трофологического статуса в течение первых двух суток после госпитализации, на 2-й неделе и через 1 месяц. Пациенты были рандомизированно разделены на 2 группы: В I группе (основной,  $n = 23$  чел.), всем пациентам с гипотрофией на фоне стандартной терапии проводили комплексную коррекцию трофологического статуса с использованием дополнительного питания V. braun (Нутрикомп Дринк плюс, Нутрикомп Энергия Файбер ликвид) в сочетании с комплексом упражнений активно-пассивной механотерапии тренажера Оксикл-III (Тайвань) через 2–2,5 часа после приема смеси по индивидуальной методике. Пациенты II группы (контрольной,  $n = 26$  чел.), получали стандартную терапию, оценку трофологического статуса в динамике.

Комплексная оценка трофологического статуса включала применение антропометрических методов (измерение роста, веса, окружности плеча, кожно-жировых складок в стандартных точках методом калиперметрии, расчёта индекса массы тела – ИМТ, окружности мышц плеча, определение компонентного состава тела методом биоэлектрического импеданса), биохимических и иммунологических ме-

тодов (определение общего белка, альбумина, трансферрина, абсолютного числа лимфоцитов в крови). Расчет суточной энергопотребности проводили индивидуально по уравнению Харриса – Бенедикта.

При оценке трофологического статуса получены следующие результаты. Во всех группах более 60% пациентов с ОНМК при госпитализации в стационар имели высокий риск развития питательной недостаточности. После проведенной комплексной коррекции трофологического статуса в I группе доля пациентов с низким риском развития гипотрофии возросла на 40% ( $p = 0,05$ ), с высоким риском развития гипотрофии снизилась на 31,3% ( $p = 0,05$ ), с белково-энергетической недостаточностью (БЭН) уменьшилась на 8,7% ( $p = 0,05$ ) и составила 3,8%, причем, преимущественно за счет БЭН легкой степени. Во II группе доля пациентов с низким риском развития гипотрофии повысилась на 15,2% ( $p = 0,05$ ), с высоким риском развития гипотрофии понизилась на 7,7% ( $p = 0,05$ ), с белково-энергетической недостаточностью уменьшилась на 7,1% ( $p = 0,05$ ). В I группе не было выявлено значительных изменений в весе или индексе массы тела за период наблюдения, в то время как во II группе отмечалось снижение массы тела на 5%, как за счет жировой, так и тощей массы тела. Общий белок во всех группах оставался в пределах нормальных значений, хотя во II группе этот показатель снизился примерно на 11% от исходного уровня; в I группе общий белок повысился на 5% по сравнению со II группой. Степень ограничения жизнедеятельности по шкале FIM на фоне комплексного лечения возросла на 38%, в группе контроля на 23%.

Таким образом, в результате проведенного исследования было выявлено по клинико-лабораторным и антропометрическим показателям, что нутритивная поддержка в соответствии с индивидуальными энергопотребностями в комплексе с активно-пассивной механотерапией способствует коррекции трофологических нарушений у пациентов, перенесших ишемический инсульт и имеющих длительный двигательный дефицит ( $p = 0,05$ ). Комплексная коррекция трофологического статуса благоприятно влияет на исход ишемического инсульта, улучшает качество жизни, способствует повышению независимости от окружающих у данной категории пациентов ( $p = 0,05$ ). У пациентов, перенесших ишемический инсульт, на фоне комплексной коррекции трофологического статуса возрастает толерантность к физическим нагрузкам, что повышает реабилитационный потенциал и способствует улучшению реабилитационного прогноза ( $p > 0,05$ ).

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕХАНОТЕРАПИИ С БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ В РЕАБИЛИТАЦИИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

**А. С. Долгополов, Р. А. Бодрова, С. А. Гиниятуллина, А. Д. Рафикова, И. Ф. Садыков**

*ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России  
ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» г. Казани*

Травматическое повреждение спинного мозга (ТПСМ) является причиной значительных изменений жизни человека. Это касается не только основных физиологических процессов (нарушение двигательных функций, функции тазовых органов, дыхательной, сердечно-сосудистой системы, трофических нарушений), но и кардинальным образом изменяет качество жизни пациента, его семьи, требует адаптации к совершенно новым социальным, экономическим, профессиональным и юридическим условиям существования (Иванова Г. Е., Крылов В. В. и соавт., 2010).

Целью исследования явилось изучение эффективности применения активной механотерапии с биологической обратной связью больных с травматической болезнью спинного мозга.

На базе ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» г. Казани было проведено исследование 68 пациентов с травмой спинного мозга в груднопоясничном отделе по изучению сравнительной эффективности применения пассивной механотерапии и активной механотерапии с БОС. Под наблюдением на базе учреждения находились 68 пациентов с травматической болезнью спинного мозга в возрасте  $25,8 \pm 2,1$  года, с давностью заболевания  $1,7 \pm 0,9$  года. Больные были рандомизированно разделены на три группы:

IA (контрольная) – 23 пациента, которые принимали стандартную терапию (медикаментозные препараты, физиотерапия, ЛФК, массаж);

IB (контрольная) – 22 пациента, которым на фоне стандартной терапии проводилась пассивная механотерапия (СРМ) на комплексе Artromot;

II (основная) – 23 пациента, которые на фоне стандартной терапии получали активную механотерапию с биологической обратной связью с помощью аппаратно-программного комплекса EN-TreeM (Нидерланды), состоящего из универсального тренажера с датчиком движения, компьютера с программным обеспечением и миографа для проведения синхронной поверхностной миографии.

Для оценки эффективности лечения использовали клинические показатели (шкалы ASIA, FIM); инструментальные; данные протокола тестирования EN-TreeM по силе, амплитуде, средней скорости при концентрических и эксцентрических сокращениях.

После проведенной терапии у пациентов IA группы было отмечено увеличение показателей концентрической силы на 9,9% и эксцентрической силы на 10,7% ( $P > 0,1$ ); у IB группы – на 12,2 и 12,9% ( $P < 0,1$ ); у II группы – на 25,6 и 27,7% соответственно ( $P < 0,05$ ).

При анализе концентрических и эксцентрических амплитуд в IA группе выявлено увеличение на 47,6 и 48,8% ( $P < 0,1$ ); у пациентов IB группы – на 58,1 и 59,1% ( $P < 0,05$ ); во II группе – на 86,4 и 93,1% соответственно ( $P < 0,05$ ).

При оценке клинических показателей после проведенной терапии, в частности, по шкале ASIA, было выявлено увеличение показателей в IA группе на 10,1% ( $P > 0,1$ ), в IB группе – на 18,2% ( $P < 0,1$ ), во II группе – на 25,4% по тактильной и двигательной шкале ( $P < 0,05$ ); по шкале FIM в IA группе – на 14,0%, ( $P < 0,1$ ), в IB группе – на 16,2% ( $P < 0,1$ ), во II группе – на 18,7% ( $P < 0,1$ ).

Таким образом, после проведенной терапии при оценке результатов лечения выявлено, что, включение в комплексную реабилитацию активной механотерапии с биологической обратной связью комплекс EN-TreeM позволяет объективно оценить восстановление двигательных функций, повысить эффективность реабилитации, улучшить качество жизни, и тем самым, независимость от окружающих лиц у 68,7% пациентов с травмой спинного мозга.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

**И. В. Кирпичев, С. Е. Бражкин, И. В. Бережков, О. Г. Иванова, В. А. Клетиков**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»*

*Минздрава России*

*ОБУЗ «Ивановский областной госпиталь для ветеранов войн»*

Первичная артропластика тазобедренного сустава является одной из наиболее востребованных операций при лечении больных с коксартрозами. Результаты лечения во многом определяет правильно организованная реабилитация больных.

Целью нашего исследования явилось оптимизировать схему реабилитационных мероприятий у больных после первичной артропластики.

Обследовано 282 пациента в возрасте от 48 до 73 лет (164 женщин и 118 мужчин) которым проводилось тотальное первичное эндопротезирование тазобедренного сустава. Пациенты, в зависимости от наличия факторов риска разделены на 3 группы: I – низким (160 больных), II – средним (70 пациентов) и III – высоким риском развития осложнений (52 пациента). Сравнивали две схемы реабилитации: амбулаторный (поздний этап восстановления проходил в поликлинике) и комбинированный (больные реабилитированы в ОМП ГВВ). Для оценки эффективности восстановления анкетирование по количественной шкале Харриса через 1 год после проведения операции.

У всех пациентов получен положительный результат: средняя оценка по шкале Харриса составила  $84 \pm 5,9$  баллов. При анализе результатов у пациентов с различными реабилитационными комплексами выяснено, что статистически значимых различий проведения в I группе между амбулаторной и комбинированной схемой не выявлено: оценка по шкале Харриса при амбулаторной схеме составила  $82 \pm 7,4$  балла, комбинированной –  $83 \pm 3,9$  балла. При этом во второй группе данные показатели распределились следующим образом:  $73 \pm 2,3$  баллов при амбулаторной схеме,  $81 \pm 2,1$  баллов – при комбинированной ( $p < 0,05$ ). В третьей группе при применении амбулаторной схемы через год получено  $76 \pm 3,3$  бала по шкале Харриса, при комбинированной –  $84 \pm 2,9$  балла ( $p < 0,05$ ). У всех пациентов, независимо от примененной схемы получен положительный результат.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о более лучшем восстановлении тазобедренного сустава у пациентов из второй и третьей групп при использовании комбинированной схемы реабилитационных мероприятий, в группе с минимальными рисками развития осложнений не было выявлено существенных статистических различий между амбулаторной и комбинированной схемами ведения в позднем послеоперационном периоде.

## **ОЦЕНКА КОМПЛАЕНТНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ АРТРОПЛАСТИКИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**И. В. Кирпичев, С. Е. Бражкин, А. Ю. Очаковский**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

*ОБУЗ «Ивановский областной госпиталь для ветеранов войн», Иваново*

Эндопротезирование тазобедренного сустава является эффективной операцией при тяжелых кокартрозах, однако оно сопряжено с высоким риском развития тромбоемболических осложнений (ВТЭО). Для их профилактики применяют сложный комплекс, включающий раннюю мобилизацию пациента, применение механических и медикаментозных средств профилактики. Значительная часть ВТЭО регистрируется после выписки из стационара.

Целью нашего исследования исследование комплаентности профилактики ВТЭО у пациентов после первичного протезирования тазобедренного сустава в амбулаторных условиях.

Для достижения данной цели обследовано 482 пациента в возрасте от 28 до 72 лет которым проводилось первичное эндопротезирование тазобедренного

сустава. После выписки из стационара пациентам рекомендовали продолжение восстановления объема движений, применение механических средств и медикаментозных средств профилактики для чего рекомендовали использовать один из препаратов: варфарин, тромбо-Асс, клексан, дабигатрана этексилат, риволоксабан. Подбор дозировки учитывал функциональное состояние почек, оцениваемой по величине клиренса креатинина и подбирался в стационаре. Для оценки приверженности лечению пациентов использовалась анкета, состоящая из 5 вопросов, включавших три варианта ответов: двигательную активность (2 вопроса), длительность применения медикаментозных средств профилактики (1 вопрос), в случае применения варфарина дополнительно оценивали частоту проведения контроля МНО, длительность применения механических средств профилактики (1 вопрос). Каждому варианту ответов присваивалось определенное количество баллов (0 баллов, 5 или 10 баллов), после чего простым суммированием определялась комплаентность каждого вида профилактики тромбоэмболических осложнений. Дополнительно в анкету был включен вопрос о причине отказа пациента от медикаментозной профилактики. Анкетирование проводилось в сроки 2,5–3 месяца после оперативного лечения.

Максимальная комплаентность пациентов в амбулаторных условиях установлена к двигательной активности ( $17,2 \pm 0,7$  балла), и к механическим способам профилактики тромбоэмболических осложнений ( $7,7 \pm 0,7$  балла). Максимальные различия были в группах при оценке медикаментозных методов профилактики. Наименьшая приверженность выявлена у больных применявших клексан ( $0,9 \pm 2,4$  балла). Наибольшая – варфарин и тромбо-Асс ( $8,5 \pm 2,1$  и  $8,4 \pm 2,1$  балла соответственно). Причинами отказа от профилактики явились высокая цена, низкая доступность препарата, необходимость лабораторного контроля и удобство его применения.

Таким образом, в амбулаторных условиях высокая приверженность к лечению выявлена у механических способов профилактики и умеренная или низкая – у медикаментозных. Факторами, определяющими комплаентность профилактики ВТЭО, являются: низкая цена, удобство применения препарата, доступность в аптечной сети и отсутствие необходимости лабораторного контроля.

## **АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ**

**В. В. Коняева**

*ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет»*

*Минздрава России*

*ГБУ РО «Городская клиническая больница № 5» г. Рязани*

Глобальный рост частоты сосудистых заболеваний мозга, увеличение числа автомобильных травм, сахарного диабета (сопровождающегося диабетической энцефалопатией, полиневропатией), рассеянным склерозом, увеличение доли лиц старшего возраста и, связанный с ней, рост нейродегенеративных заболеваний в структуре населения, привели к тому, что заболевания нервной системы занимают первое место среди причин инвалидности. Проблемы лечения, реабилитации и профилактики больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга на сегодняшний день являются особо важными. Стремление остановить рост

инвалидизации стало приоритетным в здравоохранении, медицинской науке и практике, вызвало в обществе интерес к реабилитации. Создана правовая база для организации реабилитационной. Впервые мероприятия по медицинской реабилитации включены в базовую программу обязательного медицинского страхования. Одной из основных задач нейрореабилитации является достижение полного восстановления нарушенных функций, либо, если это нереально, оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала больного, перенесшего инсульт с целью наиболее адекватной интеграции его в общество. В 2014 г. на базе неврологического отделения ГБУ РО «ГКБ № 5» выделено 20 коек для реабилитации больных, перенесших инсульт. Реабилитационные мероприятия организованы в соответствии с Приказом МЗ РФ от 29 декабря 2012 г. № 1705н «О Порядке организации медицинской реабилитации» на основании основных принципов реабилитации. В отделении осуществляется 2-й этап реабилитации больным, переведенным из первичного сосудистого центра (ПСС) ГБУ РО «ГКБ № 11», поступающим по направлению поликлиники г. Рязани в ранний и поздний восстановительный период перенесенного инсульта.

Целью настоящей работы стал анализ структуры заболеваемости, типов и частоту инсультов в различных возрастных категориях, оценить эффективность реабилитации больных, поступивших в отделение в 2014 г. и 9 месяцев 2015 г. Пролечено 639 больных.

Соотношение ишемического и геморрагического инсульта составило 5:1. У больных, перенесших геморрагический инсульт, степень нарушения функций нервной системы и социально-бытовая дезадаптация оказались более выраженными, чем при инфаркте головного мозга.

Среди пациентов, перенесших инсульт и поступивших на реабилитацию, от 51 до 75 лет оказалось большинство, причем тенденция к «омоложению» инсульта очевидна. Пациенты от 51 до 65 лет составили более половины из всех пролеченных больных. В возрастной группе от 40 до 50 лет отмечено 8,9 процента пациентов. Частота инсульта среди мужчин и женщин составила соответственно 63,7 и 36,3%.

Наиболее инвалидизирующим дефектом являются парезы, нарушающие двигательную активность пациента, ограничивающие самообслуживание, бытовую, социальную активность. Реабилитационная программа для восстановления движений разрабатывалась индивидуально, с учетом реабилитационного потенциала конкретного пациента. К сожалению, у большинства больных отмечен ряд сопутствующих заболеваний (предикторов), которые ограничивают применение комплекса реабилитационных методик. В 93% случаев отмечена артериальная гипертензия и в 95% – атеросклероз сосудов головного мозга, на долю сахарного диабета и ишемической болезни сердца соответственно 27 и 66%. Половина наших пациентов имели сомнительный или неблагоприятный реабилитационный потенциал. Реабилитационный потенциал (РП) – медицински обоснованная вероятность достижения намеченных целей реабилитации в намеченный отрезок времени с учетом характера заболевания, его течения, индивидуальных ресурсов и компенсаторных возможностей при сохранении стабильного соматического и психического состояния пациента, его высокой мотивированности по отношению к предстоящему реабилитационному лечению.

Благоприятный РП отмечен у 51,3% пациентов, сомнительный – у 40,7%, неблагоприятный – в 8,0% случаев. Реабилитационная цель ставилась для ограниченного отрезка времени, продолжительностью в 16,5 – 17,0 дней (рекомендован-

ная средняя длительность лечения больного на реабилитационной койке). У 63% пациентов реабилитационная цель достигнута. Эффективность реабилитации оценивалась по улучшению двигательной активности по шкале Ривермид на 1–2 балла. Чрезвычайно важным для достижения реабилитационной цели является сохранность когнитивных функций. От степени выраженности когнитивных нарушений зависит отношение пациента к своему состоянию, возникшему после инсульта неврологического дефекту, что определяет его мотивированность на выполнение реабилитационной программы. В числе тех пациентов, у которых реабилитационная цель не была достигнута, оказались больные с выраженным снижением когнитивных функций по шкале MMSE, что в значительной степени снижало мотивированность к реабилитации.

Анализ эффективности реабилитационных мероприятий с целью улучшения двигательной активности, восстановления навыков самообслуживания, снижения уровня дезадаптации пациентов в условиях специализированных стационаров, предназначенных для 2-го этапа постинсультной реабилитации, позволяет сделать вывод, что данный этап реабилитации чрезвычайно необходим, приводит к уменьшению выраженности неврологического дефекта, способствует лучшей возможности интеграции пациента в бытовую, социальную, профессиональную среду.

## **МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В РАННЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТНОМ ПЕРИОДЕ**

**М. Г. Курчанинова, А. В. Касаткина**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Распространенность ЗЧА и деформаций у детей в различных регионах России существенно колеблется (30–83%).

Аномалия окклюзии зубных рядов в детском возрасте затрудняет откусывание и пережевывание пищи, формирует синдром дисфункции височно-нижнечелюстных суставов, дефекты речи, глотательные и дыхательные дисфункции.

Нарушение деятельности жизненно-важных функций, изменение внешнего вида лица и дефекты звукопроизношения определяют замкнутый и малообщительный характер таких больных. Развитие вторичных невротических и интеллектуальных расстройств, препятствует их гармоничному социальному существованию.

Цель исследования – изучение распространенности ортодонтических аномалий и определение этиологических факторов у детей 6–9 лет в г. Иванове, обоснование междисциплинарного подхода при реабилитации детей с аномалиями ЧЛО в раннем школьном возрастном периоде.

Проведено анкетирование и осмотр ортодонтом 95 детей 6–9 лет.

По данным опроса 33,68% осмотренных, со слов родителей, не имеют хронических заболеваний, тогда как 66,32% детей имеют одно или несколько патологических состояний.

Первое место занимает патология ЛОР органов (28%) и аллергические заболевания (21%). По результатам исследования установлено, что у 49,47% осмотренных детей сформирован дистальный прикус. Выявлен высокий процент

заболевания ЛОР органов, связанной с аномалиями ЧЛО. Данная патология отмечена у 44,44% детей с открытым прикусом, 42,86% – с перекрестным прикусом, 36,17% – с дистальным прикусом, 35,29% – с мезиальным прикусом, 26,66% – с глубоким прикусом. Ротовое дыхание резко меняет нагрузку на растущие кости и приводит к серьезным деформациям челюстно-лицевой области. Формируется «аденоидный» тип лица, готическое небо, узкая верхняя челюсть, блокировка нижней челюсти в дистальном положении, развивается мышечный дисбаланс, асимметричный рост правой и левой половин лица. Нейромышечный стереотип открытого рта часто сохраняется после восстановления проходимости носовых ходов. Следовательно, нормализация мышечного тонуса и миодинамического равновесия является неотъемлемой частью лечения, что невозможно без логопеда и остеопата. В 14,74% случаев причиной аномалии ЧЛО являются вредные привычки, обусловленные изменением неврологического статуса (10,53% осмотренных детей находятся на учете у невропатолога). Ведение таких пациентов должно требовать участия невролога. Следовательно, эффективность и стабильность ортодонтического лечения возможна только при междисциплинарном этиопатогенетическом лечении.

Таким образом, упущенные возможности проведения комплексных мероприятий в период повышенной физиологической активности тканевых структур челюстных костей и выраженной пластичности зубочелюстной системы являются причиной того, что дети и подростки с развившейся формой сочетанной патологии окклюзии зубных рядов переходят во взрослую возрастную категорию, когда их лечение становится проблематичным в еще большей степени.

## **ОСОБЕННОСТИ САНАТОРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**А. В. Мальков, М. В. Кизеев, С. Б. Антипина**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»*

*Минздрава России*

*ФГБУЗ МЦ «Решма» ФМБА России, Ивановская область*

В последние годы наметилась устойчивая тенденция увеличения патологии у детей. Результаты выборочных научных исследований свидетельствуют о том, что в настоящее время не более 10% детей старшего дошкольного и не более 5% детей старшего подросткового возраста можно считать абсолютно здоровыми. Почти у 60% детей выявляются хронические заболевания. Это диктует необходимость совершенствования реабилитационных технологий в санаторных условиях у детей с хроническими заболеваниями.

Целью санаторного этапа реабилитации является – предупреждение и минимизация последствий болезни путем создания мотивированной сферы формирования навыков здорового образа жизни у ребенка.

Эффективность санаторного этапа обусловлена суммационным действием природных факторов, оказывающих непосредственное влияние на организм больных, но и усиливает действие других видов лечения – диетотерапии, физиотерапевтических процедур, фитотерапии, бальнеотерапии.

С середины 90-х гг. в санатории «Зеленый городок» стали отрабатываться комплексы реабилитационных мероприятий для детей с различной нозологической

патологией. Дальнейшее совершенствование этого направления в оздоровлении детей получило развитие в санатории «Решма». При этом соблюдаются основные принципы: индивидуальность, комплексность, преемственность, этапность, многокомпонентность и т.д.

В оздоровительные комплексы включены основные процедуры, доступные в условиях санатория с учетом нозологии, а именно – режим, диета, питьевое лечение минеральной водой, способствующая выведению токсических веществ из организма, включая радионуклиды. В организме больных детей при приеме минеральной воды наступают существенные изменения не только в системе пищеварения, но и в нейрогуморальной регуляции. Минеральная вода применяется также для наружного применения: ванны и ингаляции.

Учитывая короткие сроки пребывания ребенка в условиях санатория (неполный месяц), основные мероприятия в процессе реабилитации носят установочный характер, т. е. формируют у ребенка состояния, способствующие эффективной реабилитации.

В течение первой недели пребывания больным детям назначается щадящий режим движений с малой физической нагрузкой (прогулки по территории санатория, малоподвижные игры). Это необходимо больному ребенку для нормализации нарушений регуляторной роли коры больших полушарий головного мозга и подкорковых образований. Со второй недели назначается тонизирующий режим, характеризующийся средней физической нагрузкой (игры, прогулки в лесном массиве, занятия в тренажерном зале под контролем основных функциональных показателей).

С момента поступления ребенка в санаторий увеличено время сна до 11 часов в сутки. Это необходимо для нормализации функционирования ЦНС. Проведение лечебных и диагностических процедур осуществляется в первую половину дня, а педагогические и развлекательные мероприятия планируются на вторую половину.

Лечебное питание является основой комплексной терапии. Оно должно воздействовать на патологические механизмы: изменение важнейших звеньев метаболизма веществ, органов и систем. Адекватность химического состава диеты и ее энергетическая ценность определяется особенностями клинического течения болезни, характером и уровнем нарушения обмена веществ в организме. При проведении диетотерапии учитывается разнообразное физиологическое воздействие пищи и отдельных ее компонентов как на различные органы и системы, так и на весь организм в целом.

С целью закрепления полученного эффекта в каждом отдельном случае предписывается индивидуальная программа реабилитации в постсанаторном периоде, элементы которой отрабатывались ребенком в период пребывания в санатории. Специальные программы рекомендаций для каждого ребенка в зависимости от патологии и внедрение их в семью дает возможность поддерживать эффект достигнутой в санатории реабилитации и формировать мотивацию соблюдения здорового образа жизни.

Амбулаторный контроль детей, прошедших санаторное лечение достоверно подтвердил положительный эффект – обострение патологии отсутствует, как правило, в течение последующих 8–9,5 мес.

Эффективность реабилитации определяется через снижение уровня последствий болезни и повышения качества жизни больного ребенка.

**БАЗОВЫЕ НАБОРЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ  
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ  
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ  
С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**И. Е. Мишина, А. А. Гудухин, В. В. Белова, Ю. В. Довгалюк, Д. С. Суханова**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Основным документом врача-специалиста в настоящее время следует считать Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10). Исходя из ее положений, все имеющиеся заболевания или изменения состояния здоровья находят свое отражение в диагнозе. Однако решение вопросов экспертизы нетрудоспособности, обоснованности и эффективности проведенных реабилитационных мероприятий, социализации любого больного в обществе обуславливают необходимость адекватной оценки его состояния в виде не только этиологического, но и функционального диагноза, а также учета нарушений структуры органов, вызванных патологическим процессом. Поэтому все большее значение в работе клиницистов приобретает Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), утвержденная Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) 22 мая 2001 г. Основой классификации МКФ служат 3 уровня функционирования: 1) функционирование на уровне организма или органа; 2) функционирование человека, отраженное в «деятельности», которую он способен выполнять; 3) функционирование человека в социальном окружении, что отражает участие в общественной жизни. В зависимости от выявленных нарушений врач должен использовать буквенные обозначения в соответствии с международными кодами. Использование данной классификации требует подготовки специалистов, способных применять ее на практике, в том числе с учетом специализации больных.

Возможность применения МКФ у больных кардиологического профиля обсуждалось экспертами ВОЗ начиная с 2003 г. Ими было констатировано, что ишемическая болезнь сердца (ИБС) может проявить себя в виде острых форм, таких как нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда или в виде хронической формы – стабильной стенокардии. Наиболее типичным и распространенным симптомом, который вызывает функциональные ограничения у пациентов с хронической стабильной стенокардией является дискомфорт в груди, который возникает каждый раз при определенном уровне физической нагрузки и проходит после отдыха или приема нитроглицерина. «Непереносимость физических нагрузок» порождает ограничения физической активности пациента, что чаще всего проявляется уменьшением дистанции пешей ходьбы. Тем не менее, есть и атипичные симптомы, такие как одышка, боли в левой руке при физической нагрузке и усугубление сердечной недостаточности, также известной как «эквивалент ишемии или стенокардии». Такие психологические проблемы как депрессия, тревожность, раздражительность, сексуальные расстройства и трудности в семье широко известны и распространены при хронической ИБС. С психологической точки зрения, ИБС ухудшает качество жизни и увеличивает расходы на поддержание здоровья.

Современные рекомендации по лечению хронической ИБС имеют две основные цели: во-первых, продлить жизнь (предотвратить инфаркт миокарда и смерть пациента), а во-вторых, повысить качество жизни (за счет лечения симптомов стенокардии или ишемии). Признание важности систематической оценки симптомов и

функциональных ограничений для оптимизации лечения хронической ИБС привело к разработке и внедрению ряда конкретных мер, организованных по инициативе ВОЗ. В 2003 г. Американский колледж кардиологов и Американская ассоциация кардиологов рассмотрели применяемые на тот момент меры медицинской помощи пациентам с хронической ИБС, а также их критерии и стандарты. Ни одна из организаций не дала рекомендаций относительно применения конкретных мер медицинской помощи при определенном состоянии пациента или же более общих мер, которые охватывали бы весь спектр симптомов и функциональных ограничений у пациентов с хронической ИБС. С принятием МКФ появилась возможность использовать принятые во всем мире рамки и классификации для определения типичного набора функциональных проблем у пациентов с хронической ИБС.

В 2004 г. было опубликовано согласованное решение 16 экспертов ВОЗ и специалистов из Германии, Австрии, Швейцарии, Румынии и США, участвующих в процессе реабилитации пациентов с хронической ишемической болезнью сердца, о базовых наборах МКФ для этой категории больных. Предварительные исследования включали эмпирический сбор данных, систематический анализ и метод экспертных оценок. В итоговом документе был определен расширенный базовый набор МКФ, в который вошла 61 категория второго уровня, в том числе 14 категорий, относящихся к функции организма, одна – к структуре организма, 17 – к активности и участию и 29 – к факторам окружающей среды. Сокращенный базовый набор МКФ содержал в общей сложности 36 категорий второго уровня, из которых 10 пришлось на функции организма, одна – на структуры организма, 13 – на активность и участие и 12 – на факторы окружающей среды.

В итоговом документе было оговорено, что результаты последующей оценки могут отличаться в случае привлечения различных групп экспертов. Это подчеркивает важность всесторонней проверки данной первой версии базовых наборов МКФ врачами различных специальностей в разных странах. Первая версия базовых наборов МКФ должна быть проверена с точки зрения пациентов, а так же при различных клинических ситуациях. Базовые наборы МКФ могут быть сокращены на основе результатов последующих клинических исследований.

Важно отметить, что МКФ не является самостоятельной шкалой для измерения физических возможностей, активности или участия. Однако она позволяет разработать такой инструмент на базе объективных данных (нагрузочного теста, лабораторных исследований и других клинических методик) у каждого конкретного больного.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО**

**Ф. Ю. Мухарлямов, М. Г. Сычева, М. А. Рассулова**

*ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации,  
восстановительной и спортивной медицины ДЗ г. Москвы»*

Медицинская реабилитация является важнейшим фактором комплексного лечения онкологических больных. У таких пациентов применение различных видов физической реабилитации (ФР) позволяет оптимизировать состояние опорно-двигательного аппарата, дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Важнейшим положительным фактором ФР является существенное улучшение психологического статуса пациента после курсов оперативного, химиотерапевтического или лучевого лечения, что позволяет мобилизовать собственные резервы

организма и создать положительную мотивацию улучшения качества жизни несмотря на серьезный диагноз.

Принципами проведения ФР у больных, страдающими раком легкого (РЛ), в зависимости от функционального статуса пациента являются: активизация носового и диафрагмального дыхания, проведение физических тренировок (ФТ) с частотой от 2–3 раза в неделю до ежедневных, длительностью 10–45 минут, интенсивностью от 35 до 50% от максимального потребления кислорода или частоты сердечных сокращений по возрасту (220 минус возраст), интервальные (предпочтительнее) или непрерывные. Сочетание общей ЛФК (10–15 минут ежедневно), тренировки дыхательных мышц (10–30 минут 1–2 раза в день 3–5 раз в неделю) с циклическими (беговая дорожка, велотренажер) и силовыми ФТ, а также доступными в санаторных условиях виды дозированной ходьбы: простой, скандинавской, терренкуром. В частности, скандинавская ходьба укрепляет мышцу сердца, увеличивает объём лёгких до 30%, уменьшает влияние скопившихся токсинов, регулирует деятельность кишечника, улучшает кровоснабжение скелетной мускулатуры.

В число современных технологий ФР также можно отнести так называемую пространственную гимнастику по системе гирокинез на специальных тренажерах. Последняя позволяет определенным образом корригировать дыхание, а именно создание укороченного вдоха и удлиненного диафрагмального выдоха, контролируемой паузы после выдоха, синхронизации дыхания с движением, последовательного включения основной дыхательной мускулатуры при выполнении упражнения, участие суставов ребер, позвоночника, грудины в дыхательном цикле. Важной технологией является тренажерная гимнастика с применением циклических и силовых тренажерах на минимальных и щадящих нагрузках. При этом достигается управляемое, дозированное, плавное движение во время каждого цикла, что строго синхронизируется с дыхательным паттерном. Основными механизмами действия ФТ на силовых тренажерах являются активизация диафрагмального дыхания, оптимизация бронхиальной проходимости и альвеолярной вентиляции в практически во всех отделах легких, а также активизация периферического кровообращения с целью снижения нагрузки на миокард.

Таким образом, представляется чрезвычайно целесообразным применение различных видов ФР у больных РЛ, что в сочетании с медикаментозной и диетотерапией, психологической коррекцией, а также природно-климатическими факторами курорта потенцирует благоприятное влияние на качество жизни таких пациентов.

### **ТЕХНОЛОГИИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

**Ф. Ю. Мухарлямов<sup>1</sup>, М. Г. Сычева<sup>1</sup>, М. А. Рассулова<sup>1</sup>, Е. С. Иванова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗ г. Москвы»

<sup>2</sup> МОЦ медицинской профилактики ГУЗ МО «Московский областной клинический центр восстановительной медицины и реабилитации»

Цель исследования – изучить эффективность современных диагностических методов и технологий коррекции функционального состояния организма у больных кардиологического и пульмонологического профиля.

Были использованы следующие диагностические методы: объемная компрессионная осциллометрия (ОКО), дисперсионное картирование сердца (ДКС), исследование variability ритма сердца (ИВРС) с последующей оценкой вегетативного статуса, спиреоэргометрия (СЭМ) в качестве пробы с физической нагрузкой, спирография (СГ), исследование газов крови транскутанным методом (ГКТК), биорезонансная технология – МОРА-диагностика. В исследование включено 488 больных кардиологического профиля, 243 из которых страдали ИБС: ПИКС (152 мужчины и 91 женщина, средний возраст  $62 \pm 4,3$  года) и 245 больных АГ (127 мужчин и 118 женщин, средний возраст –  $48 \pm 5,6$  года), а также 63 больных с респираторной патологией – бронхиальной астмой (БА) легкой и средней тяжести течения, дыхательной недостаточностью 0–I степени (29 мужчин, 34 женщины, средний возраст  $49 \pm 2,6$  года). Больным ПИКС и АГ основной группы проводился комплекс корригирующих технологий: внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), внутривенная озонотерапия (ВОТ), интервальные гипоксические тренировки (ИГТ), больные группы сравнения получали низкоинтенсивную накожную лазеротерапию, низкочастотную магнитотерапию, лекарственный электрофорез, лица контрольной группы – медикаментозную терапию (МТ), сравнимую с основной и группой сравнения. У больных БА применялись методы биоэнергетической резонансной терапии – БЕМЕР или ПЕРТ-терапия (основная группа), группа контроля получала МТ, сравнимую с основной группой.

Полученные результаты показали различные аспекты саногенетического воздействия методов ФТ на патофизиологические механизмы у больных ПИКС и АГ: более высокую эффективность ВОТ у лиц с ПИКС и большее влияние на показатели гемодинамики и регуляции ИГТ у пациентов с АГ. Использование методов биоэнергетической резонансной терапии у больных БА выявило достоверно значимые положительные изменения по показателям спирограммы, парциального напряжения кислорода крови и толерантности к физической нагрузке по сравнению с контрольной группой. Наблюдалась положительная динамика клинической картины заболевания, что в совокупности с гемодинамическими и другими изменениями у больных ПИКС, АГ и БА нарушениями позволяло уменьшить дозы МТ, снижая тем самым риск развития побочных эффектов и толерантности к лекарственным препаратам.

Итак, современные технологии диагностического мониторинга являются методами точной оценки эффективности программ ВЛ и МР у больных кардиологического и пульмонологического профиля и могут быть рекомендованы для широкого применения в медицинской реабилитации.

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ СТАБИЛОМЕТРИИ**

**А. А. Нагибина, М. Г. Курчанинова, И. П. Ястребцева, А. А. Хохлова,  
Л. Д. Пухова, О. И. Дуняков**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Инсульт головного мозга стоит на первом месте среди причин инвалидности взрослого населения. В связи с этим актуальна такая проблема современной реабилитации, как организация восстановительного лечения больных после инсульта головного мозга.

Цель работы – оценка эффективности процесса реабилитации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения и дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) путем анализа стабилOMETрических показателей, отражающих работу сенсорных входов, в динамике.

В ходе работы было обследовано 20 пациентов в возрасте от 37 до 75 лет в раннем восстановительном периоде инсульта головного мозга, которые проходили курс медицинской реабилитации на базе клиники ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России. Обследование проводилось при помощи стабилOMETрической платформы «Стабилан-01-2» (ОКБ «Ритм», г. Таганрог). Проводились пробы: с открытыми глазами, с закрытыми глазами, с поворотом глаз, головы и плеч поочередно вправо и влево, мандибулярная проба, плантарная проба. Регистрировались изменения показателей качества функции равновесия (КФР) и площади эллипса статокинезиграммы.

По результатам исследования выявлено, что у 84,62% обследованных произошло снижение показателя коэффициента Ромберга, то есть его нормализация. У 61,54% повысились показатели КФР плантарной пробы. При проведении проб с ротационной провокацией показатели КФР улучшились: у 73,08% пациентов при проведении теста с поротом глаз, у 69,23% – пробы с поротом головы, у 53,85% – пробы с поворотом плеч. Оценка показателей КФР при проведении мандибулярной пробы выявила наличие положительной динамики лишь у 23,08% пациентов.

Полученные результаты указывают на высокую эффективность процесса реабилитации, но на незначительную положительную динамику в мандибулярных тестах, что свидетельствует о целесообразности включения стоматологических лечебно-диагностических манипуляций в реабилитационный процесс у пациентов с инсультом и наличием дисфункции ВНЧС.

## **ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**

**Д. Л. Нефедьева**

*ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

В последние годы значительно возросло количество детей, родившихся недоношенными, особенно детей с низкой и экстремально низкой массой тела. Именно эта группа обеспечивает наибольший процент инвалидизации и формируют основную часть структуры перинатальной смертности, что обуславливает высокий интерес к их своевременной реабилитации и абилитации (Пальчик А. Б., 2012).

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для детей и подростков (МКФ) может быть использована не только для решения вопроса о спектре реабилитационных услуг, составе мультидисциплинарной команды, но и для оценки эффективности реабилитационных мероприятий.

Цель исследования – оценка эффективности реабилитации у детей раннего возраста, родившихся недоношенными.

Всего под наблюдением находилось 29 пациентов с перинатальным поражением головного мозга. Все дети после выписки из стационара наблюдались амбулаторно и получали комплексную реабилитационную терапию (массаж, кинезиотерапия, физиотерапия, психолого-педагогическая коррекция) по показаниям. На каждого ребенка составляли психоневрологический профиль развития (Скворцов И.А., 2008). Значения ряда функций (перцептивных функций, функции речи (экс-

прессивной и импрессивной) и интеллекта и эмоциональной сферы), скорректированных по сроку гестации, были переведены в единую шкалу МКФ. Так же оценивались нейромышечные и связанные с движением функции (мышечная сила и мышечный тонус) посредством использования шкалы комитета медицинских исследований и шкалы спастичности Ашворт. Оценка ограничений жизнедеятельности в категориях: «мобильность», «общение», «обучение», «самообслуживание» проводилась с использованием соответствующих шкал (Баранов А. А. с соавт., 2013). Оценка проводилась до и после курса реабилитационной терапии. Кроме того, учитывались такие показатели, как степень недоношенности (срок гестации), масса тела при рождении, факт нахождения на искусственной вентиляции легких, наличие структурных нарушений по данным нейросонографии, наличие сопутствующей соматической патологии, срок начала реабилитационной терапии. Статистический анализ полученных результатов проводился при помощи программного обеспечения Excel и программы STRINF. Определялась нормальность распределения, рассчитывались средние величины, стандартное отклонение. За критический уровень значимости принималось  $p < 0,05$ . По данным 19 пациентов, достигших возраста 12 месяцев, был проведен корреляционный анализ. Рассчитывался коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Все дети имели отягощенный перинатальный анамнез. У 25 (89,3%) пациентов имелась патология беременности и/или родов. Средний гестационный возраст составил  $29,0 \pm 2,3$  недели, вес при рождении  $1267,9 \pm 485,2$  г.

К первому году жизни 13 пациентов (46,4%) имели инвалидность. Структура инвалидности включила в себя заболевания нервной системы у 5 (38,5%) детей, патологию дыхательной системы у 7 (53,8%) пациентов и у 2 (15,4%) больных патологию органа зрения. Средний возраст на момент исследования составил  $11,9 \pm 3,4$  месяца. В результате проведенного курса реабилитационной терапии наблюдалось значительное улучшение умственных функций речи (степень нарушения до лечения – 32,7%, после лечения – 13,6%,  $p < 0,05$ ) и изменение активности в категории «мобильность» (степень нарушения до лечения – 24,5%, после лечения – 13,1%).

Для установления прогностической роли ряда факторов на формирование изучаемых параметров у недоношенного ребенка к первому году жизни, был проведен корреляционный анализ. Выявлена обратная корреляционная связь между определителем в категории «мобильность» и гестационным возрастом ( $r = -0,52$ ;  $p < 0,05$ ), т.е. при увеличении степени недоношенности выраженность нарушений в этой категории возрастала; и прямые корреляционные связи с длительностью нахождения на искусственной вентиляции легких ( $r = 0,64$ ;  $p < 0,05$ ), наличием структурных нарушений в головном мозге ( $r = 0,79$ ;  $p < 0,05$ ), количеством обострений бронхообструктивного синдрома у детей с бронхолегочной дисплазией на первом году жизни ( $r = 0,62$ ;  $p < 0,05$ ) и сроком начала первого курса реабилитационной терапии ( $r = 0,61$ ;  $p < 0,05$ ). Т. о. длительное нахождение на искусственной вентиляции легких, соматическая ослабленность и структурные нарушения в головном мозге увеличивают дефицит в данной категории; при этом раннее начало реабилитационной терапии уменьшает выраженность нарушений. Те же факторы определяют степень нарушения функций мышления и восприятия речи ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, комплексная медицинская реабилитация на первом году жизни является эффективным инструментом стимуляции нервно-психического развития ребенка, преимущественно речевых и когнитивных функций, а так же способности ребенка к передвижению. Профилактика респираторных заболеваний у детей с бронхолегочной дисплазией на первом году жизни также может уменьшить степень выраженности нарушений в вышеперечисленных категориях.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ DRX9000 В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПОЗВОНОЧНИКА**

**А. А. Петров, С. Н. Михайлов**

*ГБОУ ВПО Оренбургский государственный медицинский университет  
ГБУЗ «Областной центр медицинской реабилитации», г. Оренбург*

Дистрофические изменения в шейном и пояснично-крестцовом отделе позвоночника наиболее выражены в возрасте от 35 до 50 лет и являются одной из наиболее частых причин временной утраты трудоспособности и нередко – инвалидизации пациента за счет наиболее распространенного и самого тяжелого осложнения остеохондроза позвоночника – грыжи межпозвонкового диска. В связи с большой частотой данной патологии и развивающимися функциональными нарушениями, сопровождающимися утратой работоспособности, особую значимость приобретает использование средств немедикаментозной и физической реабилитации в восстановительном лечении грыжи межпозвонковых дисков.

Цель исследования – применить методику DRX9000 у пациентов, оперированных по поводу грыжи диска шейного или поясничного отделов позвоночника, имеющих определенные жалобы и неврологические нарушения.

Методика DRX9500 применяется для лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний на уровне шейного отдела позвоночника. В методике DRX9000 воздействие оказывается на один конкретный межпозвонковый диск без вовлечения в процесс тракции дисков других сегментов, что позволяет приложить максимальное усилие в нужном месте и создать отрицательное давление в области пульпозного ядра лечимого диска. Создаваемое в полости диска отрицательное давление позволяет реализовать решение двух задач: втянуть в полость диска сформировавшееся его выпячивание (протрузия, грыжа) и увеличить поступление в пульпозное ядро диска жидкости из гиалинового хряща замыкательных пластин тел позвонков, таким образом, обеспечив регидратацию диска. За счет подобранной частоты и силы проводимой тракции растяжение межтелового промежутка происходит ступенчато и циклично, что позволяет избежать травматизации мышечно-связочного аппарата позвоночного сегмента. Методика DRX9500 применяется для лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний на уровне шейного и поясничного отдела позвоночника.

