

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН
КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ МВД ПО РТ

ВЕСТНИК СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Том 6, приложение 1, 2013

**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ,
ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ
В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ»**

VI Всероссийская ежегодная
научно-практическая конференция, посвященная
XXVII Всемирной летней универсиаде-2013

18—19 октября 2013 года

*Сборник научных трудов
под редакцией проф. Н.Б. Амирова, проф. А.А. Визеля,
доц. З.М. Галеевой*

Казань
2013

А43 **Актуальные** вопросы диагностики, лечения и профилактики в общемедицинской практике: VI Всерос. ежегодная науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. Всемирной летней универсиаде-2013: сб. науч. тр.; 18—19 окт. 2013 г., Казань / под ред. Н.Б. Амирова, А.А. Визеля, З.М. Галеевой.—Казань, 2013.—70 с.

В приложении к журналу представлены статьи ведущих ученых-медиков из Российской Федерации, ближнего и дальнего зарубежья, включающие в себя материалы о современных методах диагностики и лечения больных, вопросы профилактики, результаты научных исследований в клинике. Сборник представляет научно-практический интерес для врачей различных специальностей, научных работников, преподавателей медицинских вузов и курсов последипломного образования.

Научные труды напечатаны в алфавитном порядке по фамилии первого автора.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

Н.Б. АМИРОВ, д.м.н., проф., акад. РАЕ, заслуженный врач РТ, заслуженный деятель науки и образования, лауреат Гос. премии РТ по науке и технике, e-mail: namirov@mail.ru

Заместитель главного редактора

А.А. ВИЗЕЛЬ, д.м.н., проф., зав. кафедрой фтизиопульмонологии КГМУ, акад. АН РН, заслуженный врач РТ, лауреат Гос. премии РТ по науке и технике, e-mail: lordara@mail.ru

Ответственный секретарь

З.М. ГАЛЕЕВА, к.м.н., доц. кафедры терапии КГМА, проф. РАЕ, e-mail: zarina26@bk.ru

Члены редколлегии

Н.Х. АМИРОВ, д.м.н., проф., зав. кафедрой медицины труда с курсом медэкологии КГМУ, акад. РАМН; *А.Ю. АНИСИМОВ*, д.м.н., проф., зав. курсом скорой мед. помощи кафедры медицины катастроф КГМА, зам. гл. врача МУЗ ГБ СМП № 1; *А.С. ГАЛЯВИЧ*, д.м.н., проф., зав. кафедрой факультетской терапии КГМУ, чл.-корр. АН РТ, вице-президент ВНОК, заслуженный врач РТ; *Е.В. ЖИЛЯЕВ*, д.м.н., проф. кафедры госпитальной терапии № 2 ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» (Москва); *А.У. ЗИГАНШИН*, д.м.н., проф., зав. кафедрой фармакологии КГМУ, проректор КГМУ по международной деятельности, лауреат Гос. премии РТ; *К.Ш. ЗЫЯТДИНОВ*, д.м.н., проф., ректор КГМА; *А.П. КИЯСОВ*, д.м.н., проф., директор Института фундаментальной медицины и биологии, чл.-корр. АН РТ; *М.В. ПОТАПОВА*, к.м.н., проф. РАЕ, заслуженный врач РТ, гл. врач Городской детской больницы № 1; *А.С. СОЗИНОВ*, д.м.н., проф., ректор КГМУ, лауреат Гос. премии РТ по науке и технике

Редакционный совет

С.Р. АБДУЛХАКОВ, к.м.н., зам. директора по науч. деятельности Института фундаментальной медицины и биологии К(П)ФУ; *В.Ю. АЛЬБИЦКИЙ*, д.м.н., проф., заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники, руководитель отдела социальной педиатрии РАМН (Москва); *В.А. АНОХИН*, д.м.н., проф., зав. кафедрой детских инфекций КГМУ; *А.В. ЖЕСТКОВ*, д.м.н., проф., зав. кафедрой микробиологии, иммунологии и аллергологии, руководитель отделения пульмонологии и аллергологии клиник ГОУ ВПО «Самарский ГМУ МЗ РФ», гл. аллерголог-иммунолог МЗ СР Самарской обл., член исполкома РРО (Самара); *Ш.З. ЗАГИДУЛЛИН*, д.м.н., проф., зав. кафедрой терапии УГМИ (Уфа); *М. САДИХ*, проф., спец. по внутренним болезням госпиталя Св. Марии Уотербери, шт. Коннектикут (клиника Йельского университета, Йель, США); *С.Д. МАЯНСКАЯ*, д.м.н., проф., проректор КГМУ по науке и инновациям; *О.Н. МИЛЛЕР*, д.м.н., проф. кафедры неотложной терапии ФПК и ППв НГМУ (Новосибирск); *НЕЛЬСОН СЕВАКАМБО*, проф., директор колледжа медицинских наук, Макерера, Уганда; *Л.Ф. САБИРОВ*, к.м.н., нач. Клинического госпиталя МСЧ МВД РФ по РТ; *О.Н. СИГИТОВА*, д.м.н., проф., зав. кафедрой ОВП КГМУ, заслуженный врач РТ и РФ; *Р.Г. ТУХБАТУЛЛИНА*, д.ф.н., директор Казанского медико-фармацевтического училища; *И.В. ШУБИН*, к.м.н., гл. терапевт военно-медицинского управления ГКВВ МВД России, полковник мед. службы, заслуженный врач РФ, проф. РАЕ

Уважаемые коллеги!

Стало хорошей традицией проведение ежегодной Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики в общей медицинской практике», приуроченной ко Дню образования медицинской службы МВД.

В этом году конференция посвящена Всемирной летней универсиаде, в которой, кроме спортсменов, приняли участие многие службы обеспечения безопасности крупных спортивных международных мероприятий различных ведомств России.

Для обеспечения безопасности при подготовке и проведении этого события мирового масштаба в Казань были направлены сотрудники МВД из многих регионов России, а в медицинском обеспечении приданных сил приняли участие большое число сотрудников медицинских учреждений.

VI Всероссийская научно-практическая конференция проводится с акцентом на научное изучение и обобщение результатов медицинского обеспечения такого крупного спортивного мероприятия, как Всемирная универсиада, что особенно важно при подготовке Сочинской Олимпиады и чемпионатов мира по футболу и водным видам спорта.

Мне особенно приятно отметить, что сотрудники Казанского государственного медицинского университета принимали участие в этой работе на Универсиаде как в рамках МСЧ МВД, так и других учреждениях здравоохранения, а также в волонтерском движении.

Полученные результаты будут доложены в рамках проводимой конференции, и я надеюсь, будут интересны, полезны и учтены в дальнейшей работе в преддверии крупных международных мероприятий ближайшего времени.

Желаю всем участникам конференции плодотворной работы и надеюсь на дальнейшее плодотворное сотрудничество.



Ректор КГМУ

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'A. Sozinov'.

А.С. Созинов

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ЧАСТИ В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ КРУПНЫХ МЕЖДУНАРОДНЫХ И МАССОВЫХ СПОРТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ (на примере ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан» в период подготовки и проведения XXVII Всемирной летней универсиады 2013 года в г. Казани)



РУСТЕМ ШАГИТОВИЧ ХИСАМИЕВ, начальник ФКУЗ
«Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан»,
капитан внутренней службы



ЛЯЙСАН РАФКАТОВНА ГИНЯТУЛЛИНА, зам. начальника
организационно-методического и лечебно-профилактического отдела
ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России
по Республике Татарстан», майор внутренней службы



НАИЛЬ БАГАУВИЧ АМИРОВ, докт. мед. наук, профессор кафедры ОВП
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»,
зам. начальника Клинического госпиталя
ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан»

Подготовка к проведению игр XXVII Всемирной летней универсиады 2013 г. была начата в 2008 г. сразу после принятия в Брюсселе на голосовании Международной федерации университетского спорта (FISU) 31 мая 2008 г. решения о проведении Универсиады в г. Казани.

По масштабности и значимости Всемирная летняя универсиада сравнима с Олимпийскими играми. В России Всемирная летняя универсиада проводилась до этого один раз, в 1973 г. в Москве. Для современной России Универсиада 2013 г. является первым комплексным соревнованием такого масштаба, а для Казани — вторым масштабным мероприятием после празднования тысячелетия города. По словам Владимира Путина, Универсиада в Казани послужит дальнейшей популяризации олимпийских соревнований и станет отличной прелюдией Зимних Олимпийских игр в Сочи.

Проведение крупных международных мероприятий, в том числе и спортивных, требует повышенного внимания со стороны различных структур.

Универсиада в Казани стала рекордной по всем направлениям. Так, количество участников составило

11 778 человек, представлявших 160 стран мира, а число приезжих гостей и туристов было более 150 тыс. человек. Это потребовало значительного усиления медицинского обеспечения. Всего к обслуживанию участников Игр были привлечены 55 бригад скорой медицинской помощи; 148 врачей спортивной медицины; 1 350 человек врачебного и среднего медицинского персонала; 635 волонтеров-медиков. На период Универсиады было определено 6 многопрофильных госпиталей, в которых были зарезервированы стационарные койки, а также диагностические службы.

В рамках проведения Универсиады в Казани в целях обеспечения повышенного уровня безопасности было задействовано около 30 тыс. представителей различных силовых структур, в том числе для обеспечения правопорядка было задействовано около 24 тыс. сотрудников МВД, а из них около 12 тыс. сотрудников из других регионов Российской Федерации. На объектах ежедневно присутствовали более 4 тыс. сотрудников МВД и ЧОП. Сотрудники правопорядка усиленно патрулировали не только все объекты Универсиады, но и прочие важные объекты. Под усиленный контроль вневедомственной охраной были взяты 62 объекта,

организованы более 400 нарядов и 300 постов ГИБДД. Такое значительное увеличение сотрудников МВД и нагрузки на них потребовало и усиления медицинского обеспечения приданных сил.

Медицинское обеспечение личного состава органов внутренних дел Республики Татарстан, а также приданных сил из регионов РФ в период подготовки и проведения в Казани Всемирной летней универсиады 2013 г. осуществлялось медицинскими работниками Медико-санитарной части МВД России по Республике Татарстан.

Был задействован весь коллектив МСЧ МВД России по РТ и его подразделений. Кроме того, в составе сводных отрядов из регионов России прибыли 36 медицинских работников, имеющих высокую квалификацию и большой опыт работы, в основном это врачи-хирурги и травматологи. Следует подчеркнуть, что этого количества медицинских работников в составе сводных отрядов было явно недостаточно исходя из регламентирующих документов. Так, общее количество приданных сил составило более 12 тыс. человек, поэтому необходимое число медицинских работников по нормативам должно было составить 120 специалистов.

В местах проживания личного состава в круглосуточном режиме была организована работа 56 временных медицинских пунктов (далее — ВМП), в том числе в 18 детских оздоровительных лагерях, в 8 гостиницах, в 18 общежитиях, в 5 профилакториях, в 4 детских образовательных организациях, в 2 гостевых домах и на 1 теплоходе. Все ВМП были оснащены необходимым инвентарем, обеспечены лекарственными средствами и расходными материалами согласно нормативам.