До обращения в ГБУЗ ОЦМР в восстановительном лечении при применении классических методов физической и физиотерапевтической реабилитации особых улучшений пациенты не отмечали. Всем больным проведён курс лечения по методике DRX9000, состоявший минимум из 20 сеансов. При первичном обращении отмечался грубый неврологический дефицит, обусловленный миелоишемией: нижний глубокий парализ с пlegией в дистальных отделах конечностей, глубокая тотальная нижняя парагипестезия, «седловидная» анестезия, нарушение функции тазовых органов: периодическое недержание мочи. После проведения лечения по методике DRX9000 парализ регрессировал, уменьшилась до легкой глубина нижней болевой парагипестезии, хотя сохраняется, умеренно выраженная, батигипестезия, обуславливающая чувствительную атаксию, практически нормализовалась функция тазовых органов. Повторное обращение пациентов отмечалось в 3 случаях (от 8 месяцев до 1,5 года после окончания курса лечения). Поводом для повторного обращения явились незначительные расстройства рефлекторного характера (в основном мышечно-тонического синдрома). При этом выбор метода лечения больного был обусловлен удовлетворённостью результатами лечения при первичном обращении.

## **КОРРЕКЦИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА В ОБЛАСТИ ПИТАНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**Т. В. Пшеничникова, С. Е. Ушакова, Н. В. Будникова, Д. С. Суханова**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Особую группу среди больных ишемической болезнью составляют пациенты, имеющие в анамнезе эпизоды нестабильного коронарного кровотока, так называемого «острого коронарного синдрома»: перенесшие инфаркт миокарда, впервые возникшую или прогрессирующую стенокардию. Для данной категории больных особенно важно проведение комплексной реабилитации, направленной на снижение степени суммарного кардиоваскулярного риска, в том числе за счет модификации всех имеющихся факторов риска (ФР). По данным крупномасштабных международных исследований (INTERHEART), 9 факторов оказывают определяющее влияние на риск развития инфаркта миокарда (ИМ). Это 6 ФР (повышающих риск развития ИМ): дислипидемия, курение, артериальная гипертония (АГ), абдоминальное ожирение (АО), психосоциальные факторы (стресс, социальная изоляция, депрессия), сахарный диабет, и 3 фактора антириска (понижающих риск): употребление в достаточном количестве овощей и фруктов, регулярное употребление очень малых доз алкоголя и регулярная физическая активность.

Цель исследования – оценить рацион питания больных, перенесших острый коронарный синдром (ОКС), и сравнить его с принципами здорового питания.

Обследован 31 пациент после перенесенного ОКС, находившийся на реабилитации в клинике ИвГМА. Помимо общеклинического обследования исследованы особенности питания пациентов методом анкетирования по методике ФАО/ВОЗ/УООН (2004). Расчет должного потребления калорий производился по формуле Миффлина – Сан Жеора.

Средний возраст составил  $59,2 \pm 7,5$  года, мужчин было 27 (87%). Все пациенты имели АГ, медикаментозную нормотонию на момент исследования (средний уровень систолического АД составил  $123,8 \pm 6,8$  мм рт. ст., диастолического –  $78,1 \pm 6,7$  мм рт. ст.). Сахарный диабет 2 типа зафиксирован у 6 (19,4%). У 26 (83,4%) выявлено абдоминальное ожирение. Лишь 3 больных (9,7%) имели нормальный индекс массы тела; избыточная масса тела была у 15 (48,4%), ожирение 1 степени – у 11 (35,5%), 2 степени – у 2 (6,4%). У всех пациентов зафиксирован избыточный калораж питания. Согласно расчетам, среднее потребление калорий за сутки составило  $1969,6 \pm 590,5$  ккал при должном потреблении в среднем  $1789 \pm 252,9$  ккал. Кратность питания составляла  $3,7 \pm 0,7$  раза в сутки. При анализе состава питания выявлено, что потребление ненасыщенных жирных кислот превышает рекомендованные для данной категории пациентов нормы в 2,6 раза, жиров – в 1,7 раза, простых углеводов – в 3,8 раза. Также зафиксировано превышение дневной нормы потребления поваренной соли в 2,6 раза.

Следовательно, у большинства пациентов имеется ФР, повышающий риск развития ИМ – абдоминальное ожирение. У лиц, перенесших ОКС, с высокой частотой зафиксированы нарушения принципов рационального питания, роль которых с высокой степенью достоверности доказана в прогрессировании таких алиментарно зависимых ФР, как избыточная масса тела, дислипидемия и АГ. Для разработки индивидуальных диетических рекомендаций необходима качественная и количественная оценка рациона питания больных, перенесших ОКС, поскольку большинство их нуждается в коррекции питания.

## **ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА КОРОНАРНЫХ СОСУДАХ**

**С. В. Романчук, М. В. Кириченко, Е. А. Шутемова, О. А. Назарова**

*ОБУЗ «Кардиологический диспансер», Иваново  
ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

С развитием реабилитационного направления насущной проблемой стала необходимость оптимизации алгоритмов обследования, обоснования набора реабилитирующих методик, дифференцированная оценка эффективности реабилитации для отдельных контингентов пациентов.

Одно из отделений реабилитации для кардиологических больных функционирует на базе Ивановского кардиологического диспансера и включает 30 коек круглосуточного пребывания и дневной стационар на 20 пациенто-мест. Реабилитационные мероприятия в условиях стационара в 2015 г получали практически все больные после операций реваскуляризации и подавляющее большинство пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Всего за три квартала 2015 г. реабилитацию прошли 875 человек, из них 284 (32,5%) – на местах дневного пребывания и 591 (67,5%) – на местах круглосуточного пребывания. Пациенты, проходящие второй (стационарный) этап реабилитации в условиях дневного стационара, не имели серьезных осложнений и значимой сопутствующей патологии. В этой группе предпочтение отдавалось физической реабилитации с освоением должного уровня физической активности, делался акцент на максимальную коррекцию факторов сердечно-сосудистого риска, возвращению к трудовой деятельности.

На практике выделяются две основные группы: пациенты с ОКС и/или после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) и лица, перенесшие хирургическое вмешательство – аортокоронарное шунтирование (АКШ), протезирование клапанов, реконструктивные операции на сердце. Доля пациентов с ОКС и/или после ЧКВ составила 64,7%. У этих больных набор реабилитационных мероприятий определялся наличием осложнений основного заболевания. Так, 280 (49,5%) человек имели неконтролируемую артериальную гипертензию, 76 (13,4%) – сердечную недостаточность, у 73 (12,9%) сохранялась стенокардия напряжения.

У пациентов после хирургических вмешательств реабилитационная программа зависела от наличия послеоперационных осложнений. Так, 273 (88,3%) из 309 оперированных имели постгеморрагическую анемию, 47 (15,2%) – плеврит, у 18 (5,8%) пациентов имелись признаки несостоятельности послеоперационных швов. Особенностью этой категории больных было также наличие неврологических и психотических расстройств. Медикаментозная коррекция депрессивных состояний и нарушения сна потребовалась 125 (40,5%) пациентам. Серьезные сопутствующие заболевания имели 112 (36,2%). Все пациенты требовали круглосуточного наблюдения. Основной целью реабилитации была терапевтическая коррекция сопутствующих состояний, относительно ограниченное применение методов физической реабилитации, активная психотерапевтическая помощь. Эффективность стационарного этапа реабилитации оценивалась, прежде всего, по степени достижения компенсации имеющихся осложнений и сопутствующей патологии.

Совершенствовались подходы к физической реабилитации пациентов. Для оптимизации физических тренировок проводилось диагностическое тестирование, назначаемые физические нагрузки адаптировались индивидуально для каждого больного. Большинство больных (96,0%) прошли курс лечебной физкультуры. Ли-

цам после хирургического лечения проводили активную дыхательную гимнастику в целях профилактики легочных осложнений.

Методика ЭКГ-контролируемых тренировок с использованием различных протоколов активно применялась только у 240 (27,4%) пациентов с ОКС и после ЧКВ, поскольку больные после АКШ не имеют возможности опоры на верхний плечевой пояс.

Динамика толерантности к физическим нагрузкам использовалась для оценки эффективности реабилитационных мероприятий. По результатам теста с 6-минутной ходьбой улучшение в виде прироста дистанции наблюдалась у 493 (87,1%) пациентов с ОКС и после ЧКВ, и у 167 (54,0%) после оперативного вмешательства. У больных, у которых не произошло улучшения, переносимость физических нагрузок лимитировалась либо сопутствующей патологией, либо осложнениями основного заболевания.

Функционирует Школа для больных с ОКС и для пациентов, перенесших хирургическое вмешательство. В 2015 г. обучение прошли 236 (27,0%) пациентов. Ведется активная работа в помощи по отказу от курения.

Для обеспечения преемственности реабилитационной помощи усовершенствована медицинская документация: разработана реабилитационная карта пациента, позволяющая координировать работу различных специалистов и контролировать ход процесса реабилитации лечащим врачом. К заполнению карты привлекается и сам пациент, что имеет значение для обучения его методам контроля своего состояния в ходе реабилитационных мероприятий.

Все пациенты после выписки из стационара продолжают наблюдение в поликлинике кардиологического диспансера.

Таким образом, внедренные в отделение объем и структура реабилитационных технологий, соответствующие современным положениям об организации реабилитационной помощи, одновременно требуют дальнейшего совершенствования в связи с существованием разных групп больных, в том числе перенесших хирургическое вмешательство на сердце, значимо различающихся по соматическому статусу и реабилитационным перспективам.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАГНИТОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

**Т. В. Столярова, Л. П. Голдобина, Е. С. Галимова**

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России*

Гипертоническая болезнь является самым распространенным, а если учесть ее осложнения (инфаркт миокарда и инсульт), самым тяжелым заболеванием взрослого населения. Целесообразность разработки немедикаментозных методов лечения артериальной гипертонии, направленных на коррекцию возможно большего числа механизмов регуляции артериального давления (АД), отмечена многими исследователями. В этой связи включение в комплексную терапию физиотерапевтических методов (магнитотерапия), позволяет добиться лучших результатов без увеличения дозы медикаментозных средств или даже их уменьшения. Один из методов воздействия магнитного поля – транскраниальная магнитотерапия, обладающая седативным, гипотензивным, противоотечным, трофико-стимулирующим действием.

Цель исследования – провести анализ эффективности использования транскраниальной магнитотерапии в реабилитации больных с гипертонической болезнью I и II стадии.

Под наблюдением находилось 48 человек от 40 до 52 лет. Из них 31 мужчина и 17 женщин. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я – опытная (24 пациента) на фоне стандартной гипотензивной терапии получали транскраниальную магнитотерапию; 2-я – контрольная (24 пациента) – только гипотензивную терапию. Для проведения транскраниальной магнитотерапии была использована программа № 1 аппарата «Диамэг», представляющая собой бегущее магнитное поле с непрерывным режимом воздействия пачками импульсов с частотой следования от 1 до 5 имп/с и с частотой следования внутри пачки 7 имп/с, величиной магнитной индукции 10 мТл и временем экспозиции 20 минут. Курс лечения составил 10 ежедневных процедур.

Анализ результатов лечения показал хорошую переносимость данного метода всеми больными в опытной группе. Общее состояние пациентов 1-й группы значительно улучшилось: уменьшились головные боли и головокружение (97%), снизилось число жалоб на затруднение засыпания, повысилась работоспособность (71%). Анализ динамики АД (САД и ДАД) показал, что в 1-й группе произошло снижение САД со  $149,7 \pm 3,0$  до  $125,8 \pm 1,2$  мм рт. ст.; ДАД – с  $90,5 \pm 1,0$  до  $76,3 \pm 3,0$  мм рт. ст.; ЧСС – с  $81,2 \pm 6,0$  до  $70,1 \pm 3,0$  уд./мин. Во 2-й группе отмечалась тенденция к снижению АД: САД – с  $148,2 \pm 2,0$  до  $135,4 \pm 2,0$  мм рт. ст.; ДАД – с  $91,0 \pm 1,0$  до  $81,7 \pm 3,0$  мм рт. ст.; ЧСС уменьшилось с  $83,2 \pm 3,0$  до  $75,4 \pm 3,0$  уд./мин.

Таким образом, транскраниальная магнитотерапия улучшает качество жизни и нормализует гемодинамику данной категории больных, что позволяет максимально снизить дозировки применяемых гипотензивных препаратов и говорит об эффективности реабилитационных мероприятиях у пациентов с гипертонической болезнью I и II стадии.

## **МОДАЛЬНОСТЬ СТИМУЛОВ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ТРЕНИНГЕ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ РАВНОВЕСИЯ**

**С. О. Фокичева, И. П. Ястребцева, С. М. Гасанова, Л. Ю. Дерябкина**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Инсульт является вторым по частоте «убийцей» людей во всем мире. Ежегодно 450 000 человек переносят инсульт. По данным Всероссийского центра профилактической медицины, от цереброваскулярных заболеваний в России умирает 25% мужчин и 39% женщин. К концу острого периода инсульта, по данным Регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, гемипарезы наблюдались у 81,2% выживших больных, в том числе гемиплексия у 11,2%, грубый и выраженный гемипарез – у 11,1%, легкий и умеренный гемипарез у 58,9% больных.

Цель работы – сопоставить результаты тренинга пациентов с расстройствами равновесия при применении стимулов разной модальности (зрительной, слуховой) для биоуправления с обратной связью по стабиллограмме.

На базе неврологического отделения клиники ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России обследовано 34 пациента в раннем восстановительном периоде инсульта головного мозга с парезом легкой или умеренной степени выраженности, 22 (64,7%) мужчины и 12 (35,3%) женщины. Больные были в возрасте 25–77 лет (средний возраст  $58,20 \pm 13,22$  года). Всем обследуемым дважды (в начале и в конце курса реабилитации) проводилось 5 диагностических тестов: Ромберга, с поворотом головы и с поворотом глаз в обе стороны. Все они в рамках стандартного лечения проходили тренинг на стабиллометрическом комплексе «Стабилан-01».

Курс включал 10 занятий по 15–20 минут. В качестве нагрузки использовались игры «Мячики», «Три мячика», «Фигурки по кресту», «Время суток», «Время года», «Горнолыжный спуск». Пациенты были разделены на 2 группы. В первую вошло 16 человек, из них 9 – с легким парезом, 7 – с умеренным. Этим больным применялись слуховые стимулы. Вторую группу составили 18 больных, из них с легким парезом – 7, с умеренным – 11. Эти пациенты тренировались с применением зрительных стимулов. Статистическая обработка материала выполнялась с использованием непараметрического метода Уилкоксона. Различия считались статистически достоверными на уровне значимости  $p < 0,05$ .

В первой группе (согласно критерию Уилкоксона) улучшение наблюдалось в фоновом режиме: возросла площадь эллипса с  $96,57 \pm 70,65$  до  $155,35 \pm 122,82$  мм<sup>2</sup> ( $T = 30,0000$ ,  $p = 0,049423$ ). Во второй группе по критерию Уилкоксона улучшение отмечалось по данным теста с поворотом головы направо: уменьшилась средняя скорость перемещения центра давления с  $17,58 \pm 8,69$  до  $14,16 \pm 5,76$  мм/с ( $T = 1,000000$ ,  $p = 0,017291$ ), индекс скорости с  $11,08 \pm 4,78$  до  $8,92 \pm 3,66$  ( $T = 1,000000$ ,  $p = 0,01729$ ), а так же по результатам теста с поворотом головы налево – скорость перемещения центра давления  $15,38 \pm 6,46$  до  $13,3 \pm 6,13$  мм/с ( $T = 2,000000$ ,  $p = 0,025063$ ); индекс скорости с  $9,64 \pm 4,08$  до  $8,4 \pm 3,93$  ( $T = 2,000000$ ,  $p = 0,025063$ ). Остальные показатели не имели статистически значимого улучшения.

По результатам тренинга на тренажере «Стабилан-01» у пациентов с парезом легкой и умеренной степени выраженности при инсульте головного мозга стимулы обоих модальностей положительно влияют на результаты тренинга, но зрительные улучшают показатели устойчивости, прежде всего, за счёт уменьшения площади колебаний центра давления при спокойном стоянии, а слуховые – скоростных характеристик при поворотах головы.

## **РОЛЬ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ**

**Е. С. Шавардина, М. В. Кириченко, Е. А. Шутемова, Р. Б. Орлов**

*ОБУЗ «Кардиологический диспансер» г. Иванова*

В настоящее время в рамках развития реабилитационного направления большое значение придается совершенствованию вторичной профилактики и коррекции факторов риска прогрессирования заболеваний. В достижении этой цели, наряду с медицинскими вмешательствами и медикаментозной помощью, значимыми представляются образовательные технологии, предназначенные для повышения приверженности пациентов врачебным рекомендациям по медикаментозному лечению и коррекции факторов риска. Одна из образовательных технологий – так называемая «Школа здоровья» – получила широкое распространение в кардиологии и внедряется в систему реабилитации, в том числе реабилитации больных после острых коронарных катастроф и коронарных вмешательств.

Цель настоящего исследования – обобщить опыт проведения «Школы здоровья» для пациентов, перенесших интервенционные вмешательства на коронарных сосудах.

«Школа здоровья» функционирует на базе отделения профилактики и реабилитации ОБУЗ «Кардиологический диспансер». В 2014 г. в «Школе здоровья» было проучено 136 больных.

Цели обучения в «Школе здоровья для пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших интервенционное вмешательство на коронарных сосудах» включают в себя: информирование пациента о его заболевании и факторах риска, способствующих формированию атеросклеротических бляшек в сосудах сердца, а также об основах лечения заболевания; формирование навыков по снижению неблагоприятного влияния факторов риска; формирование умений и навыков по самоконтролю и самопомощи в неотложных ситуациях.

Программа обучения в «Школе» состоит из 4 занятий в течение недели, каждое продолжительностью не более 60 минут. На занятия привлекаются все пациенты, находящиеся на лечении по поводу перенесенного инфаркта миокарда или интервенционного вмешательства на коронарных сосудах. Занятия проводятся подготовленным врачом, в группах по 7–8 человек. В соответствии с методикой, каждое занятие состоит из вводной части, теоретических сведений и тренинга практических навыков, а также обобщающей заключительной части. Вводная часть предназначена для описания целей и структуры занятия, повторения материала предыдущего занятия. Теоретическая часть предусматривает изложение основной информации и тренинг практических навыков. В конце занятия врач, проводивший занятие, отвечает на вопросы, возникшие у слушателей, подводятся итоги, обсуждается план следующего занятия. Особое внимание уделяется доступности изложения материала, активному участию больного в обсуждении, повторению и практическому освоению навыков, поддержанию открытой и доверительной атмосферы.

В 2014 г. школу прошли 136 больных (90 мужчин и 46 женщин), что составляет примерно 2/3 всех пролеченных в отделении больных. Неполный охват пациентов обусловлен значительным числом пациентов с палатным режимом пребывания, невысокой мотивацией к обучению пациентов «дневного стационара». Определенных усилий требует координирование во времени мероприятий физической реабилитации и занятий «Школы».

Наибольший интерес вызывали занятия, посвященные принципам лечения ИБС, а также коррекции факторов риска, прежде всего, проблемам питания при атеросклерозе. Наиболее мотивированной на изменение образа жизни и управление имеющимися факторами риска оказалась группа пациентов в возрасте 50–60 лет с первым инфарктом миокарда. Неожиданным представляется относительно безразличное отношение к обсуждаемым вопросам пациентов более старшего возраста (старше 65 лет), перенесших повторный инфаркт миокарда. В группе лиц моложе 50 лет прослеживается тенденция быстрой утраты интереса к обучению, несмотря на перенесенную коронарную катастрофу. Последний факт является основанием для изменения подходов к обучению этой группы больных.

Наименьший отклик вызывает тема о вреде курения как одного из главных факторов сердечно-сосудистого риска, особенно в той же группе больных моложе 50 лет. Обсуждение этой темы, а также дисциплинарные меры по ограничению курения в диспансере нередко сопровождаются негативным отношением, вплоть до агрессии.

Безусловным результатом обучения в «Школе здоровья» является повышение информированности всех обученных пациентов о заболевании и путях его преодоления. Однако, это является не самоцелью, а основой для уверенного применения больными навыков по самоконтролю и вторичной профилактике ИБС, что представляется дальнейшей задачей совершенствования терапевтического обучения этой категории больных.

**СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ  
ТРАДИЦИОННЫХ И МЕХАНИЗИРОВАННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ  
ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ РЕЧЕВЫХ И ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ  
ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ**

**И. П. Ястребцева, А. Е. Баклушин, В. В. Белова, С. О. Фокичева,  
А. А. Золотарева, Л. Ю. Дерябкина, Д. А. Малышкина, К. Г. Григорян,  
И. А. Коновалова, О. В. Исаева**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Вопросы реабилитации пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, актуальны в связи с высокой распространенностью данной патологии среди населения. Цереброваскулярные заболевания являются одной из главных причин инвалидизации взрослого населения. По данным Национального регистра инсульта, 31% пациентов, перенесших инсульт, нуждаются в постоянном уходе, 20% не могут ходить, и только 8% возвращаются к прежней работе. Заболеваемость инсультом варьирует в различных регионах от 1 до 5 случаев на 1000 населения в год. Наряду с первичной профилактикой инсульта, оказанием специализированной медицинской помощи, реабилитационные мероприятия занимают важное место в повышении качества жизни пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Цель нашей работы – сравнить эффективность традиционных и механизированных методов лечения (на роботизированном комплексе Armeo Spring) у пациентов с сочетанием речевых и двигательных нарушений при церебральной патологии.

На базе неврологического отделения клиники ИвГМА обследовано 34 пациентов от 45 до 75 лет (средний возраст  $60 \pm 15$  лет) с сочетанием речевых и двигательных нарушений при церебральном инсульте и травме головного мозга, из них 23 (68%) мужчин и 11 (32%) женщин. Всем пациентам при поступлении в стационар проводился клинико-неврологический осмотр.

Оценка результативности проводимого лечения на функциональные моторные возможности осуществлялась по методике Ривермид (Rivermead Motor Assessment: Collen F. et al., 1991; Wade D.T., Collen F. M., 1992) и по индексу Мотрисайти (Motricity Index: Parker V. et al., 1986; Collin C., Wade D., 1990; Wade D., 1992). Речевая функция изучалась с помощью специального опросника, разработанного сотрудниками клиники ИвГМА. Оценка проводилась в 1-й день курса реабилитации и по его завершении через 14–16 дней. Рассматривались результаты в двух группах пациентов. Больные 1-й группы в рамках стандартов оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации занимались традиционной эрготерапией, 2-й группы – эрготерапией в сочетании с работой на аппарате Armeo Spring. Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с использованием U-критерия Манна–Уитни, хи-квадрата Пирсона, критерия Мак-Немара и корреляционного анализа Спирмена. Различия считались статистически достоверными на уровне значимости  $p < 0,05$ .

Результаты. При поступлении и при выписке выраженность двигательных и речевых расстройств больных обеих групп была сопоставимой ( $p > 0,05$ ).

На фоне лечения моторные возможности пациентов каждой группы улучшились: по методике Ривермид с  $10,50 \pm 3,51$  балла до  $12,52 \pm 2,51$  (U-критерий Манна–Уитни составил 95 у пациентов 1-й группы; 1 – 2-й; по индексу Мотрисайти –

с  $68,00 \pm 10,01$  до  $77,81 \pm 8,11$  балла ( $U = 100,5$  у больных 1-й группы;  $U = 0$  – 2-й;  $p < 0,05$ ).

Речевые возможности пациентов 1-й группы так же улучшились с  $9,81 \pm 4,84$  до  $3,23 \pm 3,06$  балла (по  $\chi^2$  Пирсона  $p < 0,05$ ), 2-й – с  $8,75 \pm 2,99$  до  $2,01 \pm 0,80$  балла.

До курса лечения результаты оценки моторики Ривермид и индекса Мотрисайти не коррелировали с показателями речевых расстройств ( $R = -0,592$ ,  $p > 0,05$  и  $R = -0,090$ ,  $p > 0,05$  соответственно)

После курса лечения результаты оценки моторики Ривермид и индекса Мотрисайти так же не коррелировали с показателями речевых расстройств ( $R = -0,017$ ,  $p > 0,05$  и  $R = -0,166$ ,  $p > 0,05$  соответственно)

Таким образом, у пациентов с сочетанием речевых и двигательных нарушений при церебральной патологии традиционная эрготерапия и тренинг с применением роботизированных методов механотерапии сопоставим по своей результативности.

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОННОЙ ПРОГРАММЫ «SOFTWARE APPLICATION ICF» В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ**

**И. П. Ястребцева, О. В. Исаева, А. Е. Баклушин, В. В. Белова, Е. А. Бочкова**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

В международных классификациях Всемирной организации здравоохранения изменения здоровья (болезнь, расстройство, травма и т.п.) изначально классифицированы в «Международной классификации болезней» (МКБ), 10-го пересмотра, которая характеризует их нозологическую форму. Функционирование и ограничения жизнедеятельности, связанные с изменениями здоровья, классифицируются в «Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья» (МКФ; англ. ICF). МКБ-10 и МКФ дополняют друг друга, и пользователям рекомендуется применять обе классификации совместно. Представляемые данные дают более широкую и значимую картину здоровья людей и могут быть использованы при принятии экспертных решений. В этой связи в клинике ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России была проведена работа по разработке автоматизированных рабочих мест с внедрением электронной программы «Software application ICF» на базе неврологических отделений.

Целью данного исследования явилась оценка результативности применения электронной программы МКФ «Software application ICF» в клинической практике.

На базе неврологических отделений клиники ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России проведена апробация программы «Software application ICF». В данную программу вносятся данные паспортной части, диагноз по МКБ-10 и каждому домену МКФ при поступлении и выписке, а также при каждом повторном курсе реабилитации. Причем определенные баллы МКФ оцениваются с учетом конкретной градации нарушений по конкретным шкалам и тестам: 6-балльная шкала оценки мышечной силы (Braddom L., 1996; Вейсс М., 1986), модифицированная шкала спастичности Эшворта (Bohannon R. W., Smith M. B. 1987), определение объема активных движений в суставах, оценка баланса при стоянии Standing Balance (Bohannon R. W., 1989), оценка сенсорных функций Фугл-Майера (Fugl-Meyer A. R. et al., 1975), визуально-аналоговая шкала боли, опросник речи Speech questionnaire (Braddom L., 1996; Вейсс М., 1986), краткая шкала исследования психического ста-

тыся Mini-mental state examination (Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R., 1975), корректурная проба Бурдона (концентрация внимания, его устойчивость и переключаемость, а также количество допущенных ошибок) (Альманах психологических тестов. М., 1995. С. 92–111), методика запоминания 10 слов, госпитальная шкала тревоги и депрессии (Zigmond A. C., Snaith R. P., 1983), ограничения жизнедеятельности рассматривались на основании шкалы функциональной независимости Functional independence measure (Granger C. V., Hamilton B. B. et al., 1986), индекса мобильности Ривермид (Collen F., Wade D., Robb G., Bradshaw C., 1991), теста для руки Френчай (Frenchay Arm Test) (Braddom L., 1996; Вейсс М., 1986), функциональных категорий ходьбы (Holden M. K., Gill K. M. et al., 1986). Балльная оценка дается не только лечащим доктором, но и специалистами мультидисциплинарной бригады, оценивающим те пункты шкал, которые курируют. Программа позволяет хранить информацию обо всех этапах реабилитации и производить оценку эффективности как внутри каждого из них, так и сравнить результативность при первичном обращении и последним при минимальной затрате времени врача. Помимо цифровых значений, отражающих степень выраженности расстройств, программа включает в себя графическое изображение динамических изменений нарушенных функций. Разными цветами выделяется активность и участие. Подобная визуализация позволяет наглядно оценить результат.

Таким образом, использование электронной программы МКФ «Software application ICF» позволяет объективизировать динамику изменений нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности при оптимальных временных затратах врачей. Визуализация в виде графиков конкретных пунктов МКФ, облегчает знакомство с полученными результатами работы на разных этапах госпитализации.

# III. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ

## ВОЗМОЖНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ ВАРФАРИНА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Е. Д. Абрашкина, И. В. Карманова

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

По данным международных исследований, частота фибрилляции предсердий (ФП) у лиц обоего пола увеличивается с возрастом, достигая 10% у людей старше 80 лет. Старческие изменения сердца ассоциированы с ФП даже в большей степени, чем органическая кардиальная патология (данные Фремингемского исследования). Риск развития инсульта у больных с ФП возрастает в 6 раз по сравнению с лицами, имеющими синусовый ритм. Он сопоставим при пароксизмальной и постоянной формах ФП и не зависит от успеха антиаритмической терапии. Крупными рандомизированными исследованиями доказано снижение риска развития ишемического инсульта на 61% при терапии варфарином у больных с ФП. Однако у лиц старческого возраста принятие решения о назначении варфарина остается достаточно сложной проблемой в связи с имеющимся высоким риском кровотечения, обусловленным коморбидностью. Кроме того, в данной группе пациентов возрастает частота когнитивных расстройств, которые связаны с церебральными морфофункциональными изменениями, гипоперфузией на фоне старения, колебаниями сердечного выброса при ФП, что оказывает влияние на правильность приема лекарств.

Цель исследования – изучить возможность использования варфарина для профилактики тромбэмболических осложнений у лиц старческого возраста

В исследование включено 64 пациента с постоянной формой ФП, жителей города и села (36 мужчин и 28 женщин, средний возраст  $84 \pm 6$  лет), проходивших лечение в терапевтическом отделении ОБУЗ ГВВ. Проведено общеклиническое обследование с акцентом на перенесенные сердечно-сосудистые катастрофы (инсульт, инфаркт миокарда, системные эмболии), сопутствующую патологию (артериальная гипертензия, сахарный диабет, атеросклеротические заболевания сосудов, атеросклероз аорты, анемии), интенсивность алкоголизации, медикаментозную терапию (НПВП, антиагреганты). Исследовали уровень креатинина, трансаминаз печени, показатели коагулограммы, ЭКГ, эхоКГ. С учетом полученных клинико-anamnestических и лабораторно-инструментальных данных каждому пациенту по шкале CHA2DS2-VASc определяли риск кардиоэмболического инсульта, по шкале HAS-BLED – риск кровотечений в баллах. Когнитивные функции изучались с помощью тестов MMSE и Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCa). Оценивали внимание, память, речь, зрительно-конструктивные и исполнительные навыки, абстрактное мышление, счет, ориентацию в месте и времени. По результатам тестирования судили о снижении когнитивных функций и наличии деменции разной степени выраженности.

По результатам обследования все пациенты в соответствии со шкалой CHA2DS2-VASc были отнесены к категории очень высокого риска развития инсульта

та ( $\geq 3$  баллов). Наибольший вклад в это (по 2 балла) вносили: в 100% случаев возраст (старше 75 лет были все пациенты), в 1,5% – инсульт и системная эмболия в анамнезе. У 88% пациентов встречалась ХСН, у 81% – артериальная гипертония с уровнем АД  $\geq 160$  мм рт. ст., у 2,1% – перенесенный инфаркт миокарда, у 2,8% – атеросклеротические заболевания сосудов, у 1,8% – сахарный диабет, что, соответственно, добавляло по 1 баллу в суммарный риск. При определении риска кровотечений по шкале HAS-BLED, возрастной фактор риска был у всех пациентов (общий для обеих шкал), что увеличивало риск кровотечений на 1 балл. У 43,7% пациентов 1 балл в суммарный риск кровотечений добавляла принадлежность к женскому полу, у 81% еще 1 балл вносила артериальная гипертония. В 87,5% случаев в лечении использовались дезагреганты, что еще больше увеличивало риск кровотечений. При суммировании у 75% пациентов имелось 3 и более факторов риска кровотечений, что осложняло назначение не прямых антикоагулянтов, и лишь в 25% случаев риск был незначительным, что, на первый взгляд, позволяло назначить не прямые антикоагулянты. Однако по результатам тестирования с использованием шкал MMSE и MoCa у 85% обследованных были выявлены нарушения когнитивных функций различной степени выраженности, в том числе у 9% – легкая деменция, что являлось противопоказанием для назначения варфарина. Лишь в 15% случаев проведенное тестирование отклонений не выявило. В отдаленных районах сельской местности проживали 3% всех обследованных, что ограничивало назначение не прямых антикоагулянтов в связи с отсутствием возможности контроля МНО. В итоге лишь у 12% пациентов с низким риском геморрагических осложнений и отсутствием когнитивных нарушений был назначен варфарин.

Итак, профилактика тромбэмболических осложнений с помощью варфарина у лиц старческого возраста с ФП возможна в небольшой группе пациентов с низким риском кровотечений и с сохраненными когнитивными функциями, которые имели возможность соблюдать диету, контролировать МНО и дозу варфарина. У большинства же лиц данной возрастной группы необходимо рассматривать вопрос о назначении препаратов других фармакологических групп с учетом индивидуального подхода при снижении когнитивных функций, особенно у проживающих в сельской местности.

## **НОВЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ГЕМОСТАЗА**

**Е. Л. Алексахина, И. К. Томилова, Ю. С. Марфин**

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России

<sup>2</sup> ФГБОУ ВПО «Ивановский государственный химико-технологический университет»

В настоящее время для мониторинга и диагностики нарушений гемостаза наиболее распространены следующие виды лабораторных тестов: определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), протромбинового времени, международного нормализованного отношения (МНО), тромбинового времени (ТВ).

Вышеперечисленные тесты определяют время до начала образования фибринового сгустка в цитратной плазме после добавления в нее хлорида кальция и, либо стимулятора выработки активного фактора коагуляции *in vitro*, либо самого фактора. Они не отражают глобальный баланс свертываемости, а также не дают истинного представления о причинах и механизмах нарушения гемостаза (отдельных его стадий). Поэтому необходимо количественно охарактеризовать стадии гемостаза, оценивая активность факторов в том их окружении, которое задано

сложившейся клинической ситуацией. Однако диагностика сводится к определению времени свертывания различных образцов плазмы, а в лучшем случае, к измерению циркулирующих в крови компонентов и маркеров их активации. Действие «своего» тромбина не учитывается и активность его не оценивается.

В последние годы появились новые подходы к мониторингу гемостаза. Например, функциональный метод количественного определения эндогенного тромбинового потенциала или тест пространственного густка (получивший название метода тромбодинамики), в основе которых лежит запуск процесса коагуляции по внешнему пути под действием привнесенного *in vitro* иммобилизованного тканевого фактора.

Основная причина образования тромбов – повреждение сосудов любой этиологии, субэндотелий которых имеет свойство твердого тела, способного к адсорбции, и поэтому сам по себе обладает выраженным тромбогенным эффектом. В то же время процесс коагуляции, как цельной крови, так и крови, лишенной ее форменных элементов, произойдет при контакте с любым искусственным материалом. И первым по времени результатом этого соприкосновения является адсорбция ряда белков плазмы на поверхность материала – так называемых, активируемых поверхностью белков (surface activating proteins, SAPs). На процесс адсорбции оказывают существенное влияние физико-химические свойства поверхности, и, в частности, такое свойство, как микрошероховатость, а также ее гидрофильность. Поверхность стекла имеет оба эти свойства и методами электрофореза, кругового дихроизма и флуоресценции полного внутреннего отражения установлены конформационные изменения белков плазмы (в том числе и фибриногена), запускающие процесс тромбообразования при адсорбции на поверхность кварцевого стекла. Реакция образования фибрин-полимера протекает на поверхности раздела фаз: плазма – микрошероховатая поверхность кварцевой кюветы, т. е. ее скорость зависит от величины площади их соприкосновения как и в любой другой гетерогенной реакции. Мы рассчитали и сравнили средние скорости реакции 1 порядка образования фибрин-полимера с разными площадями соприкосновения фаз и подтвердили возможность исследования процесса поликонденсации фибрина *in vitro* непосредственно в спектрофотометрической кювете из кварцевого стекла, не снабженной приспособлением с иммобилизованным тканевым фактором.

Таким образом, наиболее целесообразным и корректным, с точки зрения изучения нарушения механизмов гемостаза в конкретной клинической ситуации, является определение активности «своего» тромбина в процессе образования густка фибрина непосредственно в кварцевой кювете с дальнейшим использованием специальных сенсорных молекул, например, BODIPY.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА У БОЛЬНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ**

**О. В. Арсеничева<sup>1</sup>, Н. Н. Шапова<sup>1</sup>, М. Г. Омельяненко<sup>1</sup>, Ю. А. Куликов<sup>2</sup>,  
Е. Б. Кулешов<sup>2</sup>, Г. М. Кунявский<sup>2</sup>, А. В. Плеханова<sup>2</sup>, А. В. Аверьянов<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России

<sup>2</sup> ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является довольно распространенной сердечно-сосудистой патологией, заболеваемость которой неуклонно растет. Ежегодно в России регистрируется около 100 тысяч больных ТЭЛА. Летальность среди пациентов, не получавших адекватную терапию, составляет 30%. Основной целью лечения ТЭЛА является восстановления перфузии легких и предотвращения развития хронической легочной гипертензии.

Цель исследования – оценить влияние системного тромболитического лечения на показатели легочной гипертензии у больных с ТЭЛА.

В исследование включено 52 пациента с ТЭЛА. Все больные были разделены на две группы. Группу наблюдения составили 15 (28,8%) пациентов с ТЭЛА, которым помимо гепаринотерапии выполнялся системный тромболитический (8 мужчин и 7 женщин, средний возраст  $52,83 \pm 13,97$  года). Группа сравнения представлена 37 (71,2%) больными ТЭЛА (20 мужчин и 17 женщин, средний возраст  $63,47 \pm 14,38$  года), которые получали только антикоагулянтную терапию. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, определяли уровень Д-димера в крови, выполняли электрокардиографию, мультиспиральную компьютерную томографию легких с контрастированием легочной артерии, эхокардиографию (эхоКГ), рентгенографию органов грудной полости, ультразвуковую доплерографию сосудов нижних конечностей. Тромболитическая терапия (ТЛТ) проводилась внутривенным введением альтеплазы. Все пациенты получали терапию низкомолекулярным гепарином – фраксипарином с переходом на оральные антикоагулянты (варфарин, ривароксабан).

Статистически значимых различий по полу, возрасту и причинам возникновения ТЭЛА между наблюдаемыми группами не было. Среди этиологических факторов ТЭЛА в группах наблюдения и сравнения достоверно чаще встречался тромбоз глубоких вен нижних конечностей (93,3 и 91,9% соответственно). У всех пациентов в исследовании при поступлении в стационар определялся положительный Д-димер в крови. По данным эхоКГ систолическое давление в легочной артерии при поступлении было достоверно выше в группе наблюдения ( $58,18 \pm 1,29$  мм рт. ст.), чем в группе сравнения ( $46,83 \pm 7,41$  мм рт. ст.). К моменту выписки из стационара этот показатель снизился у пациентов с ТЛТ в среднем на  $15,4 \pm 2,19$  мм рт. ст., у больных без ТЛТ – на  $10,0 \pm 3,74$  мм рт. ст. ( $p < 0,05$ ). Нормальные значения систолического давления в легочной артерии при выписки наблюдались у 66,7% больных ТЭЛА после ТЛТ и у 24,3% пациентов, получавших только гепаринотерапию ( $p < 0,05$ ). Летальные исходы встречались чаще в группе сравнения, чем в группе наблюдения (6,7 и 8,1% соответственно). Геморрагических осложнений лекарственной терапии среди пациентов с ТЭЛА не наблюдалось.

Заключение: Проведение системного тромболитического лечения при ТЭЛА в 2,7 раза эффективнее снижает давление в легочной артерии и позволяет достичь его нормального значения у большего числа пациентов, а, следовательно, уменьшает вероятность формирования хронической постэмболической легочной гипертензии, чем терапия только антикоагулянтами.

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

**О. К. Барсегян, И. И. Смирнова**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

*ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства  
и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России*

Гестационный сахарный диабет (ГСД) является наиболее частым нарушением обмена веществ у беременных, что сопровождается высокой частотой осложнений беременности (до 80%). Особенности ГСД являются трудности его диагностики и поздняя выявляемость.

Цель исследования – провести анализ историй родов женщин с гестационным сахарным диабетом с целью оптимизации тактики ведения пациентки на амбулаторном и госпитальном этапе.

Задачи исследования: изучить медико-социальный портрет, частоту гинекологической и соматической патологии беременных исследуемой группы, исследовать особенности течения беременности у данных пациенток, установить своевременность диагностики гестационного СД, провести анализ течения родов, выяснить перинатальные исходы.

Проведен ретроспективный анализ историй родов женщин с гестационным сахарным диабетом, родоразрешенных на базе ИвНИИ Мид в 2014 г. (80 историй родов).

Возраст пациенток колебался от 22 до 44 лет, средний возраст составил 31,5 лет. Нормальный индекс массы тела имели 12 женщин (15%), избыточную массу тела (ИМТ 25–29,9) имели 14 женщин (17,5%), ожирение 1 степени (ИМТ 30–34,5) наблюдалось у 29 женщин, 2-й степени (ИМТ 35–39,9) – у 22, 3-й степени (ИМТ более 40) – у 3. В группу риска на развитие гестационного СД входило 77 женщин (96,25%). Так, избыточную массу тела и ожирение имели 68 женщин (75%), 37 пациенток имели близких родственников с СД, 9 имели в анамнезе мертворождения, у 7 были выявлены врожденные пороки развития плода при предыдущих беременностях, у 4 двух в анамнезе были роды крупным плодом. Однако консультация эндокринолога при взятии на учет в женской консультации была выполнена только у 17 женщин. У 7 женщин диагноз ГСД установлен в 12–25 недель на основании гипергликемии натощак. Глюкозотолерантный тест (ГТТ) в 26–28 недель был проведен у 24 женщин, причем в женской консультации – у 18 женщин, в акушерском стационаре – у 6. У всех 24 пациенток по результатам ГТТ был установлен диагноз ГСД. У остальных 56 беременных гестационный диабет был выявлен в ОПБ на основании повышения уровня глюкозы плазмы крови выше 5 ммоль/л, из них в сроке 27–36 недель – у 40, после 37 недель – у 16. Уровень глюкозы плазма крови в момент выявления ГСД колебался 5,1–9,1 ммоль/л у 55 женщин, 9,2–10,0 ммоль/л – у 15, 10,1–11,3 ммоль/л – у 10 беременных. Беременность осложнилась плацентарной недостаточностью – у 17 женщин, многоводием – у 25, фетопатией – у 20, гипертонзивными нарушениями – у 12. ВПР плода выявлен у 1 женщины. После постановки диагноза ГСД всем женщинам была рекомендована диетотерапия, у 9 пациенток возникла необходимость в назначении инсулина.

Роды в срок произошли у 51 женщин (63,6%), преждевременные роды – у 29. Причиной преждевременных родов послужило преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ) – у 17, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) – у 6, у 6 женщин проведена индукция родов по поводу нарастания признаков диабетической фетопатии. Из 80 женщин самопроизвольные роды произошли у 28, кесарево сечение проведено у 52 пациенток. Показаниями к кесаревому сечению послужили рубец на матке – у 11, ПОНРП – у 6, ЭКО – у 5, диабетическая фетопатия, крупный плод – у 5. Из 80 новорожденных массу тела до 1000 г имели 2 детей, от 1000 до 1499 г – 2, 1500–1999 г – 4, 2000–2499 г – 10, 2500–2999 г – 12, 3000–3999 г – 41, более 4000 г – 9. В удовлетворительном состоянии родилось 67 детей, в состоянии асфиксии разной степени тяжести 13. В послеродовом периоде все родильницы были осмотрены эндокринологом. Диагноз СД снят у 61 женщины. В ДРО переведено было 10 новорожденных, остальные 70 наблюдались на детском отделении. 63 родильницы были выписаны домой с детьми в удовлетворительном состоянии, 17 женщин с детьми были переведены на 2-й этап выхаживания.

Таким образом, в группу риска на развитие ГСД входило 77 (96,25%) из 80 пациенток с реализовавшимся ГСД. На амбулаторном этапе дефекты ведения женщин группы риска на развитие ГСД выявлены у 63 беременных (78,6%). Существенно чаще в группе женщин с ГСД встречалось многоводие – у 25 (31,25%),

ПОНРП, ПИОВ. У каждой 4-й женщины с ГСД формируется диабетическая фетопатия. ГСД оказывает выраженное влияние на состояние здоровья матери плода. Крайне важным является своевременная диагностика, адекватное лечение этого осложнения беременности, что может быть достигнуто при четком выполнении порядка оказания медицинской помощи в соответствии с приказом 572Н. Реализация имеющихся рекомендаций поможет улучшить перинатальные исходы.