За каждым ВМП были закреплены аттестованные сотрудники МСЧ, которые осуществляли необходимую организационно-методическую, консультативную помощь по всем направлениям деятельности практически в круглосуточном режиме.

На каждый пункт временной дислокации (ПВД) заблаговременно были оформлены паспорта, отражающие уровень коммунально-бытового благоустройства объекта, составленные по результатам предварительных комплексных обследований, проведенных подразделениями тыла МВД по Республике Татарстан совместно с ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан».

Все объекты располагали достаточным уровнем коммунально-бытового благоустройства (капитальные строения, имеющие централизованные водоснабжение и водоотведение, тепло- и энергоснабжение от магистральных сетей). Практически во всех ПВД были выделены комнаты под изоляторы для инфекционных больных с размещением на первых этажах зданий в непосредственной близости от выходов с целью минимизации контактов заболевших со здоровыми лицами и создания условий для эвакуации.

Для прикомандированных сотрудников МВД было организовано трехразовое питание на базе штатных пищеблоков ПВД. Питание осуществлялось по следующей схеме: первый и третий приемы пищи — в ПВД, второй — в местах несения службы. Для организации второго приема пищи сотрудникам выдавался индивидуальный рацион питания (сухой паек) либо горячие блюда доставлялись к местам несения службы в термосах. На 32 объектах Универсиады силами АНО «Исполнительная дирекция Универсиады» были

сформированы пункты приема пищи, в том числе в установленное время для сотрудников ОВД.

Ежедневно проводился медицинский осмотр персонала пищеблоков медицинскими работниками временных медицинских пунктов ПВД (с фиксацией результатов в журналах). Кроме того, медработники участвовали в комиссионном бракераже готовых блюд (с фиксацией результатов в бракеражных журналах) и осуществляли текущий медицинский контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологических требований при приготовлении и раздаче пищи. На всех пунктах питания систематически проводились проверки пищеблоков специалистами Центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан» с применением лабораторно-инструментальных методов контроля.

Исполнителем услуг на объекте питания осуществлялся отбор суточных проб готовых блюд и продуктов, разрешенных к раздаче, а также единый порядок отбора и хранения суточных проб.

Проводились ежедневные обходы жилых номеров дежурными по ПВД и медицинскими работниками с целью исключения хранения сотрудниками скоропортящихся продуктов питания и поддержания должного уровня санитарно-гигиенического содержания помещений ПВД.

В ПВД на базе общежитий заблаговременно была исключена возможность использования сотрудниками сводных отрядов кухонь, имеющихся на этажах жилых корпусов, для приготовления пищи, что позволило избежать возникновения острых кишечных инфекций и пищевых отравлений.

Оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи личному составу в случае необходимости



Оказание помощи в поликлинике МСЧ МВД России по РТ

осуществлялось поликлиникой МСЧ на 400 посещений в смену, оказывающей медицинскую помощь по 35 специальностям и имеющей в своем составе 2 терапевтических отделения, отделение лучевой диагностики, клинко-диагностическую и иммунологическую лаборатории, физиотерапевтическое отделение, хирургический, психоневрологический и стоматологический кабинеты, кабинеты инфекциониста, гинеколога, офтальмолога, отоларинголога, дерматолога, кабинет функциональной диагностики. Все виды медицинской деятельности лицензированы, все должности врачей-специалистов укомплектованы.

Силами санитарного транспорта поликлиники осуществлялась доставка заболевших и травмированных с ВМП в поликлинику на консультацию к специалистам или в стационар для госпитализации. В среднем за день выезжали на 8—12 объектов проживания и несения службы, около 30% из них — за пределы г. Казани.

Стационарная медицинская помощь оказывалась Клиническим госпиталем МСЧ на 230 коек в круглосуточном режиме (резерв — 100 коек), а также, при необходимости, в созданном Министерством здравоохранения Республики Татарстан Республиканском госпитале Универсиады, функционально объединявшем ведущие медицинские организации государственной и муниципальной систем здравоохранения, расположенные в г. Казани, в том числе больницы скорой медицинской помощи (всего 6 многопрофильных лечебных учреждения). Был заключен 21 госконтракт для оказания всех необходимых видов амбулаторной и стационарной медицинской помощи.

Для эвакуации заболевших лиц в стационары в госпитале МСЧ функционировали 4 врачебно-сестринские бригады на санитарном автотранспорте (дежурства по 2 бригады через сутки). В среднем за сутки осуществлялось 8—10 выездов на объекты проживания, более половины из которых — за пределы г. Казани.

В Медико-санитарной части МВД России по РТ в круглосуточном режиме в здании МСЧ была органи-

зована работа оперативного штаба МСЧ для координации работы временных медицинских пунктов, бригад неотложной помощи, организации консультаций, решения вопросов взаимодействия с медицинскими организациями Министерства здравоохранения РТ, Центром медицины катастроф, организации отчетности. Был обеспечен беспрецедентный 3-уровневый контроль, обеспечивший качественное медицинское обеспечение.

Вся информация с действующих ВМП ежедневно подавалась в диспетчерскую службу МСЧ, которая после обобщения и анализа передавалась дважды в сутки в тыл и ЦУС МВД по РТ, а также в УМО ДТ МВД России.

В целях обеспечения оперативности при решении задач по оказанию медицинской помощи, планированию неотложных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий был решен вопрос организации связи медицинских работников временных медицинских пунктов ПВД с оперативно-рабочей группой МСЧ посредством как стационарных телефонов, так и с индивидуальным обеспечением медицинского и административного персонала сим-картами сотовой связи.

Большая практическая и методическая помощь была оказана на подготовительном этапе главным государственным санитарным врачом УМО ДТ МВД России полковником внутренней службы Васильевым Романом Геннадьевичем, главным терапевтом УМО ДТ МВД России полковником внутренней службы Коньковым Александром Викторовичем, особенно по разработке планирующих, организационно-распорядительных и информационно-методических материалов по вопросам охраны здоровья личного состава, привлекаемого в период подготовки и проведения Универсиады.

При участии клинических кафедр Казанского государственного медицинского университета на подготовительном этапе были проведены циклы занятий с врачами и средним медицинским персоналом МСЧ по оказанию скорой и неотложной помощи.



Госпитализация санитарным автотранспортом в Клинический госпиталь МСЧ МВД России по РТ



Оказание помощи на временном медицинском пункте

За период с 5 июня по 20 июля 2013 г. всего за медицинской помощью по поводу заболеваний и травм обратились 1 364 человека, за амбулаторной помощью в поликлинику МСЧ МВД России по РТ — 592, на ВМП — 772, госпитализировано 208 сотрудников, из них в Клинический госпиталь МСЧ МВД России по РТ — 165, в ЛПУ МЗ РТ — 43. Отправлены к местам постоянной дислокации по медицинским показаниям 9 сотрудников.

Обращения по нозологии:

- травмы — 153 (11,2%);
- отравления — 0;
- заболевания системы кровообращения — 116 (8,5%);
- заболевания пищеварительного тракта — 130 (9,5%);
- заболевания костно-мышечной системы — 79 (5,8%);
- заболевания органов дыхания — 259 (19%);
- инфекционные и паразитарные заболевания — 17 (1,3%);
- заболевания ЛОР-органов — 165 (12,1%);
- заболевания полости рта и зубов — 183 (13,4%);
- прочие заболевания — 262 (19,2%).

В структуре общей заболеваемости на первом месте — заболевания органов дыхания в совокупности с заболеваниями ЛОР-органов (32,1%). Второе место занимают заболевания полости рта и зубов (13,4%). На третьем месте различные травмы, полученные преимущественно в свободное от несения службы время, при занятиях спортом (11,2%). На четвертом месте заболевания пищеварительного тракта (9,5%). Прочие заболевания составили 19,2%, представленные в основном ссадинами, мозолями, кожными реакциями аллергического или травматического генеза, со вторичным инфицированием и развитием воспалительных процессов.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) амбулаторно составила, по данным по-

ликлиники МСЧ МВД России по РТ, за весь период 83 случая (577 дней), что на 100 работающих составило соответственно 0,7 в случаях и 4,6 в днях. Средняя продолжительность 1 случая ЗВУТ — 6,9 дней.

Структура по нозологии:

- травмы — 30,9%;
- болезни кожи и подкожной клетчатки — 22%;
- болезни органов дыхания — 19,1%;
- болезни глаза и придаточного аппарата — 7,4%;
- болезни уха — 5,9%;
- болезни органов КМС — 4,4%;
- болезни зубов — 4,4%;
- болезни органов ЖКТ — 2,9%;
- болезни системы кровообращения — 1,5%;
- болезни мочеполовой системы — 1,5%.

По Клиническому госпиталю МСЧ МВД России по РТ всего госпитализаций было 165, проведено 957 койко-дней, средняя продолжительность 1 случая госпитализации составила 5,8 дня. Все случаи госпитализаций закончились выздоровлением или улучшением состояния пациентов.

С целью текущего контроля за организацией работы на ВМП, санитарно-эпидемиологическим состоянием на объектах проживания и питания были организованы плановые (по утвержденному графику) и внеплановые выезды сотрудников МСЧ МВД России по РТ. Всего за период с 5 июня по 20 июля 2013 г. осуществлено 188 выездов сотрудниками МСЧ и 186 выездов сотрудниками ЦГСЭН. Выявленные по результатам проверок недостатки и замечания своевременно доводились до командиров сводных отрядов и ответственных по МВД, а также до руководителей объектов проживания и питания для своевременного их устранения.

По результатам работы было проведено итоговое совместное совещание с медицинскими работниками сводных отрядов, вручены памятные подарки и благодарственные письма.

По заданию руководства Управления медицинского обеспечения Департамента по материально-



Встреча врачей сводных отрядов и сотрудников МСЧ МВД России по РТ

техническому и медицинскому обеспечению МВД России проведен детальный анализ проблемных вопросов на всех этапах оказания медицинской помощи (для использования полученного опыта в период организации медицинского обеспечения приданных сил Олимпийских игр в г. Сочи).

I. Организационные вопросы.

1. При направлении сводных отрядов из регионов РФ не учитывались требования приказа МВД России от 10.01.2012 г. № 9 «Об организации медицинского обеспечения сотрудников ОВД, командиремых для выполнения служебно-боевых и оперативно-служебных задач», в соответствии с п.1.1 которого предусмотрено включение в состав командиремых сводных отрядов медицинских работников из расчета 1 медицинский работник (врач) на 100 сотрудников.

В Татарстан на 10 063 приданных сил прибыли в составе сводных отрядов всего 36 медицинских работников, при необходимом количестве 100 человек. В связи с чем ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан» вынуждена была снимать медицинских работников поликлиники и Клинического госпиталя для организации круглосуточных дежурств на ВМП (временных медицинских пунктах), на объектах проживания личного состава приданных сил, хотя нагрузка на амбулаторно-поликлиническую и госпитальную службу возросла минимум в два-три раза и данные специалисты были востребованы по основному месту работы.