## **РАННИЙ СКРИНИНГ ФАКТОРОВ РИСКА И ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОАЛЬБУМИУРИИ КАК МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

**Г. А. Батрак**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Своевременная диагностика хронической болезни почек (ХБП) с определением ранних факторов риска и исследованием микроальбуминурии (МАУ) позволяет своевременно назначить патогенетическую терапию, замедлить темпы развития диабетической нефропатии и предупредить прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Цель работы: определить основные факторы риска развития ХБП, распространенность и выраженность МАУ у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

В исследование включены 52 женщины и 10 мужчин с СД 2 типа, 58–85 лет, средний возраст  $68,3 \pm 5,3$  года, индекс массы тела –  $30,5 \pm 4,4$  кг/м<sup>2</sup>, объем талии –  $100,9 \pm 9,9$  см, отношение объема талии к объему бедер – 0,9. Средние значения систолического артериального давления (АД) соответствовали  $148,7 \pm 5,2$  мм рт. ст., диастолического АД –  $80,6 \pm 4,5$  мм рт. ст.

Клинический осмотр пациентов с СД 2 типа включал сбор анамнеза с определением основных факторов риска развития ХБП. МАУ исследовали с помощью тест-полосок «МикроАльбуфан» и диагностировали по скорости суточной экскреции альбумина с мочой (30–300 мг за 24 часа), а также по отношению альбумин/креатинина мочи (А/Кр мочи). О наличии МАУ свидетельствует отношение А/Кр мочи 3 – 30 мг/ммоль. МАУ считалась доказанной при наличии двух положительных результатов, полученных в течение 1 месяца. У всех пациентов при обследовании не выявлено протеинурии и не отмечалась ХБП 3–4 стадии. Статистическую обработку результатов проводили с помощью Microsoft Excel Windows XP. Количественные признаки при нормальном распределении значений представлены в виде  $M \pm \sigma$ , где  $M$  – среднестатистическое значение,  $\sigma$  – стандартное отклонение. Различия при  $p < 0,05$  считались статистически значимыми.

У большинства обследованных пациентов с СД 2 типа (86%) выявлено ожирение I–II степени, при этом у 82% пациентов ожирение соответствовало 1 степени тяжести. Более половины пациентов имели АГ I–2 степени, у большинства (69%) выявлено сочетание основных факторов риска ХБП – ожирения и АГ. Следует отметить, что у абсолютного большинства пациентов выявлена отягощенная наследственность по гипертонической болезни (77%) и другим ССЗ (49%). Тест на МАУ проведен дважды в течение 1 месяца. По результатам исследования МАУ при СД 2 типа выявлена МАУ различной степени. Наибольшая частота (90%) и выраженность МАУ при СД 2 типа отмечалась при сочетании основных факторов риска ХБП – ожирения и АГ. Без ожирения и АГ МАУ наблюдалась только у 35% больных СД. У больных СД 2 типа с АГ на фоне ожирения в сравнении с пациентами с СД

2 типа, ожирением, но без АГ – в 2 раза выше абсолютные значения МАУ ( $102,1 \pm 36,1$  и  $53,7 \pm 23,8$  мг/г, соответственно,  $p < 0,05$ ) и А/Кр мочи ( $11,6 \pm 4,1$  и  $6,1 \pm 2,7$  мг/ммоль/л соответственно,  $p < 0,05$ ).

У пациентов с СД 2 типа отмечается высокая распространенность факторов риска ХБП – ожирения (86%) и АГ (69%). На фоне сочетания ожирения и АГ (69%) МАУ отмечается у абсолютного большинства больных (90%). Без ожирения и АГ МАУ наблюдалась только у 35% больных СД. Изучение распространенности важнейших факторов риска ХБП и исследование МАУ позволит терапевтам и эндокринологам профилировать развитие диабетической нефропатии уже на ранних этапах ее развития и своевременно назначать необходимую патогенетическую терапию.

Таким образом, у большинства пациентов с СД 2 типа выявлены важнейшие факторы риска развития ХБП – ожирение и АГ, при сочетании которых отмечалась наибольшая частота и выраженность МАУ у данной группы больных. В целях ранней профилактики развития диабетической нефропатии терапевтам и эндокринологам поликлинического звена здравоохранения рекомендуется исследование у больных СД 2 типа скорости суточной экскреции альбумина с определением отношения альбумин/креатинина мочи уже при наличии основных факторов риска ХБП для последующего назначения нефропротективной терапии.

### **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМ ВЫКИДЫШЕМ И ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Н. В. Батрак, А. И. Малышкина, Н. Ю. Сотникова, М. Л. Добрынина**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

*ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт  
материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России*

Одной из наиболее важных проблем в современной медицине, оказывающей отрицательное воздействие на репродуктивное здоровье женщины, обуславливающей высокие показатели перинатальной заболеваемости и смертности, является невынашивание беременности. По данным многих авторов, частота данного осложнения, не имеющая тенденции к снижению на протяжении последних лет, составляет 10–25% от всех беременностей.

Целью исследования явилось изучение клинических и иммунологических особенностей течения беременности у женщин с угрозой прерывания беременности на ранних сроках и привычным невынашиванием.

В условиях клиники ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Минздрава России и женских консультаций г. Иванова клинически обследовано 124 женщины в I триместре гестации. Наблюдение за женщинами велось в течение всей беременности и послеродовом периоде, также оценивалось состояние новорожденного. Клинические методы исследования включали сбор анамнеза, общий и гинекологический осмотр. Использовали общие лабораторные методы (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, определение группы крови и резус-фактора), ультразвуковое исследование плода и плаценты.

Все беременные основной группы на момент обследования имели клинические признаки угрозы прерывания. При этом угрожающий выкидыш был диагностирован у 64,8% женщин, начавшийся выкидыш – у 35,2%. Отслойка плодного яйца по УЗИ определялась у 11,4% женщин. При оценке антропометрических

показателей выявлено, что вес и индекс массы тела у женщин основной группы достоверно превышали данный показатель в контрольной группе, что нами было выявлено ранее. Окружность талии у женщин основной группы достоверно превысила данный показатель у женщин группы контроля и составила соответственно 83 см (78–90 см) и 77 см (70,5–81,5 см),  $p = 0,001$ . При этом количество женщин, окружность талии которых соответствовала 80 см и более, достоверно большим было среди беременных с привычным невынашиванием (67,2 и 38,9%,  $p = 0,007$ ). Отношение окружности талии к объему бедер у пациенток с привычным невынашиванием также превышало данный показатель у женщин с неосложненным течением беременности. Количество женщин у которых данный показатель соответствовал значению более 0,8 было большим в основной группе (78,7 и 47,2%,  $p = 0,002$ ).

Женщинам основной группы было проведено комплексное обследование, направленное на выявление причины угрозы прерывания беременности и включающее определение уровня 17-ОНП, серологических маркеров АФС, антител к фосфатидилсерину, антител к ХГЧ, ультразвуковое исследование. Нами выявлено, что гиперандрогенемия – у 36 (40,9%), аномалии развития матки – у 7 (7,9%), антифосфолипидный синдром – у 5 (5,7%).

Нами выявлено, что у женщин основной группы по сравнению с контрольной достоверно чаще определяются маркеры острого инфицирования (64,8 и 44,4%,  $p = 0,039$ ), IgA к *Mycoplasma hominis* (14,8 и 2,8%,  $p = 0,023$ ) и *Toxoplasma gondii* (4,8 и 0%,  $p = 0,028$ ). При этом у женщин с угрожающим выкидышем и привычным невынашиванием достоверно чаще по сравнению с контрольной группой выявляются маркеры острой бактериальной микст-инфекции (6,8 и 0%,  $p = 0,009$ ).

При анализе течения настоящей беременности выявлено, что у женщин основной группы по сравнению с контрольной достоверно чаще был диагностирован угрожающий выкидыш как ранний, так и поздний (100 и 27%,  $p < 0,001$ ) на достоверно более ранних сроках беременности (8 недель (6–10 недель) и 10 недель (7–12 недель),  $p < 0,01$ ). Угрожающие преждевременные роды наблюдались у 42,2% беременных основной группы и у 15,5% женщин в контрольной ( $p < 0,001$ ). Преждевременный разрыв плодных оболочек произошел у 15,2% женщин основной и у 3% беременных контрольной группы ( $p < 0,001$ ) в сроке гестации 35,5 недель (30,5–37,25 недель) и 40 недель (39–41 неделя) соответственно ( $p = 0,001$ ).

При анализе исходов настоящей беременности у женщин изучаемых групп выявлено, что неразвивающаяся беременность достоверно чаще определялась в основной группе женщин по сравнению с контрольной – 13,7 и 0,5% соответственно ( $p < 0,001$ ). У 28 (13,3%) женщин основной группы беременность завершилась преждевременными родами, тогда как в контрольной только у 5 (2,5%) ( $p < 0,001$ ), при этом достоверно чаще наблюдались преждевременные роды в сроке 34–37 недель (9 и 2%,  $p = 0,004$ ). При анализе течения родов родоразрешение через естественные родовые пути наблюдалось у 60,7% женщин основной группы и у 71,5% женщин контрольной ( $p > 0,05$ ).

При оценке антропометрических показателей выявлено, что у женщин основной группы медиана длины тела новорожденных при своевременных родах достоверно ниже данного показателя в контрольной группе (51 см (50–53 см) и 52 см (51–54 см),  $p = 0,002$ ). Нами выявлено достоверно более длительное время пребывания детей и женщин основной группы по сравнению с контрольной в родильном доме (6 дней (5–7 дней) и 5 дней (4–6 дней),  $p < 0,001$ ).

Таким образом, основной причиной привычного невынашивания беременности является урогенитальная инфекция. Неблагоприятные перинатальные исходы являются причиной различных гестационных осложнений у женщин с привычным невынашиванием беременности.

## ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

К. А. Блинова<sup>1</sup>, Е. В. Чикина<sup>2</sup>, Н. П. Лапочкина<sup>1</sup>, В. А. Козлов<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России

<sup>2</sup> ГБУЗ «Областной онкологический диспансер», г. Иваново

В структуре злокачественных опухолей у женщин рак эндометрия занимает 3-е место, а темпы роста показателей заболеваемости значительно выше таковых при других опухолях репродуктивной системы. Рак эндометрия занимает 1-е место по частоте среди злокачественных опухолей женских половых органов. В России заболеваемость раком эндометрия в 2012 г. составила 13,3 на 100 тыс. женщин.

Цель исследования – оценить факторы риска возникновения рака эндометрия.

Всего обследованы 56 женщин в возрасте  $60,89 \pm 1,26$  года, из которых 30 больные I стадией рака эндометрия, поступившие в гинекологическое отделение ОБУЗ ИвООД в период с 2012 по 2014 г. (исследуемая группа) и 26 практически здоровые женщины (контрольная группа).

Всем больным выполнено комплексное обследование: тщательно собран анамнез, бимануальный осмотр врача акушера-гинеколога, гистероскопия с фракционным выскабливаем, морфологическое и иммуногистохимическое исследование экспрессии рецепторов эстрогенов и прогестерона эндометрия, пролиферативный индекс Ki67. Все больные исследуемой группы были оперированы в объеме пангистерэктомия с адьювантной сочетанной гамматерапией.

Среди обследованных женщин преобладали неработающие пациентки (60%;  $p < 0,05$ ) пенсионного возраста (46,67%). Из экстрагенитальной патологии пациентки исследуемой группы преимущественно страдали заболеваниями эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (иссл. гр. – 63,33%; к.гр. – 20%;  $p < 0,05$ ), системы кровообращения (43,33%; 13% соотв.;  $p < 0,05$ ).

Среди болезней эндокринной системы преобладали сахарный диабет (61,11%), метаболический синдром (11,11%). У каждой третьей больной раком эндометрия имело место сочетание сахарного диабета с метаболическими нарушениями.

В структуре болезней системы кровообращения преобладала гипертоническая болезнь (69,24%). У больных преимущественно диагностировали рак эндометрия 1 типа (75,86%;  $p < 0,05$ ), 22,73% из них страдали метаболическими нарушениями в сочетании с гипертонической болезнью и сахарным диабетом.

При РТМ была диагностирована гиперэкспрессия рецепторов эстрогенов в эндометрии (иссл.гр. – 88,89%; к.гр. – 16,7%;  $p < 0,05$ ). Чаще имела место умеренная (53,33%) или высокая (46,67%) пролиферативная активность эндометрия с умеренной (63,3%) или высокой дифференцировкой (43,33%) аденокарциномы.

Таким образом, факторами высокого риска возникновения гормонально зависимого рака тела матки 1 типа с относительно благоприятным течением у женщин постменопаузального периода являются сердечно-сосудистые заболевания, метаболический синдром и нейроэндокринные нарушения на фоне гиперэстрогении.

## **ИШЕМИЧЕСКОЕ ПРЕДСТОЯНИЕ КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ НЕКРОЗА МИОКАРДА**

**А. А. Виноградов, И. В. Андреева**

*ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И. П. Павлова» Минздрава России*

По данным ВОЗ, к 2020 г. до 40% смертности будет приходиться на ишемическую болезнь сердца (ИБС). Одним из тяжелейших осложнений ИБС является инфаркт миокарда (ИМ). В развитии ИМ участвуют много факторов, которые на фоне ишемии миокарда могут сочетаться или же выделяется один – ведущий. Установлено, что сердечно-сосудистая система мгновенно реагирует даже на кратковременную гипоксию. В процесс адаптации миокарда к гипоксии включаются практически все органы и системы организма. Это связано с тем, что гипоксия ведет к снижению продуктивной работы сердца. Короткие периоды ишемии делают миокард более резистентным к пролонгированной коронарной окклюзии при ИМ. Этот неспецифический кардиопротекторный механизм адаптации к гипоксии был назван ишемическим предсостоянием (Strasser R., Vogt A., Schaper W. Z., 1996; Станишевская Н. В., Виноградов А. А., 2006, 2007). В этой связи актуальной проблемой практической и теоретической медицины является обоснование эффективности профилактики, лечения и постинфарктной реабилитации при ИБС.

Целью работы являлось в эксперименте изучить механизм морфофункциональной адаптации миокарда при развитии некроза на фоне предварительного ишемического предсостояния (ИП).

Исследование проведено в зимний период с декабря по февраль на 50 белых крысах линии Wistar, 10 из которых составили контрольную группу. У 20 животных первой опытной группы моделировали ИП в герметической камере, оснащенной обратным клапаном и ротаметрическим манометром с инжекторной системой, с помощью которой дозировали газовую смесь, состоящую из 50% газообразного азота (ГОСТ 9293-74) и 50% атмосферного воздуха. Животных ежедневно в течение 30 суток помещали в газовую среду, постепенно увеличивая экспозицию от 10 до 60 мин. У животных 1-й (после 30-суточного ИП) и 2-й (без ИП) опытных групп моделировали некроз миокарда методом адреналиновой интоксикации. Определяли абсолютную массу миокарда желудочков сердца в перерасчете на 100 г массы животного. Проводили гистологические исследования путем окрашивания срезов миокарда желудочков сердца (ЖС) толщиной 10–15 мкм гематоксилином – основным фуксином – пикриновой кислотой (ГОФП).

При сопоставлении полученных количественных показателей динамики массы сердца в перерасчете на 100 г массы животного с контрольными показателями, установлено, что большие изменения происходили у животных 2-й опытной группы. На гистологических препаратах миокарда ЖС животных 2-й опытной группы, окрашенных ГОФП, после моделирования некроза миокарда выявлены грубые очаги ишемических повреждений, которые сливались в крупные фуксинофильные очаги с деструкцией и явлениями некроза. У животных 1-й опытной группы на гистологических срезах миокарда выявлены неодинаковой интенсивности фуксинофильные очаги ишемического повреждения миокарда. На фоне неизменных мышечных волокон специфического желто-коричневого цвета выделялись диффузно разбросанные фуксинофильные очаги, которые были окрашены в ярко красный цвет. В переходной зоне между правым и левым желудочками сердца (проекция межжелудочковой борозды) были выявлены очаги геморрагической инфильтрации, которые ориентировались между мышечными волокнами в виде узких тяжей и переходили на желудочки сердца.

Проведенное исследование показало, что ИП оказывает позитивное влияние на адаптацию сердца при развитии ИМ, что проявлялось меньшими изменениями массы миокарда желудочков сердца и меньшей интенсивности ишемических провлений на срезах, окрашенных ГОФП.

## **ДИСЛИПИДЕМИЯ – ФАКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА**

**О. И. Вотякова, Ю. О. Блеклова, И. Ю. Новожилова, М. С. Власова**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

*ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница», Иваново  
ОБУЗ «Кохомская городская больница», Кохма*

Сердечно-сосудистые заболевания относятся к числу основных причин ранней инвалидизации и смертности во всем мире. Среди факторов риска их развития значительная роль отводится дислипидемии. Нарушения липидного обмена в течение длительного времени протекают бессимптомно, и зачастую диагностируются лишь при появлении симптомов сердечно-сосудистых заболеваний и сосудистых катастроф, отсрочить и предупредить которые может своевременная диагностика и коррекция дислипидемии. Выявление дислипидемии на доклиническом этапе возможно лишь при целенаправленном обследовании, которое в первую очередь необходимо проводить в группах высокого риска их развития. Среди детей к таким группам, прежде всего, относятся пациенты с ожирением и с сахарным диабетом.

Цель работы – проанализировать частоту встречаемости дислипидемии и определить ее особенности у детей и подростков с избытком массы тела и с сахарным диабетом 1 типа.

Обследовано 49 пациентов в возрасте от 10 до 17 лет с избытком массы тела, 73 ребенка в возрасте от 6 до 17 лет с сахарным диабетом 1 типа (СД 1 типа) и 20 детей соответствующего возраста с нормальной массой тела без СД. Обследованные с избыточной массой тела разделены на 2 группы: первую составили 18 детей с избытком массы тела, вторую – 31 ребенок с ожирением. Избыток массы тела и ожирение диагностировались с учетом индекса массы тела в соответствии с Европейскими стандартами (Cole T. J., 2000). Среди больных сахарным диабетом на основании показателей гликемии и уровня гликированного гемоглобина (HbA<sub>1c</sub>), выделены пациенты с компенсацией углеводного обмена (33 ребенка) и с декомпенсацией (40 детей). У представителей сформированных групп исследованы показатели липидного обмена: концентрация общего холестерина – ОХ, холестерина липопротеидов высокой плотности – ХС ЛПВП, липопротеидов низкой плотности – ХС ЛПНП, триглицеридов – ТГ. Оптимальными уровнями считались: ОХ менее 4,4 ммоль/л, ХС ЛПНП менее 2,85 ммоль/л, ХС ЛПВП более 1,2 ммоль/л, ТГ у детей до 9 лет менее 0,85 ммоль/л, 10–19 лет менее 1,0 ммоль/л, высокими: ОХ более 5,2 ммоль/л, ХС ЛПНП более 3,35 ммоль/л, ХС ЛПВП менее 1,0 ммоль/л, ТГ у детей до 9 лет более 1,13 ммоль/л, 10–19 лет более 1,47 ммоль/л (Expert Panel on Integrated Guidelines for Health and Risk Reduction in Children and Adolescents, National Heart Lung and Blood Institute, 2011).

При анализе липидного спектра сыворотки крови в группе обследованных с избыточной массой тела у 5,6% детей с избытком массы тела и у 6,5% больных ожирением выявлен высокий уровень общего холестерина, у каждого пятого ребенка (22,7%) с избытком массы тела и у 40,9% детей с ожирением – снижение концентрации ХС ЛПВП, у 4,5% пациентов с ожирением и 22,2% с избытком массы тела – высокий уровень ХС ЛПНП. При изучении липидного спектра сыворотки

крови детей с СД 1 типа отмечена большая частота встречаемости гиперхолестеринемии, которая имела место у 27,1% обследованных с декомпенсацией и у 13,3% – с компенсацией углеводного обмена. Дислипидемия у представителей этой категории больных характеризовалась, прежде всего, увеличением содержания в крови ХС ЛПНП на фоне декомпенсации углеводного обмена, которое обнаружено у 37,9% пациентов, в 14,3% случаев оно отмечено и в период компенсации. Исследование липидного спектра сыворотки крови у здоровых детей показало отсутствие у них высоких значений общего холестерина и ХС ЛПНП, при оптимальных значениях этих показателей у 75% обследованных и повышенных у 25%, а также наличие низкого уровня ХС ЛПВП лишь у 5% детей этой группы.

В соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов и Европейского общества атеросклероза по лечению дислипидемий, разработанными при участии Европейской ассоциации профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и реабилитации основой лечения дислипидемий в детском возрасте является соблюдение диеты. Важную роль играют также изменение образа жизни и лечение исходных метаболических нарушений. При этом для повышения уровня ХС ЛПВП рекомендуется выбор продуктов, содержащих большое количество пищевых волокон и обладающих низким гликемическим индексом, снижение потребления моно- и дисахаридов, снижение количества углеводов и замена их на ненасыщенные жиры, снижение потребления транс-жиров с пищей, увеличение уровня регулярной физической активности, снижение избыточной массы тела, прекращение курения. Для снижения уровня ОХ и ХС ЛПНП показано снижение количества насыщенных жиров, транс-жиров и холестерина, поступающих с пищей, увеличение в рационе количества продуктов, богатых пищевыми волокнами, прием функциональной пищи, обогащенной фитостеролами, использование продуктов, содержащих соевый белок, снижение избыточной массы тела увеличение уровня регулярной физической активности.

Полученные в ходе исследования данные показали высокую частоту выявляемости дислипидемий у детей с ожирением и сахарным диабетом 1 типа при целенаправленном обследовании, а также позволили верифицировать их особенности при этих заболеваниях, что важно учитывать при разработке реабилитационных программ для данных нозологических форм и составлении индивидуальных рекомендаций пациентам по коррекции и профилактике нарушений липидного обмена с целью предупреждения сердечно-сосудистых заболеваний.

## **ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

**М. В. Грязнова<sup>1</sup>, Н. П. Лапочкина<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ОБУЗ «Женская консультация № 1», г. Кохма, Ивановская обл.

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России

Внематочная беременность до настоящего времени остаётся одной из основных проблем акушерства и гинекологии. В России ежегодно диагностируется до 45 тысяч случаев ВБ, что составляет 1,2–2,2% по отношению ко всем беременностям, 1,6–4,7% к родам и от 2 до 12% от общего числа госпитализированных в гинекологические стационары (Гаспаров А. С., Косаченко А. Г., Тер-Овакимян Э. А., Бабичев И. А. и др., 2005; Кулаков В. П., 2002). Частота внематочной беременности за последние тридцать лет увеличилась с 0,5 до 1–2% от общего числа беременностей и имеет тенденцию к увеличению: в Великобритании и во Франции частота увеличилась в 2 раза (15 случаев на 1000 беременностей), в США – 5 раз (19,7 случаев на 1000 беременностей). В странах Центральной Европы частота ВБ

колеблется от 11 до 19 случаев на 1000 беременностей (Кулаков В. И., 2006; MacRae R., Olowu O., Rizzuto M. I., Odejimi F., 2009). Данные литературы свидетельствуют, что клинические проявления этой патологии чрезвычайно многообразны и зависят не только от характера прерывания беременности, но и от длительности его пребывания вне матки, а также индивидуального порога болевой чувствительности пациентки (Гаспаров А. С., Каушанская Л. В., 2007).

Цель исследования – оценить факторы риска возникновения внематочной беременности.

Обследованы 130 женщин репродуктивного возраста от 18 до 40 лет, наблюдавшиеся с 2012 по 2013 г. в ОБУЗ «Городская клиническая больница № 8» г. Иванова. Из них 100 больных с внематочной беременностью составили исследуемую группу и 30 женщин с физиологическим течением беременности первого триместра – контрольную. Всем пациенткам проводилось комплексное обследование: сбор анамнеза, общеклиническое обследование, мазки методом ПЦР на ИППП. На каждого пациента заполнялись специально разработанные «карты обследования женщин», в которые выкопировывались результаты исследований и наблюдений из истории болезни женщин, амбулаторной карты больных.

Средний возраст женщин достоверно не отличался (иссл. гр. –  $29,36 \pm 0,153$ ; контр. гр. –  $28,80 \pm 0,243$ ;  $p > 0,05$ ). Подавляющее большинство женщин были в возрасте от 20 до 30 лет: в группе контроля – 74,0%, в основной – 60,0%. Возраст старше 31 года имели 40 пациенток основной группы (40,0%) и 8 (26,0%) – контрольной ( $p < 0,05$ ). При сравнении образовательного уровня установлено, что пациентки со средним специальным образованием достоверно чаще встречались в основной группе по сравнению с пациентками контрольной группы (28,0% против 10,0%; скорректированный ОР 2,80; 95% ДИ 0,91–8,57;  $p < 0,05$ ).

У женщин исследуемой группы с внематочной беременностью достоверно чаще наблюдалось более раннее становление менархе в возрасте до 10 лет (4,4%; 0,0% соотв.;  $p < 0,001$ ) и позднее менархе в возрасте после 15 лет (16,16%; 2,7% соотв.,  $p < 0,001$ ). При анализе становления и особенностей менструальной функции установлено, что у пациенток основной группы менструальная функция была нарушена по сравнению с женщинами контрольной группы (64,0% против 23,0%; скорректированный ОР 2,74; 95% ДИ 1,41–5,33;  $p < 0,05$ ). Среди нарушений менструальной функции преобладала опсоменорея (20,0% против 6,0%; скорректированный ОР 3,0; 95% ДИ 0,74–12,11;  $p < 0,05$ ); гиперполименорея (10, 10%; 0, 0%, соотв.;  $p < 0,05$ ) и дисменорея (34,0% против 17,0%; скорректированный ОР 2,04; 95% ДИ 0,87–4,75;  $p < 0,05$ ). У женщин с внематочной беременностью достоверно чаще было более одной беременности в анамнезе ( $1,85 \pm 0,76$ ;  $0,20 \pm 0,08$  соотв.;  $p < 0,05$ ), преимущественно 3 и более (30,30%; 0,0% соотв.;  $p < 0,001$ ) и с каждой последующей беременностью риск возникновения внематочной увеличивался. Соотношение встречаемости внематочной беременности среди групп при первой беременности (34,0% против 14,0%; скорректированный ОР 2,55; 95% ДИ 0,98–6,61;  $p < 0,05$ ), при повторной (26,0% против 3,0%; скорректированный ОР 27,8; 95% ДИ 01,10–55,10;  $p < 0,05$ ). В исследуемой группе достоверно чаще встречались медицинские аборт (45,0% против 6,0%; скорректированный ОР 5,25; 95% ДИ 1,34–20,56;  $p < 0,05$ ) и самопроизвольные выкидыши (10,10%; 0,0% соотв.;  $p < 0,05$ ). У женщин с наличием в анамнезе внематочной беременности встречались повторные случаи её наступления (10,10%; 0,0% соотв.;  $p < 0,05$ ) по сравнению с контрольной группой.

Среди пациенток исследуемой группы достоверно чаще, чем в группе контроля встречались такие воспалительные гинекологические заболевания, как вагиниты (60,0% против 17,0%; скорректированный ОР 3,6; 95% ДИ 1,59–8,14;  $p < 0,001$ ), эндометриты (35,0% против 10,0%; скорректированный ОР 3,5; 95% ДИ

1,16–10,58;  $p < 0,01$ ), оофориты (20,0% против 3,0%; скорректированный ОР 6,0; 95% ДИ 0,84–42,87;  $p < 0,001$ ). У женщин с ВБ достоверно чаще отмечались малоинвазивные вмешательства на матке в виде выскабливания полости матки (47,0% против 10,0%; скорректированный ОР 4,7; 95% ДИ 1,57–14,03;  $p < 0,001$ ) после медицинских абортов и самопроизвольных выкидышей, а так же операции на придатках (10%; 0%, соотв.;  $p < 0,01$ ) после ранее перенесенных внематочных беременностей. У пациенток исследуемой группы по сравнению с группой контроля достоверно чаще встречалось вирусно-бактериальное инфицирование *Chlamydia trachomatis* (14,0%; 0,0% соотв.;  $p < 0,01$ ) и Herpes Simplex virus I–II (16,0%; 0,0% соотв.;  $p < 0,01$ ).

Итак, практически у каждой пациентки с внематочной беременностью имелась не одна, а комплекс причин, в разной степени влияющих на ее возникновение. Можно сделать вывод, что риск развития аномальной плацентации повышен у женщин со средним специальным образованием (в 2,8 раза), с ранним становлением менархе (в 0,86 раз), с наличием в анамнезе нарушений менструальной функции (в 2,74 раза), преимущественно опсоменореи (в 3,0 раза) и дисменореи (в 2,04 раза). Так же риск развития внематочной беременности увеличивается при таких воспалительных гинекологических заболеваниях, как вагиниты (в 3,6 раза), эндометриты (в 3,5 раза) и оофориты (в 6 раз). Наличие в анамнезе малоинвазивных вмешательств на матке способствует увеличению риска возникновения внематочной беременности при медицинском аборте в 5,25 раза, а при наличии выскабливания полости матки в 4,7 раза. У повторно беременных риск эктопической беременности выше, чем у первобеременных, причём увеличивается с каждой последующей беременностью: при второй беременности – в 2,5 раза, при третьей и более – в 7,8 раз.

Таким образом, высокая частота инфекционных заболеваний и высокий процент хронической патологии свидетельствуют о неблагоприятном влиянии инфекционных и хронических заболеваний на функционирование генеративной системы, способствуют возникновению нарушений репродуктивной функции, гинекологических заболеваний, нарушений менструальной функции, что в конечном итоге представляет определенную угрозу для здоровья женщины и аномальному прикреплению плодного яйца.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**Л. А. Жданова, И. Е. Бобошко, Л. К. Молькова, Г. Н. Нуждина,  
А. А. Наумова, С. В. Смирнова**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Недостаточное использование дифференцированных комплексных программ реабилитации, низкая медицинская активность населения в получении медицинской помощи, слабое развитие для восстановительного лечения на амбулаторном этапе. Разработанные конституциональный, нейро- и психосоматические подходы позволяют обеспечить доступность, комплексность и персонализацию реабилитации.

Востребованность нейросоматического подхода продиктована высокой выявляемостью патологии ЦНС и ее последствий у детей. Так, при высокой частоте риска патологии нервной системы неврологический диагноз при выписке из родильного дома имеют только 16% детей, а в первые месяцы наблюдения в детской поликлинике его верифицируют уже у 87%. Именно у этих детей отмечена значи-

тельно большая частота рано развивающейся соматической патологии, особенно заболеваний ЛОР-органов, пищеварительного тракта и мочевыделительной системы, и нарушений развития. Нейросоматический подход с участием педиатра и невролога в создании комплексных программ реабилитации, апробирован в двух организационных формах: невролого-педиатрический консилиум и невролого-педиатрическое отделение. Для ранней диагностики последствий перинатальной патологии ЦНС разработана анкета на выявление жалоб, связанных с отклонениями в поведении, когнитивной и двигательной сферах, эмоциональном состоянии, что позволяет педиатру своевременно направить ребенка к неврологу. Так, анкетирование родителей первоклассников позволило выявить у 80% детей жалобы, более чем у половины они были выявлены при неустановленном ранее диагнозе. При отсутствии жалоб давались рекомендации по формированию здорового образа жизни. Дети с жалобами и с установленным ранее диагнозом направлялись на плановую реабилитацию. Дети без верифицированного диагноза, но предъявляющие много жалоб, направлялись к неврологу для окончательной диагностики и лечения. У половины детей выявляется синдром вегетативной дисфункции, на фоне которой нередко формируются хронические заболевания нейросоматического генеза.

Данный подход может использоваться на базе невролого-педиатрического отделения для организации комплексного нейросоматического подхода к реабилитации детей с участием не только медперсонала, но и психологов и педагогов, взаимодействующих в рамках консилиума, проводимого в начале лечения и при выписке. Приоритетными в проведении восстановительного лечения были немедикаментозные методы. Эффективность данного подхода выражалась в улучшении эмоционально-поведенческих характеристик и неврологического статуса, а позднее – в снижении заболеваемости.

Нейросоматический подход в виде невролого-педиатрического консилиума для детей раннего возраста внедрен в работу детской поликлиники № 6, что позволило добиться стойкой компенсации как неврологических, так и соматических расстройств.

Совместное невролого-педиатрическое консультирование детей с соматическими заболеваниями в дневном стационаре детской поликлиники позволило не только добиться улучшения состояния здоровья на момент выписки, но и получить стабильную компенсацию имеющейся неврологической патологии в последующие 6 месяцев.

Целесообразность психосоматического подхода связана с большой частотой психологических проблем у детей с хронической патологией: школьная и семейная дезадаптация, нарушения личностных характеристик, развивающихся на фоне или провоцирующих неблагоприятное течение соматической патологии. Это и определяет необходимость консультирования таких детей в отделениях медико-социальной помощи при постановке на диспансерный учет, а также коррекции выявленных отклонений психического здоровья. Также в повышении реабилитационного потенциала важную роль играет коррекция социально-средовых факторов ребенка. Особенно в такой помощи нуждаются дети-инвалиды.

Конституциональный подход дает возможность персонализировать программы медико-социального сопровождения (МСС), так как позволяет учитывать особенности течения заболеваний у детей разных типов конституции. Доказано, что манифестация заболевания усиливает слабые и нивелирует сильные стороны конституциональных признаков. Поэтому дифференцированные программы МСС были направлены на уменьшение слабых конституциональных характеристик, что способствовало повышению реабилитационного потенциала и более длительной ремиссии заболеваний.

В настоящее время апробированы программы МСС для детей с головной болью напряжения, с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, нарушениями опорно-двигательного аппарата и речевого развития, патологией органа зрения. Эти программы оказались востребованными и эффективными в коррекционных образовательных учреждениях (ОУ). Кроме того, это позволяет решить проблему низкой медицинской активности родителей, поскольку при их анкетировании установлено, что только 20% выполняют рекомендации врача регулярно и в полном объеме, 15% регулярно обращаются к врачу. Даже родители детей-инвалидов также принимают недостаточно активное участие в реабилитации своих детей.

Таким образом, предлагаемые подходы к совершенствованию реабилитационной помощи детям с хроническими заболеваниями могут использоваться как в детской поликлинике, специализированных центрах и ОУ коррекционного типа.

## **ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЛИЦ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ**

**Е. С. Иванова<sup>1</sup>, Ф. Ю. Мухарлямов<sup>2</sup>, М. Г. Сычева<sup>2</sup>, М. А. Рассулова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Московский областной центр медицинской профилактики ГУЗ МО «Московский областной клинический центр восстановительной медицины и реабилитации»*

<sup>2</sup> *ГАУЗ «МНПЦ медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗ Москвы»*

По современным научным данным, среди факторов риска, способных вызвать обострение течения целого ряда заболеваний, неблагоприятное влияние оказывают факторы внешней среды, такие как климатические, погоднo-метеорологические и геофизические. Их резкие колебания могут изменять функциональное состояние центральной и вегетативной нервной, свертывающей и противосвертывающей систем, кардиогемодинамику, кислородный баланс в организме у лиц, склонных к повышенной метеочувствительности и способствовать возникновению метеопатических реакций, которые ухудшают качество жизни. Особенно подвержены влиянию погодных условий больные сердечно-сосудистыми заболеваниями (82%). В связи с этим изучение этиопатогенеза формирования метеопатологии у данной категории пациентов и поиск наиболее эффективных методов коррекции проявлений метеочувствительности является актуальной проблемой.

Цель исследования – оценка роли функционального состояния центральной нервной системы в формировании метеопатологии и обоснование применения современных методов функциональной коррекции организма у метеочувствительных лиц с начальными проявлениями артериальной гипертензии.

Обследовано 250 пациентов в возрасте от 30 до 55 лет. Анализ психологических особенностей больных проводился с использованием тестов СМОЛ и САН в различных климато-погодных условиях. Особое внимание обращалось на оценку психологического статуса больных при наиболее неблагоприятных типах погод – гипоксическом и спастическом (по классификации типов погод по В. Ф. Овчаровой).

Результаты исследований выявили особенности психологического статуса наблюдаемых больных, характеризующиеся как внутреннее напряжение, беспокойство, раздражительность и чувство тревоги, неуверенность в поступках, депрессивно-тревожные и психастенические расстройства, снижение настроения, переоценку тяжести своего состояния, «уход» в болезнь. Обследование выявило

ухудшение самочувствия, снижение активности и настроения, а также отмечались жалобы на неприятные ощущения в области сердца, головные боли, нарушение сна, снижение умственной и физической работоспособности. Изучалась эффективность применения нового биоэнергетического средства для ванн «Биолонг» с препаратом митофен в жемчужной ванне в комплексе с психологической релаксацией и кардиотренировками в режиме дозированных ступенчато нарастающих физических нагрузок на циклических и силовых тренажерах. После курса восстановительной коррекции в психологическом статусе пациентов наблюдалось: улучшение самочувствия, повышение активности и настроения (85%), снижалась реактивная тревожность, причем 59% больных отмечали сохранение положительной динамики даже при формировании неблагоприятных погодных условий. Отмечена нормализация вариабельности АД, особенно в вечернее и ночное время (в 84% случаев), отсутствие эпизодического повышения АД в вечернее и ночное время, наблюдаемое до лечения, выявлено снижение общего сосудистого периферического сопротивления при проведении нагрузочной пробы (62%), улучшение микроциркуляторного кровотока (90%), нормализация суточной экскреции катехоламинов (30%), гармонизация функциональной активности кардиореспираторной системы при физической нагрузке (86%).

Таким образом, использование немедикаментозных методов коррекции повышенной метеочувствительности способствует активации эндогенных биорегуляторов, восстановлению адаптационных сдвигов и повышающих толерантность организма к внешним неблагоприятным воздействиям погодноклиматических факторов.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ШКАЛЫ GRACE ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST**

**Л. Я. Корнилов, И. Е. Мишина, Ю. В. Довгалюк, О. Е. Мазанко**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

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

Шкала GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) – наиболее информативная на сегодняшний день методика, позволяющая оценить риск смерти пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), как в период госпитализации, так и на протяжении ближайших 6 месяцев. Она используется для принятия решения о необходимости и экстренности проведения коронарографии у пациентов с ОКС без подъема сегмента ST. Вместе с тем определение прогноза при развитии ОКС с подъемом сегмента ST позволяет клиницисту на ранних этапах лечения правильно оценить тяжесть состояния больного и выбрать наиболее адекватный алгоритм его лечения.

Целью настоящего исследования стало изучение частоты развития осложнений в остром периоде инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST и эффективности тромболитической терапии среди пациентов с различным уровнем риска по шкале GRACE.

В условиях кардиологического отделения городской клинической больницы обследовано 128 больных, поступивших с диагнозом ОКС, у которых в последующем был диагностирован острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (средний возраст  $67,0 \pm 1,1$  года). Подсчет баллов по шкале GRACE выполнялся при помощи автоматического калькулятора. Риск, оцениваемый по шкале GRACE,

считался низким при прогнозируемой смертности менее 1%, средним – от 1 до 3%, высоким – более 3%. По результатам стратификации больные распределились на 3 группы. Первую составили 8 (6,4%) пациентов с низким риском, вторую – 60 (46,8%) со средним и третью – 60 (46,8%) с высоким риском смертности в период госпитализации.

Пациенты первой группы были достоверно ( $p < 0,05$ ) моложе (средний возраст  $46,5 \pm 3,6$  года) по сравнению с двумя другими группами ( $62,8 \pm 1,3$  и  $74,2 \pm 1,2$  года соответственно). У 6 больных с низким риском смертельного исхода инфаркт миокарда (ИМ) был первичным, у стольких же оказался эффективным тромболизис (75%). У всех обследованных первой группы ИМ протекал без осложнений, летальных исходов зафиксировано не было. Во второй группе у 16 пациентов (26,7%) ИМ был повторным, у 7 (11,7%) в остром периоде отмечались нарушения сердечного ритма, у 8 (13,3%) сформировалась хроническая аневризма левого желудочка. Эффективность тромболитической терапии была отмечена у 47 больных (78,3%). В период госпитализации от кардиогенного шока и фибрилляции желудочков умерло два пациента (3,3%). Среди обследованных с высоким риском смерти (третья группа) повторный ИМ был диагностирован более чем у трети – 22 человека (36,7%). У 19 (31,7%) в процессе лечения наблюдались нарушения сердечного ритма и проводимости, у 7 (11,7%) сформировалась хроническая аневризма левого желудочка. Тромболитическая терапия оказалась эффективной у 53 (86,7%) больных. В данной группе было зафиксировано 3 летальных исхода (5%). Основными причинами смерти стали кардиогенный шок и мезентериальный тромбоз.

Таким образом, стратификация риска по шкале GRACE у больных с ОКС с подъемом сегмента ST позволяет не только выделить группу пациентов, угрожаемых по развитию смертельного исхода в остром периоде ИМ, но и дает возможность определить лиц, нуждающихся в интенсивной, в том числе тромболитической, терапии, а также в профилактике возникновения нарушений сердечного ритма, проводимости и формирования хронической аневризмы левого желудочка. Пациенты высокого риска развития смертельных осложнений ОИМ требуют более щадящего индивидуально подобранного темпа расширения двигательного режима на основании постоянной оценки реакции сердечно-сосудистой и дыхательной систем на выполняемую физическую нагрузку.

## **ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬЕ**

**О. Ю. Кочерова, О. М. Филькина, Е. Н. Антышева**

*ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт  
материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России*

Одной из основных задач социальной политики России в настоящее время является передача детей из государственных учреждений на воспитание в замещающие семьи, число которых в последнее время увеличивается. Однако адаптация приемных детей в семье проходит не всегда благоприятно, нередки случаи возврата детей в дома ребенка. Это обуславливает необходимость изучения адаптации детей в замещающих семьях и состояния их психического здоровья для разработки научно обоснованных рекомендаций по его оптимизации.

Цель исследования – изучить распространенность, структуру и динамику расстройств невротического спектра у детей раннего возраста в замещающей семье.

Оследовано 56 детей раннего возраста в период передачи в замещающую семью и через год адаптации к замещающей семье. Исследование структуры расстройств невротического круга проводилось путем клинического осмотра детей, наблюдения за их поведением, анализа медицинской документации и опроса замещающих родителей с использованием разработанной нами структурированной клинико-статистической карты. Карта включала характеристики отдельных психопатологических симптомокомплексов: соматовегетативный, неврастенический, депрессивный, парааутистический, гипердинамический, фобический, патологически привычных действий, поведенческих нарушений. В классе V(F) МКБ-10 они соответствовали рубрикам F 9 – Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте; F5 – Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физиологическими факторами; F 4 – Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства.

В период передачи в замещающую семью на первом месте по частоте встречаемости у детей обнаруживался депрессивный симптомокомплекс (75%), который сочетался с парааутистическими расстройствами (57,1%) и двигательной заторможенностью (39,3%).

На втором месте по частоте у детей выявлялся синдром патологически привычных действий (ППД) (66,1%). В структуре, которого преобладали двигательные акты по механизму вытеснения: сосание пальца – 83,8%, раскачивание, сидя на четвереньках – 32,4%, облизывание губ – 14,3%, а также наблюдались действия аутоагрессивного характера: кусание ногтей – 18,9%, ковыряние губ – 10,8%, подергивание уха, кручение волос – 17,9% и патологические действия по механизму противостояния: наморщивание лба – 18,9%, покашливание – 2,7%.

На третьем месте в период передачи в замещающую семью у детей определялся фобический синдром (57,1%), в структуре которого ведущую роль занимали страх оставаться одному (71,9%) и страх темноты (68,8%).