Кроме того, повышенную нагрузку несли медицинские работники сводных отрядов, на некоторых ВМП 1 медицинский работник сводного отряда обеспечивал необходимую медицинскую помощь практически в круглосуточном режиме, так как не было возможности его замены.

2. Определенные трудности были при сборе медицинских документов по предварительным медицинским

осмотрам, данным о вакцинации и перенесенным инфекционным заболеваниям, так как не было единой формы справки или иного документа с предоставлением всех необходимых сведений. Сотрудники сводных отрядов расселялись по разным объектам проживания в зависимости от специализации служебной деятельности, общая мед. документация находилась у врача сводного отряда, осуществлялось дополнительное ксерокопирование документов, запросы по факсу из МСЧ регионов и рассылка на ВМП, многие из которых были за пределами г. Казани (отдаленность до 70 км).

3. Прибытие в составе сводных отрядов сотрудников, состоящих на учете и имеющих хронические соматические заболевания, с последствиями травм, не прошедших санацию ротовой полости. В результате были случаи обострения хронических заболеваний среди личного состава приданных сил, потребовавшие амбулаторного и стационарного лечения, а также возврата по месту постоянной дислокации.

4. Отсутствие в организационно-штатном расписании МСЧ МВД России по Республике Татарстан отделения экстренной медицинской помощи и ограниченное количество единиц аттестованных сотрудников-врачей усложнило процесс организации неотложной помощи. Повышенная нагрузка легла на вольнонаемный персонал Клинического госпиталя МСЧ, работавшего в составе бригад неотложной помощи по графику сутки через сутки (большое количество сверхурочных часов и невозможность предоставления дней отдыха).

5. Комплектование аптек ВМП осуществлялось согласно норме №8, утвержденной приказом МВД России от 22.11.2003 № 905, в перечне отсутствовали в частности антигистаминные средства и противорвусные препараты, что потребовало дополнительных временных затрат и затрат на горюче-смазочные

средства на доставку дополнительно необходимых лекарственных средств.

6. Значительной проблемой в организации доступности медицинской помощи стал вопрос транспортировки заболевших сотрудников или требующих консультативной помощи с отдаленных ВМП в поликлинику МСЧ ввиду удаленности многих объектов от г. Казани. Транспортировка амбулаторных больных в основном осуществлялась за счет транспорта МСЧ (57 ВМП, количество транспорта МСЧ ограничено). Выделение автотранспорта через тыловую службу пунктов временной дислокации (ПВД) было затруднительно.

7. Большое количество разнообразных сводок, подаваемых в различные инстанции (ЦУС, УМО, тыл МВД по РТ, тыл МВД РФ, МЗ РТ, Роспотребнадзор и др.) иногда без четких вводных данных, неунифицированных, затрудняло работу штаба МСЧ.

II. Организация санитарно-противоэпидемического обеспечения.

1. Отсутствие у большинства прибывших сведений о перенесенных инфекционных заболеваниях и сведений об иммунизации в соответствии с национальным календарем профилактических прививок.

2. На объектах проживания приданных сил, дислоцированных в детских оздоровительных лагерях, из-за малого объема и низкой мощности водонагревательных приборов, имели место случаи нехватки горячей воды при одномоментной помывке личного состава.

3. Сроки с момента приготовления горячей пищи и доставки ее в места несения службы составляли в некоторых случаях более 2 часов. Время приема пищи задерживалось.

4. Не всегда был организован подвоз сухого пайка сотрудникам к местам несения службы ко времени приема пищи. Продукты, входящие в состав сухого пайка, готовились без использования вакуумной упаковки.

III. Предложения.

1. При формировании сводных отрядов количество медработников должно соответствовать требованиям нормативных актов из расчета 1 медработник на 100 сотрудников отряда.

2. Сведения о прохождении медицинского осмотра, данных о вакцинации и перенесенных инфекционных заболеваниях должны быть выданы на руки сотруднику в виде унифицированного документа — Сертификата. Также необходима единая табличная форма общих сведений на сводный отряд в двух экземплярах, один экземпляр для передачи в штаб МСЧ, другой остается у врача сводного отряда (данная форма разработана в УМО для Сочи и разослана по регионам).

3. Разработать единую форму отчетности с ВМП, штаба МСЧ (суточной, недельной и т.д.), график и форма подачи сводок должны быть заранее определены, в том числе решен вопрос защиты персональных данных.

4. Должны быть четко регламентированы противопоказания для командированных сотрудников, качественно проведены внеплановые (предкомандировочные) медицинские осмотры, регламентирован перечень

специалистов и исследований, проведена санация полости рта. Исключено направление сотрудников, состоящих на диспансерном учете и наблюдаемых по 3-й группе учета.

5. Необходимо ввести персональную ответственность кадрового работника и командира сводного отряда за информирование медицинских работников медико-санитарных частей о случаях травм, заболеваний у командированных сотрудников, возникших после прохождения медицинского осмотра и сокрытие их.

6. Пересмотреть состав аптек согласно установленных норм с учетом климато-географических особенностей региона, времени года и т.д.

7. Решение проблем транспортировки заболевших и травмированных с учетом тяжести состояния за счет увеличения количества единиц санитарного транспорта, ставок водителей, оснащения автомобилей средствами навигации и т.д. Регламентировать доставку сотрудников, требующих консультативной или плановой помощи транспортом тыловых служб.

8. Службам тыла, ответственным за организацию питания, детально с учетом вопросов транспортной логистики прорабатывать вопросы доставки горячего питания и сухих пайков к местам несения службы для исключения случаев инфекционных заболеваний и отравлений.

9. С учетом повышения нагрузки, с целью оптимизации работы по повышению качества и доступности медицинской помощи в период планируемых в Республике Татарстан в 2015 г. чемпионата мира по водным видам спорта и в 2018 г. чемпионата мира по футболу, а также для решения текущих задач, целесообразно предусмотреть введение в организационно-штатное расписание МСЧ МВД России по Республике Татарстан отделения экстренной медицинской помощи и дополнительных единиц аттестованных и вольнонаемных медицинских работников и водителей.

Выводы. Обращаемость по поводу заболеваний за весь период подготовки и проведения Универсиады 2013 г. в Казани составила 11,1%, частота госпитализаций составила 1,7% от общего числа приданных сил. То есть каждый десятый сотрудник из числа приданных сил обратился за медицинской помощью. Всем обратившимся была оказана своевременная квалифицированная медицинская помощь в полном объеме. Благодаря организации работы по контролю за санитарно-эпидемиологическим состоянием в местах несения службы, проживания и питания не были допущены вспышки инфекционных заболеваний и отравлений, не было случаев летальных исходов.

Таким образом, главная задача по организации медицинского обеспечения личного состава подразделений МВД по РТ и приданных сил, санитарно-противоэпидемического надзора за объектами в период проведения Универсиады-2013 была выполнена успешно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Журнал «Вестник современной клинической медицины» за 2008—2013 гг.

001. ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ У СОТРУДНИКОВ ПОЛИЦИИ, КОМАНДИРОВАННЫХ В КАЗАНЬ НА ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕТНЕЙ УНИВЕРСИАДЫ 2013 ГОДА

Ю.А. АНТОНОВ, Г.В. КУЗЯКИН, С.В. ТЮТЮННИКОВ, И.С. НАЛИМОВА

ФКУЗ МСЧ МВД России по Алтайскому краю, г.Барнаул, Россия

Цель исследования — изучить распространенность, клинические проявления и эффективность лечения острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) с местным применением рекомбинантного интерферона-альфа-2b сотрудников полиции, командированных в г. Казань на время проведения Универсиады 2013 года.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в составе сводных отрядов из Барнаула, Волгограда, Омска, Тулы, Москвы, Московской области, Башкортостана и др. находилось 1 017 сотрудников полиции, командированных в г. Казань на время проведения XXVII Всемирной летней универсиады. Сотрудники полиции несли службу по охране общественного порядка в течение 39 дней (июнь, июль 2013 г.) в дневное и ночное время, в различных условиях, на открытом воздухе и в метрополитене. Работа полицейских отличалась напряженностью графика, наличием высоких психоэмоциональных нагрузок, широкими контактами с большим количеством людей. Метеорологические условия в Казани в этот период времени характеризовались несколько повышенной, по сравнению с климатической нормой, температурой воздуха. Возраст полицейских (все — мужчины) составлял от 22 до 45 лет, средний возраст — 26,7 года. Перед направлением в Казань все сотрудники полиции по месту службы прошли медицинскую комиссию и были признаны годными к командировке.

Диагностика ОРВИ осуществлялась в соответствии с характерной клинической картиной заболевания и объективными данными, полученными во время врачебного осмотра. Для оценки выраженности симптомов заболевания была использована разработанная нами ранее методика балльной оценки выраженности клинических симптомов при ОРВИ. Она включает 24 признака заболевания: острое начало, озноб, температура тела, потливость, общая слабость, недомогание, головная боль, боль в мышцах, костях, суставах, боли в глазах, покраснение глаз, цианоз губ, слизистой полости рта, боли в горле, гиперемия зева, увеличение периферических лимфоузлов, насморк, затруднение носового дыхания, серозное отделяемое из носа, кашель, выделение мокроты, трахеит, ларингит, нарушение сна, носовые кровотечения, диарея, снижение аппетита, снижение трудоспособности. Количественная оценка выраженности симптомов проводилась по следующей схеме: отсутствие симптома — 0 баллов, легкое и слабовыраженное проявление — 1 балл, умеренное проявление симптома — 2 балла, выраженное проявление — 3 балла. Впоследствии производилось

суммирование баллов у каждого пациента с вычислением по группам больных средней арифметической и ошибки средней.

Больные ОРВИ были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту и степени тяжести заболевания. Первая группа (35 больных) получала лечение, включавшее освобождение от службы, соблюдение постельного режима, обильное питье жидкости, прием жаропонижающих и антигистаминных препаратов, витаминов, местное применение сосудосуживающих капель в нос. Вторая группа (40 больных) дополнительно к медикаментозной терапии получала рекомбинантный интерферон-альфа-2b (гель Виферон®), наносимый на слизистую рото- и носоглотки 3—4 раза в день в течение 5 дней. Оценка состояния больных осуществлялась при обращении больных и спустя пять дней от начала заболевания.

Результаты исследования. Для медицинского обеспечения сводных отрядов полиции на местах временной дислокации были созданы, укомплектованные квалифицированными кадрами, медицинские пункты, на которых в круглосуточном режиме осуществлялся врачебный прием больных. Для консультативного приема узкими специалистами, в случае необходимости, больные направлялись в МСЧ МВД России по Республике Татарстан. За наблюдаемый период времени в наш медицинский пункт первично обратились 314 человек, характер патологии у которых был разнообразен и включал простудные заболевания, мелкие травмы, повреждения кожи, зубную боль, общее перегревание организма, повышение артериального давления, явления гастрита, боли в позвоночнике, суставах, мышцах и др. В том числе, 213 человек обратились за врачебной помощью в связи с возникшим ОРВИ. Это составило 67,8% от общего числа обращений.

Клиническая картина ОРВИ, развившихся у сотрудников полиции, характеризовалась повышением температуры тела, общей слабостью, недомоганием, насморком, затруднением носового дыхания, кашлем, першением и болью в горле, головной болью и другими симптомами. Показатель балльной оценки выраженности клинических симптомов у больных первой группы в среднем составил (18,4±2,2) балла, а у больных второй группы — (19,1±2,3) балла и статистически достоверно не различался ($p > 0,05$).

Местное нанесение геля Виферон®, назначенное пациентам второй группы, переносилось хорошо, побочных реакций отмечено не было. Лечение ОРВИ у всех больных было успешным, наблюдалась быстрая

динамика обратного развития симптомов болезни. Спустя пять дней после начала лечения нами была вновь проведена у пациентов балльная оценка степени выраженности клинических симптомов заболевания. У больных первой группы показатель степени выраженности клинических симптомов заболевания составил $(6,1 \pm 0,5)$ балла, а у больных второй группы он был достоверно выше и составил $(4,2 \pm 0,6)$ балла ($p < 0,05$). Среди симптомов заболевания в это время у пациентов отмечались: общая слабость, недомогание, насморк, затруднение носового дыхания, слизистые выделения из носа, субфебрильная температура в вечернее время, першение в горле, кашель, выделение мокроты и др.

На наш взгляд, полученные результаты исследования связаны с многогранностью действия интерферона альфа-2b при респираторных инфекциях, в том числе за счет имеющейся у него высокой противовирусной активности к различным инфекционным агентам, иммуномодулирующих свойств, благотворно влияющих на иммунный статус пациентов, в наличии противовоспалительного действия и антипролиферативного эффекте, снижающем гиперергический иммунный ответ и повреждение клеток. К достоинствам рекомбинантного интерферона альфа-2b следует отнести и такие его особенности, как безопасность

лечения, отсутствие побочных эффектов и экономичность курса терапии.

Выводы:

1. Многочисленные контакты сотрудников полиции и скопление большого количества людей во время проведения Универсиады способствуют повышению уровня заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями.

2. Метео-климатические условия в г. Казани в дни проведения Универсиады, в частности, наблюдавшаяся повышенная температура воздушной среды (по сравнению с климатической нормой для данной местности) и характер служебной деятельности полицейских в этот период, могли способствовать возникновению гиперергического иммунного ответа с повышенной заболеваемостью ОРВИ.

3. Местное применение рекомбинантного интерферона альфа-2b (гель Виферон®) позволило существенно повысить эффективность лечения ОРВИ и обеспечило более быстрое выздоровление больных и обратную динамику симптомов болезни.

4. Для снижения уровня заболеваемости сотрудников полиции респираторными вирусными инфекциями в период нахождения в командировках, целесообразно проведение им профилактических мероприятий по ОРВИ (интерферонотерапия) до отъезда в командировку.

002. КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ И ЦИРРОЗАМИ ПЕЧЕНИ

А.Р. БИЛАЛОВА, В.В. МАКАШОВА, О.С. АСТРИНА, Н.И. АЛЕШИНА, А.И. ФЛОРЯНУ

ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии», Инфекционная клиническая больница № 2, Москва, Россия

Цель работы — провести сравнительную клинико-лабораторную характеристику больных **хроническим гепатитом С (ХГС), хроническим алкогольным гепатитом (ХАГ), хроническими микст-гепатитами (МГ) ХГС+ХАГ и циррозом печени (ЦП) в исходе этих гепатитов.**

Материал и методы. Обследовано 115 больных, преобладали мужчины (77,4%), средний возраст составил $(41,4 \pm 5,7)$ года. По этиологии больные разделились следующим образом: 38 пациентов с ХГС, 20 пациентов с ХГ и 26 — с ХГС на фоне ХАГ, т.е. микст-гепатиты (МГ). Цирроз печени (ЦП) в стадии декомпенсации регистрировался у 31 больного, из них у 4 (12,9%) человек — в исходе ХГС, у 7 (22,6%) — на фоне ХАГ и у 20 (64,5%) человек — МГ.

Клинические методы включали сбор анамнестических данных, объективное обследование, лабораторные исследования: биохимический анализ крови (билирубин общий/прямой, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЩФ, холестерин); исследование системы гемостаза [агрегация тромбоцитов (АТ) методом Борна, агрегация эритроцитов (АЭ) по оригинальной методике Ю.А. Шереметьева (патент № 2027188 от 20.01.1995 г.), суммарная концентрация нитратов и нитритов методом Грисса с применением кадмиевого редуктора, фактор Виллебранда]; ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Для контроля обследовано 20 здоровых лиц.

Результаты. Выявлено, что слабость регистрировалась у всех 100% больных ХАГ, МГ, ЦП различ-

ной этиологии, а при ХГС — только в 24% случаев, аналогично такие симптомы, как снижение аппетита, диспепсия, боли в области правого подреберья, вторичные печеночные знаки, достоверно реже наблюдались у пациентов с ХГС. Длительность слабости, головной боли, желтухи была значимо больше при МГ, ЦП в исходе МГ и ХАГ. Уровень билирубина, активность основных печеночных ферментов были достоверно выше при ХАГ и МГ, чем при ХГС. Показано, что у всех пациентов АТ была достоверно ниже показателей здоровых лиц почти в 2 раза, при этом наиболее низкие показатели амплитуды АТ регистрировались у больных ХАГ и ЦП в исходе ХАГ, а при ХГС АТ отмечалась значимо выше по сравнению с ХАГ и МГ. Уровень АЭ определялся достоверно ниже нормы у всех больных независимо от этиологии, самые низкие показатели наблюдались у больных ХАГ и ЦП в исходе ХАГ. Показатели ФВ наблюдались в 2—3 раза выше нормы у всех больных, при этом уровень ФВ значимо выше регистрировался у больных ЦП различной этиологии в сравнении с больными МГ, ХАГ, ХГС.

Заключение. Клиническая симптоматика гепатита была наиболее выражена у больных МГ и ЦП в исходе МГ, ХАГ. Биохимические показатели при ХАГ и МГ регистрировались достоверно выше, чем при ХГС. Наиболее выраженные нарушения в системе гемостаза отмечались у больных ХАГ, ЦП в исходе ХАГ и МГ.

003. СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛОР-ОРГАНОВ ПРИКОМАНДИРОВАННЫХ ЛИЦ НА ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ УНИВЕРСАДЫ 2013 ГОДА В г. КАЗАНИ И СОСТОЯНИЕ ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ МСЧ МВД ПО РТ

Р.Г. ГАБДРАХМАНОВА, А.А. ГИЛЯЗОВ

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Введение. Заболеваемость выступает одним из важнейших критериев, характеризующих здоровье населения. Неблагоприятное воздействие на трудовые ресурсы оказывают потери вследствие заболеваний с временной утратой трудоспособности.

Цель исследования — оценка состояния отоларингологической службы МСЧ МВД, анализ структуры заболеваемости лечившихся больных по наиболее распространенным нозологическим формам.

Материал исследования. Материалом для исследования послужили медицинские карты амбулаторных больных прикомандированных лиц на Универсиаду 2013 г. с 5 июня по 17 августа 2013 г., обратившихся к врачу отоларингологу в поликлинику МСЧ МВД по РТ за медицинской помощью с заболеваниями ЛОР-органов. Всего было проконсультировано 107 пациентов, 47 человек явились на повторный прием; всего 154 осмотра. Выдано 15 листов нетрудоспособности, направлены на стационарное лечение в ЛОР-отделение ГБ г. Казани 15 человек.

Результаты:

- Острый катаральный фарингит — 16 человек (14,96%).
- Серные пробки — 10 человек (9,34%).
- Гнойный средний отит — 6 человек (5,6%).
- Прочее — 1 человек (0,93%).
- Острый синусит — 24 человека (22,43%).
- Острые негнойные средние отиты — 21 человек (19,63%).
- Паратонзиллит — 4 человека (3,73%).
- Наружный отит — 7 человек (6,54%).
- Нагноившиеся атеромы ЛОР-органов — 5 человек (4,67%).

• Ушибы мягких тканей ЛОР-органов — 2 человека (1,88%).

- Отитомикозы — 3 человека (2,8%).
- Фурункулы ЛОР-органов — 3 человека (2,8%).
- Вазомоторный ринит — 2 человека (1,88%).
- Носовое кровотечение — 1 человек (0,93%).
- Острый катаральный ларингит — 2 человека (1,88%).

Таким образом, основной причиной заболеваемости с временной утратой трудоспособности прикомандированных лиц на период проведения Универсиады 2013 г. в Казань послужили острый синусит (22,43%) и негнойный средний отит (19,63 %) от всех обращений к врачу-отоларингологу поликлиники МСЧ МВД по РТ. Также часто были диагностированы острый катаральный фарингит (14,96%), серные пробки (9,34%), наружный (6,54%) и средний гнойный отит (5,6%). Госпитализированные больные выписаны из стационара с выздоровлением.

Заключение. Главной задачей отоларингологической службы МСЧ МВД является подготовка, целенаправленная работа по обеспечению приоритета в решении задач сохранения и укрепления здоровья сотрудников, совершенствование работы по профилактике актуальных отоларингологических заболеваний, сохранение гарантированного уровня оказания медицинской помощи всем контингентам, имеющим законодательное право на медицинское обеспечение за счет средств Министерства внутренних дел. По состоянию медицинской готовности, уровню лечебно-профилактической и научно-методической работы отоларингологическая служба готова к выполнению поставленных задач.

004. СЛУЧАЙ ДИРОФИЛЯРИОЗА В КАЗАНИ

В.С. МОРОКОВ

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра общей врачебной практики

Дирофиляриоз — заболевание, вызываемое паразитированием нематоды *Dirofilaria repens* в подкожной клетчатке различных частей тела, слизистых и конъюнктиве органа зрения, в половых органах (мошонке, яичке и др.), молочных железах, внутренних оболочках тканей и органов брюшной полости человека. Это тканевой гельминтоз, характеризующийся медленным развитием и длительным хроническим течением. Заражение человека происходит трансмиссивным путем через укусы кровососущих комаров родов *Aedes*, *Culex* и *Anopheles*. Источником заражения комаров являются инвазированные домашние собаки, а также кошки, реже дикие плотоядные (волки, лисицы и др.). Передача инвазии человеку осуществляется комаром, зараженным инвазионными личинками диروفиларий. Истинная заболеваемость людей

диروفилариозом неизвестна, так как не ведется ее официальная регистрация. Вследствие недостаточной информированности врачей диروفилариоз проходит под различными диагнозами непаразитарной этиологии (атерома, фиброма, опухоль, киста). С 2003 г. диروفилариоз впервые включен в СанПиН 3.2.1333-03 «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации». В странах СНГ и бывшего СССР подкожный диروفилариоз распространен среди жителей Казахстана, Узбекистана, Туркмении, Грузии, Армении, Украины, Белоруссии и России, в том числе у жителей Астраханской, Волгоградской, Нижегородской, Саратовской, Ростовской, Рязанской, Воронежской, Владимирской, Московской, Липецкой, Курской, Тамбовской, Тульской, Курганской, Пензенской, Горьковской, Ульяновской, Челябинской

областей, а также в Алтайском, Краснодарском, Приморском, Ставропольском, Хабаровском краях, в Северной Осетии, Дагестане, Еврейской автономной области, Республиках Башкортостане, Марий Эл и Татарстане.