На четвертом месте среди психопатологических синдромов выявлялся – соматовегетативный (53,6%), который был представлен нарушениями сна (100%), снижением аппетита (21,4%), вегетативными расстройствами (100%). Неврастенический синдром выявлен у 42,9% детей. Симптомокомплекс поведенческих расстройств обнаруживался у 30,4% детей, и был представлен стремлением к непослушанию, сделать назло (88,2%), стремлением ударить (70,6%), аутоагрессией (64,7%), беспричинной грубостью и агрессивностью (52,9%). Гипердинамический синдром регистрировался у 17,9% детей.

Через год адаптации к замещающей семье характер расстройств невротического спектра у детей изменялся. На первом месте по частоте у детей выявлялся неврастенический синдром, который регистрировался достоверно чаще, чем в период передачи в замещающую семью (66,7 и 42,9%,  $p < 0,01$ ). На втором месте – синдром поведенческих расстройств, частота которого через год достоверно увеличилась (55,6 и 30,4%,  $p < 0,01$ ), за счет тенденции к увеличению аутоагрессии с 64,7 до 76,6%.

На третьем месте определялся соматовегетативный симптомокомплекс, частота встречаемости которого у детей через 1 год адаптации в замещающей семье не изменялась (53,7%), однако в структуре нарушений сна отмечалось значительное снижение частоты поверхностного, беспокойного сна (45,8 и 63,8%,  $p < 0,01$ ), вскрикиваний во сне (39,6 и 66%,  $p < 0,01$ ), качаний при засыпании, сосания пальцы (20,1 и 44,7%,  $p < 0,01$ ), и увеличение в 3 раза частоты сна в постели с родителями.

Через 1 год адаптации в замещающей семье синдром ППД и фобический синдром выявлялись достоверно реже (42,6 и 57,1%,  $p < 0,01$ ; 51,9 и 66,1%,

$p < 0,01$ ). Депрессивные расстройства, парааутистический симптомокомплекс и двигательная заторможенность определялись также реже (11,1 и 75%,  $p < 0,05$ ; 20,4 и 57,1%,  $p < 0,01$ ; 1,9 и 39,3,  $p < 0,01$ ), гипердинамический симптомокомплекс – достоверно чаще (46,3 и 17,9%,  $p < 0,001$ ).

Таким образом, через год жизни в замещающей семье у детей снижается частота депрессивных, парааутистических состояний, двигательной заторможенности, патологически привычных действий, характерных для детей из домов ребенка и обусловленных сенсорной депривацией. На первый план в клинической картине выступает неврастенический, соматовегетативный синдром, расстройства поведения с аутоагрессией, фобические и гипердинамические расстройства. Это свидетельствует о сохранении расстройств невротического спектра у детей через год. Данные расстройства затрудняют адаптацию ребенка к замещающей семье и обуславливают необходимость динамического наблюдения детей психиатром, включения семейной психотерапии в комплекс сопровождения замещающих семей.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ С ДСТ-АССОЦИИРОВАННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА**

**Е. Е. Краснова, О. П. Шлыкова, В. В. Чемоданов**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Дисфункции билиарного тракта относятся к многофакторным заболеваниям. Одним из факторов, способствующих их формированию, является дисплазия соединительной ткани (ДСТ).

Цель исследования – выявить клинические особенности диспластикоассоциированной дисфункции билиарного тракта для обоснования дополнений к диагностической программе и системе наблюдения детей с данной патологией.

Проведен сравнительный анализ клинического течения и данных лабораторно-инструментального обследования у 94 больных с дисфункциями билиарного тракта в зависимости от наличия ДСТ, тяжесть которой определяли по балльной шкале (Абакумова Л. Н., 2006). Основную группу составили 56 детей с ДСТ, группу сравнения – 34 ребенка без системного нарушения соединительной ткани.

Клиническими особенностями дисфункции билиарного тракта у детей основной группы были: более ранние сроки манифестации (в дошкольном или младшем школьном возрасте), большая продолжительность и упорность клинических проявлений. Характерна большая выраженность и продолжительность билиарной боли, частое сочетание с болевыми ощущениями в эпигастральной зоне, подвздошных областях, в области проекции селезеночного изгиба, что отражает наличие моторных нарушений различных отделов желудочно-кишечного тракта. Достоверно чаще встречались разнообразные проявления диспепсии (отрыжка, тошнота, изжога, нарушения стула, урчание в животе, метеоризм).

По данным УЗИ моторные нарушения чаще характеризовались сочетанием гипомоторной дискинезии желчного пузыря со спазмом сфинктера Одди на фоне аномалий развития желчного пузыря (S-образная форма, узкая шейка, фиксированные перегибы, перегородки, перетяжки). У 80% больных встречались различные варианты билиарного сладжа. Отмечен высокий риск формирования холестероза желчного пузыря, поскольку в 30% случаев выявлялись изменения его стенки в виде очагового уплотнения и слоистости, которые соответствуют начальным проявлениям холестероза. Чаще, чем у детей без ДСТ, регистриро-

вались эхографические изменения печени, указывающие на затруднение отведения желчи.

Для фенотипического портрета пациентов характерны диспластические нарушения костно-связочного аппарата (долихостеномелия, крыловидные лопатки, плоскостопие, сколиоз, гипермобильность суставов), изменения со стороны кожи и ее придатков (пигментные пятна, секущиеся волосы, изменения ногтей), ранний кариес, малые мочки ушей и рецидивирующие носовые кровотечения. У половины детей внешние признаки сочетались с висцеральными проявлениями ДСТ со стороны сердечно-сосудистой, мочевыделительной и пищеварительной систем.

Корреляционные взаимосвязи между выраженностью ДСТ с клиническими и лабораторно-инструментальными данными позволили выделить своеобразную клиническую форму – ДСТ-ассоциированную дисфункцию билиарного тракта, своевременная диагностика которой и проведение лечебно-реабилитационных мероприятий должны профилактировать трансформацию функциональных нарушений в билиарной системе в желчнокаменную болезнь, хронический холецистит, холестероз желчного пузыря, а также предупредить вовлечение в патологический процесс сопряженных органов.

Полученные данные позволили внести предложения по дополнению принципов наблюдения за пациентами с ДСТ-ассоциированной дисфункцией билиарного тракта, поскольку постановка диагноза возможна после всестороннего комплексно-обследования ребенка на предмет выявления самой дискинезии и ДСТ. Оценивается наличие и выраженность внешних диспластических признаков, затем проводится инструментальное обследование, позволяющее выявить висцеральные проявления (ЭХО-КГ, УЗИ почек, ЭКГ, вариабельность сердечного ритма) и по показаниям – консультации врачей-специалистов (невролога, ортопеда, кардиолога). В комплексной терапии детей с ДСТ-ассоциированными дисфункциями билиарного тракта особое место отводится лечебному питанию, строится которое должно с учетом принципов диетотерапии при холепатиях, но с обязательным включением достаточного количества витаминов, микроэлементов и других нутриентов, необходимых для поддержания адекватного метаболизма соединительной ткани. Выбор медикаментозной терапии зависит от варианта нарушения моторики желчного пузыря. Учитывая склонность больных к формированию билиарного сладжа, необходимо назначение препаратов урсодеоксихолевой кислоты. Для улучшения энтерогепатической циркуляции желчных кислот следует назначать лактулозу в пребиотической дозе.

Стандартная схема диспансерного наблюдения должна быть дополнена консультациями специалистов (ортопеда, окулиста, кардиолога). Учитывая большое число консультаций различных специалистов, наблюдение таких детей целесообразно проводить в условиях клинко-диагностического центра. Частота осмотров определяется индивидуально в зависимости от выявленных диспластических проявлений и их выраженности. Следует учитывать возможность, как прогрессирования, так и регрессирования диспластических изменений у ребенка по мере его роста. Реабилитация больных с ДСТ-ассоциированной формой билиарных дисфункций должна дополняться включением в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий препаратов, направленных на нормализацию метаболических процессов в соединительной ткани.

Таким образом, выявленные нами особенности течения билиарных дисфункций у детей с соединительнотканной дисплазией являются обоснованием выделения ДСТ-ассоциированных дисфункций билиарного тракта, которые предполагают коррекцию диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий для данной категории больных.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ЖЕНЩИНАМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ  
И СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ КРУГЛОСУТОЧНОГО  
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

**Н. П. Лапочкина<sup>1</sup>, М. А. Грязнова<sup>2</sup>, А. Н. Рубашкина<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России

<sup>2</sup> ОБУЗ «Городская клиническая больница № 8» г. Иванова

Злокачественные опухоли женских половых органов составляют до 24% от всех опухолей у женщин (ВОЗ). В большинстве стран Европы и Америки в последнее десятилетие наметились тенденции к снижению частоты рака шейки матки и лидированию рака эндометрия. Как показывает практика, большой удельный вес запущенных случаев (от 6 до 12% при раке шейки матки до 80–90% при раке яичников) связан с недостатками организации и использования научных методов распознавания, несовершенной подготовкой и низкой онкологической настроенностью акушеров-гинекологов (Черенков В. Г., 2010).

Цель исследования – оценить эффективность оказания медицинской помощи женскому населению с подозрением на онкологические заболевания и большим со злокачественными заболеваниями органов репродуктивной системы в условиях круглосуточного акушерско-гинекологического стационара.

Обследованы 128 женщин с подозрением на онкологическую патологию органов репродуктивной системы в возрасте  $58,42 \pm 15,16$  года, поступивших в ОБУЗ «Городская клиническая больница № 8» г. Иванова за 2011–2014 гг. Из них 27 женщин поступили в экстренном порядке (исследуемая группа), другие 101 поступили в плановом порядке (группа сравнения).

Всем больным выполнено комплексное обследование: анамнез, ректороманоскопия, УЗИ матки и придатков, гистероскопия с диагностическим выскабливанием цервикального канала и полости матки, пункция заднего свода влагалища, по показаниям выполнена биопсия шейки матки с последующей противовоспалительной и симптоматической терапией.

Все обследованные женщины состояли в браке. Среди пациенток преобладали жительницы города (городские 79,68%, сельские 20,32%  $p < 0,05$ ). Большинство женщин не работали (не работающие – 66%; работающие – 34%;  $p < 0,05$ ) в связи с пенсионным возрастом (безработные 12,5%; пенсионеры 53,15%;  $p < 0,05$ ). При поступлении больных в стационар в экстренном порядке чаще общее состояние соответствовало состоянию средней тяжести или тяжелому (удовлетворительное – 37,03%; состояние средней степени тяжести – 48,14%; тяжелое состояние – 14,81%;  $p_{\text{ср.т.-тяж.}} < 0,05$ ), тогда как при поступлении пациенток в плановом порядке все находились в удовлетворительном состоянии. Подозрение на онкологическое заболевание чаще было у больных, поступивших в плановом порядке (иссл. гр. – 51,85%; гр. сравн. – 19,80%;  $p < 0,05$ ) и у каждой пятой пациентки диагноз рака органов репродуктивной системы был верифицирован впервые (19,53%). У большинства больных urgency состояния (болевого синдром, кровотечение) была обусловлена осложненным течением онкологического заболевания (85,18%; 14,85%;  $p < 0,05$ ). Медицинская помощь врачами была оказана в соответствии с медицинскими стандартами.

В стационаре, оказывающем круглосуточно акушерско-гинекологическую помощь, каждая четвертая больная поступает с подозрением на онкологическое заболевание или его осложненное течение (26,56%). Пациентки, поступавшие в плановом порядке, находились в удовлетворительном состоянии и у каждой пятой (19,53%) при обследовании онкологическое заболевание было подтверждено. В экстренном порядке поступали каждая пятая пациентка (21%), причем в 62,95% случаев в тяжелом и среднетяжелом состоянии, обусловленном осложненным течением верифицированного онкологического заболевания (85,18%).

## **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМой МАТКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ТИПАХ БЫСТРОГО РОСТА**

**А. О. Лицова, Д. А. Малышкина, Л. П. Перетятко, А. И. Малышкина**

*ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт  
материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России  
ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Лейомиомой матки (ЛММ), по данным разных авторов, страдают от 25 до 50% женщин старше 35 лет (Тихомиров А. Л., 2008; Стрижаков А. Н., 2011; Адамьян Л. В., 2013). У женщин репродуктивного возраста с ЛММ сохранение матки как полноценно функционирующего органа является важнейшей клинической задачей. Наиболее частым показанием к удалению матки служит быстрый рост опухоли (Вихляева, 2004). Одним из факторов, способствующих росту сосудов и пролиферции эндотелиальных клеток в миоматозных узлах, является васкулоэндотелиальный фактор роста (VEGF) (Киселева Е. П., 2009; Burlev V., 2003). Актуальным является исследование экспрессии данного цитокина в сосудах и гладкомышечных клетках (ГМК) ЛММ при различных типах ее роста. Представляет интерес клиничко-anamnestическое сравнение пациенток с различными морфологическими типами роста ЛММ. Формирование групп риска позволит более дифференцированно подойти к вопросам лечебной тактики.

Цель исследования – установить особенности анамнеза и клинического течения заболевания, экспрессии VEGF-A в сосудах и гладкомышечных клетках миоматозных узлов у женщин с различными морфологическими типами быстрого роста ЛММ.

Клиничко-лабораторное и инструментальное обследование женщин проведено согласно стандартам оказания медицинской помощи гинекологическим больным. Иммуногистохимические (ИГХ) исследования проводили с применением первичных антител к сосудисто-эндотелиальному фактору роста (anti-VEGF-A, клон VG1, рабочее разведение 1 : 50) («Dako», USA). Статистическая обработка данных проводилась по общепринятым методам вариационной статистики. Достоверность различий между показателями независимых выборок оценивались по непараметрическому t-критерию Стьюдента ( $M \pm m$ ).

В исследовании включили 66 пациенток с быстрорастущей ЛММ. В зависимости от результатов гистологического исследования операционного материала выделено 2 группы: – 27 женщин с «истинным» (за счет пролиферации ГМК) и 39 с «ложным» (за счет вторичных изменений опухоли – отека, некроза) типом роста ЛММ. Средний возраст составил  $40,4 \pm 0,5$  года. При изучении перенесенных

заболеваний, сопутствующей экстрагенитальной и гинекологической патологии, а также клинического течения заболевания достоверных различий в группах выявлено не было ( $p > 0,05$ ). В целом, при обследовании пациенток с быстрорастущей ЛММ выявлялись такие заболевания, как вторичная железодефицитная анемия (53,2%,  $n = 35$ ), варикозная болезнь нижних конечностей (39,4%,  $n = 26$ ), ожирение (35,9%,  $n = 23$ ), хронический рецидивирующий назолабиальный герпес (31,6%,  $n = 22$ ). Выявлялась сочетанная гинекологическая патология в виде хронического сальпингита (51,5%,  $n = 34$ ), кистозных изменений яичников (21,2%,  $n = 14$ ). У пациенток этой группы отмечались обильные, длительные менструации (77,3%,  $n = 51$ ). Каждая третья женщина отмечала наличие болевого синдрома (38,2%,  $n = 24$ ). Дизурические явления наблюдались у 20,6% больных ( $n = 15$ ). За последний год наблюдения отмечалось увеличение размеров матки на 4–5 недель беременности в 52,9% случаев, на 6–10 недель – в 47,1%. К моменту обследования размеры матки вместе с миоматозными узлами превышали 12 недель беременности у 79,4% женщин ( $n = 44$ ). Опухоль чаще имела множественный характер (79,4%,  $n = 44$ ). Все пациентки подверглись оперативному лечению, показаниями к которому служили быстрый рост ЛММ, гиперполименорея, приводящая к анемии, болевой синдром, нарушение функций смежных органов.

Мы оценили индекс экспрессии VEGF-A в сосудах и ГМК ЛММ, а также плотность распределения сосудов в ГМК ЛММ у женщин с быстрорастущей опухолью в зависимости от типов ее роста. В ходе исследования установлено, что выраженная экспрессия VEGF-A определяется в цитоплазме эндотелиальных клеток капилляров ЛММ в опухолях женщин с «истинным» типом роста (174,00  $\pm$  8,09 усл. ед. – «ложный» тип роста, 252,00  $\pm$  5,08 усл. ед. – «истинный»,  $p = 0,000$ ), а также интрамуральных артериях мышечного типа (171,0  $\pm$  8,03 усл. ед. – «ложный» тип роста, 216,8  $\pm$  7,02 усл. ед. – «истинный»,  $p = 0,000$ ). Уровень экспрессии изучаемого фактора в центральных отделах опухоли достоверно не отличается от парацентральных и краевых зон в обеих группах исследования ( $p > 0,05$ ). Слабая экспрессия VEGF-A определялась в ГМК ЛММ независимо от типов роста опухоли без достоверных отличий индекса экспрессии между группами ( $p > 0,05$ ). Как правило, в строме пролиферирующих миоматозных узлов обнаруживались группы или единичные VEGF-положительные гистиоциты.

Мы изучили плотность распределения сосудов в ткани миоматозных узлов. Установлено, что количество VEGF-положительных капилляров (23  $\pm$  8,09 сосудов в  $\text{мм}^2$  – «ложный» тип роста, 33,09  $\pm$  2,17 – «истинный»,  $p = 0,004$ ) и интрамуральных артерий (0,78  $\pm$  0,08 сосудов в  $\text{мм}^2$  – «ложный» тип роста, 1,01  $\pm$  0,06 – «истинный»,  $p = 0,025$ ) в узлах с «истинным» типом роста ЛММ было достоверно выше, чем в узлах с дистрофическими изменениями.

Таким образом, существенных различий общесоматического, гинекологического, репродуктивного анамнеза, а также клинического течения заболевания у женщин с быстрорастущей ЛММ в зависимости от морфологического типа роста опухоли не выявлено. В ходе иммуногистохимического исследования установлено, что пролиферирующие миоматозные узлы были лучше васкуляризированы, чем дистрофически измененные, о чем свидетельствует плотность распределения капилляров и артерий мышечного типа. Одним из факторов, способствующих росту сосудов в миоматозных узлах, являлась высокая экспрессия VEGF эндотелиальными клетками. Вероятно, гистиоциты также принимают участие в регуляции ангиогенеза в строме пролиферирующих лейомиом.

## ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНАЯ АКТИВНОСТЬ ПРИ БИЛИАРНОМ СЛАДЖЕ У ДЕТЕЙ

С. И. Мандров, Л. А. Жданова, И. С. Виноградова, И. В. Миленина

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России

Любой патологический процесс в организме сопровождается метаболическими изменениями, которые по времени возникновения могут предшествовать появлению клинических проявлений заболевания. В дальнейшем при уже сформировавшейся патологии различные параметры метаболизма могут отражать характер развивающихся нарушений или саногенетических процессов, что можно использовать для оценки течения заболевания и контроля над его лечением.

Во всех аэробных организмах в процессе их жизнедеятельности постоянно образуются свободные радикалы, которые являются необходимыми метаболитами, обеспечивающими протекание многих физиологических.

Баланс между процессами образования активных форм кислорода, азота и реакциями антиоксидантов является важной гомеостатической константой. Нарушение сбалансированности в системах генерации свободных радикалов и антиоксидантной защиты приводит к развитию окислительного стресса, являющегося типовой патологической реакцией организма.

Цель. Изучить состояния перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной активности у детей при билиарном сладже.

Проведено обследование 39 детей в возрасте от 11 до 17 лет с начальной стадией желчнокаменной болезни. Контрольную группу составили 14 детей с дисфункцией билиарного тракта. Выделялись три основных варианта билиарного сладжа (БС), имеющих четко очерченную эхографическую картину: взвесь гиперэхогенных частиц (ВГЧ), эхонеоднородная желчь со сгустками (ЭЖС), замазкообразная желчь (ЗЖ).

Динамику и скорость реакций перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной активности (АОА) в слюне определяли методом индуцированной хемилюминисценции на приборе БХЛ-07. Оценивали показатели, обладающие наибольшей информативностью: максимальную интенсивность окисления ( $I_{\max}$ , мВ), отражающую потенциальную способность слюны к свободнорадикальному окислению; площадь светосуммы ( $S$ , мВхс) и тангенс угла наклона кривой к оси времени ( $tg2$ , мВхс), соответствующих обрыву цепи свободнорадикального окисления.

У детей с билиарным сладжем в форме ЗЖ установлено достоверно более высокое значение показателя максимальной амплитуды окисления слюны ( $70,42 \pm 6,91$  мВ) по сравнению с контрольной группой ( $62,27 \pm 5,23$  мВ), что свидетельствует о высокой потенциальной способности липидных компонентов слюны к окислению и накоплению свободных радикалов.

У детей с билиарным сладжем в форме взвеси гиперэхогенных частиц и эхонеоднородной желчи со сгустками отмечается снижение площади светосуммы хемилюминисценции слюны по сравнению с детьми группы сравнения ( $424,00 \pm \text{мВхс}$ ,  $p < 0,001$ ). Известно, что на интенсивность этого процесса оказывает влияние водорастворимый комплекс соединений, обладающих как антиоксидантным, так и прооксидантным действием. По этой величине можно судить об исходном состоянии антиоксидантной активности, поскольку она в большей мере отражает содержание радикалов  $RO_2$ , соответствующих обрыву цепи свободно-радикального окисления. Следовательно, уменьшение светосуммы у детей с начальной стадией ЖКБ может свидетельствовать о начальном ответе на разви-

вающийся окислительный стресс, сопровождающийся мобилизацией антиоксидантной системы и повышением отдельных антиоксидантов.

У детей с БС в форме ЗЖ отмечается значительное ( $365,42 \pm 31,52$ ,  $p < 0,001$ ) увеличение светосуммы хемиллюминисценции по сравнению с детьми с БС в форме ЭЖС и ВГЧ ( $277,50 \pm 36,25$  и  $302,00 \pm 29,20$  мВхс соответственно), что может свидетельствовать об истощении антиоксидантной защиты. На понижение скорости антиоксидантной реакции у данной группы пациентов указывает также сглаживание максимальной крутизны спада окислительных процессов ( $-23,78 \pm 2,60$ ) по сравнению с группой сравнения ( $-22,5 \pm 2,61$ ). Снижение антиоксидантной активности может быть обусловлено не только неполноценным составом, но и нарушением взаимодействия антиоксидантных веществ, и в первую очередь жирорастворимых витаминов, усвоение которых затрудняется при нарушении желчевыделения.

Таким образом, на этапе формирования билиарного сладжа в форме взвеси гиперэхогенных частиц и экзонеоднородной желчи со сгустками происходит нарушение сбалансированности в системе свободнорадикального окисления, проявляющееся в повышении антиоксидантной активности, как компенсаторной реакции на развивающийся окислительный стресс. В дальнейшем, при замазкообразной желчи, накапливаются продукты перекисного окисления липидов и снижается антиоксидантная активность. Этот процесс приводит к агрегации и агломерации везикул желчи с продуктами ПОЛ и последующей кристаллизации и осаждению макромолекулярных компонентов желчи.

## **РОЛЬ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА ПРИ ПАРОКСИЗМАХ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ**

**А. В. Муромкина, О. А. Назарова**

*ОБУЗ «Кардиологический диспансер» г. Иванова  
ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Проблема реабилитации больных фибрилляцией предсердий (ФП) имеет большую актуальность в связи с высокой частотой обращаемости пациентов за медицинской помощью по поводу рецидивирования пароксизмов аритмии. В практике врача важную роль играет выбор стратегии лечения пароксизма ФП у конкретного пациента, что определяет актуальность прогнозирования восстановления синусового ритма (СР). Есть основания полагать, что для этого может оказаться полезным метод оценки вариабельности ритма сердца (ВРС). Однако возможности оценки ВРС у больных ФП изучены недостаточно.

Цель исследования – на основе анализа показателей ВРС разработать метод прогнозирования восстановления СР при пароксизмах ФП.

Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Кардиологический диспансер» г. Иванова. В исследование включено 187 больных ФП (108 мужчин и 79 женщин, средний возраст  $59,6 \pm 10,5$  года), госпитализированных в стационар по поводу пароксизма ФП. Этиологическим фактором ФП чаще всего были гипертоническая болезнь (58,3%), ИБС (5,9%) или их сочетание (16,6%), реже – ревматические пороки сердца (4,3%), тиреотоксикоз или последствия употребления алкоголя (3,2%). У 11,7% пациентов диагностирована идиопатическая форма ФП. Все больные получали терапию по поводу основного заболевания, дезагреганты или антикоагулянты – по показаниям, а также препараты для контроля ЧЖС – бета-блокаторы (биспролол, метопролола сукцинат) в виде монотерапии (26,7% больных) или в сочетании с сердечными гликозидами (65,2%), реже – верапамил (4,6%) или дил-

тиазем (3,5%). По показаниям назначались антиаритмические препараты с целью восстановления СР: амиодарон (28,2% от общего количества больных ФП), реге пропafenон (9,3%), лапаконитина гидрохлорид (2,9%), сотагексал (3,9%) или комбинированная антиаритмическая терапия (3,9%).

В зависимости от исхода лечения все пациенты с ФП были разделены на две группы: 1-я группа – больные, у которых СР восстановился спонтанно или на фоне лечения (пароксизмальная и персистирующая ФП); 2-я группа – пациенты, у которых ФП сохранялась (постоянная ФП). Для более детального анализа 1-я группа была разделена на две подгруппы: 1А – восстановление СР в первые двое суток (пароксизмальная ФП) и 1Б – восстановление СР методом плановой ЭИТ (персистирующая ФП).

Пациентам наряду со стандартным клинико-лабораторным обследованием, регистрацией ЭКГ в 12 отведениях, эхоКГ, выполнялась оценка ВРС путем анализа 5-минутной записи ЭКГ на фоне ФПс помощью АПК «Поли-Спектр-8/ЕХ» («Нейро-софт», Иваново). Оценивались показатели спектрального анализа ВРС: LF – мощность спектра области низких частот (0,04–0,15Гц); HF – мощность спектра области высоких частот (0,15–0,40Гц); VLF – мощность спектра ультранизких частот (0,003–0,15Гц); LF/HF – соотношение низко- и высокочастотных компонентов; TP – общая мощность спектра ритмограммы; и показатели временного анализа ВРС: RRNN – средняя продолжительность интервала между кардиоциклами (мс); SDNN – стандартное отклонение средней продолжительности интервалов RR (мс), SDNN/RRNN – отношение стандартного отклонения к средней продолжительности интервала между кардиоциклами (коэффициент вариации).

Количественные значения представлены в виде  $M_e$  (интерквартильный размах), сравнение групп по количественным признакам проводили при помощи U-критерия Манна – Уитни.

Временные и частотные показатели ВРС при персистирующей форме ФП не отличались от таковых при постоянной форме. Отмечены достоверно более высокие показатели TP, VLF, LF, HF, SDNN при постоянной форме ФП по сравнению с пароксизмальной (соответственно TP: 24585,0 (14639,0–35919,0) и 13468,0 (7692,0–22113,0) мс<sup>2</sup>; VLF: 2000,5 (1500,5–3169,0) и 1103 (837,0–2273,0) мс<sup>2</sup>; LF: 6532,0 (3946,5–10819,5) и 4435,0 (2330,0–6119,0) мс<sup>2</sup>; HF: 16400,5 (9683,0–22829,5) и 8733,0 (4322,0–13980,0) мс<sup>2</sup>; SDNN: 174,0 (135,5–210,0) 128,0 (91,0–163,0) мс.

Выявленные различия послужили основой для создания математической модели прогнозирования раннего восстановления синусового ритма у больных ФП с использованием параметров ВРС на фоне аритмии.

Для определения прогностической значимости отдельных параметров ВРС был применен дисперсионный анализ. На основе алгоритма C&RT (Classification And Regression Tree) было построено «дерево решений», позволяющее отнести пациента к одной из двух групп: высокая вероятность восстановления СР или сохранения ФП. Данный метод реализован в виде компьютерной программы ДИСК\_3 («Диагностическая система прогнозирования восстановления синусового ритма при фибрилляции предсердий на основе анализа вариабельности ритма сердца»), пригодной для использования в практике терапевта и кардиолога.

При сопоставлении результатов прогнозирования с реальными результатами лечения больных точность прогноза в плане восстановления СР (или неэффективности попытки восстановления СР) составила от 78,8% в группе персистирующей ФП до 91,2% среди пациентов с пароксизмальной ФП.

Таким образом, разработанная на основе анализа ВРС математическая модель прогнозирования исхода пароксизма ФП может помочь в выборе тактики ведения больных с пароксизмами ФП, что внесет важный вклад в реабилитацию этой категории пациентов.

## ИТОГИ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

И. Ю. Новожилова, О. И. Вотякова, И. В. Купцова

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»

Минздрава России

Городской эндокринологический центр МУЗ «Городская клиническая  
больница № 4» г. Иваново

ОБУЗ «Шуйская центральная районная больница», Ивановская обл.

Заболевания щитовидной железы занимают ведущее место в структуре эндокринной патологии у детей и подростков, 95% из них приходится на диффузный эндемический зоб. Его формирование рассматривается как компенсаторно-приспособительная реакция организма, направленная на сохранение нормальной продукции тиреоидных гормонов в условиях йодного дефицита. По данным эпидемиологических исследований, проведенных за последние 20 лет, частота зоба в России составляет от 10 до 40%. Существует четко прослеживаемая зависимость между низким содержанием йода в пище и воде и появлением зоба у населения, и, напротив, наблюдается значительное уменьшение частоты зоба, когда йод добавляется в пищу. Для развития зоба в условиях йодного дефицита необходимо 2–3 года, для нормализации размеров железы – несколько лет лечения препаратами йода, для предупреждения рецидива – постоянная йодная профилактика.

Цель работы – оценить распространенность диффузного эндемического зоба в г. Иваново и Шуйском районе Ивановской области у детей и подростков, в том числе относящихся к разным социальным группам, и определить эффективность проводимых профилактических и лечебных мероприятий.

Проанализированы результаты профилактических осмотров детей в возрасте 5–17 лет детскими эндокринологами г. Иванова и Шуи. Среди осмотренных было 2114 в 2013 г., 2483 в 2014 г. и 1493 в 2015 г. школьников общеобразовательных школ г. Иванова, 2076 в 2014 г. и 1211 в 2015 г. школьников г. Шуи, 1254 (2013–2015 гг.) воспитанников специальных (коррекционных) образовательных учреждений, 265 (2014 г.) и 243 (2015 г.) детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, проживающих в стационарных учреждениях.

Среди школьников общеобразовательных школ г. Иванова диффузный эндемический зоб (ДЭЗ) выявлен у 7,4% в 2013 г., у 12,7% в 2014 г. и у 10,9% в 2015 г. Поскольку функция железы при ДЭЗ длительное время остается неизменной, выявить увеличение ЩЖ можно только при целенаправленном обследовании. В соответствии с приказом МЗ от №1346 21.12.12 впервые школьники осматриваются детским эндокринологом в возрасте 10 лет. Уже в этом возрасте распространенность зоба колеблется от 4,6 до 13,6%, и у девочек встречается в 1,5–2 раза чаще, чем у мальчиков. В следующем декретированном возрасте – 14 лет, кроме осмотра, всем подросткам проводится ультразвуковое исследование щитовидной железы. Распространенность зоба в этом возрасте достигает 7–15,1%, и у девушек зоб диагностируется в 3–4 раза чаще, чем у юношей. В 15 и 16 лет сохраняются высокие цифры частоты встречаемости зоба (9,8–14,9 и 6,9–13,6% соответственно) и гендерные различия. В Шуйском районе распространенность ДЭЗ по данным профилактических осмотров школьников значительно выше и составляет 25–26% (2014–2015 гг.). Необходимо отметить, что за последние пять лет отмечается снижение распространенности ДЭЗ, так в 2008 г. по данным профилактических осмотров (г. Иваново и районы области) ДЭЗ регистрировался у 29,7%, а в 2009 – у 32,4% школьников. Как видно из приведенных данных распространенность зоба за последние три года, особенно у городских школьников, значительно уменьши-

лись, но остается на уровне, указывающем на сохранение йодного дефицита в регионе. Это диктует необходимость активного проведения и контроля эффективности йодной профилактики. Примером эффективности проведения йодной профилактики могут служить результаты осмотров детей-сирот, проживающих в стационарных учреждениях. Программа диспансеризации этой группы детей на территории Ивановской области проводится с 2007 года, дети 5–17 лет осматриваются ежегодно, всем проводится УЗИ и при необходимости гормональное обследование. В приготовлении пищи у них используется только йодированная соль, кроме того проводится групповая профилактика и по показаниям лечение препаратами калия йодида. Все это позволило снизить распространенность ДЭЗ у детей-сирот по г. Иванову за семь лет с 16 до 6%. В Шуйском районе зоб зарегистрирован у 11% (2014 г.) и у 8% (2015 г.), что в два-три раза меньше, чем у школьников этого района.

Приведенные данные отражают роль медицинских осмотров детского населения в ранней диагностике йоддефицитных заболеваний, в своевременном назначении их лечения, а также возможность использования для мониторинга эффективности йодной профилактики как в регионе в целом, так и в отдельных образовательных учреждениях.

### **ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК МАРКЕР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК**

**М. Г. Омеляненко<sup>1</sup>, В. А. Шумакова<sup>1</sup>, Е. В. Урусова<sup>2</sup>, А. П. Манжос<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России

<sup>2</sup> ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

По данным эпидемиологических исследований, признаки повреждения почек или умеренное/выраженное снижение скорости клубочковой фильтрации выявляются у каждого десятого в общей популяции. Согласно результатам NHANES II и III распространенность хронической болезни почек (ХБП) среди взрослого населения США достигает 13%, причем большинство пациентов имеют первые три стадии ХБП. В России частота ранних стадий ХБП достигает 36% среди лиц старше 60 лет. В настоящее время нарушение функции почек расценивается как фактор ускоренного развития патологии сердечно-сосудистой системы. У пациентов с ХБП сердечно-сосудистый риск повышается в 20 раз по сравнению с основной популяцией. Известно, что в патогенезе сердечно-сосудистых осложнений при дисфункции почек большое значение имеет нарушение функции эндотелия. Роль эндотелиальной дисфункции (ЭД) в формировании и прогрессировании ХБП представляется закономерной, однако изучена еще недостаточно. Нарушение функционального состояния эндотелия как локально в почке, так и в системном русле выявляется уже на ранних стадиях ХБП, что способствует развитию дезадаптивного ремоделирования сердца и сосудов, а также быстрому прогрессированию атеросклероза.

Цель исследования – оценить маркеры дисфункции эндотелия у больных с различными стадиями ХБП, а также при проведении программного диализа.

Обследовано 97 человек (65 женщин и 32 мужчины, средний возраст  $50,4 \pm 3,1$  года) с ХБП, находившихся на лечении в нефрологическом отделении ОБУЗ ИвОКБ г. Иванова. Критерии включения: ХБП 1–5 стадий у пациентов хроническими воспалительными заболеваниями почек (хроническим пиелонефритом, хроническим тубулоинтерстициальным нефритом) при отсутствии клинико-лабораторных признаков обострения заболевания в течение последних 6 месяцев,

пациенты ХБП 5 стадии, получающие заместительную почечную терапию программным гемодиализом (ПГД). Диагноз ХБП был верифицирован на основании осмотра больных, результатов лабораторных и инструментальных методов. Стадию ХБП устанавливали в соответствии с рекомендациями Национального почечного фонда США (K/DOQI, 2002). Скорость КФ рассчитывали по формуле MDRD. В зависимости от стадии заболевания пациенты распределялись следующим образом: ХБП 1–2 ст. – 20 человек; 3 ст. – 20; 4 ст. – 17; 5 ст. (до начала ПГД) – 20; 5 ст. (при проведении ПГД) – 20. Кроме общеклинического обследования всем больным определяли показатели функции эндотелия. Для оценки эндогенной продукции оксида азота в плазме крови определялись суммарная концентрация нитрит- и нитрат-ионов ( $\text{NO}_x$ ) и L-цитруллина (LC). Подсчет десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) в плазме крови проводился по методу J. Hladovec. Группу контроля составили 30 практически здоровых лиц, сопоставимые по полу и возрасту с пациентами основной группы.

В результате проведенного исследования было установлено, что изменения маркеров дисфункции эндотелия, имеют разнонаправленный характер и зависят от стадии ХБП. Значительное уменьшение концентрации  $\text{NO}_x$  и LC плазмы было выявлено у пациентов с ХБП 1–3 ст. по сравнению с контролем, что свидетельствует о снижении продукции NO и наличии выраженной ЭД. По мере прогрессирования ХБП концентрации  $\text{NO}_x$  и LC, а также количество ДЭ в плазме значительно увеличивались, достигая максимума у больных с ХБП 5 ст. В этой ситуации гиперпродукцию  $\text{NO}_x$  и LC следует расценивать как показатель декомпенсации системы NO-эндотелий. На фоне лечения ПГД концентрации  $\text{NO}_x$  и LC плазмы у пациентов значительно снижались и приближались к нормальным значениям, что отражает стабилизацию и компенсацию системы NO-эндотелий. Нестойкость компенсации при проведении ПГД лучше всего отражает количество ДЭ. Выявлено, что число ДЭ у больных на фоне лечения ПГД не достигает снижения, сопоставимого с показателями в контрольной группе.

Таким образом, для больных с ХБП характерна ДЭ, которая прогрессирует по мере повышения стадии процесса. Декомпенсации системы NO-эндотелий наблюдается у пациентов с 4–5 стадиями ХБП. Проведение ПГД способствует стабилизации системы NO-эндотелий, следовательно, этот метод лечения следует отнести не только к способам лечения хронической почечной недостаточности, но и к методам коррекции ЭД у пациентов с ХБП.

### **РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ РЕСПИРАТОРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ ЛАРИНГОТРАХЕИТОМ**

**С. Н. Орлова, Е. П. Калистратова, М. А. Колосова, С. В. Уколова,  
Л. Б. Воронина**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

*ОБУЗ «1-я городская клиническая больница» г. Иваново*

Современная патология органов дыхания характеризуется повышением числа респираторных инфекций во всех возрастных группах, что во многом связано со снижением иммунологической реактивности населения. Под влиянием факторов, подавляющих функцию цилиарного аппарата и иммунной защиты (искусственное вскармливание, хронические очаги инфекции, переохлаждение, высокая сенсibilизация окружающей среды, курение, в том числе и пассивное, и другие), организм ребенка становится восприимчивым к различным инфекционным агентам, что спо-

сопутствует его частой заболеваемости острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ). Нередко ОРЗ у детей протекают с явлениями стенозирующего ларинготрахеита (СЛТ).

СЛТ остается одной из актуальных и недостаточно решенных проблем педиатрии. Высокая распространенность в детском возрасте, выраженный динамизм клинических симптомов, возможность быстрого развития тяжелых бактериальных осложнений и летального исхода – все это требует пристального внимания врачей различных специальностей – педиатров, пульмонологов, инфекционистов, отоларингологов и реаниматологов.

Большинство педиатров относятся к ОРЗ со СЛТ как к острому инфекционному заболеванию, которое не требует проведения реабилитационных мероприятий, диспансерного наблюдения. Среди врачей и родителей есть даже мнение, что надо просто подождать, когда ребенок «перерастет болезнь», и впоследствии у него не будет такого страшного «лающего» кашля, осиплости голоса, не будет одышки и признаков дыхательной недостаточности. Действительно, по мере роста ребенка происходит увеличение диаметра его дыхательных путей (ДП), признаки обструкции при остром воспалительном процессе становятся не такими явными. Но патологический процесс, обусловленный сформированной гиперреактивностью ДП и хроническим дисбиозом слизистых оболочек верхних ДП, с возрастом не исчезает, что обуславливает развитие других заболеваний – бронхиальной астмы (БА), аллергического ринита, хронического бронхита.

Целью исследования стало изучение состояния здоровья детей, перенесших ОРЗ со СЛТ в раннем детском возрасте, оценка эффективности двух предложенных комплексов реабилитации.

Под наблюдением было 270 детей, перенесших СЛТ на фоне ОРЗ в возрасте от 6 месяцев до 15 лет, находящихся на лечении в отделении респираторных вирусных инфекций ОБУЗ 1-я ГКБ г. Иванова, состоящих на диспансерном учете в детских поликлиниках г. Иванова и Кохмы, Ивановской области, получавших реабилитационную терапию.

Диагноз устанавливался в соответствии с классификацией, предложенной В. Ф. Учайкиным (1999). Первичный СЛТ наблюдался у 53 (19,6%) детей, повторный развился у 14 пациентов (5,2%), с рецидивирующим СЛТ (РСЛТ) обследовано 203 (75,2%) ребенка. Мальчиков было 188 (70,4%), девочек – 79 (29,6%). Частота рецидивирования СЛТ за исследуемый период составила: трижды – 43,7%, от 4 до 6 раз – 35,4%, от 7 до 10 эпизодов у 15,8%, более 10 – у 5,1% детей.

Установлено, что за время наблюдения (более 10 лет) у 28 (10,4%) детей диагностирована бронхиальная астма, респираторный аллергоз верифицирован в 17 (6,3%) случаях.

Проведено изучение эффективности применения базисной терапии (1-я программа, группа – 20 человек) у детей с РСЛТ, включающей использование гипоаллергенной диеты, орошение слизистых оболочек верхних дыхательных путей минеральной водой 4 раза в сутки, массаж биологически активных точек на лице ежедневно 3 раза в день и массаж грудной клетки, дыхательную гимнастику. Оценили эффективность двух программ лечебно-реабилитационных мероприятий, включающих помимо базисного комплекса, применение у пациентов препаратов, таких как бактериальные лизаты (Broncho-Munal) (2-я программа, группа – 20 человек) или рибосомальные комплексы (Ribomunyl) (3-я программа, группа – 10 человек), средства, влияющие на гиперреактивность дыхательных путей Fen-spride (зреспал). Курс базисной терапии составил 21 день, для второй программы – 3 месяца, для третьей программы – 6 месяцев. Эффективность лечения контролировалась дважды – перед началом и после окончания терапии.

Анализ эффективности использования 2-й и 3-й программ лечебно-реабилитационных мероприятий по сравнению с группой детей, получавших только базисную терапию (1-я программа) показал высокую их терапевтическую эффективность. При использовании 2-й программы, где основным препаратом, воздействующим на состав микрофлоры респираторного тракта, является бронхомунал, восстановление нормального микробиоценоза носоглотки по окончании 3 месяцев лечения мы регистрировали у 75% детей, в ротоглотке – у 45% обследованных пациентов, уменьшение чувствительности ДП произошло у 75% обследованных. Использование 3-й программы, включавшей рибомунил, показало 100% его эффективность в ликвидации дисбиотических нарушений верхних дыхательных путей. Также регистрировалась 95% эффективность 3-й программы в нормализации чувствительности ДП.

Таким образом, проведенное исследование показало, что у 16% детей, перенесших ОРЗ со СЛТ впоследствии формируются БА и респираторный аллергоз. Подход к выбору комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий должен быть индивидуальным и определяться характером дисбиотических нарушений на слизистых оболочках верхних ДП, выраженностью гиперреактивности ДП. Восстановление нормального состава микробиоценоза сопровождается снижением уровня чувствительности верхних ДП, уменьшением деструктивных изменений в соединительной ткани, а значит, способствует и скорейшему её морфологическому восстановлению, что предотвращает повторное развитие СЛТ на фоне ОРЗ.

## **ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА У ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА**

**И. А. Романенко, О. В. Валатина, О. Ю. Корсун, В. Б. Гринштейн,  
И. В. Юдин**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России  
ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»*

Сахарный диабет (СД) входит в число основных причин смертности и инвалидизации населения России, оставаясь на сегодняшний день неизлечимой патологией, а число больных стремительно увеличивается с каждым годом. Лица с доклиническим нарушением углеводного обмена представляют группу очень высокого риска развития СД, однако, опасность этого состояния зачастую недооценивается в амбулаторной практике.

Цель исследования – разработать программу оздоровления лиц с доклиническим нарушением углеводного обмена с учетом их выявления, терапевтического обучения и коррекции обнаруженных изменений для повышения эффективности профилактики СД.