Клинический случай. Больная Н., 37 лет, жительница Казани обратилась 17.08.2004 г. на 24-й день болезни с жалобами на «опухоль в области правого нижнего века, внутри которого что-то шевелится». Анамнез заболевания: 25.07.2004 г. появилась припухлость в области правого глаза, отек. Консультировалась у офтальмолога, у инфекционистов в РЦ ПБ СПИД и ИЗ, в ГИБ № 2. Диагноз не установлен, рекомендовали обратиться к психоневрологу. Эпиданамнез: летом живет на даче в пос. Васильево (пригород Казани), туристические поездки в Шри-Ланку и ОАЭ (1996, в Таиланд (1998), с 1999 г. ежегодно отдыхает в Турции. Осмотр: в области правого нижнего века легкий отек, лимфоузлы не увеличены, температура тела нормальная, печень, селезенка не увеличены, со стороны других органов и систем изменений не обнаружено. Рекомендации: обратиться повторно в период появления опухоли. Для оперативной связи дан номер телефона врача. Больная собиралась

на отдых в Турцию на 14 дней. Рекомендовано при появлении симптомов заболевания срочно вернуться в Казань. Повторный визит 21.09.2004 г. (через 34 дня). 18.09.2004 г. вновь появился отек в области левого глаза. Осмотр: опухолевидное образование размером 1×1 см, эластичное, не связанное с окружающими тканями. УЗИ инородного тела: в области левого глаза по нижнему полюсу определяется образование повышенной эхогенности с неоднородным содержимым в виде мелкоочечных гиперэхогенных включений и небольшой полости диаметром 1,5—2,0 мм по центру, образование размером 12×11 мм без признаков кровотока. Лабораторное обследование: анализ крови (Hb — 116 г/л, Er — $3,4 \times 10^{12}$ /л, L — $7,2 \times 10^9$ /л, Tr — 306×10^9 /л, п — 0 с — 64 л — 28, м — 3, э — 5, СОЭ — 23 мм/ч, IgE — 37,6—КЕ/л, ИФА (антитела на описторхис, эхинококк, токсокар, трихинеллы) — отрицательно, анализ кала на яйца глист, простейшие — не обнаружено. Рекомендовано оперативное удаление опухоли. 04.10.2004 г. удаление опухоли: обнаружен круглый гельминт длиной 11 см, тонкий как струна, белого прозрачного цвета. В паразитологической лаборатории гельминт от больной Н. верифицирован как *Dirofilaria repens*.

005. СТРУКТУРА РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ КВЗ

Е.Ю. САЧЕНКОВА¹, Р.Ш. ХАСАНОВ¹, Н.Г. ШАМСУДИНОВА²

¹ГБУЗ «Клиническая больница № 2» г. Казани

²ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Цель исследования — изучить структуру ревматических заболеваний у пациентов, имеющих вредные профессиональные факторы труда.

Актуальность. Заболевания суставов представляют серьезную социально-экономическую проблему в связи с широкой распространенностью, тяжелым течением и высокой частотой инвалидизации. Особенно актуальным представляется раннее выявление ревматических заболеваний и своевременное лечение пациентов, имеющих различные профессиональные вредности.

Материал и методы. Ретроспективно изучались амбулаторные карты пациентов МСЧ «КВЗ», имеющих профессиональную вредность и консультированных врачом ревматологом.

Результаты. Исследовано 280 амбулаторных карт консультированных 79 мужчин и 181 женщин, средний возраст пациентов составил (43±9,8) года. Ревматические заболевания были диагностированы

у 199 чел., неревматические заболевания у 45 чел., синдром боли в нижней части спины у 36 чел. Произведен анализ структуры ревматической патологии. Большинству пациентов — 180 чел. (64,2% от всех обследованных) выставлен остеоартроз. Из них остеоартрозом с преимущественным поражением коленных и тазобедренных суставов страдали 53,4% пациентов. Узелковая форма остеоартроза кистей определена у 9,4% больных, ревматоидный артрит выставлен 3 чел. Недифференцированный артрит установлен у 10 чел. (3,6%), серонегативный спондилоартрит у 1%. К группе «другие ревматические заболевания» были отнесены системные заболевания соединительной ткани, остеопороз, частота которых составила 14,2%.

Выводы. Анализ демонстрирует, что проблема ревматических заболеваний стоит очень остро, что диктует необходимость проведения профилактических осмотров для раннего выявления и постоянного наблюдения врачом ревматологом.

006. ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ КАК МЕТОД ОЗДОРОВЛЕНИЯ КУРИЛЬЩИКОВ В БОРЬБЕ С ТАБАКОКУРЕНИЕМ И ТАБАЧНЫМ ДЫМОМ

С.В. ТЮТЮННИКОВ, И.С. НАЛИМОВА, С.Н. ТАРАСОВ, Д.С. ПЕТРЕНКО

ФКУЗ МСЧ МВД России по Алтайскому краю, г. Барнаул, Россия

Цель работы — оценить влияние электронных сигарет на патологию органов дыхания и состояние здоровья курильщиков.

Материал и методы. Согласно МКБ-10, табакокурение является болезненным проявлением, связанным с психологическим и поведенческим расстройством, вызванным употреблением табака. Под нашим наблюдением находилось 110 человек (взрослых мужчин

и женщин), которые добровольно использовали электронные сигареты с целью борьбы с табакокурением и табачным дымом. Причинами перехода обследованных на электронные сигареты были: желание отказа от курения, уменьшение вреда здоровью, вследствие табакокурения и прекращение пассивного курения. Накануне исследования с каждым пациентом проводилась подробная предварительная беседа и документально

оформлялось «Информированное согласие» обследуемого на проведение настоящей работы, согласно утвержденного научного плана.

В работе использовались сертифицированные в России электронные сигареты (электронные имитаторы курения), которые являются изделием медицинского назначения и разрешены для применения в лечебной практике. Электронные сигареты устроены таким образом, чтобы создавать у курильщика полную имитацию курения, как в отношении внешних атрибутов, так и по вкусовым ощущениям. Внешне электронная сигарета выглядит, как обычная сигарета. При ее «курении» выделяется водяной пар, имитирующий табачный дым, но не содержащий продуктов сгорания табака, бумаги, смол, канцерогенов, тяжелых металлов, радионуклидов, окислов серы, азота, окиси углерода и других вредных веществ. На конце электронной сигареты зажигается световой диод, имитирующий процесс горения. По окончании «курения», электронная сигарета автоматически выключается. Таким образом, создаются все внешние атрибуты курения. Психологически курильщик не может отличить обычный процесс курения от электронного. В отношении вкусовых ощущений: курильщик также не замечает различий с курением обычной сигареты, так как в картриджах электронных сигарет содержится вкусовая эссенция табака. Для тех, кто является курильщиком со стажем и испытывает трудности при попытках бросить курить, разработана система картриджей, содержащих крепкий, слабый и нулевой никотин — то есть, постепенно снижая количество никотина в сменных картриджах, курильщик переходит на картриджи с нулевым никотином, но со вкусом табака, не испытывая при этом так называемого «синдрома отмены». Картриджи с нулевым никотином (то есть, не содержащие никотин) могут иметь вкус вишни, персика, кофе, мяты, ванили, лимона, яблока, апельсина и др. Такая разнообразная вкусовая гамма еще больше помогает курильщику уйти от никотиновой зависимости и перейти на безвредные ароматические эссенции.

Для оценки состояния здоровья курильщиков нами была разработана анкета, включающая следующие разделы: паспортные данные пациента, профессиональные вредности на рабочем месте, стаж и интенсивность курения, пассивное курение, имеющиеся хронические заболевания, а также оценку влияния электронных сигарет на самочувствие и проявление симптомов бронхолегочных заболеваний.

Результаты. Среди 110 человек, которые использовали электронные сигареты, было 94 мужчины (85,5%) и 16 женщин (14,5%). Возраст курильщиков составил от 22 до 59 лет [средний возраст (37,3±4,5) года]. В целом, преобладали лица молодого (до 45 лет) возраста — 81,8%, старше 45 лет было 18,2%. По уровню образования обследованные разделились следующим образом: с высшим образованием — 66 человек (60%), со средним специальным образованием — 44 человека (40%). Среди профессий наиболее часто встречались работники правоохранительных органов, менеджеры, актеры, врачи, педагоги, студенты и др.

Продолжительность курения обследованных была различной и колебалась от 4 до 40 лет и в среднем составила (17,2±1,2) года. Со стажем курения до 5 лет было 11 человек (10%), 5—10 лет — 41 человек (29%), 10—15 лет — 16 человек (14,5%), 15—20 лет — 25 человек (22,7%), более 20 лет — 26 человек (23,6%).

Средняя интенсивность курения была высокой и составила (26,2±3,2) сигарет в день. От 1—10 сигарет в день выкуривали 5 человек (4,5%), от 10—20 сигарет — 55 человек (50%), от 20—30 сигарет — 36 человек (32,7%), более 30 сигарет выкуривали 14 человек (12,7%).

Согласно данным, полученным от пациентов, относительно содержания никотина в сигаретах, «крепкие» сигареты курили 11 человек (10,0%), «легкие» — 99 человек (90,0%). Однако, проведенный нами тест Фагерстрема показал, что очень слабая зависимость к никотину была выявлена лишь у 4 человек (3,6%), слабая зависимость — у 18 чел. (16,3%), средняя зависимость — у 42 чел. (38,2%), высокая зависимость — у 32 чел. (29,0%) и очень высокая зависимость — 14 чел. (12,7%). Таким образом, большинство наших пациентов (61,3%) имели среднюю, высокую и очень высокую степени никотиновой зависимости.

Анализ тест Хорна, выявляющий тип курительного поведения (психологический тип курильщика), показал, что «стимуляция» выявлена у 22 человек (20%), «поддержка» — у 12 чел. (10,9%), «игра с сигаретой» — у 8 чел. (7,2%), «жажда» у 30 чел. (27,2%), «расслабление» — 19 чел. (17,2%) и «рефлекс» — 18 чел. (16,4%). Таким образом, преобладающим типом курительного поведения у обследованных пациентов (47,2%) были: «жажда» и «стимуляция».