В процессе профилактического осмотра работающего населения осуществлен скрининг лиц с ранними нарушениями углеводного обмена. По результатам проведенного им глюкозотолерантного теста (ГТТ) у 125 человек была диагностирована нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ). Возраст обследуемых составил  $52,3 \pm 6,2$  года, женщин – 65%, мужчин – 35%. С каждым из пациентов было подписано информированное согласие на анкетирование, обследование и обучение в «Классе профилактики сахарного диабета» с одновременной коррекцией выявленных метаболических нарушений. Анкетирование с помощью оригинального опросника дало возможность оценить уровень осведомленности обследованных лиц о целевых значениях артериального давления (АД), гликемии, холестерина, о модифицируемых и немодифицируемых факторах риска

развития СД, об их приверженности назначениям врача и ответственности за сохранение своего здоровья. Всем пациентам осуществляли определение артериального давления (АД), биоимпедансного содержания жировой ткани, иммунореактивного инсулина (ИРИ), критерия инсулинрезистентности (НОМА), состояния липидного профиля: уровень общего холестерина, триглицеридов, холестерина ЛПВП, холестерина ЛПНП.

Затем все обследованные лица были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрастному и гендерному составу. Первая группа состояла из 80 пациентов с НТГ, которые прошли курс терапевтического обучения и коррекции выявленных метаболических нарушений в течение трех месяцев. Вторая группа (45 человек с НТГ) составила группу контроля. Все лабораторные и инструментальные исследования осуществлялись в динамике (до терапевтического обучения и после него).

При обследовании пациентов с НТГ у них были обнаружены следующие нарушения: повышение уровня АД, характерное для 1–2 степени АГ, ожирение 1 – 3 степени, высокое содержание жировой ткани в общей массе тела –  $42,6 \pm 1,5\%$ , инсулинорезистентность (критерий НОМА =  $5,4 \pm 0,8$ ), значительный уровень в крови ХЛПНП –  $4,5 \pm 0,7$  ммоль/л.

Анализ результатов анкетирования пациентов с НТГ выявил низкий уровень их комплаентности назначениям врача, направленным на оздоровление образа жизни, коррекцию метаболических нарушений и ликвидацию вредных привычек. Пациентам с НТГ из 1-й группы наблюдения была назначена немедикаментозная терапия (индивидуальная диетотерапия, дозированные физические нагрузки) и медикаментозное лечение; одновременно они проходили курс терапевтического обучения. Повторное анкетирование пациентов 1-й группы зарегистрировало у них рост информированности о целевых показателях АД, уровнях гликемии и холестерина, повысилась их ответственность за сохранение своего здоровья; комплаентность назначениям врача возросла вдвое. У пациентов 1-й группы достоверно снизился показатель инсулинрезистентности (НОМА), у большинства пациентов были достигнуты целевые значения артериального давления, на 4%, уменьшился ИМТ. У половины лиц с НТГ первой группы наблюдения нормализовался углеводный обмен, о чем свидетельствовали результаты ГТТ через 12 недель терапии. Анализ значений изучаемых показателей во 2-й группе пациентов с НТГ не выявил существенной положительной динамики, а нормализация показателей ГТТ зарегистрирована лишь в 10% наблюдений.

Таким образом, проведение профилактического лечения и терапевтического обучения пациентам с НТГ значительно повышает у них эффективность профилактики СД.

## **ДИФфуЗИОННО-ВЗВЕШЕННЫЕ ИЗОБРАЖЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**Э. К. Рустамова**

*Лечебно-диагностический центр  
Международного института биологических систем, г. Иваново*

В последнее время значительная роль в диагностике различных патологических изменений головного мозга принадлежит магнитно-резонансной томографии (МРТ). Успех в лечении любой патологии напрямую зависит от правильно поставленного диагноза в ранние сроки заболевания. Диффузионно-взвешенная МРТ (ДВ МРТ) как метод нейровизуализации позволяет быстро (время стандартной методики МРТ в сочетании с диффузионно-взвешенными изображениями (ДВИ) составляет не более 15–20 минут, а чистое сканирование режиме диффузии составляет от 20 секунд до 5

минут) и неинвазивно получить информацию о наличии или отсутствии различных патологических изменений в веществе головного мозга. Необходимым техническим условием для получения ДВИ является выполнение методики на томографе с индукцией магнитного поля не менее 1,5 Тл.

Диффузионно-взвешенные изображения – это изображения, полученные с помощью эхо-планарных последовательностей, отображающие скорость диффузии в исследуемом объеме. Получение ДВИ основано на визуализации броуновского движения молекул воды в здоровых и поврежденных тканях. По интенсивности сигнала на ДВИ можно судить о диффузионной способности протонов воды в разных тканях человеческого организма. При патологических процессах отмечается изменение степени диффузии протонов воды, что отражается на ДВИ. Этот процесс можно измерить с помощью коэффициента диффузии (ИКД – измеряемый коэффициент диффузии), который характеризуется средним квадратом расстояния, которое проходят молекулы воды за единицу времени.

В диагностике объемных образований головного мозга определение ИКД позволяет судить о степени доброкачественности опухоли, стадии опухоли (на основании клеточной плотности; наиболее характерно для глиом), протяжении и границах опухолевой инфильтрации (за счет разницы сигнала на ДВИ и ИКД-картах от опухолевой ткани, зоны перифокального отека и интактной ткани головного мозга). Так, например, если клетки опухоли расположены достаточно редко, т. е. ткань имеет относительно невысокую клеточность, а ядра клеток мономорфны, и площадь их невелика, вода легко диффундирует в структуре опухолевой ткани, что позволяет говорить о низкой степени злокачественности выявленного объемного образования (высокой степени дифференцированности). При высокой клеточности опухоли в сочетании с гетерогенностью структуры опухолевой ткани характерно повышение сигнала на ДВИ от инфильтративной части (солидного компонента) опухоли со снижением сигнала на ИКД-картах. При использовании множественных измерений ИКД и сравнении полученных результатов с ИКД неизменной ткани головного мозга можно оценить границы опухолевой инвазии. По интенсивности МР-сигнала на ДВИ можно определить границы солидного и кистозного компонентов в первичных опухолях головного мозга и в метастазах в головной мозг. При метастатическом поражении головного мозга по степени интенсивности сигнала на ДВИ и ИКД-карте можно судить о клеточном строении первичной опухоли.

ДВИ позволяют не только дифференцировать острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) от хронических НМК, но и дают возможность определения стадии ишемического инсульта. Уже в острейшую стадию ишемического инсульта характерно повышение МР-сигнала на ДВИ и понижение на ИКД-картах, что делает возможным раннюю диагностику ОНМК по ишемическому типу (в первые 2–6 часов после острого сосудистого эпизода). Эти изменения сигнальных характеристик сохраняются в острую и подострую фазы ишемии, для хронической стадии характерен изоинтенсивный сигнал на ДВИ и высокоинтенсивный на ИКД-картах. Данная методика является немаловажной для своевременного назначения лечения, что в свою очередь определяет прогноз заболевания и качество жизни пациента.

При хронических нарушениях мозгового кровообращения (группа дисциркуляторных энцефалопатий) на ДВИ отмечается слабое повышение или изоинтенсивный сигнал от очаговых изменений в веществе мозга, на ИКД-картах – высокая интенсивность сигнала, что позволяет дифференцировать «свежие» зоны ишемии даже небольших размеров от очаговых дисциркуляторно-дистрофических изменений вещества мозга.

В ходе совместной работы с врачами отделений неврологии и терапии ОБУЗ «Ивановского областного госпиталя для ветеранов войн» нами были выявлены ОНМК по ишемическому типу у пациентов, не имеющих четкой клинической картины ишемического инсульта, в начальной стадии развития ОНМК (не позднее 2 часов с момента ухудшения самочувствия), что значительно помогло в постановке диагноза. Диагноз ОНМК по ишемическому типу у пациентов был подтвержден спустя 6–8 часов после выполнения ДВ-МРТ при развитии клинической картины, характерной для ОНМК.

Таким образом, диффузионно-взвешенные изображения являются необходимым дополнением к стандартной методике МРТ и имеют большую значимость в ранней диагностике ишемических инсультов, дифференциальной диагностике различных патологических процессов и заболеваний головного мозга.

## **НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ АРТРИТ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ**

**Л. В. Сизова**

*ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет»  
Минздрава России*

Недифференцированный периферический артрит (НПА) (по МКБ-10 – неуточненный артрит) – воспалительное поражение одного или нескольких суставов, которое на данный момент не может быть отнесено к какой-либо определенной нозологической форме, то есть не соответствующее классификационным критериям ревматоидного артрита (РА) или какого-либо другого заболевания. Группа пациентов с НПА является наиболее сложной в диагностическом плане, поскольку эти больные для верификации диагноза требуют динамического наблюдения и повторных обследований.

Цель исследования – улучшить выявляемость РА у больных с НПА в амбулаторно-поликлинических условиях.

Обследовано 250 пациентов (211 женщин и 39 мужчин) в возрасте от 18 лет и старше с неуточненным артритом длительностью не более 1 года («ранним артритом»), направленных врачами поликлиник г. Оренбурга на кафедру поликлинической терапии ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава России при клиническом подозрении на РА или обратившихся самостоятельно. У всех больных проводилась общепринятая в ревматологии клиническая оценка суставного синдрома. Лабораторные исследования включали клинический анализ крови, оценку скорости оседания эритроцитов по Вестергрену, биохимический анализ крови (общий белок, его фракции, аминотрансферазы, мочевины, креатинин). Из иммунологических показателей определяли С-реактивный белок, а также ревматоидный фактор (РФ) латекс-тестом. Дополнительно пациенты направлялись в коммерческие лаборатории г. Оренбурга на исследование иммуноглобулинов М РФ (IgM РФ), антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) или антител к модифицированному цитруллинированному виментину (АМЦВ). Для исключения хронического гепатита исследовались иммунохимическими тестами маркеры HBsAg, АТ к вирусам гепатита В и С. По показаниям проводились лабораторные исследования для дифференциальной диагностики РА с подагрой, системной красной волчанкой, реактивным артритом и др. заболеваниями. Всем больным в условиях поликлиники выполняли стандартную рентгенографию кистей в прямой проекции и наиболее пораженных суставов, а также ультразвуковое исследование (УЗИ) пястно-фаланговых, лучезапястных и коленных суставов, позволяющее диагностировать субклинические синовиты, периаартриты и эрозии пястных костей. Пациенты

с неуточненным диагнозом наблюдались до его установления (максимально – до двух лет). В случае верификации других диагнозов больным рекомендовали соответствующее лечение и наблюдение у ревматолога по месту жительства.

В результате исследования у 114 (45,6%) из 250 пациентов был диагностирован ранний РА, у 128 (51,2%) – другой диагноз (остеоартроз, реактивный артрит, подагра и т.д.). У 8 (3,2%) больных артрит остался неуточненным, в основном по причине неявики на контрольные осмотры.

Одну из ключевых ролей в верификации играла дифференциальная диагностика подозреваемого раннего РА с другими заболеваниями суставов. Из 114 больных с установленным в анамнезе РА после первичного обследования классификационным критериям ACR (1987) отвечали только 50,9% пациентов. Подтверждению диагноза РА у остальных больных способствовало проведение оценки критериев повторно и кумулятивно (то есть с учетом всех изменений, выявленных за период динамического наблюдения). Ретроспективный анализ классификационных критериев ACR/EULAR (2010) для верификации диагноза РА показал, что на момент включения в исследование минимальный порог 6 баллов из 10 возможных преодолели только 98 (86%) из 114 больных. В настоящее время, согласно Федеральным клиническим рекомендациям, у больных, которые не соответствуют критериям на момент осмотра, при обнаружении типичных эрозий на рентгенограммах может быть установлен достоверный диагноз РА. В нашем исследовании при рентгенографии суставов кистей в прямой проекции эрозии были выявлены только у 7 (6,1%) больных ранним РА, в том числе в пястно-фаланговых суставах – у 6 (5,3%). В то же время краевые костные эрозии пястных костей при УЗИ выявлялись в 88% случаев.

Таким образом, применение в амбулаторной практике дополнительных иммунологических методов, УЗИ пястно-фаланговых суставов у больных с НПА с учетом проведения дифференциальной диагностики с артритами другого генеза улучшает раннюю диагностику РА.

## **АНАЛИЗ ПОСЛЕДСТВИЙ ВРОЖДЕННЫХ И УСТАНОВОЧНЫХ КРИВОШЕЙ**

**Н. Н. Силкина, И. Е. Савельева**

*ОБУЗ «Детская городская поликлиника № 2» г. Шуи, Ивановская обл.*

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»*

*Минздрава России*

Кривошея – одно из самых часто встречающихся заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей. Бывает как врожденным, так и приобретенным. В России данная проблема представлена буквально в единичных статьях и монографиях (Губин А. В., 2010; Савельева И. Е. с соавт., 2004), и практически не отражена в основной массе отечественных учебников по ортопедии-травматологии. Чаще всего в научных работах описываются клинические случаи, в соответствии с диагнозом – острый атлanto-аксиальный ротационный подвывих. В литературе зафиксировано, как минимум, 80 причин кривошеи. В зарубежных руководствах принято деление кривошеи у детей на 4 весьма спорные категории. При этом в литературе практически отсутствуют сведения о последствиях кривошеи.

Целью нашей работы явился анализ последствий врожденных и приобретенных кривошей.

Методы, которые мы использовали в работе, включали соматометрию, соматоскопию, рентгенографию, а также консультации невролога и травматолога-ортопеда.

С 2008 по 2015 г. методами лечебной физкультуры (ЛФК) и массажа было пролечено 26 детей в возрасте до 1 года с кривошеей. При этом с врожденной мышечной кривошеей пролечено 7 человек, с установочной кривошеей 19 человек. Контрольную группу составили 22 человека без кривошеи, сравнимые с основной группой по возрасту и полу.

При врожденной мышечной кривошее в грудино-ключично-сосцевидной мышце еще внутритробоно происходят морфологические изменения – образование фиброзной соединительной ткани, замещающей порочные недоразвитые мышечные волокна, хотя другая часть мышечных волокон развита нормально. Это подтверждалось нами при пальпации – выявлялись уплотнения, мышца определялась как укороченная и менее эластичная по сравнению со здоровой парной мышцей. Диагноз же установочной кривошеи был неоднороден и включал в себя как позиционную кривошею, вследствие неправильного, одностороннего положения головы ребенка по недосмотру родителей, либо возникшую в результате одностороннего повышенного тонуса, также встречались и родовые травмы с поражением околопозвоночных шейных мышц или вывихом шейных позвонков. Сюда же можно отнести и патологические изменения верхней порции трапециевидной мышцы, аналогичные той, что происходят в грудино-ключично-сосцевидной мышце при врожденной кривошее, однако характерным признаком ее будет наклон головы ребенка в сторону и ее запрокидывание назад.

Исходя из нашего опыта, врожденная мышечная кривошея лечится тяжелее и дольше, чем установочная. Для ее устранения потребовалось от 3 до 7 курсов лечения, при этом одному ребенку была произведена операция по поводу острой кривошеи в возрасте старше 1 года, исход – после операции кривошея сохраняется. Другой ребенок уже много лет наблюдается ортопедами нашей детской поликлиники с диагнозом врожденной мышечной кривошеи. Установочные кривошеи, в большинстве случаев, вылечивались нами за один курс. Только трем детям потребовался второй курс лечения. Все выписаны с выздоровлением.

Признаки неблагополучия опорно-двигательного аппарата в виде вальгусной деформации нижних конечностей, плоско-вальгусных стоп, сколиотической осанки имели 42% обследованных детей.

Анализируя данные заболеваемости этих детей по прошествии 3–7 лет, видим, что 70% из них наблюдаются ЛОР-врачами с диагнозом: аденоиды 2 степени, у многих присоединяется и гипертрофия небных миндалин от 1 до 3 степени, 30% состоят в группе «длительно и часто болеющих» (ДЧБ).

При этом наиболее выраженные нарушения у ребенка с кривошеей, пролеченной оперативным путем: аденоиды 2–3 степени, состоит в группе ДЧБ, наблюдается неврологом с диагнозом – последствия перинатального поражения ЦНС, ортопедом с диагнозом – плоско-вальгусные стопы. У другого ребенка с наблюдающейся врожденной мышечной кривошеей помимо аденоидов и гипертрофии небных миндалин имеется и хронический тонзиллит.

Чем объяснить такую частую патологию носоглотки вследствие перенесенной кривошеи? Кровоснабжение миндалин обеспечивается восходящей глоточной и лицевой артериями, которые являются ветвями наружной сонной артерии, а также нисходящей небной артерией из верхнечелюстной артерии. Возможно, гипертрофия и воспаление миндалин – это результат нарушения кровоснабжения патологически измененной мышцей или длительным односторонним положением данной анатомической области. А значит, чем раньше начато реабилитационное лечение и быстрее исправлена кривошея, тем меньше вероятность в более позднем возрасте получить хроническую патологию носоглотки или попасть в группу часто болеющих детей.

## **ПРЕДИКТОРЫ ВОЗМОЖНЫХ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА**

**И. В. Тентелова<sup>1</sup>, Д. В. Андреева<sup>1</sup>, О. В. Швагер<sup>1</sup>, Е. Ш. Валиуллина<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России

<sup>2</sup> ОБУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Иванова

Поражения эндотелия наблюдается практически при всех сердечно-сосудистых заболеваниях, в том числе и при артериальной гипертонии. Одним из повреждающих факторов эндотелия при артериальной гипертонии является гемодинамическая перегрузка.

Цель исследования – изучить влияние гемодинамической перегрузки на дисфункцию эндотелия при артериальной гипертонии. С этой целью на базе терапевтического отделения ОБУЗ ГКБ № 7 г. Иванова было проведено общеклиническое обследование 25 больных с гипертонической болезнью 2 стадии без признаков сердечной недостаточности, из них было 16 женщин и 9 мужчин. Средний возраст  $50,4 \pm 5,13$  года. Вазомоторную функцию эндотелия обследовали с помощью дуплексного сканирования экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий.

Проанализированы основные эхокардиографические показатели, отражающие состояние левого желудочка и сопоставлены с комплексом интима – медиа (КИМ) экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий. Выявлен ряд корреляционных связей между состоянием левого желудочка и КИМ. Так, при увеличении конечного диастолического и конечного систолического размеров левого желудочка прослеживается тенденция к увеличению толщины сосудистой стенки ( $r = 0,25$  и  $r = 0,27$  соответственно). Более тесная корреляционная связь выявлена между изменением сосудистой стенки и индексом массы миокарда левого желудочка ( $r = 0,45$ ). При сопоставлении показателя фракции выброса с КИМ установлена обратная корреляционная связь ( $r = -0,26$ ). Так, при снижении фракции выброса наблюдается увеличение толщины сосудистой стенки.

Таким образом, развитие гипертрофии левого желудочка и нарушение его функции у больных артериальной гипертонией способствуют развитию дисфункции эндотелия. Общедоступность исследования данных показателей в общей лечебной сети позволит использовать их как предикторов развития возможных сосудистых осложнений у больных с артериальной гипертонией и разработать план профилактических мероприятий этих осложнений.

## **СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**М. Н. Уткина, Е. И. Уткина**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Заболевания сердечно-сосудистой системы, являющиеся весьма широко распространенной патологией, имеют четкую тенденцию к росту и стойко удерживают первенство среди причин заболеваемости и смертности населения в экономически развитых странах. Анализ литературных данных показывает, что еще задолго до возникновения патологии сердца развиваются выраженные нарушения вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы. В связи с этим ранняя диагностика и коррекция этих вегетативных сдвигов может иметь большое практическое значение.

Цель – оценка состояния вегетативной нервной системы у больных сердечно-сосудистой патологией.

Обследованы 36 человек с гипертонической болезнью и 62 – со стабильной стенокардией. Контрольная группа, состоящая из практически здоровых лиц, составила 30 человек. Для оценки типа реактивности вегетативной нервной системы использовались определение местного дермографизма и вычисление вегетативного индекса Кердо. Длительный стойкий и возвышающийся красный дермографизм расценивался как проявление повышения функции парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, а белый – симпатического. При полном «вегетативном равновесии» вегетативный индекс равен нулю. При его отрицательном значении повышен парасимпатический тонус, при положительном – симпатический.

Определение местного дермографизма позволило приблизительно распределить больных следующим образом: у 72,6% больных стенокардией и 94,4% больных гипертонической болезнью был выявлен красный дермографизм, что свидетельствовало о преобладании у больных ваготонии. Расчет вегетативного индекса Кердо подтвердил эти данные. Повышение тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы было выявлено у 67,8% больных стенокардией и 88,9% больных гипертонической болезнью. Гиперсимпатикотония с помощью местного дермографизма была выявлена у 27,4% больных стенокардией и 5,6% больных гипертонической болезнью. Расчет вегетативного индекса Кердо также подтвердил эти данные. Повышение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы было выявлено у 30,6% больных стенокардией и 2,8% больных гипертонической болезнью. Также индекс Кердо позволил выявить больных стенокардией и гипертонической болезнью, имеющих «вегетативное равновесие» (1,6 и 8,3% соответственно).

Таким образом, методом определения местного дермографизма и вычислением индекса Кердо в целом определяется одна и та же картина вегетативных влияний на сердечнососудистую систему: у больных стабильной стенокардией и гипертонической болезнью отчетливо доминирует преобладание тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Это можно объяснить истощением симпатического отдела вегетативной нервной системы и срывом адаптации сердечно-сосудистой системы на фоне органической патологии.

### **ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОДИНАМИКИ И СТЕПЕНИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

**Н. А. Халикова, И. Е. Мишина, Т. В. Михайловская, А. А. Забродина,  
М. В. Кудряшова**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

У пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП) в остром периоде ишемического инсульта (ИИ) состояние церебральной гемодинамики и прогноз во многом зависят от уровня и стабильности артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС).

Целью исследования являлось изучение влияния АД и ЧСС на степень восстановления неврологического дефицита у больных постоянной формой ФП в остром периоде ИИ.

Обследовано 175 пациентов с постоянной формой ФП в остром периоде ИИ, из них 64 (36,57%) мужчин и 111 (63,43%) женщин. Средний возраст больных составил 75,0 (72,0; 79,0) года. Изучались показатели систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД) и ЧСС в первые 24 часа ИИ, затем на 5, 10, 15-е сутки заболевания и при выписке пациента из стационара (18–21 сутки болезни). Степень тяжести неврологического дефицита (НД) определяли по шкале NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) в первые 48 часов ИИ и на момент окончания госпитализации. Степень нарушения двигательной активности оценивалась с помощью индекса мобильности Ривермид (the Rivermead Mobility Index) при поступлении и выписке пациента из стационара.

У 49 больных (28,0%) течение 21 суток ИИ был зарегистрирован летальный исход, в дальнейший анализ они не включались. Среди выживших пациентов (126 человек, 72,0%) выделены первая подгруппа с ухудшением неврологического статуса или недостаточным регрессом НД (< 50%), в которую вошли 51 (40,48%) больных, и вторая подгруппа с регрессом НД > 50%, состоящая из 75 человек (59,52%). Пациенты обеих подгрупп достоверно не отличались по степени выраженности НД при поступлении и стадии ХСН.

При проведении ежедневной сравнительной межгрупповой оценки уровня САД в анализируемых подгруппах установлено, что у больных с лучшей динамикой восстановления неврологических функций (регресс НД > 50%) чаще регистрировалось САД в пределах 140–159 мм рт. ст. на 5-е, 140–149 мм рт. ст. – на 10-е и 135–139 мм рт. ст. – на 21-е сутки ИИ ( $p < 0,05$ ). Анализ динамики ДАД показал, что на 5-е и 10-е сутки ИИ во второй подгруппе оказалась значимо выше доля пациентов с ДАД 80–89 мм рт. ст., а на 15-е и 21-е сутки – с ДАД 75–79 мм рт. ст. по сравнению с аналогичными показателями в первой подгруппе. Лучшие показатели восстановления НД продемонстрировали больные с ЧСС 60–99 ударов в минуту на 5-е, ЧСС 60–89 ударов в минуту – на 10, 15 и 21-е сутки ИИ.

На момент выписки из стационара наилучшая динамика восстановления НД (процент снижения количества баллов по шкале NIHSS относительного его исходного уровня) была отмечена у пациентов с достигнутым диапазоном САД на 21-е сутки 135–139 мм рт. ст. по сравнению с больными с САД 140 мм рт. ст. и более ( $p < 0,05$ ). Динамика восстановления двигательной активности ( $\Delta$  индекс мобильности Ривермид) оказалась значимо больше в подгруппе с ЧСС 60–89 ударов в минуту к 21-м суткам ИИ по сравнению с больными с ЧСС 90 и более ударов в минуту ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, на основании полученных результатов можно предположить, что при отсутствии значимых различий в показателях неврологического статуса в дебюте ИИ у пациентов с постоянной формой ФП восстановление неврологических функций зависит, в том числе, и от степени контроля показателей гемодинамики в различные сроки острого периода заболевания.

## **IV. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

### **СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ СКОРОСТЬЮ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ И СОСТОЯНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА КАК РАННИЙ ФАКТОР ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

**Д. В. Андреева<sup>1</sup>, И. В. Тентелова<sup>1</sup>, Т. И. Рупасова<sup>1</sup>, М. В. Цветкова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России

<sup>2</sup> ОБУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Иванова

Поражение почек встречается достаточно часто на фоне течения артериальной гипертонии. Изменение скорости клубочковой фильтрации является одним из показателей, отражающих состояние почечного кровотока.

Цель работы – оценить влияние состояния левого желудочка на функцию почек при артериальной гипертонии.

Проведено общеклиническое обследование 28 больных с гипертонической болезнью 2 стадии без признаков сердечной недостаточности, из них было 16 женщин и 12 мужчин. Средний возраст пациентов  $57,4 \pm 4,02$  года. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле Кокрофта – Голта.

Проанализированы основные эхокардиографические показатели, отражающие состояние левого желудочка и выявлены определенные корреляционные связи со СКФ. Так выявлена достаточно тесная корреляционная связь между конечным систолическим и конечным диастолическим размерами левого желудочка со СКФ ( $r = 0,47$  и  $r = 0,5$  соответственно), в меньшей степени с массой миокарда левого желудочка ( $r = 0,314$ ). Скорость клубочковой фильтрации нарастала при нарушении систолической функции левого желудочка (снижении фракции выброса  $r = -0,425$ ).

Таким образом, развитие гипертрофии левого желудочка и нарушение его функции у больных с артериальной гипертонией, возможно, способствует нарушению почечного кровотока (увеличение скорости клубочковой фильтрации является начальным проявлением поражения почек).

### **НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ УГРОЖАЮЩЕГО ПРИВЫЧНОГО ВЫКИДЫША**

**Н. Ю. Борзова, Н. И. Иваненкова, М. Л. Добрынина**

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт  
материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России

В современном мире проблема невынашивания беременности по своей социальной и медицинской значимости занимает одно из ведущих мест, так как оказывает отрицательное влияние на соматическое и репродуктивное здоровье женщины.

ны, на психоэмоциональный статус пациентки, снижает ее работоспособность и социальную адаптацию. Основные причины данной патологии хорошо изучены, однако стандартного подхода в лечении беременных с угрожающим привычным выкидышем на настоящий момент нет, что создает предпосылки для поиска немедикаментозных способов лечения, которые позволят снизить лекарственную нагрузку на организм матери и плода, сохранить желанную беременность, уменьшить число осложнений беременности, родов и улучшить перинатальные исходы. Одним из таких методов является транскраниальная электростимуляция (ТЭС-терапия).

Цель исследования – оценить влияние ТЭС-терапии на течение и исход беременности у женщин с привычным невынашиванием, перенесших угрозу прерывания в 1 триместре.

Обследовано 116 женщин в сроке гестации до 10 недель. Контрольная группа ( $n = 34$ ) – пациентки с неосложненной угрозой прерывания беременностью, основная группа ( $n = 82$ ) – с угрожающим привычным выкидышем, которая была подразделена на 2 подгруппы: I – ( $n = 42$ ) получала только традиционную сохраняющую терапию; II – ( $n = 40$ ) получала традиционную сохраняющую терапию в комплексе с ТЭС-терапией. Для проведения ТЭС-терапии использовали аппарат «Трансаир-05». Сеансы проводились 8-10 дней, продолжительностью 30 минут.

По результатам анализа клинических признаков угрозы прерывания (тянущие боли внизу живота, кровянистые выделения, сочетание данных симптомов) достоверных различий между подгруппами не выявлено ( $p > 0,05$ ). Однако отмечено, что купирование данных симптомов было достоверно быстрее во II подгруппе по сравнению с I подгруппой ( $p < 0,001$ ). Рецидив угрожающего позднего выкидыша достоверно чаще выявлялся у пациенток I подгруппы, как по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,001$ ), так и по сравнению со II подгруппой (59,5% против 32,4%; ОР 1,73; 95% ДИ 1,08–2,76;  $p < 0,05$ ).

Частота угрожающих преждевременных родов достоверно не отличалась между подгруппами ( $p > 0,05$ ), но была достоверно чаще по сравнению с контролем ( $p < 0,001$  для обеих подгрупп). Признаки плацентарной недостаточности достоверно чаще выявлялись в I подгруппе по сравнению с контролем ( $p < 0,01$ ) и со II подгруппой (53,3% против 30,6%; ОР 1,62; 95% ДИ 1,02–2,60;  $p < 0,05$ ). Также было отмечено, что беременность завершалась преждевременными родами достоверно чаще в I подгруппе пациенток по сравнению с контролем ( $p < 0,01$ ) и со II подгруппой (21,4% против 5,0%; ОР 1,87; 95% ДИ 1,28–2,75;  $p < 0,05$ ). Операция кесарево сечение в экстренном порядке достоверно чаще выполнялась в подгруппе, где проводилась традиционная сохраняющая терапия по сравнению с подгруппой с комплексным лечением (26,5% против 5,9%; ОР 1,87; 95% ДИ 1,24–2,80;  $p < 0,05$ ) и контрольной группой ( $p < 0,05$ ).

Проводя анализ массо-ростовых показателей новорожденных у пациенток в I подгруппе на себя обращает внимание тот факт, что они имели достоверно более низкие средние антропометрические параметры по сравнению со II подгруппой и с группой контроля ( $p < 0,01$  во всех случаях), достоверно чаще рождались в состоянии умеренной асфиксии по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,001$ ) и со II подгруппой (47,1% против 5,9%; ОР 2,50; 95% ДИ 1,65–3,70;  $p < 0,001$ ). Среднее количество дней пребывания новорожденного в детском отделении составило  $5,81 \pm 0,25$  дня (I подгруппа),  $5,59 \pm 0,18$  дня (II подгруппа),  $5,35 \pm 0,13$  дня (контрольная группа) ( $p > 0,05$  во всех случаях). Хочется отметить, что дети из под-

группы, где проводилась только традиционная сохраняющая терапия, достоверно чаще переводились на другие этапы выхаживания по сравнению с детьми пациентов, которым проводилось комплексное лечение с применением ТЭС-терапии (35,3% против 5,9%; ОР 2,10; 95% ДИ 1,43–3,10;  $p < 0,01$ ) и детьми женщин из контрольной группы ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, включение ТЭС-терапии в лечение угрожающего привычного выкидыша позволяет более быстро купировать симптомы угрозы прерывания, снизить развитие плацентарной недостаточности в 1,6 раза, угрожающего позднего выкидыша в 1,7 раз, завершение беременности преждевременными родами в 1,9 раза, родоразрешение путем операции кесарево сечение в экстренном порядке в 1,9 раза, рождение детей в состоянии умеренной асфиксии в 2,5 раза, необходимость долечивания их на других этапах выхаживание в 2,1 раза.

### **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК С ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

**С. А. Борута, К. А. Блинова, В. В. Белова, Е. В. Пчелинцева,  
Н. П. Лапочкина**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Среди органов репродуктивной системы рак молочной железы (РМЖ) в Иванове занимает первое место (2014 г. РМЖ составил 12,2% на 100 тыс. населения, рак тела матки – 4,3%; рак шейки матки – 4,2%; рак яичников – 2,3%). Радикальная мастэктомия для больных РМЖ является тяжелой психоэмоциональной травмой. Дефекты внешности, даже не имеющие функционального значения с точки зрения медицины, приводят к глубокой деформации личности, значительно ухудшают качество жизни. И поэтому в настоящее время очень актуальна проблема реабилитации женщин с постмастэктомическим синдромом через 6 месяцев и более после комбинированного лечения рака молочной железы.

Цель исследования – оценить эффективность проведенного лечения постмастэктомического синдрома у женщин после лечения рака молочной железы.

Всего обследованы 21 пациентка в возрасте  $53,40 \pm 10,17$  года, поступившие в клинику ГБОУ ВПО ИвГМА на III этап медицинской реабилитации для лечения постмастэктомического синдрома средней степени тяжести, развившегося в срок от 6 месяцев до 5 лет и более в течение 2014–2015 гг. Длительность течения постмастэктомического синдрома женщин, поступивших после комбинированного лечения рака молочной железы: до двух лет – у 43,48% пациенток, от 2,1 до 5 лет – у 34,78% и более 5 лет – у 21,74% женщин. Большинство пациенток (65,25%) были оперированы в связи с 1–2 стадией рака молочной железы.

Среди обследованных женщин преобладали неработающие (56,52%) жительницы города (69,5%;  $p < 0,05$ ), без вредных привычек (95,65%). Из экстрагенитальных заболеваний пациентки страдали преимущественно метаболическими нарушениями (86,96%) с абдоминальным типом ожирения (100%), артериальной гипертензией (60,89%), дислипидемией (43,48%).

РМЖ у женщин г. Иванова и области в возрасте до 40 лет в 2013 и 2014 гг. диагностирован в 7,11% случаев. По данным ряда авторов от 5 до 10% женского населения являются носителями мутаций гена BRCA 1–2, у которых индивидуальный риск развития РМЖ составляет 65%, тогда как в общей популяции женщин риск развития 12%. По данным метаанализа, проведенного в 2014 г., пациенты

с BRCA1-ассоциированным раком молочной железы имели более низкий показатель общей выживаемости, по сравнению с пациентами, у которых данная мутация отсутствовала (Zhong Q, Peng HL, Zhao X et al., 2014). У большинства обследованных женщин, перенесших комбинированное лечение по поводу РМЖ, (91,3%) наследственность была отягощена.

Постмастэктомический синдром клинически проявлялся лимфостазом верхней конечности (100%), нейропатией подмышечного нерва с парезом руки (26,09%) и гипестезией в области иннервации подмышечного нерва со стороны мастэктомии (30,43%), психозомоционального дискомфорта в виде личностной неудовлетворенности, разобщенности, ригидности семейной системы и запрета на метакоммуникацию.

Всем больным было проведено комплексное реабилитационное немедикаментозное и медикаментозное восстановительное лечение. Немедикаментозная терапия включала психотерапию, велоэргометрию, различные виды массажа пневмо- и лимфодренажный, вихревые ванны, магнитотерапию, групповую лечебную физкультуру для верхних конечностей. По показаниям проводилась медикаментозная терапия нестероидными противовоспалительными препаратами и сосудистыми, улучшающими микроциркуляцию.

В результате проведенного лечения отмечалось улучшение общего самочувствия, коммуникативных характеристик, социальной адаптивности, уменьшение верхней конечности, увеличение объема движений в плечевом суставе, восстановление чувствительности в области иннервации подмышечного нерва со стороны мастэктомии.

В результате комплексного подхода в проведении медицинской реабилитации пациенток с постмастэктомическим синдромом не зависимо от длительности его течения отмечалось улучшение общего психозомоционального самочувствия и выраженности постмастэктомического синдрома, что способствовало улучшению качества жизни пациенток.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ НАЛИЧИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

**А. В. Бурсиков, О. В. Семенова, Е. Ш. Валиуллина**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Одним из факторов риска (ФР) развития мозгового инсульта являются наличие атеросклеротических бляшек брахиоцефальных артерий (АСБ), наличие которых сопровождается только локальными изменениями гемодинамики вследствие незначительного (до 50%) уменьшения просвета артерии. Так, в исследовании CAFESCAV было продемонстрировано, что вероятность развития сердечно-сосудистых осложнений за 10 лет возрастает на 9% только при утолщении комплекса интима-медиа, на 39% при наличии гемодинамически не значимой АСБ (стеноз сонной артерии < 50%) и на 81% при наличии АСБ, суживающей сонную артерию на 70% и более. Поэтому выявление гемодинамически незначимых АСБ и профилактические мероприятия по устранению их нестабильности важны для организации мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых событий. Формирование АСБ зависит от общепризнанных ФР: артериальной гипертензии (АГ), гиперхолестеринемии (ГХ), ожирения, курения, в то же время обращают на себя

внимание данные, что в большинстве случаев дисперсия наличия АСБ не имела прямой зависимости от отмеченных ФР. В этой связи представляет интерес комплексная оценка предикторов наличия АСБ, учитывая их обычную локализацию в местах бифуркации артерий.

Цель исследования – определить клинические и ЭКГ предикторы наличия атеросклеротических бляшек брахиоцефальных артерий у пациентов с АГ высокого и очень высокого клинического риска для совершенствования комплекса мероприятий по вторичной профилактике.

Было обследовано 47 пациентов (20 мужчины и 27 женщин) с АГ высокого и очень высокого клинического риска, получавших постоянную гипотензивную терапию и имевших как минимум еще 2 ФР развития сердечно-сосудистых осложнений: ГХ, ожирение или избыточную массу тела. Всем пациентам было проведено общеклиническое исследование, ЭКГ, а также исследование общего холестерина (ОХ) и липидного спектра, включающего ХЛПВП, ХЛПНП, триглицериды. Пациентам было проведено дуплексное сканирование экстракраниальных артерий с определением толщины интима-медиа (ТИМ), наличия извитости и атеросклеротических бляшек, а также степени сужения просвета артерии. Больные были разделены на 2 группы: с наличием и без наличия АСБ. В каждой из групп было определены традиционные ФР и клинические и ЭКГ изменения.

У 45 пациентов выявлены извитость сонных артерий и утолщение ТИМ, средний размер ТИМ составил  $1,2 \pm 0,3$  мм. Наличие АСБ артерий выявлено у 4 мужчин и 6 женщин (21,3%). У 7 имели место двусторонние АСБ, у 3 – одностороннее, в среднем они закрывали просвет сосуда на 36–38%. Средний возраст мужчин с АСБ составил  $71,5 \pm 2,2$  года, что существенно выше, чем у мужчин без АСБ –  $54,5 \pm 2,4$  года, трое из них курили. Все мужчины с АСБ предъявляли жалобы на головную боль и головокружение, среди пациентов без АСБ клиническая субъективная симптоматика имела место только у 5 из 16 (31,3%). У всех лиц с АСБ были ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), не являющиеся, однако, достаточно чувствительными и специфичными. Ни у одного пациента не было критериев ГЛЖ по индексу Соколова – Лайона или Корнельскому вольтажному индексу, но у всех выявлялись признаки дилатации левого предсердия (уширение зубца Р), среди пациентов без АСБ дилатация левого предсердия имела место только у 4 (25%). Индекс массы тела (ИМТ) у пациентов с АСБ был достоверно ниже, чем у лиц без АСБ ( $26,0 \pm 0,3$  и  $28,8 \pm 1,2$  кг/м<sup>2</sup> ( $p < 0,05$ ), но окружность талии существенно не различалась. У женщин имела место аналогичная тенденция. Средний возраст пациенток с АСБ был выше –  $76,8 \pm 2,6$  и  $60,4 \pm 1,6$  года соответственно, 6 из 7 пациенток имели субъективную церебральную симптоматику, у пациенток с АСБ были меньшие значения ИМТ ( $28,8 \pm 0,8$  и  $30,9 \pm 0,9$  кг/м<sup>2</sup>) и окружности талии ( $88,5 \pm 1,8$  и  $94,3 \pm 1,8$  см) ( $p < 0,05$ ). Различий в уровне холестерина и его фракций между группами не было. Однако ТИМ у всех женщин с АСБ достигала 1,3 мм, без АСБ в среднем  $1,21 \pm 0,02$  мм. У 1 пациентки с АСБ на ЭКГ имели место признаки дилатации левого предсердия, у четырех нарушения внутрижелудочковой и/или атриовентрикулярной проводимости. У 5 из 6 пациенток с АСБ – признаки ГЛЖ, у пациенток без АСБ – только в 22,2% случаев.

Результаты исследования показывают, что возраст, АГ, ГХ, курение являются основными факторами риска развития поражения брахиоцефальных артерий. Также выявлены ассоциативные связи наличия АСБ с клинической церебральной симптоматикой и ЭКГ признаками ГЛЖ, дилатацией левого предсердия и наличием изменений в проводящей системе, что может указывать на общие механизмы формирования изменений сердца и брахиоцефальных сосудов, а выявленные изменения могут выступать как предикторы наличия гемодинамически незначимых АСБ.

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С. Н. Воронов<sup>1</sup>, М. В. Венедиктов<sup>2</sup>, Н. П. Лапочкина<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Центр пластической хирургии железнодорожной больницы ОАО РЖД, г. Иваново

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России

В структуре онкологических заболеваний рак молочной железы (РМЖ) занимает лидирующее место. В 2013 г. в России было диагностировано 64 964 впервые выявленных случаев РМЖ, из них 68,1% имели I либо II стадию заболевания, в то же время в США за 2014 г. диагностировано 232 670 случаев РМЖ (Cancer Facts & Figures, Atlanta, 2014). Важным этапом в лечении РМЖ является хирургическое удаление опухоли (Казанцев В.В., 2004). В 1894 г. W. S. Halsted описал мастэктомию, как моноблочное удаление молочной железы, большой грудной мышцы и регионарных лимфатических узлов всех трех уровней. Через 10 дней W. Mauger опубликовал сообщение об аналогичных операциях, но с удалением и малой грудной мышцы. Подобный объем вмешательства приводил к выраженной деформации грудной стенки, «крыловидной лопатки», нарушению движений плечевого сустава и сопровождался лимфэдемией. В настоящее время время показанием для мастэктомии по Halsted являются прорастание опухолью большой грудной мышцы и поражение лимфатических узлов Роттера, также большая местная распространенность процесса, локализация опухоли в переходной складке в сочетании с обширной сосудистой инвазией и/или инфильтрация опухолью окружающих ткани. Считается допустимым применение данной методики у больных III стадией заболевания при неэффективном неoadъювантном лечении (Давыдов М. И., Летягин В. П., 2007).

D. H. Patey и W. Dyson в 1948 г. описали модифицированную радикальную мастэктомию с сохранением большой грудной мышцы. А в 1963 г. H. Auchincloss и в 1965 г. J. L. Madden показали, что не нужно удалять грудные мышцы, при этом к удалению оказывались доступны лимфатические узлы I и II групп, а лимфоузлы III группы признано удалять только при признаках их клинического поражения. В 1971 году С. D. Naagensen доказал, что для достижения радикальности при мастэктомии не нужно удалять и p. thoracicus longus, что привело к уменьшению послеоперационных дефектов (Пшениснов К. П., 2007).

В 1990 г. В. А. Toth описал принципы выполнения кожесохраняющей мастэктомии (т. н. skin-sparing mastectomy). А в 1997 г. G. W. Carlson предложил классификацию разрезов для кожесохраняющей мастэктомии, успешно применяемая в настоящее время. Более чем за 25 лет кожесохраняющая мастэктомия стала стандартом в лечении женщин, планирующих одномоментную реконструкцию груди. А эстетические преимущества были подкреплены многочисленными исследованиями онкологической безопасности данной методики (Мальгин Е. Н., Мальгин С. Е., 1997; Carlson G.W., 2006). Следующим этапом в эволюции лечения РМЖ стало предложенное в 1993 г. D. N. Krag определение сторожевого лимфоузла, т. е. первого на пути лимфооттока, необходимого для того, чтобы избежать ненужной аксиллярной диссекции.

Однако удаление всей молочной железы ведет к утрате женственности и сексуальности, снижению самооценки, что подтвердил в своих работах в 2014 г. L. Aerts с соавторами. К настоящему времени накоплен большой опыт органосохраняющих операций, которые имеют свои преимущества и недостатки. Следует отметить такие проблемы, как сомнительный эстетический результат, в связи с высокой долей деформации молочной железы, после такого рода операций. Соот-

ношение опухоли к объему молочной железы, так же ограничивает применение этого метода (Urban С., 2014).

Учитывая, что всегда есть женщины, которым установлен диагноз рак молочной железы, которым противопоказано органосохраняющее лечение, ни что психотерапия и наружное протезирование не могут решить вышеизложенных проблем, в связи с этим в настоящее время большой интерес вызывают реконструктивно-пластические операции (Блохин С. Н., Портной С. М., Лактионов К. П., 2003).

Сейчас уже не вызывает сомнений безопасность применения собственных тканей и/или эндопротезирования для реконструктивных операций. Активно применяется комбинирование методик реконструктивных операций с кожесберегающих и мастэктомий с сохранением сосково-ареолярного комплекса, что позволило вывести реабилитацию больных раком молочной железы, перенесших радикальную мастэктомию, на качественно новый уровень (Исмагилов А. Х., 2009).

В настоящее время на базе Центра пластической хирургии железнодорожной больницы на ст. Иваново ОАО РЖД проводятся все виды отсроченных реконструктивных операций, с применением, как эндопротезирования, так и использование собственных тканей (лоскутных техник) с наложением микроанастомозов с использованием операционного микроскопа фирмы Zeiss, для улучшения перфузии пересаженных тканей. В реконструктивной хирургии молочной железы сегодня активно применяется пересадка жировой ткани, лечение постлучевых осложнений, рубцовых деформаций, контрактур.

Реконструктивно-пластические операции это перспективное направление в хирургической реабилитации женщин перенесших радикальную мастэктомию. Дальнейшее совершенствование методик и анализ отдаленных результатов будет способствовать внедрению этих методик в рутинную практику.

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

**М. В. Жабурина, Е. В. Борзов, Р. О. Соколов, С. Б. Лопатин**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Вазомоторный ринит является одной из частых причин хронической назальной обструкции. Удельный вес таких заболеваний составляет от 23 до 31% от всех госпитализированных в оториноларингологические отделения больных. Проблема реабилитации больных, перенесших эндоназальные корригирующие оперативные вмешательства, остаётся до настоящего времени весьма актуальной.

Цель исследования – оценка влияния лазеротерапии на динамику основных симптомов у взрослых пациентов с вазомоторным ринитом в раннем послеоперационном периоде.

Обследовано 129 больных вазомоторным ринитом в возрасте от 15 до 55 лет, находящихся на лечении в ЛОР-отделении для взрослых больных «ОБУЗ Ивановская ОКБ». Всем пациентам выполнена пластика нижних носовых раковин под местной анестезией. Комплекс клинико-инструментального обследования проведен до операции, а также на первые, пятые и восьмые сутки после вмешательства. Для проведения лазеротерапии в послеоперационном периоде был использован аппарат лазерный терапевтический «Узор-2К». Лечение начиналось на первые сутки после вмешательства. В течение четырех дней проводилось эндоназальное воздействие с частотой следования импульсов 1500 Гц по 1 минуте с каждой стороны. После стихания экссудативно-инфильтративных реакций в последующие четыре дня использовалось лазерное излучение с частотой 80 Гц эндоназально

по 2 минуты с каждой стороны. Лазеротерапия по стандартной методике назначена 65 больным, начиная с первого дня послеоперационного периода (основная группа). Контрольную группу составили 64 пациента, которым лазеротерапия в послеоперационном периоде не назначалась.

Для изучения динамики симптомов пациентов нами был составлен опросный лист. Симптомы были разделены на местные (затруднение носового дыхания, нарушение обоняния, отделяемое из носа) и общие (головная боль, снижение настроения, нарушение сна и работоспособности). Ответы были ранжированы от 0 до 4. Оценка симптомов произведена до операции, на 5 и на 8 дни после операции.

До операции по балльной системе предложенного нами опросника достоверных различий между группами не выявлено. В основной группе на пятый день послеоперационного периода восстановление носового дыхания наблюдалось у 40 (61,5%) больных, улучшение обоняния у 42 (64,6%), уменьшение отека слизистой оболочки носа у 38 (58,5%) пациентов. В контрольной группе восстановление носового дыхания имело место у 30 (46,9%) больных, улучшение обоняния у 33 (51,6%), уменьшение отека слизистой оболочки носа у 21 (32,8%) больных.

На восьмой день послеоперационного периода в основной группе восстановление носового дыхания наблюдалось у 50 (76,9%) больных, восстановление обоняния у 51 (78,5%), уменьшение отека слизистой оболочки носа также у 51 (78,5%) пациента. В группе контроля восстановление носового дыхания имело место у 50 (78,1%) человек, улучшение обоняния у 49 (76,6%), уменьшение отека слизистой оболочки носа у 48 (75,0%) больных.

Таким образом, использование после ринохирургических вмешательств низкоинтенсивного лазерного излучения способствует более быстрому восстановлению функций носа и улучшает течение послеоперационного периода, а так же улучшает качество жизни больных.

## **ОЖИРЕНИЕ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

**Е. А. Жук, С. Е. Мясоедова, Е. В. Торкашова**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Ожирение в настоящее время рассматривается как один из факторов риска развития бронхиальной астмы (GINA, 2011). «Тучная астма» может быть особым фенотипом астмы с более сложным клиническим течением и изменением ответа на терапию (Beuther D. F., 2009). Предполагается, что общие экологические факторы и генетические детерминанты влияют на развитие астмы и ожирения (Tesse R. et al., 2010). Механизмы взаимосвязи астмы и ожирения до конца не ясны.

Цель исследования – оценить распространенность ожирения у больных бронхиальной астмой (БА) среднего и пожилого возраста, а также связь между ожирением, сопутствующей артериальной гипертензией и клиническими проявлениями астмы.

Обследовано 140 женщин, страдающих БА, в возрасте от 40 до 70 лет. Проводилось клиническое обследование, включая оценку антропометрических показателей, выраженности одышки по шкалам Борга и MRC, исследование функции внешнего дыхания, эхокардиография. Результаты обрабатывались программой STATISTICA 6.0.

Только у 24 (17,1%) обследованных пациенток был нормальный вес. Избыточная масса тела отмечена у 40 (28,6%) человек, ожирение 1 степени – у 42

(30%), ожирение 2 степени – у 28 (20%), ожирение 3 степени – у 6 (4,3%). Окружность талии более 80 см была у 120 (85,7%) больных. Артериальная гипертензия (АГ) отмечена у 104 (74,3%) пациенток, в том числе АГ 1 степени – у 45 (32,1%), АГ 2 степени – у 36 (25,7%), АГ 3 степени – у 23 (16,4%). Наследственность по БА была отягощена у 55 (39,3%) человек, по ожирению – у 36 (25,7%), по АГ – у 84 (60%).

Отмечены положительные корреляционные связи между индексом массы тела (ИМТ), окружностью талии (ОТ) и выраженностью одышки по шкале Борга ( $r = 0,23, 0,34$ ), по шкале MRC ( $r = 0,24, 0,29$ ), а также возрастом начала БА ( $r = 0,22, 0,28$ ). Положительные корреляционные связи наблюдались между ИМТ, ОТ и артериальным давлением систолическим ( $r = 0,46, 0,5$ ), артериальным давлением диастолическим ( $r = 0,47, 0,43$ ), степенью АГ ( $r = 0,41, 0,47$ ), риском по шкале SCORE ( $r = 0,27, 0,3$ ). Отмечены положительные связи между ИМТ, ОТ и конечным диастолическим размером левого желудочка ( $r = 0,72, 0,73$ ), конечным систолическим размером левого желудочка ( $r = 0,63, 0,67$ ), индексом массы миокарда левого желудочка ( $r = 0,24, 0,33$ ), отрицательные корреляционные связи между ОТ и фракцией выброса левого желудочка ( $r = -0,38$ ), между отношением окружности талии к окружности бедер и форсированной жизненной емкостью легких ( $r = -0,24$ ). Наблюдались положительные корреляционные связи выраженности одышки по шкале MRC, шкале Борга и тяжестью БА ( $r = 0,36, 0,41$ ), степенью АГ ( $r = 0,3, 0,41$ ), степенью ожирения ( $r = 0,18, 0,2$ ), индексом массы миокарда левого желудочка ( $0,35, 0,37$ ), отрицательные связи с фракцией выброса левого желудочка ( $r = -0,48, -0,42$ ).

Ожирение развилось раньше, чем дебютировала БА у 48 человек (группа 1). Эту группу сравнили с пациентами, у которых БА предшествовала развитию ожирения (группа 2). В группе 1 достоверно выше был риск по шкале SCORE, показатели функции внешнего дыхания (форсированная жизненная емкость легких, объем форсированного выдоха за 1 секунду, пиковая скорость выдоха), достоверно ниже доза ингаляционных глюкокортикостероидов.

Таким образом, БА у женщин среднего и пожилого возраста часто сочетается с ожирением, АГ. Одышка у данной категории пациентов связана не только с тяжестью БА, но и с избыточной массой тела, повышением артериального давления, наличием гипертрофии левого желудочка и сердечной недостаточности. Ожирение часто предшествует развитию БА и присоединяется к БА при ее более тяжелом течении. При реабилитации больных БА наряду со стремлением к достижению оптимального контроля над астмой нужно уделять внимание лечению сопутствующей артериальной гипертензии и ожирения.

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ МАСТЭКТОМИЮ**

**Л. А. Качанова, О. К. Семенова, Л. Н. Ласкарева, Т. В. Рябчикова,  
Л. А. Антипова, Н. В. Каминская**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Рак молочной железы занимает первое место по распространенности среди других злокачественных новообразований и поражает женщин молодого и репродуктивного возраста. До сих пор, к сожалению, у большинства больных удаление опухолевого очага достигается путем калечащей операции и других агрессивных методов лечения, что приводит не только к функциональным нарушениям, связанным с потерей органа или его части, но и к глубоким эмоциональным расстройствам, тормозящим процесс адаптации и ресоциализации.

Целью работы было исследование качества жизни женщин, больных раком молочной железы, для разработки реабилитационной программы, направленной на улучшение качества жизни больных с радикальной мастэктомией.

Исследование проводилось на базе ГУЗ ВО «Областной онкологический диспансер».

Исследуемая группа составила 76 пациенток с мастэктомией, завершивших лечение по поводу рака молочной железы I–III стадии, без отдаленных метастазов. На период обследования больные находились в состоянии ремиссии. Возраст испытуемых составил от 25 до 56 лет (средний возраст  $44,9 \pm 1,6$  года). Пациенты исследуемой группы были опрошены на плановых осмотрах после оперативного вмешательства. В контрольную группу вошли 68 практически здоровых женщин в возрасте от 24 до 54 лет (средний возраст  $41,5 \pm 1,1$  года).

Средний возраст респондентов исследуемой группы составил  $43,7 \pm 1,3$  года, более половины из них (59,2%) в возрасте 36–47 лет.

Нами проводилась оценка качества жизни женщин, больных раком молочной железы, до и после завершения программы реабилитационных мероприятий. С этой целью был использован опросник MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey).

В сравнении с другими показателями шкал опросника качества жизни SF-36 у женщин, больных раком молочной железы, самые большие значения соответствовали шкалам ВР (телесная боль), SF (социальное функционирование) и МН (психическое здоровье). Среди респондентов контрольной группы наиболее высокими показателями были: физическое функционирование, телесная боль, социальное и ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием.

Для повышения эффективности специальных методов противоопухолевой терапии рака молочной железы, более быстрого восстановления нарушенных функций органов и систем после тяжелого и длительного лечения онкозаболевания, поднятия психофизического состояния организма на более высокий уровень адаптации была проведена программа реабилитационных мероприятий, включавшая: правильное распределение режима труда и отдыха; консультирование по особенностям питания; контроль за весом пациенток; ЛФК для профилактики тугоподвижности в плечевом суставе, лимфатического отека; обучение по вопросам негативного воздействия УФО, высоких температур; консультации пациенток по протезированию молочной железы, ношению коррекционного и компрессионного белья.

Качество жизни пациенток, перенесших радикальную мастэктомию, после реабилитационных мероприятий повысилось по всем показателям шкал компонента физического здоровья: РF (физическое функционирование) – увеличился за период реабилитации на 27,3; РР (ролевое функционирование, связанное с физическим состоянием) – увеличился за период реабилитации на 26,2; ВР (телесная боль) – увеличился за период реабилитации на 19,5; GН (общее состояние здоровья) – увеличился за период реабилитации на 18,4.

По психологическому компоненту здоровья также отмечалось значительное увеличение всех показателей качества жизни: МН (психическое здоровье) – увеличился за период реабилитации на 12,9; RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием) – увеличился за период реабилитации на 25,1; SF (социальное функционирование) – увеличился за период реабилитации на 12,7; VT (жизненная активность) – увеличился за период реабилитации на 18,7.

Таким образом, рак молочной железы и комбинированная терапия являются серьезным травмирующим фактором для женщин, приводящим к ухудшению качества жизни по физическим и психологическим параметрам. Поэтому одной из важ-

ных задач восстановительной терапии для пациенток с раком молочной железы является устранение факторов, напоминающих о перенесенном заболевании: боль, страх, плохое физическое состояние, инвалидизация. Реабилитация способствует не только восстановлению нарушенных функций органов и систем после тяжелого и длительного лечения онкозаболевания, но и поднятию психофизического состояния организма на более высокий уровень адаптации.

## **ВЛИЯНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ**

**Л. А. Качанова, О. К. Семенова, Т. В. Рябчикова, Л. Н. Ласкарева,  
А. С. Малыгина**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

До настоящего времени миома матки остаётся одной из самых распространённых доброкачественных опухолей женских половых органов, встречается у 15–17% женщин старше 30 лет. Среди жительниц городов частота выявления данного заболевания составляет 19–27% и существенно ниже в сельской местности. При этом около 95,5% операций приходится на ампутацию и экстирпацию матки, что приводит к потере репродуктивной функции, нарушениям в гипоталамо-гипофизарной яичниковой системе и, в некоторых случаях, к развитию выраженных вегето-сосудистых и психоэмоциональных сдвигов.

Важным итогом любого лечебного процесса является не столько его радикализм по отношению к заболеванию, сколько улучшение состояния больного применительно ко всем сферам его деятельности по окончании лечения. Качество жизни является вторым по значимости критерием оценки результатов лечения больных после выживаемости. Разработанные методы исследования качества жизни способствуют глубокому и многоплановому анализу различных сторон функционирования больного человека, что позволяет оптимизировать тактику ведения и выбирать оптимальные методы лечения у женщин с гинекологическими заболеваниями.

Целью исследования было изучение основных показателей качества жизни у женщин, перенесших гистерэктомию по поводу миомы матки. Исследование проводилось на базе гинекологического отделения ГБУЗ ВО «Гусь-Хрустальная ЦГБ».

В исследование были включены 87 пациенток после гистерэктомии. В комплексную терапию послеоперационного периода у 57 из них были включены дыхательная гимнастика, вибрационный массаж, простые динамические общеукрепляющие упражнения для мелких и средних мышечных групп, несложные упражнения на координацию и упражнения для тренировки вестибулярного аппарата, физиотерапевтические процедуры.

Особое внимание уделялось диетотерапии, поскольку правильное питание, подразумевающее соблюдение баланса между количеством и составом пищи, поступающей в организм, наряду с адекватной физической активностью значительно снижают риск развития ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, дислипидемии, ожирения, благотворно влияют на сердечно-сосудистую, легочную, мышечную и нервную системы, укорачивают период реабилитации после операции.

В контрольную группу вошли 30 женщин, которые по различным причинам отказались от проведения комплексной реабилитационной терапии, получали только заместительную гормональную терапию и придерживались рекомендуемой диеты.

Физическую активность пациенток оценивали по следующим параметрам: степень усталости, вялости, сонливости; жизненный тонус и физическая сила, выносливость; способность выполнять значительные физические нагрузки, время пребывания на постельном режиме. Оценку проводили по пятибалльной системе с учётом интенсивности ощущений.

Физическая активность пациенток через 2 дня после оперативного вмешательства была снижена и колебалась от 1 до 2,4 балла, существенных отличий в основной и контрольной группе выявлено не было.

Повторная оценка качества жизни данных пациенток проводилась через 30 дней после гистерэктомии.

Степень нарушения физической активности пациенток через 30 дней после оперативного лечения с использованием реабилитационных мероприятий снижалась быстрее.

Субъективная оценка пациентками своего здоровья основывалась на самооценке сна, наличии или отсутствии боли внизу живота и пояснице.

Проблемы со сном до лечения испытывали 17,5% пациенток первой и 12,3% – контрольной группы. Через 30 дней после хирургического лечения этот показатель у больных основной групп значительно снизился по сравнению с контролем.

Боли в нижней части живота через 30 дней после хирургического лечения отмечали 8,7% пациенток первой и 13,3% – контрольной группы. Более стойким по сравнению с другими был симптом боли в пояснице, хотя и выраженный «незначительно». Степень его проявления у одной пациентки второй группы не снизилась и через 30 дней после лечения.

Таким образом, физическая активность в течение всего периода наблюдений была наиболее высока у больных, получавших комплексную реабилитационную терапию. У них также быстрее происходит восстановление физической силы и выносливости. Включение в систему реабилитации больных, перенесших гистерэктомию, наряду с заместительной гормональной терапией дыхательной гимнастики, вибрационного массажа, простых динамических общеукрепляющих упражнений для мелких и средних мышечных групп, несложных упражнений на координацию и упражнений для тренировки вестибулярного аппарата, физиотерапевтических процедур, оказывает выраженное положительное влияние на здоровье женщин, способствуя сохранению их бытовых ролей, обычной социальной активности и повышая качество жизни.

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

**В. М. Колчанов<sup>1</sup>, А. В. Гусев<sup>1</sup>, М. А. Корнеевец<sup>1</sup>, Н. П. Лапочкина<sup>2</sup>, С. А. Борута<sup>2</sup>, В. А. Козлов<sup>1</sup>, А. В. Антуневич<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ «Областной онкологический диспансер», г. Иваново

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России

Заболееваемость злокачественными опухолями полости рта неуклонно растёт и первое место в структуре данной заболеваемости занимает рак языка (50%-60%) (Федяев И. М., Байриков И. М., Белова Л. П., Шувалова Т. В., 2000; Пачес А. И., 2001; Чисов В. И., Дарьялова С. Л., 2007). Больным с опухолью орофарингеальной зоны при возможности хирургического лечения выполняют радикальное удаление поражённых опухолью тканей и лимфатических узлов шеи (операция Крайла). Последствия данных операций приводят к изменению объема полости рта с нарушением функций дыхания, речи и приема пищи, восстановление которых крайне

затруднено или с низким функциональным эффектом. Поэтому впоследствии пациенты нуждаются в помощи врачей логопедов. Еще одним неблагоприятным следствием хирургического лечения является нарушение вкусовых ощущений. Язык может частично неметь, меняются или же вовсе пропадают вкусовые ощущения. Иногда эти симптомы сохраняются и после окончания лечения. Также такие операции приводят к необходимости использования зондового питания и трахеостомы, что резко снижает качество жизни пациентов.

При операции по поводу местно распространенного орофарингеального рака после резекционного этапа выполняют пластику образовавшегося дефекта пекторальным лоскутом, которая относится к высокотехнологичной медицинской помощи. Данный вид операций довольно широко применяется как в России, так и в ОБУЗ Ивановском областном онкологическом диспансере (2001 г. – в России – 12 операций и 2 – в ИвООД; 2014 г. – свыше 150 и 9 соответственно) (Давыдов М. И., Аксель Е. М., 2006). К сожалению, оперативные вмешательства неизбежно сопровождаются послеоперационными осложнениями, тем более до сих пор не разработана единая техника этих операций.

Целью исследования явилось оценить эффективность применения пластики пострезекционного дефекта мышечно-фасциальным пекторальным лоскутом с кожной площадкой и без нее больным с онкологическими заболеваниями орофарингеальной зоны.

Обследованы и пролечены 50 больных местно-распространенным орофарингеальным раком II–IV стадии в период с 2001 по 2014 г. в специализированном хирургическом отделении опухолей головы и шеи ОБУЗ Ивановского ООД. Средний возраст обследованных составил  $59,6 \pm 1,43$  года. К моменту хирургического лечения работали 9 больных (18%), среди неработающих пациентов пенсионеры составили 6 человек (12%), нерабочие группы инвалидности имели 27 человек (54%), безработные – 8 человек (16%). Большинство больных, а именно 74% (37 человек) проживали в городах. Сельских жителей среди всех пациентов было 26% (13 человек), преимущественно жители Кинешмы и Лежневского района. Все больные были оперированы либо на II этапе комбинированного лечения (после проведения предоперационной лучевой или химиолучевой терапии), либо при рецидивах опухоли после паллиативной или радикальной лучевой терапии. Суммарная очаговая доза составляла соответственно 22–46 и 50–75 Гр. Всем больным выполнено радикальное удаление пораженных опухолью тканей и лимфатических узлов шеи (операция Крайла) с пластикой пострезекционного дефекта пекторальным ротированным васкуляризируемым лоскутом на *a. et v. thoracoacromialis*, как наиболее надежный вариант в отношении кровоснабжения лоскута, и не попадающий в зону облучения. Из них 6 больным (12%) выполнена пластика пострезекционного дефекта мышечно-фасциальным пекторальным лоскутом с кожной площадкой (группа 1) и 44 пациентам (88%) – без кожной площадки (группа 2).

Среди обследованных и пролеченных больных преобладали рак языка (36%) и дна полости рта (34%), реже диагностировали опухоль гортаноглотки (8%), щеки (8%), ротоглотки (6%), гортани (4%), кожи (2%) и альвеолярного отростка нижней челюсти (2%). По распространенности были представлены все отделы языка, но удалось так же проследить излюбленную локализацию опухолевого роста: боковая поверхность языка (50%), корень языка (25%), переднезадняя треть (20,8%) и тотальное поражение (4,1%).

По международной классификации TNM у всех больных заболевания соответствовали II–IV стадиям (T<sub>2</sub>–T<sub>4</sub>, N<sub>1</sub>–N<sub>3</sub>) (Пачес А. И., 2013).

Обследованные больные местно-распространенным орофарингеальным раком были преимущественно мужчины (92%;  $p > 0,05$ ) в возрастных группах 55–65 лет (1 гр. – 50%; 2 гр. – 46%;  $p > 0,05$ ) и 66 лет и старше (33,33 и 32% соотв.;

$p > 0,05$ ). Среди обследованных пациентов преобладал рак орофарингеальной зоны III стадии (II – 18,4%; III – 50%; IV стадии – 31,58%;  $p < 0,05$ ).

При бескожном способе операции в подавляющем большинстве случаев послеоперационный период протекал благоприятно без осложнений со стороны пересаженного лоскута (1 гр. – 16%; 2 гр. – 89%;  $p < 0,05$ ). У 84% больных первой группы некротические изменения тканей лоскута приводили к частичному или полному некрозу и потере кожной площадки. Некротические изменения мышечно-фасциального лоскута в ранние сроки после операции частичные (67%; 9% соотв.;  $p < 0,05$ ) или тотальные (17%; 3% соотв.;  $p > 0,05$ ) чаще диагностировали у больных с кожно-мышечно-фасциальным лоскутом (84%; 11% соотв.;  $p < 0,05$ ). В отдаленные сроки фасциальный склов лоскута эпителизировался и макроскопически не отличался от интактной слизистой, отсутствовал рост волос в полости рта и связанного с этим дискомфорт для пациента, как в случае с использованием кожной площадки над *m. pectoralis major*.

Таким образом, применение хирургических методов реконструкции дефекта тканей при лечении местно-распространенного рака орофарингеальной области способствуют изменению качества жизни больных, обеспечивая им функциональную реабилитацию, физиологичность и психоэмоциональный комфорт. Наиболее целесообразно применение бескожного варианта пластики послеоперационных дефектов пекторальным лоскутом.

## **ВЕНОЗНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ И СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ**

**В. В. Коняева**

*ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет»  
Минздрава России*

Роль венозной системы в кровоснабжении мозга одинаково значима с артериальной гемодинамикой. В патогенезе нарушения мозгового кровообращения важны два фактора: недостаточность притока крови в бассейне стенозированной артерии и задержка венозного оттока. При нарушениях кровообращения в артериях мозга страдает венозная система, а патология вен приводит к нарушению артериальной гемодинамики и метаболизма мозга. Одной из форм хронического прогрессирующего нарушения мозгового кровообращения является венозная энцефалопатия. Венозная энцефалопатия развивается при нарушении венозного оттока крови, вследствие которого возникают застойно-гипоксические явления. Затруднение венозного оттока из полости черепа может возникнуть в физиологических условиях: во время затяжного кашля, пении, игре на духовых инструментах. Венозный застой развивается при целом ряде заболеваний: сердечной и сердечно – легочной недостаточности, беттолепсии, сдавление вен при аномалии Арнольда – Киари, синуситах и нарушении носового дыхания. Венозной энцефалопатией страдают часто люди с повышенным весом, ведущие малоподвижный образ жизни. Венозная система головного мозга служит не только для оттока венозной крови, но и для всасывания ликвора, а значит, от нормального состояния и функционирования венозной системы напрямую зависит внутричерепное давление и вероятность развития отека головного мозга.

Клиника венозной энцефалопатии имеет ряд характерных особенностей. Основной является жалоба пациентов на тупую головную боль, более выраженную в утренние часы, ощущение «тяжести, шума в голове», головокружение, зевоту, нет ощущения отдыха после ночного сна, ощущение «песка в глазах». Настроение

подавленное, апатия, раздражительность, трудно приступить к работе, особенно, если она связана с умственным трудом, быстро наступает утомляемость, снижается память, быстрота мышления, При осмотре пациентов отмечается инъектированность склер, бледность или цианоз кожи лица, цианоз губ, легкая синюшность шеи, кончика носа, мочек ушей; выраженная отечность век, лица в утренние часы после ночного сна, которая значительно уменьшается к вечеру при достаточной физической активности; расширение подкожных вен на шее, лице. Артериальное давление у таких пациентов обычно в пределах нормы. Венозное давление колеблется от 55 до 80 мм водного столба. При неврологическом осмотре грубых очаговых синдромов не выявляется. Рассеянная «микросимптоматика» свидетельствует о диффузном гипоксическом поражении головного мозга: снижены корнеальные и конъюнктивальные рефлексы, нередко можно выявить ослабление зрачковых фотореакций. При пальпации точек выхода ветвей тройничного нерва (чаще, первой) выявляется болезненность (признак отека мозговых оболочек), гипестезия в зоне иннервации, что, вероятно, связано с развитием нейропатии, вызванной венозным застоем и нарушением микроциркуляции в системе *vasa nervorum*. Ряд авторов описывают диссоциацию коленных и ахилловых рефлексов, связанную с отеком спинальных корешков и периферических нервов. Относительно редкой формой при хронической ишемии головного мозга и венозной энцефалопатии является транзиторная глобальная амнезия (ТГА). Транзиторная глобальная амнезия – эпизод амнезии в течение нескольких часов, но (что принципиально важно) с сохранением в период «эпизода амнезии» способности к счету, выполнению сложных задач, узнаванию друзей и родственников. По окончании эпизода постепенно восстанавливаются нарушенные функции памяти, и, в конце концов, сохраняется амнезия самого амнестического эпизода. ТГА описана при мигрени, острой соматической патологии (нарушения атриовентрикулярной проводимости, остановка сердечной деятельности, тяжелые формы сахарного диабета, при ХОБЛ во время кашля, при проведении пробы Вальсальвы и др.). Для постановки диагноза венозной энцефалопатии важно учитывать характер предъявляемых пациентом жалоб, внешний вид больного: отечность лица, век, цианоз носогубного треугольника, кончика носа и ушных раковин, темные круги под глазами. Как правило, это тучные, гипомобильные люди. Врачу всегда следует помнить, что венозный застой в подавляющем большинстве случаев носит вторичный характер, т. е. возникает как симптом какого-либо основного заболевания, затрудняющего отток венозной крови из полости черепа. Для более точной диагностики используются инструментальные методы исследования: офтальмоскопия, ультразвуковые методы исследования венозной системы мозга, КТ- или МРТ-венография головного мозга. Магнитно-резонансная венография головного мозга позволяет выявить снижение интенсивности сигнала кровотока, вплоть до его выпадения. Офтальмологические методы позволяют обнаружить расширение, полнокровие вен глазного дна, их извитость, неравномерность калибра, нечеткость границ диска зрительного нерва.

Профилактика и лечение венозной энцефалопатии – это в первую очередь профилактика и лечение заболеваний, которые могут осложниться венозным застоем в мозге. Лечение, направленное на нормализацию венозного кровообращения позволит сохранить трудоспособность пациентов и повысит качество их жизни. Учитывая полиморфизм патогенеза головной боли при венозной энцефалопатии, предпочтение следует отдавать препаратам с полимодальным механизмом терапевтического действия. Одним из таких препаратов является вазобрал.

Таким образом, для восстановления нарушенных или утраченных функций ЦНС, связанных с недостаточностью мозгового кровообращения, одинаково значима коррекция как артериальной, так и венозной гемодинамики.

## РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СУСТАВОВ В АСПЕКТЕ ПОЛИМОРБИДНОСТИ

Н. В. Корягина, С. Е. Мясоедова, Е. В. Торкашова, О. Б. Аркин

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России

Полиморбидность является отличительной чертой ревматологического больного. Исследования в аспекте полиморбидности имеют высокий приоритет в современной ревматологии, поскольку позволяют изменить подход к лечению и реабилитации пациента от узкого нозологического к пациент-ориентированному.

Цель исследования – выявить наиболее значимые и часто встречающиеся коморбидные состояния у пациентов с различными заболеваниями костно-мышечной системы (КМС).

В исследование включено 159 пациентов в возрасте 16–84 лет, медиана 62 [51; 71] года, с заболеваниями КМС, которые лечились в терапевтическом отделении ГКБ № 4 г. Иваново в 2013–2015 г. Среди пациентов преобладали женщины (93,7%), с длительным течением заболевания (5 [1; 10] лет). Самой частой причиной госпитализации был ревматоидный артрит (РА) – у 110 (69,2%) пациентов, серонегативные спондилоартриты (СА) – у 22 (13,8%) пациента (из них псориатический артрит – у 10, реактивный артрит – у 4, недифференцированный спондилоартрит – у 8), остеоартроз (ОА) – у 14 (8,8%) пациентов, подагра – у 6 пациентов (3,8%).

Существенных различий в возрасте больных при большинстве заболеваний суставов не было: медиана возраста пациентов с РА составила 63 [52; 73] года, ОА – 62,5 [53; 73], СА – 55,5 [41; 63], подагрой – 58 [52; 60]; достоверно моложе были лишь пациенты с реактивным артритом и недифференцированным спондилоартритом по сравнению с больными РА/ОА ( $p = 0,02$  и  $p = 0,005$  соответственно). Большинство пациентов имели II (63,5%) или III (29,8%) функциональный класс (ФК), повышенные острофазовые показатели – СОЭ  $27,0 \pm 15,8$  мм/ч, С-реактивный белок –  $27,7 \pm 34,3$  мг/л. Уровень ФК ассоциировался с активностью артрита ( $r = 0,43$ ,  $p < 0,05$ ), уровнем С-реактивного белка ( $r = 0,29$ ,  $p < 0,05$ ).

Сопутствующие заболевания выявлены у 150 (94%) пациентов с патологией КМС. Чаще всего встречалась артериальная гипертония (АГ) (72,3%), гастрит (78,5%), язвенная болезнь в анамнезе (15,4%), хроническая болезнь почек (ХБП) (56,5%). В отдельных случаях отмечена онкопатология (рак кишечника – 4 случ., рак молочной железы – 2 случ.) при РА (4 случ.), при ПсА (1 случ.) и ОА (1 случ.). У одного больного РА выявлена бронхиальная астма.

Каждый третий пациент с патологией КМС имел сочетание АГ + ХБП + гастрит/язва в анамнезе – у 34,6%, сочетание ГБ+ХБП – 6,9%; сочетание гастрита/язвы в анамнезе+ХБП – 7,5%. Медиана скорости клубочковой фильтрации составила 70,4 мл/мин по Кокрофту – Голту [54,1; 94,0]. СКФ коррелировала с ФК ( $r = 0,21$ ,  $p < 0,05$ ), уровень креатинина – с наличием подагры ( $r = 0,20$ ,  $p < 0,05$ ).

АГ у большинства больных была 3 степени [1; 3] и сопровождалась гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) у 83,6% пациентов с АГ. АГ чаще всего выявлялась при подагре и ОА – 100%, реже при РА – у 71,8% (достоверно меньше, чем при ОА,  $\chi^2 = 5,26$ ,  $p = 0,02$ ) и СА – у 50% пациентов (достоверно меньше, чем при ОА,  $\chi^2 = 9,6$ ,  $p = 0,002$ ). ГЛЖ выявлена у 100% пациентов ОА и подагрой, несколько реже при РА – 86,2% и псориатическом артрите – 80,0%, не обнаружена при реактивном артрите. У 4-двух пациентов с РА гипертрофия левого желудочка обнаружена в отсутствие АГ. ГЛЖ ассоциировалась с более высокими уровнями креатинина ( $r = 0,21$ ,  $p < 0,05$ ) и триглицеридов ( $r = 0,23$ ,  $p < 0,05$ ); с наличием сопутствующей

щей ХБП ( $r = 0,21$ ,  $p < 0,05$ ), остеопороза ( $r = 0,27$ ,  $p < 0,05$ ) и гастрита/язвы в анамнезе ( $r = 0,22$ ,  $p < 0,05$ ).

Сахарный диабет (СД) 2 типа выявлен у 22 (13,8%) пациентов с патологией КМС и у 2 пациентов с РА отмечено нарушение толерантности к глюкозе. При ОА СД выявлялся достоверно чаще, чем при РА ( $\chi^2 = 37,1$ ,  $p = 0,000$ ), и чаще, чем при СА (9 и 4 случаев соответственно,  $\chi^2 = 7,88$ ,  $p = 0,001$ ).

Остеопороз зарегистрирован у 68 из 125 пациентов (54,4%), преимущественно больных РА – 56 из 84 случаев (66,7%). Наличие остеопороза коррелировало с рентгенологической стадией РА ( $r = 0,34$ ,  $p < 0,05$ ).

Гиперхолестеринемия выявлена у 52,4%, гипертриглицеридемия – у 33,3% пациентов. Уровень триглицеридов коррелировал с ФК ( $r = 0,19$ ,  $p < 0,05$ ), наличием подагры ( $r = 0,21$ ,  $p < 0,05$ ) и ГБ ( $r = 0,27$ ,  $p < 0,05$ ), ее стадией ( $r = 0,20$ ,  $p < 0,05$ ), уровнем креатинина ( $r = 0,23$ ,  $p < 0,05$ ) и холестерина ( $r = 0,39$ ,  $p < 0,05$ ).

Заключение. Для заболеваний суставов характерна высокая коморбидность. Чаще всего выявляются высокая артериальная гипертензия с асимптоматическим поражением органов-мишеней (особенно сердца и почек), хронический гастрит, хроническая болезнь почек, остеопороз, сахарный диабет, язвенная болезнь. Имеются особенности в структуре коморбидности при различных заболеваниях суставов, которые следует учитывать в курации этих пациентов. Лечение и реабилитация больных требуют междисциплинарного подхода и взаимодействия между врачами разных специальностей.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОСТРЫХ БРОНХИТАХ, ПРОТЕКАЮЩИХ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Е. Е. Краснова<sup>1</sup>, В. В. Чемоданов<sup>1</sup>, А. А. Балдаев<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России

<sup>2</sup> ОБУЗ «Детская городская клиническая больница № 1» г. Иванова

Своеобразие течения острых бронхитов у детей зависит не только от этиологического фактора, но и от индивидуальных особенностей организма, к которым относят дисплазию соединительной ткани (ДСТ), что следует учитывать при лечении.

Цель исследования – выявить клинко-функциональные особенности острых бронхитов у детей раннего возраста с дисплазией соединительной ткани для оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий.

Обследован 231 ребенок 1–3 лет с бронхитом (125 детей с простым бронхитом, 106 – с обструктивным бронхитом). Наличие ДСТ определяли по методу Л. Н. Абакумовой Л.Н. (2006). 101 ребенок с ДСТ составили основную группу, 130 детей без ДСТ – группу сравнения. Оценивали характер и выраженность основных клинических проявлений бронхитов и их тяжесть выражали в баллах. При оценке гемограммы рассчитывали лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ). Выполняли рентгенографическое обследование легких с секторальной оценкой рентгенограмм. Функцию внешнего дыхания исследовали методом бронхофонографии (БФГ).

Установлено, что у детей с ДСТ показатель тяжести простого и обструктивно-го бронхита был выше, чем в группе сравнения ( $p < 0,05$ ), что связано с большей выраженностью и пролонгированностью лихорадки, симптомов интоксикации, кашля, физических изменений в легких. На выраженность и продолжительность

воспаления и интоксикации при бронхитах на фоне ДСТ указывает и большая величина ЛИИ ( $0,79 \pm 0,02$  у детей основной группы и  $0,70 \pm 0,03$  – группы сравнения), сохраняющаяся и на фоне ликвидации клинических проявлений заболевания ( $0,51 \pm 0,02$  и  $0,36 \pm 0,01$ ;  $p < 0,05$ ). Тяжесть и продолжительность признаков воспаления были обусловлены нарушением эвакуации бронхиального секрета и частым присоединением бактериальной микрофлоры, что происходит в результате наличия внешних внелегочных соединительнотканых проявлений, снижающих экспекторальный клиренс, таких как мышечная гипотония, в том числе гипотония дыхательной мускулатуры, различные деформации грудной клетки. По данным инструментального исследования у детей с ДСТ нередко выявлялись диспластические изменения в бронхиальном дереве, а именно – деформации бронхов и их дистонии, приводящие к нарушению мукоцилиарного клиренса, изменению вязкости бронхиального секрета. О дистонии бронхов судили по данным БФГ: значительное повышение акустической работы дыхания в низкочастотном диапазоне, что указывало на нарушение упругости и эластических свойств трахеи и долевых бронхов. Эти изменения сохранялись и в периоде реконвалесценции, что может служить доказательством их врожденного характера. О деформации бронхов косвенно судили по данным рентгенологического исследования, при котором у детей с ДСТ нередко выявлялись деформированность и асимметрия лёгочного рисунка, завуалированность просвета промежуточного бронха, участки гиповентиляции ( $p < 0,05$ ). Указанные морфофункциональные изменения бронхиального дерева вносят своеобразие в клинические проявления бронхообструктивного синдрома, который у детей с диспластическим фенотипом наиболее часто протекал в виде гиперкринического варианта (86%), характеризующегося длительным влажным кашлем с трудно отходящей мокротой, шумным дыханием, наличием одышки смешанного характера с превалированием экспираторного компонента и диффузных влажных разнокалиберных хрипов.

В катамнезе установлено, что дети с ДСТ склонны к повторным эпизодам бронхита.

Особенности бронхитов у детей с ДСТ должно учитываться при лечении больных. Для лечения кашля использовали адекватную регидратацию (обильное питье), муколитические препараты и средства, стимулирующие отхаркивание, позволяющие восстановить нарушенный мукоцилиарный транспорт. При наличии малопродуктивного кашля с вязкой мокротой сочетали ингаляционный (через небулайзер) и пероральный путь введения муколитика. Терапия бронхообструктивного синдрома проводилась с учётом клинического типа бронхиальной обструкции – гиперкринического или бронхоспастического, Гиперкринический вариант служил показанием для назначения комбинированного бронхолитика ( $\beta_2$ -адреномиметик и М-холинолитик) При бронхоспастическом типе эффективно применение  $\beta_2$ -адреномиметика. При выраженном бронхообструктивном синдроме назначались кортикостероиды. Обязательным компонентом лечения острых бронхитов на фоне ДСТ являлись вибрационный массаж и клопфмассаж, способствующие отхождению бронхиального секрета, а также постуральное положение ребёнка, которые назначали со 2–3-го дня лечения при нормальной температуре тела. Внедрение предложенного дифференцированного подхода к лечению бронхообструктивного синдрома, а также раннее назначение физических методов лечения привело к сокращению сроков лечения больных в среднем на 2,55 дня (2,4–2,7).

Учитывая, что неблагоприятное течение бронхитов во многом обусловлено диспластическими нарушениями, лечение детей раннего возраста должно дополняться препаратами, улучшающими метаболические процессы в соединительной ткани (левокарнитин, препараты магния, кудесан и др).

Таким образом, рассмотрев клинические особенности острых бронхитов у детей с ДСТ, установлена общая закономерность их течения, а именно большая тяжесть и продолжительность клинических проявлений, пролонгированность лабораторных признаков воспаления и преобладание гиперкринического типа бронхообструкции, склонность к повторным эпизодам бронхита, что обосновало необходимость оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий.

## **ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, ПОЛУЧАЮЩИМ ГЕМОДИАЛИЗ**

**Л. Н. Ласкарева, Л. А. Качанова, Е. Ф. Кузнецова, Т. В. Рябчикова,  
Н. В. Каминская**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Сегодня в России около 14 млн человек страдают хронической болезнью почек (ХБП). Инвалидами вследствие данного заболевания ежегодно признаются 41,5 тыс. человек. Пациенты в терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ХБП5) нуждаются в проведении заместительной почечной терапии. Аппаратный гемодиализ является наиболее распространённым методом заместительного лечения почечной недостаточности. Реабилитация больных на гемодиализе зависит от выраженности сопутствующих осложнений и организации работы диализного центра. В связи с этим перспективным может быть введение в центрах гемодиализа новой должности «медицинская сестра качества», призванное повысить качество медицинской помощи пациентам.

Цель работы – дать экспертную оценку деятельности медицинских сестер качества и разработать план мероприятий по повышению качества медицинской помощи пациентам с ХБП, получающим гемодиализ.

Исследование выполнено на базе Костромского филиала частного учреждения «Медико-образовательная организация «Нефрологический экспертный совет», в состав которого входят:

- 1) нефрологический центр в г. Костроме, имеющий в своем составе отделение диализа, отделение нефрологии, консультативный прием врача-нефролога;
- 2) отделение диализа в г. Галиче;
- 3) отделение диализа в г. Шарье.

В 2013–2014 г. произошла реорганизация, в отделениях был проведен ремонт и замена оборудования. Был обновлен и расширен парк аппаратов «Искусственная почка», поставлены и введены в эксплуатацию аппараты для гемодиализа последнего поколения «Артис», отличающиеся от имевшихся в эксплуатации ранее своими функциональными возможностями. В отделениях также установлено самое новейшее оборудование и последние разработки в области аналитики и структурирования данных о динамике лечения пациента (программный комплекс «MaXimus»), инновационная система «check-in» и «check-out», контролирующая состояние пациента до и после процедуры, каждое диализное место оснащено картридерами и баркодерами, необходимыми для считывания информации и занесения ее в «MaXimus», современная система водоочистки – все это направлено на улучшение качества услуг, предоставляемых для нефрологических пациентов. Оказание медицинской помощи в отделениях диализа осуществляется бригадами, состоящими из врача, медицинских сестер, инженера-

техника, которые «закреплены» за конкретными группами (сменами) больных. Наблюдение за пациентами средним медперсоналом во время процедуры гемодиализа осуществляется непрерывно в течение всей процедуры. Работу медицинских сестер диализных залов контролирует медицинская сестра качества (одна на смену). Эта должность введена в штатное расписание после реорганизации с целью повышения качества оказываемой медицинской помощи. В каждом отделении диализа была проведена внутренняя аттестация среди медицинских сестер диализных залов. Сотрудники, получившие наиболее высокие оценки по теоретическим знаниям, практическим умениям и имеющие организаторские способности, были переведены на должности медицинских сестер качества. Цель должности медицинской сестры качества: сестринское обеспечение регистрации пациента на процедурах «check-in» и «check-out»; мониторинга процедур заместительной почечной терапии по системе Maximus, проведение анализа и оценки качества проведенных процедур, корректировка работы медицинских сестер диализного зала, проведение диагностических исследований для скрининга тяжести состояния пациентов и эффективности проводимого лечения в отделении диализа.