Исследование показало, что наиболее частыми заболеваниями, встречавшимися у пациентов были: хронический бронхит — 90 чел. (81,8%), гипертоническая болезнь — 42 чел. (38,1%), избыточная масса тела — 35 чел. (31,8%), хронический гастрит 73 чел., (66,3%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — 8 чел. (7,2%). Жалобы на наличие бронхолегочных симптомов (кашель, выделение мокроты, затруднение дыхания, одышка) имели 98 обследованных (89,0%).

Электронные сигареты использовались обследованными на протяжении 3 месяцев. Пациенты сравнительно легко переходили на использование электронных сигарет и в большинстве не испытывали дискомфорта от отказа от обычных сигарет. Обследуемые хорошо отзывались о потребительских свойствах электронных сигарет: их дизайне, продолжительности работы аккумулятора, легкости зарядки (дома, на работе, в машине), удобству хранения (наличие портсигара), приятным ароматам. Многими пациентами была отмечена возможность «курения» электронных сигарет в домашних условиях, так как исключалось пассивное курение у членов семьи. Особое внимание пациенты обращали на пожаробезопасность (открытый огонь, использование спичек, зажигалок при курении обычных сигарет) электронных сигарет на рабочем месте, в быту, на природе.

По истечении трех месяцев отмечены значительные изменения в состоянии здоровья обследуемых. Так, 83,6% обследованных (82 человек из 98) уже в эти короткие сроки наблюдалось значительное уменьшение частоты кашля в дневное и ночное время. Изменился характер и уменьшилось количество отделяемой мокроты. У части пациентов отмечено облегчение затрудненного дыхания и выраженности одышки при физической нагрузке. Отмечено улучшение состояния слизистой полости рта, устранение неприятного запаха изо рта, улучшение голосовых данных.

Среди положительных влияний на состояние здоровья, в связи с использованием электронных сигарет,

пациенты отметили улучшение общего состояния, повышение трудоспособности, появление бодрости, улучшение сна, аппетита, отсутствие пассивного курения у членов семьи и коллег.

Выводы.

1. Применение электронных сигарет является хорошим медицинским методом оздоровления пациентов с табакокурением и прекращением воздействия на организм курильщиков компонентов табачного дыма.

2. Переход на электронные сигареты положительно влияет на патологию органов дыхания и состояние здоровья курильщиков.

3. Использование электронных сигарет предотвращает пассивное табакокурение у окружающих.

4. Метод оздоровления пациентов с табакокурением с использованием электронных сигарет, как сертифицированных изделий медицинского назначения, целесообразно применять в медицинских учреждениях разного профиля.

007. АНАЛИЗ РАБОТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА КЛИНИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ МСЧ МВД ПО РТ ПО ОКАЗАНИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СОТРУДНИКАМ МВД ИЗ ЧИСЛА ПРИДАННЫХ СИЛ НА ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ УНИВЕРСИАДЫ-2013 В РТ С 17 ИЮНЯ ПО 17 ИЮЛЯ 2013 ГОДА

М.Е. ФЁДОРОВА

ФКУЗ МСЧ МВД России по РТ, Казань

Здоровье — многоуровневая система, которая включает в себя физический, психологический и социальные аспекты. Главным требованием, предъявляемым к сотрудникам МВД, является их боеспособность. Постоянный контроль за здоровьем сотрудников, выполнение мер по профилактике заболеваний, выявление возникшей патологии на раннем этапе, своевременное качественное лечение, полная реабилитация — основная задача всех служб и подразделений МСЧ МВД России в сохранении и повышении боеспособности сотрудников.

Здоровье человека напрямую зависит от состояния иммунной системы. Взаимодействие организма человека с агрессивной внешней средой вызывает понижение защитных сил организма.

Заболеваемость периодонтитом стойко удерживается на высоком уровне. Это обусловлено, прежде всего неполной санацией и obturацией корневых каналов при лечении зубов по поводу осложненного кариеса. Одной из наиболее частых причин удаления зубов при осложненном кариесе является распространение воспалительных процессов на костную ткань с формированием очага хронической инфекции.

При снижении иммунных сил организма, связанных с нервно-эмоциональным напряжением, сменой климата и жилищно-бытовых условий происходит обострение хронических стоматологических заболеваний, в особенности заболеваний периодонта, которые сопро-

вождаются нарушением общего состояния организма и местными проявлениями в виде воспалительных реакций в полости рта, что являются показаниями для неотложной помощи.

Оказание стоматологической помощи проводилось в двух направлениях:

Оказание неотложной помощи сотрудникам, которые направлялись с объектов, закрепленных за клиническим госпиталем (7 объектов проживания сводных отрядов) (табл. 1).

Оказание стоматологической помощи сотрудникам, госпитализированным в стационар с соматическими заболеваниями (табл. 2).

Итого с острой болью обратились 6 человек. Всем была оказана квалифицированная хирургическая и терапевтическая помощь.

Итого с острой болью из числа госпитализированных приданных сил с общими соматическими заболеваниями обратились 3 сотрудника.

Количество обращений сотрудников из числа приданных сил ежедневно составляло 1—2 человека в день с 20 июня по 12 июля 2013 г. Среди обращений большинство составили следующие:

- обострение хронического периодонтита — 3;
- заболевания пародонта — 2;
- острый периостит — 2;
- средний, глубокий кариес — 2;
- заболевания слизистой оболочки полости рта — 1;

Т а б л и ц а 1

Оказание неотложной помощи

Диагноз	Всего обратившихся сотрудников	Вид оказанной помощи	Кол-во обратившихся	Лечение	Примечание
Острый периостит	2	Госпитализация	1	Удаление причинного зуба, периостотомия	
		Амбулаторно	1	Удаление причинного зуба, периостотомия	
Хронический периодонтит обострение	3	Амбулаторно	3	Лечение осложненного зуба	
Острый одонтогенный гайморит	1	Амбулаторно	1	Консервативное лечение	

Оказание стоматологической помощи сотрудникам, госпитализированным в клинический госпиталь с соматическими заболеваниями (ОРВИ, заболевания ЖКТ, МКБ и др.)

Диагноз основного заболевания	Диагноз стоматологический	Всего	Лечение	Примечание
ОРВИ	Герпетический стоматит	1	Противовирусное, общеукрепляющее лечение	
ОРВИ	Перикоронарит	1	Консервативное лечение	
ОРВИ	Хронический катаральный гингивит, обострение	1	Консервативное лечение, направленное на поднятие защитных сил организма	

- острый одонтогенный гайморит — 1;
- профосмотр — 6.

Кроме оказания неотложной помощи, проводился профосмотр полости рта сотрудникам из числа приданных сил, находящихся на госпитализации в клиническом госпитале с соматическими общими заболеваниями (табл. 3).

Таблица 3

Профосмотр полости рта

Всего осмотрено	Нуждались	Лечение	Ранее санировано
6	2	Консервативное лечение	4

Итого профосмотр полости рта проведен: 6 сотрудникам; 4 ранее санированы; 2 санированы.

Всего за период Универсиады 2013 в клинический госпиталь обратилось за стоматологической помощью 15 человек (табл. 4).

Таблица 4

Нуждаемость в санации сотрудников МВД

Обратилось	Нуждались в санации	Санировано	Ранее санировано
15	9	9	6

Из анализа работы можно сделать следующие выводы: основная масса сотрудников прибыла на Универсиаду 2013 санированными, но в силу ряда обстоятельств были выявлены следующие заболевания:

- обострение хронического периодонтита и как следствие обострения периодонтита;
- острый периостит и одонтогенный гайморит.

Со стороны слизистой полости рта и пародонта — герпетический стоматит, перикоронарит, пародонтит, что связано со снижением защитных сил организма.

Выводы. Профилактика стоматологических заболеваний является основным направлением стоматологической помощи как в стоматологической службе МСЧ МВД, так и в общей стоматологии. Посещение стоматологов 2 раза в год, соблюдение гигиены полости рта, санитарно-просветительская деятельность, профосмотры во время диспансеризации помогут избежать осложнений хронических заболеваний и их обострения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров, Н.М. Организация работы стоматолога воинской части / Н.М. Александров. — М.: Воениздат, 1988.
2. Безрукова, В.М. Справочник по стоматологии / В.М. Безрукова. — М.: Медицина, 1988.

008. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ — СОТРУДНИКОВ МВД С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Х.Е. ХЛИЯН¹, Е.Д. БАКУРОВ², О.В. БУРЛАКА², С.А. ДУДНИКОВ²

¹Госпиталь «ФКУЗ МСЧ МВД России по Ростовской области», начальник госпиталя

²Хирургическое отделение

Мочекаменная болезнь составляет 30—40% от всех заболеваний органов мочевой системы. До настоящего времени лечение пациентов с мелкими конкрементами от 2 мм до 5 мм как правило носит консервативный характер: литокинетическая, литолизирующая терапия, в результате которой самостоятельное отхождение конкрементов наблюдается в 90—95% случаев в сроки от 1—3 месяцев до 1—1,5 лет.

Учитывая то обстоятельство, что сотрудники МВД выполняют свою службу с частыми командировками, неблагоприятными климатическими погодными условиями, условиях диссонанса труда и отдыха, нарушения режима диеты, все это повышает риск возникновения патологии, в данном случае обострения течения мочекаменной болезни, возникновения осложнений в виде миграции конкремента.

Цели и задачи — определить оптимальную терапию больных с мочекаменной болезнью, конкрементами

размером 2—5 мм, действующих сотрудников МВД. Уменьшить ВУТ больных с данной патологией.

Материал и методы. Проанализированы 100 историй больных лечившихся в госпитале с 2010 по 2012 гг. с мочекаменной болезнью и мочекаменной болезнью, осложненной пиелонефритом, сотрудников МВД и амбулаторные истории 46 диспансерных больных поликлиники медико-санитарной части.

Результаты. Размеры конкрементов в почке, мочеточнике, мочевом пузыре от 2—3 мм до 20—30 мм. ВУТ лечившихся в стационарных условиях в среднем составляла 12 дней. Повторная госпитализация в один и тот же год составляет 8%. ВУТ в амбулаторных условиях данных больных имела место в 25% от количества всех пациентов диспансерной группы с данной патологией (46 пациентов);

Лечение в других специализированных учреждениях составляет до 12% всех случаев с мочекаменной болезнью.

В 19% случаев пациентам проведена активная терапия: дистанционная литотрипсия в течение первых двух месяцев с момента установления диагноза. Что в целом сократило ВУТ до 15 %

Заключение. Учитывая выше описанные особенности работы сотрудников МВД, диктуют необходимость пересмотра тактики лечения данной категории больных:

1. Пациенты данной категории должны входить в группу высокого риска возникновения рецидива.

2. Пациенты с размерами конкремента мочевой системы более 2 мм — 5 мм, не зависимо от локализации, должны находиться под постоянным контролем специалиста.

3. Решение вопроса о ликвидации конкремента в органах мочевой системы в течении двух-трех месяцев с момента установления диагноза.

4. Проведение активной тактики лечения — литотрипсии, литоэкстракции.

009. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОРОНАРНЫХ И ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

А.З. ШАРАФЕЕВ¹, А.В. ПОСТНИКОВ²

¹ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», кафедра кардиологии, рентгенэндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии

²ГАОУ РКБ МЗ РТ, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, Казань

Известно, что сопутствующее поражение церебральных артерий у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) усугубляет течение и «маскирует» клиническую картину основного заболевания, повышая, в целом, уровень летальности и фатальных сердечно-сосудистых происшествий.

Цель исследования — проанализировать частоту и выраженность клинических неврологических проявлений у пациентов с ИБС и сопутствующим атеросклеротическим поражением брахиоцефальных артерий (БЦА).

Материал и методы исследования. В исследование было включено 86 пациентов с ИБС, из них 54 мужчины (62,8%) и 32 женщины (37,2%) в возрасте от 52 до 73 лет, средний возраст пациентов составил (61,6±6,4) года, средний возраст мужчин — (58,3±6, 2) года (52—71), женщин — (64,2±5,6) года (58—73). Всем пациентам было проведено неврологическое обследование в виде подробного сбора неврологических жалоб, анамнеза, проведение осмотра неврологического статуса, селективная коронарная ангиография, ангиография БЦА.

Результаты. У 61 (71%) из 86 пациентов выявлены гемодинамически значимые поражения

коронарных артерий, а у 25 (29%) — гемодинамически незначимые поражения коронарных артерий (КА). Клинические неврологические проявления цереброваскулярной патологии у пациентов с ИБС выявлены в 68% случаев: вегетативные нарушения у 48%, координаторные нарушения у 46%, кохлеарные нарушения у 42%, чувствительные нарушения у 37%, рефлекс орального автоматизма у 28%, амиостатические синдромы у 14%, синдромы глазодвигательных нарушений у 17%, речевые нарушения у 13%. Сравнительный анализ выраженности неврологической симптоматики в зависимости от степени поражения КА выявил прямую корреляцию степени неврологических проявлений от количества пораженных коронарных артерий.

Выводы. У пациентов с ИБС, гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий являются предикторами наличия гемодинамически значимых поражений прецеребральных артерий. Частота и степень различных неврологических проявлений прямо пропорциональна степени поражения коронарных артерий.

010. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНЫХ И ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПО ДАННЫМ АНГИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ ИБС

А.З. ШАРАФЕЕВ¹, А.В. ПОСТНИКОВ²

¹ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», кафедра кардиологии, рентгенэндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии

²ГАОУ РКБ МЗ РТ, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, Казань

Причиной ишемических инсультов и инфарктов миокарда — заболеваний, смертность от которых занимает лидирующие позиции в современном мире, является коронарный и церебральный атеросклероз. В настоящее время остаются актуальными проблемы этиопатогенеза и закономерности атеросклеротического поражения коронарных артерий (КА) и прецеребральных артерий (ПЦА).

Цель исследования — выявить распространенность атеросклеротического поражения экстракраниальных отделов церебральных сосудов у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), при различной степени выраженности стеноза КА.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 86 пациентов с ИБС, из них 54 мужчин (62,8%) и 32 женщины (37,2%), средний возраст пациентов 61,6±6,4 лет. Всем больным была проведена селективная коронарография (СКГ) с одномоментной ангиографией БЦА.

Полученные результаты. В обследуемой группе пациентов гемодинамически значимые стенозы КА были выявлены у 61 (71%) пациента, из них у 48 пациентов (79%) были выявлены сопутствующие атеросклеротические поражения прецеребральных артерий. В структуре поражения КА, наиболее часто (72%) выявлено поражение ПМЖА, в 62% — ПКА, в 32% — ОВ. С устье-

вой локализацией стеноза ЛКА было 5% пациентов, с бифуркационными стенозами — 13%. Поражение 2 КА выявлено у 24 (39%) пациентов, трех сосудов — у 37 (61%) пациентов. Стенозы прецеребральных артерий были выявлены у 14 пациентов в группе с двухсосудистым поражением КА и у 34 пациентов в группе пациентов с трехсосудистым поражением коронарных артерий. Излюбленным сегментом брахиоцефального бассейна для атеросклеротического поражения в 83% являются каротидные бифуркации. Внутренние сонные артерии были поражены в меньшей степени (81% — левая ВСА,

68% — правая ВСА), наружные сонные были поражены реже (78% — левая НСА, 64% — правая НСА), левая ОСА — 57%, правая ОСА — 46%. В 70% были выявлены бикаротидные стенозы, в 30% — одностороннее поражение. Атеросклеротическое поражение артерий вертебро-базилярного бассейна было отмечено в 31% случаев, в том числе позвоночные артерии были в 25% поражены справа, и в 30% — слева.

Выводы. Гемодинамически значимые двух- и трехсосудистые поражения коронарных артерий являются предикторами церебрального атеросклероза.

011. РЕЗУЛЬТАТЫ КРАТКОСРОЧНОЙ СРАП-ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА АПНОЭ-ГИПОПНОЭ СНА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Н.В. ХАРИНА¹, О.В. ЛЫШОВА², Л.В. ИВАННИКОВА¹

¹ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Воронежской области», госпиталь, Воронеж, Россия

²ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко» Минздрава РФ, Воронеж, Россия

Актуальность. Подводя годовые итоги работы нашего терапевтического отделения за 2012 год, можно отметить, что большая часть пациентов — это больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями, из них 63% страдают артериальной гипертонией (АГ). По данным литературы, у 30% пациентов с АГ диагностируется синдром обструктивного апноэ-гипопноэ сна (СОАГС). Вместе с тем, это состояние своевременно не диагностируется и не лечится. Хотя в последнее время интерес к этой проблеме значительно возрос. В общетерапевтических стационарах существуют доступные и простые диагностические методики, например, такие как кардиореспираторный мониторинг. С помощью портативного кардиореспираторного регистратора в амбулаторных условиях стало возможным проводить мониторинг на протяжении сна ороназального потока дыхания и храпа, сатурации кислорода, двигательной активности грудной клетки, электрокардиограммы в 3 (или 12) отведениях. По результатам обследования можно диагностировать нарушения регуляции дыхания во сне, наиболее изученным из них является СОАГС. Эффективное лечение этого состояния возможно с помощью специального аппарата, создающего постоянное (или изменяющееся на вдохе и выдохе) положительное давление воздуха в верхних дыхательных путях. Упрощенно данный метод называется СРАП-терапия (от англ. *Continuous Positive Airway Pressure* — постоянное положительное давление в воздухоносных путях). СРАП-терапия является одним из основных методов респираторной поддержки, поскольку позволяет устойчиво контролировать просвет верхних дыхательных путей. Без лечения СОАГС проявляется артериальной гипертонией рефрактерной к лечению, эндотелиальной дисфункцией, прогрессированием атеросклероза, ишемической болезнью сердца, нарушениями сердечного ритма и проводимости (преимущественно во время сна) и др. В Висконсинском когортном исследовании, начавшемся в 1988 году, было показано увеличение риска сердечно-сосудистой смертности в 5,2 раза в течение 18 лет наблюдения у нелеченых пациентов с СОАГС.

Цель исследования — изучение эффективности и переносимости краткосрочной СРАП-терапии у пациентов с АГ и высоким сердечно-сосудистым риском, страдающих СОАГС тяжелой степени.

Материал и методы. 56 пациентов (все мужчины) в возрасте от 31 до 72 лет с АГ 1—3-й степени в сочетании с ассоциированными клиническими состояниями (ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, атеросклеротическое поражение периферических артерий, цереброваскулярная болезнь, сахарный диабет 2 типа). Всем пациентам проводилось рутинное клинико-лабораторное и инструментальное исследование, в частности, ЭКГ в 12 общепринятых отведениях; мониторинг ЭКГ по Холтеру и кардиореспираторный мониторинг на протяжении сна (реопневмограмма с нижних отделов обоих легких, поток воздуха на уровне носа, насыщение гемоглобина артериальной крови кислородом, храп, двигательная активность и положение тела); трансторакальная импульсная доплер-эхокардиография. Кроме того, проводилось тестирование пациентов по протоколу обследования больных с нарушениями сна. После проведения кардиореспираторного мониторинга у 15 пациентов диагностирован СОАГС тяжелой степени (индекс апноэ-гипопноэ более 30/ч). Все больные с тяжелой формой СОАГС имели в анамнезе ишемическую болезнь сердца, в том числе, стабильную стенокардию напряжения II ФК (n = 5) и III ФК (n = 10); постинфарктный кардиосклероз (n = 7). Коронарную реваскуляризацию в разные сроки перенесли три пациента из 15.

Хроническая сердечная недостаточность II, III и IV ФК выявлялась у 5, 8 и двух пациентов соответственно. Два пациента перенесли ишемический инсульт. Симптомное поражение периферических артерий отмечалось у одного больного, сахарный диабет 2 типа — у 9 пациентов из 15. По данным эхокардиографии систолическая дисфункция выявлялась у 13 (колебания фракции выброса левого желудочка от 40 до 52%); диастолическая дисфункция 1 типа — у 8. Больным с СОАГС тяжелой степени проводилась пробная неинвазивная вентиляция легких положительным давлением воздуха в верхних дыхательных путях в автоматическом режиме, со снижением давления на выдохе (средняя продолжительность лечения составила 7 ночей, при этом аппарат использовался > 4-х ч каждую ночь). На фоне аппаратного лечения оценивалась динамика индекса апноэ-гипопноэ для обструктивных и центральных эпизодов отдельно.

Результаты. Все пациенты с подтвержденным диагнозом СОАС тяжелой степени предъявляли жалобы на храп, частые пробуждения, выраженную дневную сонливость, отмечали остановки дыхания во время сна (со слов окружающих), общую слабость, быструю утомляемость во время повседневной работы, диффузную головную боль, чаще в утренние часы, чувство неосвежающего сна, повышение артериального давления выше 140 и 90 мм рт.ст. на фоне комбинированной антигипертензивной терапии. Как правило, это была комбинация ингибитора ангиотензинпревращающего фермента, диуретика, антагониста медленных кальциевых каналов и/или кардиоселективного бета-адреноблокатора.

По данным кардиореспираторного мониторинга во время ночного сна у 10 пациентов из 15 регистрировались преимущественно апноэ обструктивного типа, у остальных пяти пациентов также отмечались эпизоды периодического дыхания типа Чейна—Стокса (фазы гипервентиляции типа крещендо—декрещендо) с центральными апноэ. В анализируемой выборке больных ($n = 15$) наибольший уровень сатурации кислорода достигал 94%, минимальный уровень составил 62%.