В зависимости от цели должности и функциональных обязанностей нами разработана «Карта экспертной оценки работы медицинской сестры качества». Карта включает следующие критерии эффективности работы: 1) соблюдение порядка прохождения пациентами процедур «Check-in», «Check-out»; 2) повышение качества проводимых процедур, путем контроля динамики и анализа достигнутых параметров в системе «Maximus»; 3) контроль работы медицинских сестер диализного зала; 4) организация обучения пациентов и их родственников жизни с ХБП и правилам поведения на диализе; 5) соблюдение правил внутреннего трудового распорядка. Каждый критерий эффективности имеет от 2 до 5 критериев оценки и весовой индекс. Максимальная оценка по каждой карте составляет 1 балл. Использована шкала оценки: 1,0 – 0,91 – «отлично»; 0,9 – 0,81 – «хорошо»; 0,8 – 0,71 – «удовлетворительно»; 0,7 и ниже – «неудовлетворительно».

Проведена экспертная оценка деятельности всех 5 медицинских сестер качества, работающих в организации. Работу каждой медицинской сестры оценивала группа экспертов, состоящая из 5 человек: медицинский директор, руководитель центра, заведующий отделением, главная медицинская сестра, старшая медицинская сестра. Общий средний балл по данной должности составил – 0,96, работа всех медицинских сестер качества оценена на «отлично». Проведено ранжирование медицинских сестер качества в зависимости от полученных экспертных оценок. Несмотря на высокие экспертные оценки, были выявлены единичные дефекты в работе, а именно не достижение адекватности и целевых показателей в конце процедуры в результате неточного ввода данных в систему Maximus и не соблюдение требований скрининга сосудистого доступа, что связано с малым опытом отдельных медсестер диализного зала.

Таким образом, нами предложена и внедрена методика экспертной оценки деятельности медицинских сестер качества. Данную экспертизу рекомендуется проводить ежемесячно и использовать полученные результаты для морального и материального стимулирования, а также для разработки плана устранения выявленных дефектов в работе. В учреждении разработан план по периодическому обучению, проверке знаний и умений среднего медперсонала, разработан и внедрен алгоритм действий медицинских сестер при проведении процедуры гемодиализа, в котором нашли отражение такие манипуляции, как правила пункции сосудистого доступа, гепаринизация, коррекция параметров во время процедуры, введение лекарственных средств, наблюдение за пациентом.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ НОСА**

**С. Б. Лопатин, Е. В. Борзов, Р. О. Соколов, М. В. Жабурина**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Непрерывный рост травматизма в последние годы сопровождается резким подъёмом повреждений костей лицевого скелета, среди которых преобладают переломы костей носа. По данным различных источников травмы носа от общего числа стационарных больных с заболеваниями и травмами ЛОР-органов составляют 3,6 – 4,6%. Оказание адекватной помощи таким больным является непременным условием анатомического и функционального восстановления органа.

Цель работы – оценка эффективности специализированной хирургической помощи больным с травмами носа.

Проведен анализ лечения пациентов, находившихся во взрослом и детском оториноларингологических отделениях Ивановской областной клинической больницы за 5 лет (в период с 2010 по 2014 гг.).

С травмами носа и околоносовых пазух было госпитализировано 827 человек, из них взрослых – 638 (70,4%), детей – 189 (29,6%). Среди взрослых преобладали мужчины – 602 (94,1%), женщин было 36 (5,9%). В детском возрасте травмы чаще случались у мальчиков – 164 (86,7%), девочек, соответственно, было 25 (13,3%). Возраст детей находился в пределах от 2 до 15 лет.

Причины травм носа и околоносовых пазух были весьма разнообразны. У взрослых преобладали бытовые травмы – 72,3%, транспортные составили 23,8%, производственные 3,1%, спортивные – только 0,8%.

В детской практике у большинства больных 70,5% травмы носили уличный характер, 23,3% были получены в школе или детских дошкольных учреждениях, 6,2% – при занятии в спортивных секциях.

В первые часы после травмы в стационар было доставлено 152 (23,8%) человека. В сроки от 6 до 24 часов после травмы поступило 346 (54,3%) пациентов, через двое суток – 77 (12,1%), через трое суток – 43 (6,8%). Более четырех суток не обращались за медицинской помощью 19 (3%) больных.

На первом этапе диагностики обязательным методом исследования являлась рентгенография костей носа и околоносовых пазух в двух проекциях, при необходимости – компьютерная томография.

Среди всех обратившихся с травмами носа и околоносовых пазух наибольшую группу (84,4%) составили пациенты с закрытыми переломами костей носа со смещением костных отломков, которые проявлялись деформацией наружного носа, нарушением носового дыхания. Носовые кровотечения различной степени распространенности были у 88,3% поступивших.

У 129 (15,6%) человек перелом костей носа сочетался с черепно-мозговой травмой, повреждением глазницы, скуловой кости, стенок околоносовых пазух. Таким больным помощь оказывалась с привлечением врачей соответствующих специальностей (офтальмологов, стоматологов, нейрохирургов).

Вопросы об объеме помощи, сроках оперативного лечения решались с учетом механизма и характера травмы, степени расхождения костных отломков, кровотечения, наличия посттравматических орбитальных и неврологических осложнений.

В настоящее время стандартом оказания помощи при переломе костей носа со смещением отломков является проведение ранней репозиции с последующей фиксацией костных фрагментов. Восстановление формы наружного носа и носовой перегородки выполнялось под общим обезболиванием при помощи элеваторов Ю. Н. Волкова и зеркала Киллиана. Пособие заканчивалось передней тампонадой носа. Анализ результатов лечения показал, что наилучшей косметической

результат достигается в случаях проведения репозиции в первые сутки после травмы. В то же время, более чем у половины больных после вмешательства сохраняется нарушение носового дыхания, связанное с деформацией перегородки носа, что требует в последующем проведение септопластики.

Таким образом, в структуре травм лицевых костей наблюдается преобладание травм костей носа – 84,4% случаев. Репозиция костей носа в максимально ранние сроки позволяет добиться хорошего косметического эффекта. При сочетанных травмах требуется привлечение смежных специалистов.

### **ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ**

**В. В. Макурова, Е. Н. Дьяконова, Н. В. Воробьева, Т. Э. Ковалева, В. А. Кутин**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Хроническая цереброваскулярная патология является одной из самых распространенных в неврологической практике, она значительно снижает качество жизни пациентов, а также может привести к развитию инсульта. В связи с этим, проблема предупреждения цереброваскулярных нарушений на ранней стадии является актуальной и социально значимой. Основная роль в обменной функции мозга принадлежит системе микроциркуляции. Являясь неотъемлемой частью гемодинамики, она, работая некорректно, усугубляет клиническую картину расстройств цереброваскулярных заболеваний. Изменения микроциркуляции зачастую возникают еще до развития грубых нарушений и вносят свой вклад в их развитие. Таким образом необходимо применение препаратов, влияющих не только напрямую на тонус крупных сосудов, но также имеющих влияние на систему микроциркуляции.

Цель исследования – выявить наличие микроциркуляторных изменений у пациентов с хронической цереброваскулярной недостаточностью, и провести их коррекцию препаратом L-лизина эсцинат.

Проведено исследование 46 пациентов в возрасте от 25 до 60 лет, находившихся на лечении в неврологическом отделении Ивановской областной клинической больницы. На втором этапе все пациенты были разделены на 2 группы, в зависимости от уровня артериального давления. В первую группу вошли лица с нормальным артериальным давлением или гипотензией, во вторую – пациенты с эпизодами повышения АД, а также с артериальной гипертензией 1-2 степени. Всем пациентам проводили лазерную доплеровскую флоуметрию (ЛДФ) на приборе «ЛАКК-04» (НПО «Лазма», Россия), на ладонной поверхности пальцев правой кисти. До и после курса 10 дневного внутривенного введения L-лизина эсцината в дозе 5мл в 100мл физиологического раствора. Определяли: ПМ (параметр микроциркуляции), СКО (среднее квадратическое отклонение), ИФМ (индекс флаксмоций), исследовали амплитудно-частотный анализ гемодинамических ритмов колебаний тканевого кровотока в диапазоне частот от 0,01 до 1,2 Гц. Амплитуда VLF характеризует влияние гуморально-метаболических факторов на состояние микроциркуляции; обусловлены: LF активностью гладких миоцитов в стенке артериол; HF (дыхательные ритмы) изменениями давления в венозном отделе сосудистого русла; CF (пульсовые ритмы) скоростью движения эритроцитов в микрососудах.

У пациентов 1 группы исследование системы микроциркуляции до приема препарата L-лизина эсцинат и выявило повышение уровня базального кровотока и значимое снижение уровня его колебания, которое изменилось после приема препарата, при этом ПМ составил  $22,38 \pm 1,9$  и  $23,37 \pm 1,72$  перф. ед. соответствен-

но, СКО  $0,92 \pm 0,44$  до приема препарата и  $0,73 \pm 0,15$  после лечения, ИФМ достоверно увеличился и составил  $0,55 \pm 0,23$  и  $0,88 \pm 0,32$  соответственно ( $p < 0,01$ ), отмечалось достоверное увеличение сосудистого тонуса с  $2,45 \pm 0,52$  до  $3,77 \pm 0,75$  ( $p < 0,05$ ), сосудистое сопротивление не имело достоверных изменений после проведенной терапии. У пациентов второй группы также наблюдалось повышение уровня ПМ и снижение уровня СКО, которое не изменилось после приема препарата, а ИФМ достоверно увеличился и составил  $0,47 \pm 0,25$  и  $0,92 \pm 0,12$  после приема препарата соответственно ( $p < 0,01$ ).

У пациентов первой группы влияние проводимой терапии отразилось, в первую очередь на уменьшении амплитуды дыхательных ритмов и составило  $0,25 \pm 0,1$  до приема препарата и  $0,16 \pm 0,02$  после его приема ( $p < 0,001$ ). У пациентов 2 группы на фоне приема L-лизина эсцината, наблюдалось достоверное снижение амплитуды как дыхательных, так и пульсовых волн, амплитуда HF до терапии составляла  $0,36 \pm 0,16$ , после терапии  $0,16 \pm 0,04$  ( $p < 0,001$ ), а амплитуда CF –  $0,68 \pm 0,27$  и  $0,50 \pm 0,17$  соответственно ( $p < 0,05$ ). В процессе лечения у пациентов 1 группы наблюдается достоверное снижение амплитуды LF-ритма:  $0,42 \pm 0,28$  до терапии и  $0,21 \pm 0,09$  после терапии ( $p < 0,05$ ). У пациентов 2 группы также наблюдалось достоверное снижение амплитуды этого ритма –  $0,51 \pm 0,44$  до и  $0,22 \pm 0,06$  после терапии ( $p < 0,05$ ), что связано с уменьшением тонуса симпатической нервной системы. Анализ типов микроциркуляции показал, что исходно у пациентов 1 группы преобладал застойный гемодинамический тип микроциркуляции (41,6%) и нормоциркуляторный (25,4%). На долю гиперемического и спастического пришлось 21 и 8% соответственно. Во 2 группе преобладали застойный и гиперемический тип микроциркуляторных расстройств, они составляли 36,3 и 45,2% соответственно. Спастический наблюдался в 14% случаев, а нормоциркуляторный составил всего 4,5%. На фоне терапии в 1 и 2 группе количество пациентов с застойным типом микроциркуляции уменьшилось на 20–25% соответственно. Спастический тип снизился на 8% в 1 группе и на 5% во 2-й. Количество пациентов с гипертоническим типом увеличилось в 1 группе на 4,5%, и уменьшилось на 9% на фоне лечения. На фоне лечения в обеих группах увеличилось на 30–35% число больных с нормоциркуляторным гемодинамическим типом микроциркуляции, что убедительно свидетельствует об улучшении состояния микроциркуляции, происходящем за счет уменьшения явлений венозного застоя, стаза крови в периферических сосудах.

Таким образом, наряду с хронической цереброваскулярной недостаточностью, у пациентов обеих групп наблюдались микроциркуляторные нарушения разной степени выраженности. Применение препарата L-лизина эсцинат, улучшает микроциркуляцию при всех типах ее нарушения, и может быть рекомендовано в комплексной терапии хронической цереброваскулярной недостаточности.

## **РОЛЬ ФОЛАТОВ В РЕПРОДУКЦИИ**

**А. И. Малышкина<sup>1,2</sup>, И. Н. Фетисова<sup>2,1</sup>**

<sup>1</sup> *ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России*

<sup>2</sup> *ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России*

Фолатный цикл представляет собой сложный каскадный процесс, контролируемый ферментами, которые в качестве коферментов имеют производные фолиевой кислоты. Суточная потребность организма в фолатах, которая составляет 400 мкг, при беременности и лактации – 600 и 500 мкг соответственно, с трудом может быть удовлетворена исключительно посредством диеты.

В фолатном цикле происходит перенос метильных групп и осуществляется метаболизм гомоцистеина, избыток которого превращается в незаменимую аминокислоту метионин. Метионин, в свою очередь, после превращения в S-аденозилметионин, является в клетке основным донором метильных групп, необходимых для синтеза и метилирования ДНК, РНК, белков и фосфолипидов. Дефицит фолиевой кислоты и витаминов группы В, связанный с особенностями диеты, а также дефекты в генах фолатного обмена, обуславливающие сниженную активность ферментов, приводят к избыточному накоплению гомоцистеина в крови и нарушению процессов метилирования в клетке. Гомоцистеин обладает выраженным токсическим действием, механизм которого определяется несколькими биохимическими каналами и в значительной степени связан с нарушением эндотелиальной функции. Снижение метилирования в клетке приводит к изменению профиля метилирования в центромерных районах хромосом, нарушению расхождения хромосом в гаметогенезе и повышению риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями. Эндотелиальная дисфункция, наблюдаемая при гипергомоцистеинемии, сопровождается развитием атеросклероза сосудов, десинхронизацией процессов фибринолиза и фибринообразования, вазоконстрикцией, возможно, способствует нарушению nidации плодного яйца, инвазии трофобласта и плацентации и приводит к развитию акушерской патологии.

К осложнениям беременности, родов и периода новорожденности, ассоциированным с нарушением обмена фолатов, относят бесплодие, привычное невынашивание, преэклампсию, фетоплацентарную недостаточность, послеродовые кровотечения, тромбоэмболические осложнения у матери, задержку внутриутробного развития плода, врожденные и наследственные аномалии плода. Присутствие в генотипе низкофункциональных аллелей генов фолатного цикла определяет функциональную недостаточность соответствующих ферментов, что влияет на широкий спектр биохимических преобразований в ходе фолатного обмена, и по мнению ряда авторов может рассматриваться как фактор риска развития патологии репродукции (Калашникова Е. А., 2005, Фетисова И. Н. с соавт., 2009, 2012; Малышкина А. И. с соавт., 2012; Singh K. et al., 2005).

Исследование, проведенное на базе ИвНИИ МиД, показало, что у пациенток с привычным невынашиванием беременности (ПНБ) ранних сроков по сравнению со здоровыми женщинами имеет место статистически значимое увеличение частоты встречаемости аллеля 677Т в гене *MTHFR* (34,5 и 18,3% соответственно,  $p = 0,007$ ,  $OR = 2,3$  (1,3 — 4,3)), а также одновременного носительства низкофункциональных аллелей в генах *MTHFR* и *MTRR* (46,6 и 26,0% соответственно,  $p = 0,027$ ,  $OR = 2,4$  (1,1 — 5,3)) (Фетисова И. Н., 2009). Большое число исследований посвящено взаимосвязи полиморфизма генов фолатного обмена с пороками развития плода, в частности, с дефектами нервной трубки (анэнцефалия, *spina bifida*), незаращением верхней губы и неба, а также у супругов с указанием в анамнезе на анэмбрионию (Martinielli M. et al., 2001, Фетисова И. Н., 2009). По нашему мнению, негативное влияние на гисто- и органогенез мутантных вариантов генов фолатного обмена может быть связано как с прямым эмбриотоксическим действием гомоцистеина, так и с нарушением процессов пролиферации и дифференцировки клеток вследствие дефицита метильных групп. Исследование полиморфизма генов фолатного цикла у пациенток с гинекологической патологией, проведенное в ИвНИИ МиД, показало значимое увеличение частоты встречаемости низкофункциональных полиморфизмов у женщин с быстрорастущей миомой матки (Малышкина А. И. с соавт., 2011, Дюжев Ж. А. с соавт., 2012). Наши данные согласуются с мнением ряда авторов о том, что присутствие в генотипе женщины низкофункциональных аллелей в генах фолатного цикла может способствовать усилению процесса перекисного окисления липидов и развитию гипергомоцистеинемии (Bestor T. H. et al., 1996), что в свою очередь является фактором риска роста миоматозного узла (Tsai J. et al., 1996; Bhat H. K. et al., 2003).

## **ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ГЕМОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ В ОСТРУЮ ФАЗУ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**А. С. Маслов, А. Е. Новиков, И. П. Основина, Ю. В. Батуева, С. А. Ребров,  
Н. В. Алексеева, О. Ю. Козляева**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

*НО ОНМК РСЦ ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»*

Острые нарушения мозгового кровообращения являются проблемой чрезвычайной медицинской и социальной значимости. Церебральный инсульт остается ведущей причиной инвалидизации населения. Вышесказанное определяет необходимость дальнейшего изучения и внедрения в клиническую практику новых методов лечения и вторичной профилактики ОНМК.

В направлении повышения эффективности лечения ишемического инсульта интерес представляет лазерное облучение крови. Исследователи отмечают его высокую эффективность и безопасность в комплексном лечении ишемических поражений головного мозга. Но, несмотря на значительное количество научных данных по исследуемой проблеме, нет единого мнения относительно: 1) сроков применения лазерной терапии при ишемическом инсульте – в какой период и при каком типе гемореологических нарушений это целесообразнее выполнять; 2) способов применения низкоинтенсивного лазерного облучения крови – внутривенное, надвенное, надартериальное, комбинированное; 3) по выбору длины волны лазерного излучения (ЛИ): красный, инфракрасный или другие диапазоны, а также режиму генерации излучения (непрерывный, импульсный, модулированный); 4) по оптимизации дозозависимых параметров ЛИ (мощность, частота, экспозиция, площадь воздействия). Заслуживает внимания отсутствие доступных и репрезентативных способов оценки эффективности и безопасности используемых методик лазеротерапии пациентов в зависимости от тяжести соматического и неврологического статусов, сопутствующей патологии, возраста и др. Всё выше изложенное определяет актуальность и необходимость дальнейшего изучения данной проблемы, а также экспериментальной и клинической апробации различных способов лазеротерапии.

Цель работы – дать клинико-гемореологическую характеристику больных в острой фазе ишемического полушарного инсульта на фоне низкоинтенсивного лазерного облучения крови для оценки его эффективности при разных методиках и разработки критериев применения.

Обследовано 12 пациентов (7 женщин и 5 мужчин) с верифицированным диагнозом полушарного ишемического инсульта (острая фаза заболевания) в возрасте от 40 до 75 лет, проходивших лечение в НО ОНМК РСЦ ОБУЗ ИВОКБ в 2015 г. Пациенты были разделены на 3 группы, сопоставимые по возрастному составу, срокам госпитализации, локализации и тяжести сосудистого поражения головного мозга: 2 основные и 1 контрольная. Пациентам контрольной группы с момента поступления в стационар проводилась стандартная медикаментозная и кинезотерапия. Больным основных групп наряду с аналогичным лечением, начиная со вторых суток от начала ишемического инсульта, выполнялось надвенное лазерное облучение крови по двум методикам: пациентам 1-й основной группы – в красном диапазоне в непрерывном режиме (в кубитальной области при мощности на выходе 5 мВт и суммарном времени облучения 10 мин, ежедневно в течение 10 дней), пациентам 2-й основной группы – в инфракрасном диапазоне в импульсном режиме (4 зоны – правая и левая кубитальная область, зона сосудистого пучка

во 2-м межреберья справа и слева от грудины, с частотой 80 Гц при мощности на выходе 7 Вт и суммарном времени облучения 4 мин (по 1 мин на каждую зону), ежедневно в течение 10 дней). На 1, 5 и 10-е сутки стационарного лечения проводились клиническое обследование (исследование неврологического и соматического статуса с оценкой по шкалам – NIHSS, шкала Рэнкина и индекс мобильности Ривермид) и исследование гемореологических показателей (вискозиметрия цельной крови и плазмы, исследование агрегации, деформируемости эритроцитов, определение гематокрита). Статистическая обработка данных проводилась с применением пакета программ Statistica 8 (методы описательной статистики, непараметрический тест Уилкоксона и ранговый коэффициент корреляции Спирмена).

Сравнительный анализ результатов реологических параметров крови показал достоверное улучшение деформируемости (снижение индекса резистентности,  $p = 0,045$ ) и снижение агрегационной активности эритроцитов (снижение  $M1_5$  и  $M1_{10}$  (фотометрический метод),  $p = 0,043$ , и ПА (прямой оптический метод),  $p = 0,047$ ) у пациентов 1-й основной группы к 10-м суткам, совпадающим с завершением курса лазеротерапии. В то время как во 2-й основной группе также прослеживалась тенденция к улучшению реологических показателей, но изменения не были достоверно значимыми ( $p > 0,05$ ). В группе контроля изменения гемореологии были разнонаправленными и незначимыми. Выявлена сильная положительная корреляционная связь между снижением значений показателя агрегации и клиническим восстановлением (по шкале Рэнкина и индексу мобильности Ривермид) (Spearman  $R \sim 0,95$ ;  $p = 0,014$ ).

Учитывая небольшое количество наблюдений, мы воздержимся от подведения итогов, ограничившись сообщением промежуточных результатов. В настоящее время продолжается набор материала для повышения достоверности результатов исследования.

В итоге планируется разработать рекомендации по оптимизации применения лазерной гемотерапии в комплексном лечении ишемического инсульта на основании клинических и лабораторных данных с целью повышения эффективности лечения.

## **ПОЧЕМУ В РОССИИ НЕ НУЖНЫ ИМПОРТНЫЕ ЛАЗЕРНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ?**

**С. В. Москвин**

*ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА РФ, г. Москва*

Известно, что терапевтическое действие низкоинтенсивного лазерного света носит бифазный характер, т. е. когда энергия, плотность мощности и экспозиция *оптимальны*. Больше – не значит лучше, наоборот, чаще всего именно минимальные энергии способны вызвать наибольший отклик организма. Наши многолетние исследования показали, что в большинстве случаев мощность для непрерывных лазеров не должна превышать 15–50 мВт, а для импульсных – 10–15 Вт (длительность светового импульса 100–150 нс, средняя мощность 0,1–5 мВт), при этом экспозиция на одну зону не более 5 мин. В этом случае достигается наиболее высокий эффект широкого спектра, оказывается универсальное действие лазерного света.

Российские лазерные терапевтические аппараты разрабатываются на основе научно обоснованных российскими же учёными критериев выбора и оптимизации лазерных терапевтических методик. Импортные «аналоги» разы дороже российских, но в сто раз хуже, поскольку предназначены, как правило, для 1–2 методик,

имея при этом, минимальную эффективность из-за энергетических, спектральных и других параметров, которые далеки от требуемых. Иностранцам эти научные данные недоступны из-за языковых ограничений, поэтому и создают нечто мало-пригодное для медицины.

Разработчики импортных аппаратов совершенно необоснованно стремятся увеличить мощность лазерного излучения, ошибочно полагая, что это приведёт к повышению эффективности. Поэтому такие «девайсы» имеют класс лазерной опасности 3В, что накладывает существенные ограничения их эксплуатации, например, требуются специальные ограждения, блокираторы дверей помещения, где проходят процедуры и пр. (СанПин 5804-91). В медицинских учреждениях не готовы предоставить отдельное помещение для них, невозможно проводить процедуры в отделении физиотерапии, и дорогостоящее оборудование простаивает (Мельницкая И. В., Кирьянова В. В., 2015).

Возникает почти риторический вопрос, какую цель преследуют организаторы здравоохранения в государственных медучреждениях, приобретая практически бесполезные лазерные терапевтические аппараты, которые стоят в 10–20 раз дороже российских аналогов?

## **КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ЖЕНЩИН**

**А. В. Назарова**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Ревматоидный артрит (РА) является одним из наиболее распространенных воспалительных заболеваний суставов, в развитии которого значительную роль играют аутоиммунные механизмы. Известно, что женщины страдают РА в 2–3 раза чаще мужчин. В последние годы все большую распространенность получает углубленное иммунологическое обследование пациентов с РА, включающее помимо исследования уровня ревматоидного фактора (РФ) определение титра антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП). Обнаружение увеличенных титров АЦЦП может быть сопряжено с более высоким риском прогрессирования деструкции суставов у больных с ранним РА.

Цель исследования – дать сравнительную клинико-иммунологическую характеристику РА у женщин с учетом показателей РФ и АЦЦП.

Обследованы 58 женщин с РА в возрасте от 32 до 72 лет. Для определения уровня АЦЦП в сыворотке крови применялся иммуноферментный анализ. У 35 пациенток диагностирован серопозитивный по РФ, АЦЦП-позитивный РА (группа РА «+», средний возраст  $55,3 \pm 14$  года), у остальных – РА с нормальными титрами РФ и АЦЦП (РА «-», средний возраст  $52,6 \pm 15,9$  года).

У серонегативных пациенток заболевание дебютировало в более раннем возрасте по сравнению с серопозитивными:  $36,5 \pm 12,7$  и  $48,3 \pm 14,6$  года ( $p < 0,05$ ). Длительность РА, протекающего с повышением титров РФ и АЦЦП, составила  $7,4 \pm 3,2$  года, серонегативного артрита –  $12,8 \pm 7,5$  года ( $p < 0,05$ ). Наследственная отягощенность по заболеваниям суставов (РА у ближайших родственников) имела место у 42% пациенток с серопозитивным РА и у 14% – с серонегативным, что может косвенно указывать на преимущественный вклад генетических механизмов в развитие серопозитивного варианта артрита. Больше количество пораженных суставов (припухших и болезненных при пальпации) выявлено у больных серопозитивным РА:  $10,7 \pm 3,9$  (у серонегативных –  $7,5 \pm 3,1$ ;  $p < 0,05$ ). Продолжитель-

ность утренней скованности у женщин с серопозитивным РА составила  $4,7 \pm 1,2$  часа, при серонегативном РА –  $2,4 \pm 1,1$  часа ( $p < 0,05$ ). Среди пациенток группы РА «+» чаще выявлялась анемия легкой степени (у 42%, у РА «-» – у 21%). Значения индекса DAS 28 у женщин с серо- и АЦЦП-позитивным РА составили в среднем  $5,1 \pm 1,2$ , в группе сравнения –  $3,6 \pm 1,3$  ( $p < 0,05$ ). Распространенность внесуставных проявлений заболевания преобладала у женщин, страдающих серопозитивным РА. Среди обследованных этой группы чаще отмечалось наличие конституциональных симптомов – у 61% (при РА «-» – у 48%); ревматоидных узелков – у 29% (отсутствовали в группе РА «-»); полинейропатии – у 25% (при РА «-» – у 7%); поражение глаз (эписклерит, сухой кератоконъюнктивит) – у 21% (в группе РА «-» – у 7%). Костные эрозии в области суставов кистей по результатам рентгенографии чаще отмечались в группе РА «+»: у 61%, при РА «-» – у 47%. У 42% больных серопозитивным РА течение заболевания осложнилось развитием вторичного остеоартроза, среди серонегативных пациенток он встречался лишь у 25%. Ограничение способности к выполнению непрофессиональной и профессиональной деятельности (при сохранении способности к самообслуживанию) отмечено у 31% обследованных с РА «+» (в группе сравнения – у 19%), ограничение лишь непрофессиональной деятельности – у 69 и 81% соответственно.

Таким образом, РА у женщин, протекающий с повышением титров РФ и АЦЦП, характеризуется более высокой активностью воспалительного процесса, широкой распространенностью системных проявлений и более выраженным нарушением функции суставов.

## **ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ**

**А. О. Назарова, А. И. Малышкина, А. А. Козырина, С. Б. Назаров, К. П. Андреев**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

*ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт  
материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России*

Преждевременные роды (ПР), по данным разных авторов, составляют от 5 до 18% от всех родов (Romero R. et al., 2014). Они являются одной из основных причин перинатальной смертности. Одной из индивидуальных характеристик женщин с угрожающими ПР могут быть антропометрические показатели. Так, Snattingius et al. (2012) обнаружили, что в Швеции риск очень ранних (22–27 нед.) спонтанных преждевременных родов повышается у женщин, страдающих ожирением ( $ИМТ \geq 30 \text{ кг/м}^2$ ). Согласно современным представлениям, особенности жирового обмена определяются изменениями гормональной связи между жировой тканью и гипоталамусом. Жировая масса является гомеостатической системой, включающей в себя центральное и периферическое звенья регуляции. Липогенез определяется гипоталамическими факторами, в том числе нейропептидом Y. В процессах липолиза большое значение имеет повышение активности симпатoadреналовой системы. Масса тела до беременности и выраженность ее прибавки во время беременности является независимым, но кумулятивным фактором, влияющим на исход беременности и родов, а также массу новорожденного и его постнатальное развитие. В настоящее время изучение особенностей функционирования жировой ткани под влиянием различных факторов и выявление связи между ними на развитие акушерских осложнений является актуальным.

Цель работы: изучение особенностей нейроэндокринной регуляции у беременных женщин с угрожающими преждевременными родами.

Обследована 191 беременная в сроках гестации 22–36 недель на базе женской консультации и акушерской клиники ФГБУ ИвНИИ Мид им. В. Н. Гордкова» Минздрава России, из них 117 с клиническими признаками угрожающих преждевременных родов (основная группа), 74 женщины с физиологическим течением беременности (контрольная группа). Антропометрическое обследование женщин включало расчет индекса Кетле (индекс массы тела = масса (кг) / рост ( $m^2$ )) и измерение толщины кожной складки (в см) на уровне пупка с помощью калипера. Концентрацию адреналина и нейропептида Y определяли в плазме крови методом ИФА (наборы фирмы IBL «CatCombi ELISA») на автоматическом ридере «EL 808», США. Полученный результат выражали в нг/мл. Определение количественной характеристики агрегационного процесса осуществляли с помощью измерения скорости агрегации, длительности агрегации по величине падения оптической плотности плазмы, богатой тромбоцитами в спектрофотометре. Результат выражали в%. Индекс адгезивности рассчитывали по соотношению агрегации тромбоцитов *in vitro*, индуцированной адреналином и АДФ. Статистическую обработку данных проводили с помощью стандартного пакета статистических программ «Statistica 10,0».

Антропометрические исследования показали, что женщины обеих групп имели нормальную массу тела (ИМТ 18,5–24,9 кг/м<sup>2</sup>). Однако, у женщин с угрожающими ПР наблюдались более высокие показатели ИМТ 22,0 [20,0; 25,0] по сравнению с контрольной группой 21,0 [19,0; 23,0] ( $p = 0,004$ ). Толщина кожной складки также имела достоверное увеличение в основной группе 20,0 [14,0; 25,0] при показателях контрольной группы 19,0 [13,0; 21,0] ( $p = 0,025$ ). У женщин основной группы с исходом беременности в виде преждевременных родов толщина кожной складки была меньше и составляла 18,0 [13,0; 25,0]. Показатели индекса адгезивности в исследуемых группах женщин не имели достоверных отличий. Установлено, что концентрация адреналина в крови пациенток при угрожающих ПР была достоверно ниже по сравнению с контрольной группой и составила 45,80 [41,60; 54,40] нг/мл, в контрольной группе его концентрация составила 55,80 [46,20; 69,20] нг/мл ( $p = 0,002$ ). Показатели концентрации нейропептида Y в плазме крови у женщин контрольной группы составили 1,42 [1,13; 1,79], в основной группе 1,63 [0,74; 1,82]. Корреляционный анализ показал прямую связь между индексом адгезивности тромбоцитов и ИМТ у женщин контрольной группы. У женщин основной группы, беременность у которых закончилась ПР, найдена прямая корреляционная связь между концентрацией адреналина и нейропептида Y в плазме крови.

Таким образом, у женщин с низким ИМТ наблюдаются более высокие уровни нейропептида Y, что является результатом адекватной гипоталамической регуляции системы липостата. У женщин с угрожающими ПР отмечается повышенное значение ИМТ и толщины жирового слоя, однако преждевременные роды чаще наблюдаются при низких показателях жировой массы в организме. Центральная катехоламинергическая дисрегуляция, развивающаяся под воздействием неблагоприятных факторов внешней среды приводит к развитию гиперреактивности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и повышению активности симпатической нервной системы, повышению продукции нейропептида Y, независимо от количества и функциональной активности жировой ткани, непропорционально количеству жировой массы. Возрастание количества инсулина под воздействием нейропептида Y является результатом активации парасимпатической нервной системы. Гиперинсулинемия запускает каскад системного воспалительного ответа и усиление свободнорадикального окисления, лежащих в основе развития преждевременных родов.

# ПОСТИНФЕКЦИОННЫЙ АУТОИММУННЫЙ СИНДРОМ КАК РЕЗУЛЬТАТ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ И ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Э. А. Овчарук<sup>1</sup>, Н. П. Лапочкина<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ООО «1-й Медицинский центр», г. Тула

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России

В настоящее время остается актуальной диагностика аутоиммунных нарушений в эндометрии при ХЭ у женщин с бесплодием и конструктивный подход к лечению и реабилитации женщин в подготовке к предстоящей беременности.

Хронические воспалительные заболевания женских половых органов рассматриваются как аутоиммунный процесс, индуцированный инфекцией, но в дальнейшем протекающий как самоподдерживающаяся патологическая реакция (Харламов Е. А., 2007). Бактериальные и вирусные агенты, а также химические вещества играют триггерную роль в развитии аутоиммунных заболеваний. В результате инфекции происходит первоначальная активация лимфоцитов, а затем аутоантигены продолжают поддерживать их активацию даже после полного удаления первичного инфекционного агента (Габелова К. А., Гзгзян А. М., Потин В. В., Рулев В. В., 2010). Антигенная стимуляция иммунокомпетентной системы приводит к ее функциональной перегрузке, истощению и развитию аутоиммунных реакций, вызывающих дополнительное повреждение ткани (Сухих Г. Т., Шуршалина А. В., 2012; Шуршалина А. В., 2007). На фоне дезадаптации иммунной системы, вторичного иммунного дефицита, снижающего сопротивление организма к инфекциям, развивается аутоиммунный хронический эндометрит (АХЭ) (Сидорова И. С., Макаров И. О., Унанян А. Л. и др., 2010).

Главную роль в патогенезе АХЭ играет *постинфекционный аутоиммунный синдром* (ПИАС), которому характерно инфильтрация эндометрия CD16, CD56 NK-, В-клетками и активированными лимфоцитами HLA-DR, нарушением экспрессии рецепторов стромальных и эпителиальных клеток к половым стероидам в эндометрии (Гриненко Г. В., Савичева А. М., 2003; Михнина Е. А., 2009; Тотолян А. А., Унанян А. Л., Коссович Ю. М., 2012; Эллингиди В. Н., Аникеева Н. В., Максимова Н. А., 2002). Воспаление в эндометрии вызывает выраженную реакцию тканей, деструкцию сопровождающуюся повреждением эпителия с изменением структуры и функции эндометрия, нарушением пролиферации и нормальной циклической трансформации ткани.

Цель исследования – оценить локальный иммунитет и секреторную функцию эндометрия у больных с хроническим эндометритом.

Обследовано 175 женщин репродуктивного возраста, из них исследуемую группу составили 135 женщин с хроническим эндометритом, которую разделили на подгруппы: первая – 110 пациенток с бесплодием и вторая – 25 пациенток с привычным невынашиванием беременности. Контрольную группу составили 40 практически здоровых женщин. Обследование проводилось с применением общеклинических, бактериологических, иммуногистохимических методов, УЗИ. Исследование содержимого полости матки на наличие бактериальной, вирусной инфекции проводилось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), бактериального посева. Иммуногистохимическими исследованиями (ИГХИ) оценивали состояние местного иммунитета по количеству иммунокомпетентных клеток (маркеры Т-хелперов, Т-лимфоцитов, CD4, CD8, естественных киллерных клеток CD56+, CD16+ и маркеров активации HLA-DR(II)+, маркеры плазматических клеток – CD138) подтверждающих воспалительные процессы в эндометрии. Для оценки физиологического состояния эндометрия исследовали менструальную кровь на количество белка фертильности А2МГФ, секретируемого эпителием желез.

Анализируя результаты ИГХИ эндометрия у женщин исследуемой группы, обнаружено наличие дисбаланса иммунокомпетентных клеток, появление плазматических клеток, что свидетельствовало о нарушении локального иммунитета в полости матки.

По увеличению количества NK клеток, экспрессирующих CD56+, CD16+ и HLA-DR(II)+ диагностированы *аутоиммунные* нарушения у большинства женщин с хроническим эндометритом (АХЭ – 123 чел., 91,11%; ХЭ – 12 чел., 8,89%;  $p < 0,05$ ), страдающих бесплодием (99 чел., 90%) и привычным невынашиванием беременности (24 чел., 96%;  $p > 0,05$ ). У пациенток с первичным бесплодием (St I – 22 чел.; 48,89%; St II – 24 чел., 36,92%;  $p < 0,05$ ) преобладал ХЭ с *аутоиммунным компонентом*, тогда как при вторичном бесплодии (34 чел., 52,3%) и привычным невынашиванием беременности (13 чел., 52%;  $p > 0,05$ ) АХЭ. Маркер клеток плазматического ряда CD138+ выявлен у всех обследованных женщин с хроническим эндометритом в повышенном количестве от 2 до 16 в полях зрения, что подтверждает воспалительный процесс в эндометрии. Повышение экспрессии NK (CD56+, CD16+), изменение ИРИ за счет увеличения количества Т-хелперов CD4+ и соответствие норме цитотоксических Т-лимфоцитов CD8+ (CD4+ > CD8+ в 1,5-2 раза), подтверждали аутоиммунные изменения в ткани эндометрия (АХЭ –  $23,507 \pm 0,94$ ; ХЭСАИК –  $7,435 \pm 0,26$ ;  $p < 0,001$ ) у больных с хроническим эндометритом. У женщин с воспалительными процессами эндометрия аутоиммунного характера при отсутствии гормональных изменений отмечалось недоразвитие железистого и стромального компонентов эндометрия. Содержание гликоделина в секрете желез эндометрия в пределах референтных значений (16000–64000 нг/мл) наблюдалось лишь у 18 больных (13,33%) с хроническим эндометритом в сравнении с практически здоровыми женщинами (40 чел.; 100%;  $p < 0,05$ ). Сниженная секреция А2МГФ железами эндометрия наблюдалась у пациенток с хроническим эндометритом (99 чел.; 73,33%;  $p < 0,05$ ), наиболее выражена при первичном бесплодии (St I – 9 чел., 20%; St II – 5 чел., 7,7%;  $p < 0,05$ ). У ряда пациенток с бесплодием (14 чел.; 12,72%) и невынашиванием беременности (4 чел.; 16%;  $p > 0,05$ ) диагностировано снижение функциональной активности маточных желез при овуляторном менструальном цикле. Сниженное количество А2МГФ в менструальной крови у больных с хроническим аутоиммунным эндометритом, характеризует нарушение секреторной функции желез эндометрия, соответствующее недостаточности лютеиновой фазы (АХЭ – 80 чел.; 65%; ХЭ – 5 чел.; 41,67%;  $p < 0,05$ ; ОР – 1,56 при 95% ДИ от 0,789 до 3,087) при концентрации прогестерона крови в пределах референтных значений.

Воспаление в эндометрии вызывает выраженную реакцию тканевой, деструкцию эпителия с изменением структуры и функции эндометрия, нарушением пролиферации и нормальной циклической трансформации ткани с угнетением тканевых защитных иммунных реакций и развитием аутоиммунных нарушений как следствие влияния бактериально-вирусной инфекции с формированием постинфекционного аутоиммунного синдрома.

## **ОПЫТ ПСИХОТЕРАПИИ ОНКОБОЛЬНЫХ НА РАННЕМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**И. В. Овчинникова, М. В. Кизеев, О. Н. Мелентьева, С. Б. Антипина**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

*ФГБУЗ МЦ «Решма» ФМБА России, Ивановская обл.*

Становится очевидным, что только биологические методы лечения онкопатологии недостаточны для благоприятного прогноза заболевания, эффективного реабилитационного процесса. Необходима организация медико-психологического сопровождения онкобольных с использованием интегративного подхода, учетом

социально-психологических особенностей каждого пациента. Применение многомерной диагностики дает возможность систематизировать данные в соответствии с плоскостями биопсихосоциодуховной модели, проанализировать существующие взаимосвязи и оценить имеющиеся у пациента ресурсные и провоцирующие факторы, позволяет составить программу индивидуального психотерапевтического сопровождения.

Цель исследования – организация и проведение психотерапевтического сопровождения онкобольных на раннем этапе реабилитации.

Применялся анализ клинических данных из историй болезни, тест исследования нервно-психической адаптации, проективная рисуночная методика «Я и моя болезнь». Проведено анкетирование в авторской разработке. Психотерапевтическое сопровождение по разработанной авторами программе прошли 20 пациентов (поровну женщин и мужчин в возрасте от 33 до 76 лет) с онкопатологией различной локализации (кишечник, желудок, поджелудочная железа, печень, почки) через 10–14 дней после операции. Первая встреча психотерапевта с группой по 10 пациентов проводилась в виде информационно-мотивационной лекции-беседы, включающей вопросы взаимосвязи соматического и психологического, психологическим факторам предрасположенности к формированию новообразования; демонстрации опыта людей, которым удалось справиться с онкопатологией и продолжать жить более 10–20 лет полноценно. В беседе с пациентами создается мотивация на дальнейшую работу с психотерапевтом. Для проведения индивидуальной и групповой психотерапии предлагалось заполнить анкету и выполнить тесты.

В результате проведенного исследования выявлены следующие социальные факторы риска онкопатологии: потеря супруга (супруги) и развод у 2/3 пациентов; 40% не удовлетворены своим семейным положением (гражданский брак с неопределенными перспективами, дисгармоничные взаимоотношения в семье, дети в семье с наркотической зависимостью и др.); 2/3 пациентов перенесли тяжелый психический стресс (потеря близкого человека, потеря работы, тюремное заключение сына и др.) и 40% – многократные тяжелые психические стрессовые ситуации (перенапряжение на работе по 12–14 часов ежедневно с высокой интенсивностью труда, наркотическая зависимость у сына и др.); у каждого третьего пациента ограничены социальные связи, наблюдается склонность к одиночеству. В биологическом компоненте биопсихосоциальной модели отмечается наследственная отягощенность по онкопатологии у родственников ближайшего родства в 40% случаев, у родственников каждого третьего пациента были эндокринные и обменные заболевания. По психологическим характеристикам все обследуемые считают себя раздражительными, 2/3 – нервными, малообщительными; каждый третий с высокой степенью уступчивости, т.е. живут для и ради других людей, забывая о своих интересах, истинных ценностях; у каждого пятого отмечаются трудности в общении с людьми. Нервно-психическое напряжение проявляется у 80% пациентов выраженным беспокойством о своей работе; поверхностный сон без ощущения отдыха – у 2/3; в 40% – высокая степень тревожности, в 40% случаев – беспричинная тревога и такой же процент депрессивных реакций на стресс, выраженное психическое и физическое истощение к концу дня; у каждого третьего отмечаются частые головные боли, быстрая утомляемость и чувство усталости, тревожные опасения по поводу «тяжелого заболевания». Индивидуальная интегративная психотерапия направлена на работу с личностной проблемой, высокой тревожностью; мотивацию на улучшение образа жизни (перестать быть личностью «ракового» типа), самоактуализацию и активизацию собственного потенциала в соответствии со своими истинными ценностями; ощущение полноты жизни, приближение к своим истинным ценностям; обретение свободы выбора. Групповая психотерапия помогает пониманию пациентом, что он не одинок со своей проблемой, каждый

имеет возможность вынести на обсуждение значимые для себя проблемы и получить поддержку от других пациентов с подобной патологией, помощь в совладании с проблемой, а также повысить самооценку, уменьшить тревожность и укрепить личностные ресурсы. Занятия в группе медитацией с визуализацией являются путем к нашему внутреннему Я, благодаря нашему собственному дыханию. Внимание к дыханию способствует активизации жизненных процессов внутри организма и связи их с работой сознания, влияет на эмоциональную реактивность организма, органы тела, включая иммунную систему. На заключительном занятии проводится повторная диагностика нервно-психического напряжения, рисуночный тест «Я и моя болезнь» и в групповой беседе пациенты свободно высказываются о динамике своего самочувствия; полученном опыте, знаниях и навыках для продолжения психологической самопомощи. В результате проведенной психотерапии отмечается снижение тревожности, необоснованного страха за себя и за других людей, принятие своего заболевания и позитивный настрой на выздоровление с опорой на собственные ресурсы, мечты о будущем и желание жить, продолжении работы с психотерапевтом, клиническим психологом.

Таким образом, краткосрочная психотерапия в период ранней реабилитации в условиях медицинского центра помогает адаптации пациента с онкопатологией после проведенного активного лечения. Интегративную психотерапию можно рассматривать как позитивный способ овладения нелинейной ситуацией на основании позитивной установки – у личности есть ресурс к самоорганизации и самовосстановлению; цель специалиста – изучать ресурсы личности и уметь вовремя мотивировать личность в направлении совладания с заболеванием.

## **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЖЕНЩИН С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**И. В. Овчинникова, М. Д. Садикова, Е. В. Пчелинцева,  
Н. П. Лапочкина**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

В России за последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости раком молочной железы (РМЖ) и занимает 1 место среди злокачественных новообразований у женщин. Расстройства психики у больных РМЖ, перенесших мастэктомию, вызывают дезадаптивную направленность личностно-обусловленных форм реагирования, снижение всех показателей уровня качества жизни. Основными типами отношения к болезни становятся: депрессивный, обсессивно-фобический, сенситивный, тревожный.

В отечественной медицине не оказывается должного внимания психологическому здоровью женщин с РМЖ, что отягчает течение и прогноз заболевания, ухудшает качество жизни пациенток, нарушает социальную адаптацию. Необходима организация медико-психологического сопровождения онкобольных с использованием интегративного подхода, учетом социально-психологических особенностей каждого больного. Именно симптомо-следственный подход в реабилитации больных раком молочной железы способен обеспечить повышение качества жизни этих пациентов.

Цель исследования – обосновать программу психотерапевтического сопровождения женщин с РМЖ в соответствии с симптомо-следственным подходом.

Использованы методы: анализ клинических данных из историй болезни, анонимное очное групповое анкетирование пациентов, тест на определение акцентуаций характера по А. Е. Личко, самооценка выраженности психопатологической симптоматики дистресса (Дерогатис).

Весь обследуемый контингент (69 женщин) для сравнительного анализа был разделен на две группы в зависимости от стадий РМЖ: 1) пациентки с ранними формами РМЖ (I, II) – 26 человек (38%); 2) пациентки с поздними формами РМЖ (III, IV) – 43 человека (62%). Социальные особенности больных РМЖ. Пациентки первой группы оказались значительно моложе пациенток второй группы – средний возраст соответственно 53 и 66 лет ( $p < 0,01$ ), среди них значительно преобладали женщины из городской среды (93,3%;  $p < 0,01$ ), с более высоким уровнем образования в первой группе пациенток ( $p < 0,05$ ).

Психологические особенности. Достоверно значимыми ( $p < 0,05$ ) у респондентов с ранней стадией РМЖ выявлены психопатологические симптомы как следствие заболевания: разобщенность, ригидность семейной системы, неудовлетворенность личности, запрет на метакоммуникацию. Отмечаются признаки неблагополучия семьи, патохарактереологических реакций: имитации, компенсации, создание семейных коалиций, соматизация. «Типичные» акцентуации характера женщин с ранней стадией РМЖ – истероидная и шизоидная, а с поздней стадией – психастеническая и гипотимная. С увеличением стадии заболевания уменьшается межличностная чувствительность. Психопатологические симптомы и акцентуации характера наблюдались у всех обследуемых независимо от вида лечения и были выражены как до, так и после лечения. Пациенток с гипертимным характером было крайне мало на всех этапах лечения (0,038 – 0,059). Ведущие психопатологические симптомы у пациенток с РМЖ – тревожность, депрессия, соматизация и межличностная чувствительность. С увеличением стадии РМЖ нарастает и тяжесть психических расстройств: частота психопатологических симптомов на ранних стадиях заметно меньше, чем на поздних ( $p < 0,05$ ). Увеличивается частота всех симптомов, в большей степени таких, как депрессия, тревожность, соматизация.

На основании выявленных симптомов были определены подходы в построении программы психотерапевтического сопровождения больных РМЖ. Первой задачей психотерапии при онкопатологии является необходимость помочь пациентам поверить в эффективность лечения и способность своего организма сопротивляться заболеванию. Жизнь больного зависит от того, насколько он сможет использовать ресурсы своего собственного организма. Наиболее адекватными в психотерапии больных РМЖ являются интегративные методы гештальт-терапии, транзактного анализа, психодрамы, позитивная, семейная системная психотерапия. Необходимо выяснить, где именно находится больной в своем кризисе и работать с психотравмирующей ситуацией методами семейной системной, позитивной психотерапии, способствующими формированию эмоционально зрелых чувств, поведенческому развитию, гармонизации внутреннего мира пациента.

Стресс, тревожность и мышечное напряжение равносильны подавлению иммунной системы. Сон, например, является великолепным средством справиться с сильным, но кратковременным стрессом. Методы медитации позволяют достичь глубокое физическое расслабление, освободиться от напряжения, улучшить сон. Навыки визуализации образов здоровья и болезни способствуют повышению защитных, иммунных сил, подавляя заболевание.

В рамках экзистенциальной психотерапии осуществляется работа с бессознательным, которая позволяет обратиться к внутренним глубинным ресурсам, потенциальным возможностям самостоятельного выбора в решении личностных проблем без ориентации на социальное одобрение.

Психотерапевт в работе с онкобольными должен учитывать индивидуальную систему семьи и семейных отношений, используя подходы системной семейной психотерапии, исследуя историю представлений о проблемном поведении пациента, и выстроить адекватную и эффективную программу психотерапии не только пациента, но и семьи в целом.

Результаты проведенного исследования подтверждают целесообразность учета симптомо-следственного подхода к происхождению и развитию болезни как следствия сложных коммуникаций, межличностных отношений в семье, индивидуальной истории, структурно-личностных и когнитивных изменений онкологических больных, а также к их лечению и реабилитации. Это позволяет построить программу системной семейной, интегративной психотерапии адекватную клинико-психологическим особенностям больных РМЖ, более эффективную на ранних этапах реабилитации.

### **ДИНАМИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИНФУЗИОННОГО ПИРАЦЕТАМА В ДОЗАХ 12 И 2 Г/СУТ**

**В. В. Олешкевич, С. Р. Краснянский, Р. И. Мельников, Д. С. Корнелюк,  
В. В. Гончарук**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются одной из ведущих причин заболеваемости и инвалидизации во всем мире. Одной из наиболее актуальных и привлекающих к себе в последние годы повышенное внимание групп нейро- и психофармакологических средств являются ноотропы. Родоначальником группы ноотропов, остающимся до сегодняшнего дня их золотым стандартом и эталоном, является пирацетам.

Целью исследования является сравнение динамики неврологической симптоматики у пациентов с инфарктом головного мозга (ИГМ) при применении двух суточных доз инфузионного пирацетама: 12 и 2 г/сут.

Пациенты отбирались случайным образом из числа находившихся на лечении в Учреждении здравоохранения «Гродненская областная клиническая больница медицинской реабилитации» в 2014–2015 гг. В исследование вошли 54 пациента с ИГМ. Пациенты первой группы (n = 27) получали инфузионный пирацетам в дозе 2 г/сут, во второй группе (n = 27) пациенты получали инфузионный пирацетам в дозе 12 г/сут. Неврологический статус в обеих группах пациентов оценивали в баллах по шкале тяжести инсульта Национального института здоровья США (National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS). Полученные данные обрабатывались с помощью компьютерной программы Microsoft Excel 2010 и Statistica 6.0 (StatSoft. Inc.).

Характеристика неврологического статуса (NIHSS) пациентов при поступлении, через 4 и через 8 недель после острого инфаркта головного мозга, получавших инфузионный пирацетам в дозах 2 и 12 г/сут, представлена в табл. 1.

*Таблица 1. Сравнительная характеристика динамики изменения неврологического статуса, получавших инфузионный пирацетам в дозах 2 и 12 г/сут, через 4 и через 8 недель после острого инфаркта головного мозга*

Период	Через 4 недели		Через 8 недель	
	2 г/сут	12 г/сут	2 г/сут	12 г/сут
Группа пациентов				
Шкала NIHSS*	3,0 (0,0; 7,0)	5,0 (1,0; 12,0)**	7,0 (2,0; 10,0)	8,0 (3,0; 16,0)**

Примечания. \* Данные представлены в виде медианы и 25-го; 75-го процентилей).

\*\* – значение достоверно (p < 0,05) отличается от показателя при поступлении пациентов данной группы.

Из таблицы 1 следует, что при сравнении динамики изменения неврологического статуса пациентов, получавших пираретам в дозах 2 и 12 г/сут, через 4 и через 8 недель после острого инфаркта головного мозга, отмечено более существенное изменение показателя в группе пациентов, получавших пираретам в дозе 12 г/сут.

Важным результатом исследования является значительно более существенная положительная динамика неврологической картины (NIHSS) в группе пациентов, получавших пираретам в дозе 12 г/сут по сравнению с группой пациентов, получавших пираретам в дозе 2 г/сут, как через 4, так и через 8 недель. Учитывая литературные данные, а также доказанную в данном исследовании эффективность инфузионного пираретама в дозе 12 г/сут в отношении регресса неврологической симптоматики пациентов с острым инфарктом головного мозга, представляется возможным рекомендовать широкое применение инфузионного пираретама в дозе 12 г/сут при остром инфаркте головного мозга.

Таким образом, инфузионный пираретам в дозе 12 г/сут значительно более эффективен в терапии инфаркта головного мозга, чем в дозе 2 г/сут, т.к. способствует более значительному регрессу неврологических нарушений.

## **ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**С. В. Смирнова, Е. В. Пчелинцева**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Цель исследования – обобщение разнообразных подходов к проблеме реабилитации подростков. Методы исследования: анализ научной литературы, сравнительный анализ протоколов судебно-психологических экспертиз.

При организации реабилитационной работы с подростками с девиантным поведением можно выделить социологический и психологический подходы. С точки зрения социологов, каждое общество формирует собственные механизмы социального контроля, превентивные механизмы и механизмы корректировки девиантного поведения, так как заинтересовано в поддержании определенного уровня конформности. Ю. А. Клейберг определяет социальный контроль как «совокупность способов целенаправленного воздействия общества или социальной группы на личность с целью регуляции ее поведения в соответствии с общепринятыми в данной системе нормами». Кроме того, социальный контроль может рассматриваться и как самоконтроль. В отечественной научной литературе (Гилинский Я. И., Яковлев А. М.) описаны 8 компонентов, образующих систему социального контроля: индивидуальные действия (в результате взаимодействия с социальной средой); социальная шкала оценок (производная от системы ценностей социальной группы); категоризация (отнесение индивидуального действия к определенной категории); общественное самосознание (общественная самооценка, социальная перцепция – восприятие группой ситуации)); содержание социальных действий (позитивные или негативные социальные санкции); индивидуальная шкала оценок (производная от системы ценностей индивида); самокатегоризация; индивидуальное самосознание (самооценка и индивидуальная перцепция).

В рамках психологического подхода наряду с исследованием личности девиантного подростка разрабатывались разнообразные методы коррекции отклоняющегося поведения. При этом в отечественных исследованиях очень часто говорится в этом контексте о психологической помощи «трудным» детям. Например, Пергаменщик Л.А. предлагает два направления психокоррекции: с опорой на индиви-

дуальную и групповую психокоррекционную работу и посредством вмешательства в педагогический процесс. Первое направление основано на поиске причин появления трудностей у подростков и выборе эффективных способов их устранения. При втором направлении происходит воздействие на следствие, а не на причину, т.е. это симптоматическая коррекция. При этом автор рекомендует выполнять следующие психолого-педагогические рекомендации: единообразии требований воспитателей; адекватности требований; обеспечение эмоционального комфорта; усиление контроля; поощрение активности; предоставление самостоятельности; избегание приклеивания ярлыков; использование похвалы и поощрения; признание педагогом собственных ошибок и принесение извинения; применение наказания в необходимых случаях. Степанов В. Г. подходит к вопросу коррекции девиаций, рассматривая различные сферы личности: потребностно-мотивационную, познавательную и эмоционально-волевою. Потребностно-мотивационная сфера – опора на нормально развитые потребности – обязательное условие устранения отклонений. Отсутствие определенной потребности делает бесполезным психолого-педагогическое воздействие.

Таким образом, в процессе реабилитации «психологическими мишенями» следует считать потребностно-мотивационную, познавательную и эмоционально-волевою.

### **РОЛЬ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ К ЗАБОЛЕВАНИЮ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ**

**В. А. Соболев, Л. И. Ярославская, М. А. Ярославская**

*ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница им. Ю. В. Каннабиха ДЗ г. Москвы»*

Хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ) в силу своей большой распространенности и значимости в прогностическом плане являются важной медицинской проблемой. ХНЗЛ имеют значительные психологические и социальные последствия для больных, что обуславливает внимание специалистов различных областей медицины и психологии, а также необходимость разработки комплексного медико-психологического подхода в лечении. В последние десятилетия становится все более актуальной задача определения механизмов саморегуляции психической деятельности в норме и патологии, ресурсов организма человека и его личности для успешного преодоления последствий различных заболеваний, сохранения или повышения способности к выполнению различных видов деятельности. В связи с этим, становится крайне важным определение особенностей способов и ресурсов совладающего с болезнью поведения как психологических феноменов адаптации (дезадаптации) у больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких.

Цель исследования – изучение копинг-стратегий как механизмов психологической адаптации / дезадаптации к заболеванию у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ).

Проведено экспериментально-психологическое исследование при помощи методики исследования проактивного совладающего поведения и опросника Ways of Coping Questionnaire 120 больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких и 60 человек условно здоровых. Большинство больных ХНЗЛ находилось на стационарном лечении в отделениях городской клинической больницы № 70 г. Москвы. Все пациенты проходили первичное психологическое консультирование и диагностическое исследование у к. психол.н., клинического психолога М. А. Ярославской. Выборка из 120 пациентов была разбита на 2 группы. В первую группу вошли 60 больных, имеющих диагноз бронхиальная астма (БА) (шифр по МКБ-10 J45.0 – J45.9), средний возраст составил – 47,2 ± 10,2 года. Вторую группу

составили 60 человек, имеющих диагноз – хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) (шифр по МКБ-10 J44.1), средний возраст –  $52,7 \pm 6,1$  года. Группу сравнения составили 60 условно здоровых лиц, не имеющих заболеваний дыхательных путей, средний возраст –  $42,8 \pm 8,7$  года. Достоверность и надежность результатов исследования обеспечены применением научно обоснованных методов исследования, достаточным объемом выборки, сочетанием количественного и качественного анализа полученных данных, корректной статистической обработкой данных. В результате обследования 180 человек, выявлено, что больные БА в период обострения заболевания, чаще обращаются к избегающим копинг стратегиям, у них недостаточно развиты навыки самостоятельного решения трудностей, целеполагания, рассмотрения вариантов разрешения затруднительных ситуаций. В период интенсивных стрессов больные БА, склонны к авторитарному и конфликтному поведению, зачастую перекалывают ответственность за свои действия и состояние здоровья на других людей. Недостаточное обращение к стратегии «конфронтация» пациентами, страдающими ХОБЛ, может приводить к накоплению негативных эмоций, возрастанию эмоционального напряжения и тем самым приводить к ухудшению, как психического, так и соматического состояния. Активное обращение к стратегии «принятие ответственности» больными ХОБЛ, может быть связано с осознанием важности соблюдения медицинских назначений, попытками предотвращения ограничения дееспособности, вследствие ухудшения собственного здоровья, что влечет за собой попадание в зависимую позицию от ближайшего окружения, возникновение чувства неполноценности. Больные ХОБЛ в меньшей степени удовлетворены имеющейся эмоциональной поддержкой, получаемой от ближайшего окружения, им сложнее раскрывать и доверять свои чувства и переживания, по сравнению с пациентами, страдающими БА и здоровыми испытуемыми. Результаты исследования позволяют полагать перспективность разработки системы обучения формам совладающего поведения больных ХНЗЛ, для поддержания, как психического, так и соматического здоровья пациентов.

Таким образом, различные стили совладающего поведения в разной степени способствуют, либо препятствуют сохранению психологического благополучия личности, что во многом зависит от умения пациента грамотно оценить ситуацию и использовать наиболее приемлемый стиль совладания. Эффективность копинг-поведения во многом обусловлена сбалансированностью функционирования когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов совладающего поведения. Значимость проведенного исследования, позволяет расширить научные представления о роли психических процессов и психологических факторов в возникновении, протекании и лечении соматических заболеваний, в особенности у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких; разрабатывать обоснованные теоретические модели для психологической коррекции и психотерапевтического вмешательства.

## **ВНУТРИВЕННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**С. К. Солнышков, Л. П. Крайнева, А. П. Задорожный**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Имеются доказательства, что бета-адреноблокаторы (БАБ), применяемые при острых коронарных синдромах (ОКС), способствуют уменьшению ишемии миокарда и ограничению размеров некроза, снижают частоту повторных инфарктов миокарда, угрожающих жизни нарушений ритма и могут уменьшать внезапную и об-

щую смертность больных. Эксперты ведущих кардиологических обществ рекомендуют раннее, в том числе внутривенное, применение БАБ в остром периоде инфаркта миокарда при отсутствии противопоказаний. Тем не менее, по данным международных и отечественных регистров, частота их использования в реальной клинической практике остается низкой (3–5%).

Цель исследования – оценить частоту применения внутривенных БАБ при ОКС на догоспитальном этапе в г. Иванове и уточнить причины их не назначения.

Для оценки частоты догоспитального применения БАБ проведен анализ сопроводительных листов скорой помощи 125 пациентов, экстренно госпитализированных с ноября 2014 г. по январь 2015 г. в ОБУЗ «Кардиологический диспансер» г. Иванова с диагнозами ОКС или инфаркт миокарда. Для выяснения причин назначения и неназначения БАБ использовано анкетирование 20 врачей станции скорой медицинской помощи г. Иванова.

Анализ сопроводительных листов скорой помощи показал, что внутривенное введение метопролола получил только 1 пациент (0,8%), 24 (17%) БАБ был назначен перорально. По мнению врачей скорой помощи, основной причиной (50% ответов) не назначения внутривенных БАБ пациентам ОКС является наличие противопоказаний для их применения, что соответствует действующим международным и отечественным рекомендациям. В то же время достаточно часто врачи обосновывали неназначение этих препаратов такими не вполне оправданными причинами, как отсутствие данного вида терапии в местном стандарте помощи (12% ответов), отсутствие в учреждении БАБ (13%) или опыта их применения (13%). Среди ответов врачей о частных причинах неназначения внутривенных БАБ пациентам ОКС чаще всего отмечались абсолютные или относительные противопоказания такие как брадикардия/атриовентрикулярная блокада (30% ответов), низкое артериальное давление (21%), признаки сердечной недостаточности (18%) и бронхиальной обструкции (14%) на момент осмотра. В то же время в 14% случаев врачи отметили ситуации, не являющиеся формальными противопоказаниями к назначению БАБ (бронхиальная обструкция в анамнезе). При ответе на вопрос о ситуациях, в которых чаще всего назначается БАБ при отсутствии противопоказаний, врачи скорой помощи отметили тахикардию без признаков сердечной недостаточности (66% ответов) и боль, сохраняющуюся после введения анальгетиков (17%), что соответствует одобренным показаниям. Тем не менее 46% опрошенных не считает применение внутривенных БАБ при ОКС обоснованным либо затруднились ответить на вопрос. Половина врачей отметили, что практически не применяют внутривенный БАБ при ОКС.

Таким образом, частота внутривенного применения БАБ при ОКС на догоспитальном этапе является очень низкой. Во многих случаях причины их неназначения не вполне оправданны. Один из возможных путей решения вопроса о раннем назначении БАБ при ОКС – обсуждение данной проблемы среди кардиологов и врачей скорой помощи.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ГАЛОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

**Т. В. Столярова, Л. П. Голдобина, Е. С. Галимова**

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, г. Уфа*

Несмотря на научные достижения в области этиологии и наличия новых лекарственных средств, заболеваемость бронхиальной астмой все время возрастает, что безусловно связано с загрязнением окружающей среды. В этих условиях особую актуальность приобретает поиск немедикаментозных методов лечения. Одним из них является галотерапия, в основе механизма действия которого лежит распы-

ление хлорида натрия в строго определенных дозах. При измельчении частицы соли приобретают отрицательный заряд, взаимодействуют с молекулами воздуха, возникает аэроионизация, а отрицательные ионы являются дополнительным фактором терапевтического воздействия. Под воздействием аэроионов изменяются реологические свойства бронхиального секрета, что ведет к улучшению дренажной функции бронхов и облегчению отхождению мокроты, а также проявляется бактерицидное и бактериостатическое действие на микрофлору дыхательных путей.

Цель исследования провести анализ эффективности использования галотерапии в реабилитации больных с бронхиальной астмой.

Под наблюдением находилось 62 пациента от 48 до 60 лет, из них женщин – 38, мужчин – 24. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я опытная группа (32 пациента) на фоне стандартной базисной терапии бронхиальной астмы получали галотерапию; вторая группа (30 пациентов) – только базисную терапию. Курс лечения составил 7–10 процедур, длительность 30–45 минут.

Анализ результатов лечения показал хорошую переносимость данного метода всеми пациентами. Улучшилось общее состояние, нормализовался сон, снизилось число жалоб на потливость и общую слабость у 87% пациентов в опытной группе. У 72% больных после проведенного курса лечения галотерапии в опытной группе прекратились приступы одышки и уменьшились явления бронхоспазма, улучшилась дренажная функция бронхов, что подтвердилось спирографическими показателями.

Таким образом, галотерапия, воздействуя на бронхообструктивные звенья в патогенезе развития заболевания, является эффективным методом в реабилитации больных с бронхиальной астмой.

## **КОМБИНИРОВАННАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ПРИ ПЕРОНЕАЛЬНОЙ НЕВРОПАТИИ**

**Н. В. Тычкова**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

*ОБУЗ «Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации»*

Цель исследования – сравнить результативность применения при перонеальной невропатии стандартного комплекса медицинской реабилитации и комплексного лечения с использованием некоторых методов рефлексотерапии (корпорального и аурикулярного иглоукалывания, полынного прижигания, фармакопунктуры, вакуумтерапии).

Методы исследования: клиническое неврологическое исследование (с оценкой степени выраженности двигательных, чувствительных, вегетативных нарушений); шестибальная шкала оценки мышечной силы (L. Mc. Peak, 1996; M. Вейсс, 1986). Работа выполнена на базе «Ивановского областного клинического центра медицинской реабилитации». Исследования проводились перед началом курса медицинской реабилитации и по окончании его.

Были сформированы две сопоставимые по возрасту, степени клинических нарушений группы. Первая группа 11 человек (8 мужчин, 3 женщины), средний возраст 43 года; вторая контрольная группа – 7 (5 мужчин, 2 женщины), средний возраст 40 лет. В группы включались пациенты с невропатией малоберцового нерва с наличием в той или иной степени выраженности двигательных, чувствительных и вегетативных нарушений; критерии исключения – наличие фоновых соматических

заболеваний (выраженных эндокринных дисфункций, ревматологической патологии, декомпенсированных заболеваний сосудов, сердца и паренхиматозных органов). Основной этиологический фактор – компрессионно-ишемический, но, кроме того, во всех случаях в клинически незначительно выраженной или компенсированной форме присутствовал вертебральный синдром.

Пациентам первой (контрольной) группы кроме стандартного комплекса лечения (кинезотерапия, классический массаж, физиотерапия, медикаментозное лечение) назначалась рефлексотерапия. Данный курс состоял из корпорального (№ 9–12) и аурикулярного (№ 3–7) иглоукалывания, фармакопунктуры прозерина (0,05%, по 1 мл) – № 3, полынного прижигания – № 3–5, вакуумтерапии (стационарное воздействие вакуумными банками или линейный баночный массаж) – № 6–12. Рефлексотерапевтическое воздействие преимущественно осуществлялось по ходу ножных каналов Ян-мин (足阳明胃经), Тай-ян (足太阳膀胱经) и Шао-ян (足少阳胆经), а также по Ду-май (督脉), каналу Тай-ян и точкам Хуа-то-цзя-цзи в пояснично-крестцовой области. Для фармакопунктуры и полынного прижигания поочередно выбирались определенные группы точек. При синдроме ущемления малоберцового нерва под длинной малоберцовой мышцей – первая группа: VB30 – VB32, VB34, VB36 – VB39; вторая группа: E32, E36 – E40. При синдроме ущемления малоберцового нерва в области подколенной ямки – третья группа: V37, V55 – V59. Причём во время одной процедуры применялась и цзю, и фармакопунктура на точки одного канала (Ян-мин, Тай-ян или Шао-ян). Непосредственно после фармакопунктуры и последующего полынного Цзю, проводился сеанс кинезотерапии на тренажерах.

При проведении корпоральной акупунктуры воздействие осуществлялось до получения выраженных предсмотренных ощущений. Было отмечено, что именно интенсивная стимуляция при иглоукалывании нередко являлась толчком для последующего (иногда уже к концу сеанса рефлексотерапии) значительного скачка в положительной клинической динамике: ощутимо изменялась мышечная сила, восстанавливалась чувствительность, нормализовались трофические процессы (цвет кожных покровов, температура).

По нашему мнению, на восстановление утраченных функций существенное влияние оказывало и результативность теплового Цзю. Особенно важным являлся момент получения наиболее выраженных ощущений «разливания» тепла-жара при проведении полынного Цзю, которые не всегда удавалось получить при первых сеансах курса рефлексотерапии.

Проведенная статистическая обработка данных продемонстрировала эффективность применения рефлексотерапии при перонеальной невропатии. Так, если по шкале оценки мышечной силы до лечения на пораженной стороне сила мышц была  $19,2 \pm 5,2\%$  от здоровой стороны, то после курса лечения –  $55,3 \pm 9,2\%$ , при этом коэффициент корреляции между показателями – «0,93»; контрольная группа: до лечения  $39,2 \pm 5,2\%$ , после лечения  $50 \pm 8,1\%$ , коэффициент корреляции между показателями – «0,84». Менее показательно было различие между группами в улучшение чувствительности, а кроме того, если в основной группе после проведенного курса лечения вегетативные нарушения значительно регрессировали, то в контрольной наблюдалась даже некоторая отрицательная динамика.

Однако малочисленное количество наблюдений не позволяет пока нам говорить о достоверности проведенного исследования.

Таким образом, использование при перонеальной невропатии в индивидуальном-комплексном медико-реабилитационном курсе совокупности ряда рефлексоте-

рапевтических методов улучшает результативность лечения. Чжэнь-цзю в сочетании с фармакопунктурой и вакуумрефлексотерапией влияет на восстановление двигательных и чувствительных функций, нормализует трофические процессы. Положительный клинический опыт убедителен, но небольшое число сделанных наблюдений не позволяют в полной мере говорить о достоверности полученных результатов, и требует продолжения исследования.

## **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**С. Е. Ушакова, М. В. Александров, Н. В. Будникова, А. С. Пайкова**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Лечение пациентов, страдающих хроническими формами ишемической болезни сердца (ИБС), направлено как на уменьшение выраженности симптомов стенокардии, хронической сердечной недостаточности (ХСН), аритмии, так и на улучшение прогноза, то есть снижение риска развития сердечно-сосудистых катастроф.

Цель исследования – оценить качество медикаментозного лечения пациентов, страдающих стабильной стенокардией, ХСН, нарушениями ритма и проводимости и постинфарктным кардиосклерозом, получающих терапию в условиях территориальной поликлиники.

Обследовано 80 пациентов (52,5% мужчин и 47,5% женщин) поликлиник г. Иванова в возрасте от 40 до 89 лет (средний возраст –  $71 \pm 4,7$  года). Стенокардию имели 33 (41,25%), хроническую сердечную недостаточность 41 (51,3%), постинфарктный кардиосклероз 41 (51,3%), нарушения ритма имели 10 (12,5%) больных. Артериальную гипертензию (АГ) в качестве сопутствующей ИБС патологии имели 44 больных (55%). При этом одну из форм хронической ИБС – 23 (28,8%), два заболевания – 32 (40%), остальные 25 (31,2%) имели сочетание трёх и более из перечисленных нозологий.

Пациенты получали лекарственную терапию по поводу основного заболевания и сопутствующей патологии. При этом 4 препарата получали 21,3% больных, 5 препаратов 46,8% больных, 6 и более препаратов 27,9% больных.

При оценке лечения, направленного на улучшение прогноза пациентов, можно отметить, что статины были рекомендованы 42 пациентам (52,5%): аторвастатин применялся в 85,7% случаев, розувастатин в 14,3% случаев. При этом целевые значения показателей липидного обмена были получены у 28 пациентов (66,7% пациентов, получающих терапию статинами).

Дезагреганты получали 42 пациента (52,5% от общего числа больных, 97,6% от числа больных стенокардией): различные препараты ацетилсалициловой кислоты 12,5%, клопидогрель 2,5%, сочетание ацетилсалициловой кислоты с клопидогрелем – 37,5%.

Бета-адреноблокаторы получал 41 больной (51,3% от общего количества больных, 93,9% от числа больных стенокардией, 95% от числа пациентов с хронической сердечной недостаточностью). Бисопролол применялся в 48,8% случаев, метопролола сукцинат в 26,8% случаев, карведилол – в 2,4% случаев. Одна больная получала ивабрадин в комбинации с карведилолом.

Нитраты получали 25 пациентов (31,3% от общего числа пациентов, 75,8% от числа имевших диагноз стенокардии). Изосорбита динитрат получали 20 больных, остальные 5 – изосорбита-5-мононитрат. Один больной принимал цитопротекторы (триметазидин).

Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) были назначены 32 пациентам (40% от общего числа больных, 95% от числа пациентов, имевших диагноз ХСН). Рамиприл применялся в 56,3% случаев, периндоприл в 40,6% случаев, зофеноприл в 3,1%. Блокаторы рецепторов к ангиотензину получали 8 пациентов (20% от общего числа больных, 4,9% от числа пациентов с ХСН), основным представителем был лозартан. Следовательно, практически все пациенты с ХСН получали ИАПФ или блокаторы рецепторов к ангиотензину, причем выбор препаратов соответствовал рекомендациям ВНОК.

Тиазидные и петлевые диуретики назначались 6 пациентам (7,5% от общего числа больных, 12,2% от числа пациентов с ХСН). Фуросемид применялся в 30% случаев, гипдрохлортиазид в 15% случаев, торасемид в 50% случаев. Спиринолактон был назначен 7 пациентам (8,8%), 6 из которых имели ХСН. Следовательно, спинолактон получали лишь 14,6% пациентов, имевших диагноз ХСН). Небольшая часть пациентов получала диуретики при II А и II Б стадиях ХСН. Кроме того, были выявлены недостаточные дозировки диуретиков и нерациональные схемы их приема.

Дигоксин получали 10 пациентов с постоянной формой мерцания предсердий в сочетании с ХСН.

Комплексную терапию, включающую сочетание ацетилсалициловой кислоты с клопидогрелем, статинами и  $\beta$ -адреноблокаторами, принимали только 36 (45%) пациентов.

Часть пациентов не получали статины, а также пульсурежающие препараты, которые были показаны, но не могли быть назначены с учётом противопоказаний и наличия сопутствующей патологии.

Таким образом, при выборе фармакотерапии врачи территориальных поликлиник в основном следовали российским и международным рекомендациям по лечению больных стенокардией и ХСН, перенёсших инфаркт миокарда. Однако комплексную терапию из сочетания ацетилсалициловой кислоты с клопидогрелем, статинами и бета-адреноблокаторами принимали только 37,5% пациентов. Ряд пациентов не получал статинов, пульсурежающих препаратов и диуретиков, которые были показаны при имеющейся патологии. Не всем пациентам были рекомендованы диуретики при II А и II Б стадиях ХСН. Кроме того, были выявлены недостаточные дозировки диуретиков и нерациональные схемы их приёма.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ**

**З. Н. Хамидова, Н. С. Шаджанова, М. Н. Исмадова, Н. И. Ахмедов**

*Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан*

Цель исследования – изучение эффективности комплексных физиотерапевтических процедур у больных бронхиальной астмой (БА) на этапе реабилитационной терапии.

Проведено рандомизированное контролируемое испытание у больных немедикаментозной терапией БА II, III степени. Больные были разделены на две репрезентативные группы по полу и возрасту, в которых мужчины составили 58%, жен-

щины 42%, их средний возраст варьировал  $48,0 \pm 3,5$  года. I группа (основная) 25 больных получали двухэтапное лечение. I этап лечения получали в отделении аллергологии кафедры пропедевтики внутренних болезней БухМИ, и дальше II этап – санаторное лечение в отделении пульмонологии НИИ МР и ФТ МзРУз. Сроки лечения составили соответственно 10 и 12 дней. Больные II группы (контроль) 15 лиц получали только I этап лечения и дальнейшим находились на поддерживающем амбулаторном медикаментозном лечении и наблюдении. Для оценки эффективности проводимого лечения учитывали интенсивность клинических показателей по трехбалльной шкале, при этом отмечали 1 балл – слабо, 2 балла – среднее, 3 балла – сильное проявление симптоматики. Также исследовали индивидуальным пикфлоуметром (vitalograf, Германия) показатели пикфлоуметрии. Функцию внешнего дыхания исследовали с помощью спирографа «Electronmedica» в динамике лечения. На I – этапе все больные получали на стационаре традиционную базисную медикаментозную терапию, которые включали применение бронхолитиков, В2 агонистов, отхаркивающих, дезинтоксикационных, гормональных средств. На II этапе больные I группы получали санаторное лечение которое включало лечебную гимнастику, циркулярный душ, питьё ташкентской минеральной воды, массаж грудной клетки. Назначали светотерапию по схеме на проекцию корня легкого, ежедневно с помощью аппарата «СЛУ-2», содержащее в спектре поток электромагнитных волн красных и инфракрасных волн. Ингаляцию растворами хлорида натрия 0,9% – 20 мл и эуфиллина 2,4% – 1,0 мл проводили от аппарата КСИ – 03 М путем небулайзеротерапии (НТ) ежедневно 1 раз в сутки в течение 12 дней. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики. Достоверность различий определяли по критерию Т Стьюдента. Исходная симптоматика больных БА характеризуется наличием у больных жалоб специфических для данной патологии соответственно составила: интенсивность приступов удушья  $2,6 \pm 0,1$  и  $2,3 \pm 0,1$ ; отхождения мокроты  $2,8 \pm 0,1$  и  $2,3 \pm 0,1$ ; сухих хрипов  $2,5 \pm 0,1$  и  $2,5 \pm 0,1$ ; Все больные по сумме совокупности баллов имели легкую и среднюю тяжесть состояния.

После курса немедикаментозного лечения отмечалась регрессия клинических показателей у больных I группы. Снизились интенсивность удушья, отхождения мокроты и сухие хрипы от 3,0 до 3,5 раза соответственно. Однако у больных контрольной группы в периоде наблюдения достоверно отличимых изменений при сравнении с исходными данными не наблюдались. Изучение функции внешнего дыхания у больных БА при поступлении на реабилитацию показало соответствующие степени тяжести заболевания, так снижение объема форсированного выдоха (ОФВ1), а также уменьшение наиболее чувствительного при ранней обструктивной патологии спирографических показателей максимальных объемов скорости после выдоха (МОС) 25%, 50% и 75% и снижение форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ). Также отмечалось сниженный прирост исходного ( $330 \pm 5,5$  L/min) показателя пикфлоуметрии только у больных I группы, который к концу курса лечения составил  $426,0 \pm 5,6$  L/min и приблизился к должным величинам, а у больных контрольной группы после курса лечения при сравнении с исходными данными достоверного различия не наблюдалось ( $p > 0,5$ ). Повторное исследование ФВД после проведенного комплекса лечения, включающего терапию КИС и НТ, показало значительное улучшение исследуемых показателей в этой группе. У больных I группы показатели после лечения составили: ОФВ1 –  $78,7 \pm 4,7\%$ , МОС 25 –  $84,8 \pm 4,7\%$ ; МОС 50 –  $79,1 \pm 4,1\%$ ; МОС 75 –  $73,2 \pm 3,8\%$  и приблизились к границам нормы, а у больных контрольной группы этих показателей изменилось достоверно ( $p > 0,5$ ). У больных I группы это свидетельствует об улучшении проводимо-

сти на всех уровнях бронхиального дерева, а следовательно об уменьшении отека и окклюзии их слизию.

Наблюдения показали прямую зависимость функциональных и клинических данных после 10 процедур. При анализе балльной оценки объективных клинических данных сумма их совокупности у больных 1-й, 2-й групп соответственно составили  $12,8 \pm 0,2$  и  $12,3 \pm 0,2$  балла. После курса процедур немедикаментозной терапии только в основной группе было отмечено 3,2 раза снижение интенсивности этого показателя, который свидетельствует о стабилизации воспалительного процесса. В результате проведенной терапии можно констатировать что у больных бронхиальной астмой применение физиотерапевтических процедур, а именно фото и небулайзеротерапии в комплексе оказывают на организм многофакторное синергичное влияние. Оказывая противовоспалительное, бронходилатирующее действие способствуют устранению субъективных и объективных симптомов и удлиняют период клинической ремиссии заболевания.

## **ТАКТИКА НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ НА ДЕТЕЙ С СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ**

**В. В. Чемоданов, Е. Е. Краснова**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России*

Эффективность ведения детей с проявлениями соединительнотканых дисплазий во многом определяется их ранней диагностикой, которая позволяет начать своевременную профилактику развития возможных осложнений и замедлить прогрессивность данной патологии. Особое значение при этом приобретают немедикаментозные воздействия.

Ночной сон должен составлять не менее 8–9 часов. Некоторым детям показан и дневной сон, особенно если нагрузки в школе достаточно значительны. С утра желательно принимать контрастный душ, при этом достаточно облить ноги прохладной водой. Необходимо ежедневно делать утреннюю гимнастику, но если это проблематично, то в течение дня, когда ребёнок отдыхает можно 5–10 минут в положении лёжа на твёрдой поверхности (т.е. без прогибов) «покрутить велосипед». Любая физическая активность должна чередоваться с отдыхом, причём желательно, чтобы во время отдыха ребёнок либо прилёг, либо сидел с поднятыми ногами. Это улучшает кровообращение в нижних конечностях.

Если нет ограничений к занятиям спортом, то любой «диспластик» всю жизнь должен заниматься спортом, но ни в коем случае ни профессиональным. У последних, очень рано развиваются дегенеративно-дистрофические процессы в хрящах суставов и в связочном аппарате. Это связано с постоянной травматизацией и микрокровозлияниями, приводящими к хроническому асептическому воспалению. Хороший эффект оказывает плавание, снимающее статическую нагрузку на позвоночник. Рекомендуются ходьба на лыжах, велосипед, дозированная физическая нагрузка на тренажёрах и велотренажёрах, дозированная ходьба, туризм, бадминтон, настольный теннис. Следует иметь в виду, что систематические физические нагрузки повышают адаптационные возможности сердечно-сосудистой системы.

Лечебный массаж (курс – 15–20 сеансов) улучшает трофику мышц туловища. Массированию подлежит преимущественно область позвоночника и шейно-воротниковая зона (сегментарный массаж). При болях в суставах или ногах показан массаж конечностей. При наличии плоскостопия назначают постоянное ноше-

ние супинаторов. Маленьким детям даже дома рекомендуется носить сандалии с супинаторами, высокой задней частью и на ремешке. При выраженной гипермобильности суставов, сопровождающейся артралгиями, рекомендуются ортезы на коленные и голеностопные суставы. При жалобах на боли в шейном или поясничном отделе позвоночника рекомендуется спать на ортопедическом матрасе и подушке, чтобы не нарушалось кровообращение в ЦНС.

Противопоказано пребывание в условиях жаркого климата, зонах повышенной радиации. Лучшим местом проживания является центральный пояс. Исключают стрессовые воздействия, психоэмоциональные перегрузки. Необходимо ограничить время использования компьютера, просмотра телевизионных программ и видеофильмов с использованием наушников, прослушивание музыки.

Важная роль в программе немедикаментозной реабилитации принадлежит психотерапии. Поскольку заболевание носит семейный характер, лечению подлежат не только дети, но и их родственники. Лабильность нервных процессов, присущие пациентам с патологией соединительной ткани, чувство тревоги и склонность к аффективным состояниям требуют обязательной психологической коррекции, т.к. невротическое поведение и мнительность влияют на их отношение к лечению и выполнению врачебных рекомендаций. Рекомендуется обучение методам аутогенной тренировки, по показаниям – психологическое консультирование, групповой или индивидуальный психологический тренинг.

При решении вопроса о профессиональной ориентации подростков с ДСТ необходимо помнить, что им нельзя работать по специальностям, связанным с физическими и эмоциональными нагрузками, контактами с химическими веществами и воздействием рентгеновских лучей.

Диетотерапию пациентам с болезнями соединительной ткани назначают только после предварительного обследования у гастроэнтеролога в период относительной ремиссии хронических заболеваний пищеварительного тракта, нередко ассоциированных с соединительнотканью нарушениями. Рекомендуется пища, обогащённая белком, индивидуально подобранными биодобавками, содержащими незаменимые аминокислоты. Продукты питания должны содержать большое количество микроэлементов, витаминов, непредельных жирных кислот.

Пациентам без гастроэнтерологической патологии целесообразно несколько раз в неделю назначать крепкие бульоны, заливные блюда из мяса и рыбы, содержащие значительное количество хондроитинсульфатов. Показаны продукты, содержащие витамин С (свежий шиповник, чёрная смородина, цитрусовые и др.), витамин Е (облепиха, шпинат, петрушка, лук порей, рябина черноплодная, персики и др.), необходимые для осуществления нормального синтеза коллагена и обладающие антиоксидантной активностью.

Дополнительно назначают продукты, обогащённые макро (кальций, фосфор, магний) и микроэлементами (медь, цинк, селен, марганец, фтор, кремний), которые являются кофакторами активирующими синтез коллагена ферментов, участвующих в минерализации костей.

Критериями эффективности немедикаментозных мер служат: улучшение общего состояния: повышение толерантности к физическим нагрузкам, увеличение мышечной силы и тонуса, нормализация эмоционального состояния. Благоприятными признаками является нарастание массы тела, прекращение прогрессирования сколиоза, замедление темпов чрезмерного роста, уменьшение частоты спонтанных вывихов в суставах, уменьшение степени миопии, геморрагического синдрома, улучшение состояния полости рта.