Среди больных с обструктивными и центральными эпизодами апноэ минимальный уровень сатурации был несколько выше — 78%. На фоне медикаментозной терапии проводилась неинвазивная вентиляция легких положительным давлением воздуха в верхних дыхательных путях в автоматическом режиме, со снижением давления на выдохе, при этом терапевтическое давление колебалось в пределах от 3,7 до 9,3 гПа (среднее 5,1 гПа). Отмечено, что среди пациентов, с диагностированным дыханием типа Чейна—Стокса и центральными апноэ ($n = 5$) на фоне аппаратного лечения эти нарушения регуляции дыхания сохранялись, при этом индекс центральных апноэ-гипопноэ у некоторых пациентов даже увеличивался. В то же самое время, индекс

обструктивных апноэ-гипопноэ уменьшался до нормальных значений. У всех больных с преимущественно обструктивными эпизодами апноэ также наблюдалась нормализация этого показателя. К сожалению, трое больных из 15 отказались от аппаратного лечения после первой ночи. Свой отказ они объясняли чувством дискомфорта от использования маски или неприятного ощущения избыточного потока воздуха, обострением ринита или нежеланием надевать маску. 12 больных из 15 продолжили лечение, длительность которого, в среднем составила 7 ночей, после чего семеро из них также отказались от лечения по разным причинам. Только пять пациентов (1/3) перешли на длительную CPAP-терапию. Все пациенты, согласившиеся на проведение CPAP-терапии отметили улучшение общего состояния. За больными, получающими аппаратное лечение проводится динамическое наблюдение, в процессе которого уточняются побочные эффекты терапии, проводится коррекция лечебного давления, поддерживается приверженность к лечению.

Выводы. Тяжелая степень СОАС диагностировалась у 15 (27%) из 56 пациентов с АГ и высоким сердечно-сосудистым риском, при этом у 1/3 из них диагностировались как апноэ обструктивного типа, так и эпизоды дыхания Чейна—Стокса с центральными апноэ.

Применение неинвазивной вентиляции легких в автоматическом режиме уже в короткие сроки сопровождалось снижением индекса обструктивных апноэ-гипопноэ до нормальных значений. Однако эпизоды дыхания Чейна—Стокса с центральными апноэ сохранялись, в некоторых случаях индекс центральных апноэ-гипопноэ возрастал. Из 15 пациентов только 12 смогли продолжить лечение на протяжении 7 ночей, после чего 7 из них отказались от аппаратного лечения по разным причинам; трое пациентов отказались от лечения после первой ночи; пять пациентов перешли на длительную CPAP-терапию.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

АЛСУ ИЛЬДУСОВНА АБДРАХМАНОВА, канд. мед. наук, доцент кафедры кардиологии, рентгенэндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии, ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, e-mail: cardiokgma@mail.ru

НИКОЛАЙ АНАТОЛЬЕВИЧ ЦИБУЛЬКИН, канд. мед. наук, доцент кафедры кардиологии, рентгенэндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии, ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, e-mail: cardiokgma@mail.ru

Реферат. Артериальная гипотензия представляет собой актуальную и клинически значимую проблему. Она встречается при целом ряде заболеваний, но также может возникать первично. В статье описана классификация, клиническая симптоматика и развитие артериальной гипотензии. Представлены принципы диагностики и лечения данного состояния. Рассмотрены основные современные теории возникновения и развития артериальной гипотензии.

Ключевые слова: артериальная гипотензия, этиология, патогенез, диагностика, лечение.

ARTERIAL HYPOTENSION IN CLINICAL PRACTICE

ALSU I. ABDRAKHMANOVA, NIKOLAY A. TSIBULKIN

Abstract. Arterial hypotension is frequent and clinically significant disease. It develops most in young age and in elderly may cause cardiovascular diseases. Article describes classification, clinical symptoms, development, diagnosis and treatment of arterial hypotension. Current theories of pathogenesis of arterial hypotension are also present.

Key words: arterial hypotension, etiology, pathogenesis, diagnostics, treatment.

Артериальная гипотензия (АГТ) — это снижение артериального давления (АД) более, чем на 20% от нормальных значений, а в абсолютных цифрах это систолическое АД (САД) < 90 мм рт. ст. или среднее АД < 60 мм рт.ст. [3, 15]. АД считается низким при уровне < 100/60 мм рт.ст. для мужчины и < 95/60 мм рт.ст. для женщины, но в покое оно встречается как вариант нормы и у здоровых лиц, у спортсменов и жителей высокогорья [12]. Такую хроническую АГТ иногда называют физиологической. АГТ признается патологической в тех случаях, когда она сопровождается клинической симптоматикой и снижением качества жизни, а также бытовой и профессиональной активности [8]. К АГТ не следует относить изолированное снижение диастолического АД (ДАД), а также снижение АД на одной руке. Нормы, классификация и диагностические стандарты для АГТ разработаны недостаточно, но можно считать, что АГТ встречается у нескольких процентов взрослого населения, т.е. является частой патологией [12, 14, 15].

Клинические варианты АГТ

В МКБ 10 классификация АГТ включает идиопатическую, ортостатическую, АГТ вызванную лекарствами и АГТ неуточненной этиологии. С практической точки зрения АГТ удобно подразделять на острую и хроническую. Для острой АГТ характерно резкое падение АД, возникающее при коллапсе и острой недостаточности кровообращения вследствие снижения функции сердца, падения сосудистого тонуса, уменьшения ОЦК [3, 14]. Она проявляется резким снижением АД и венозного давления, гипоксией мозга, угнетением жизненно важных функций организма. Снижением АД часто сопро-

вождаются острый инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии, тяжелые аритмии, внутрисердечные блокады, аллергические реакции, кровопотеря.

Хроническая АГТ чаще встречается среди взрослых лиц молодого возраста. В старших возрастных группах АГТ может стать причиной заболеваний сердечнососудистой системы (ССС) [2, 14]. АГТ обычно начинается в детском или подростковом возрасте как нейроциркуляторная дистония (НЦД) по гипотоническому типу [1, 15]. Кратковременные гипотонические состояния в последующем могут переходить в хроническую АГТ и быть фактором риска ИБС [7, 8, 15]. Хроническая АГТ подразделяется на физиологическую и патологическую [3].

Под физиологической АГТ понимается снижение АД, не приводящее к изменению самочувствия, жалобам, снижению работоспособности и функциональных резервов [1]. Физиологическая АГТ может быть индивидуальным вариантом нормы (нормальное низкое АД). Среди физиологических АГТ выделяют спортивную и адаптивную (характерную для жителей высокогорья, тропиков и Заполярья), которые являются компенсаторной реакцией, при частых перегрузках ССС работает в экономном режиме. Лица с физиологической АГТ в лечении не нуждаются [15].

Патологическая АГТ сопровождается патологическими симптомами и делится на первичную и вторичную (симптоматическую) [11, 14]. Первичная АГТ это самостоятельное заболевание, приводящее к изменениям центральной и периферической гемодинамики, функционального состояния вегетативной нервной системы, снижению физической и умственной рабо-

тоспособности. Первичную АГТ можно рассматривать как вариант НЦД. Начало заболевания часто связано с переутомлением или перенапряжениями. Первичная АГТ является полиэтиологическим заболеванием, в возникновении которого участвуют как экзогенные, так и эндогенные факторы, а также наследственная предрасположенность [10—13].

Гены, ответственные за развитие АГТ, не известны, но наследственная АГТ протекает более тяжело. Она прослеживается в семьях и чаще передается по материнской линии. У женщин с АГТ состояние может ухудшаться во время беременности. АД у беременных < 115/70 мм рт.ст. рассматривается как фактор риска в развитии плода. АГТ вызывает угроза прерывания беременности, раннее отхождение околоплодных вод, преждевременные роды. Плод испытывает внутриутробную гипоксию, возможна гипотрофия и незрелость плода, гипоксическое повреждение ЦНС [1, 8]. Снижение АД во время беременности способствуют формированию у ребенка вегетативной дисфункции со склонностью к АГТ [10, 12]. Нарушение вегетативно-эндокринной регуляции АД в пубертатном периоде также может оказаться пусковым фактором возникновения АГТ.

Установлена связь между ускорением или задержкой физического развития ребенка и возникновением АГТ [14]. Большая учебная нагрузка в школе также приводит к умственному переутомлению и гиподинамии. В зрелом возрасте причиной АГТ могут быть длительные психоэмоциональные стрессы, умственное или физическое перенапряжение, влияние профессиональных факторов. Хронические инфекции и измененная реактивность организма нарушают чувствительность ЦНС и ее сосудодвигательного центра к регуляторным воздействиям, что также приводит к АГТ.

Вторичная АГТ является симптом какого-либо хронического заболевания (тонзиллит, гастрит, язвенная болезнь, заболеваний печени и желчных путей и др.). Лечение ее сводится к лечению основного заболевания [6, 13, 19]. Симптоматическая АГТ возникает на фоне других заболеваний может маскироваться симптомами основного заболевания. Обычно симптоматика соматической болезни преобладает, но иногда АГТ является ранним проявлением болезни (при надпочечниковой недостаточности она может предшествовать кожной пигментации).

Причинами вторичной АГТ может быть недостаточность аортального клапана, дилатационная и гипертрофическая кардиомиопатия, экссудативный перикардит, миокардит, ревматизм, нарушения ритма сердца, сердечная недостаточность. АГТ может возникнуть при туберкулезе, пневмонии, астме, гипотиреозе, гипотензивно-адреналовая недостаточности, сахарном диабете. АГТ характерна для нефрита с потерей соли, несахарного диабета, хронического гемодиализа. К АГТ могут приводить инсульты, энцефалопатии, опухоли головного мозга, посткоматозная гипотензия, полинейропатии. Хроническая АГТ возникает при анемии, голодании, гиповитаминозе, алкоголизме, выраженном астеническом синдроме. Также к АГТ может привести прием антидепрессантов, бета-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ, блокаторов кальциевых каналов, атропиноподобных и антигистаминных препаратов.

Этиологические факторы и патогенез АГТ

Существуют несколько теорий возникновения АГТ: эндокринная, вегетативная, нейрогенная, гуморальная и метаболическая [13—16, 21].

Согласно **эндокринной теории** различают АГТ надпочечникового, гипотензивного и гипотиреоидного генеза. Причинами являются: снижение синтеза гормонов с гипертензивным действием (катехоламинов, вазопрессина, АКТГ, минералокортикоидов, эндотелина, тиреоидных гормонов); снижение чувствительности рецепторов сосудов и сердца к этим гормонам. Это приводит к снижению общего периферического сосудистого сопротивления, объема циркулирующей крови и сердечного выброса. Причинами АГТ надпочечникового происхождения является гипотрофия или опухоль коры надпочечников с разрушением паренхимы, кровоизлияние в надпочечник или их туберкулезное поражение, а также передозировка экзогенных катехоламинов.

Согласно **вегетативной теории**, возникновение АГТ связано с повышением активности холинергической и снижением активности адренергической системы [4, 17]. У большинства больных с АГТ имеется повышение содержания ацетилхолина и снижение уровня катехоламинов в плазме крови и суточной моче. Установлено, что в происхождении АГТ имеет значение не столько снижение активности симпатико-адреналовой системы, сколько изменение чувствительности рецепторов к ее медиаторам.

По **нейрогенной теории** нарушение регуляции АД является основным звеном генеза АГТ. Согласно этой теории, под влиянием психогенных факторов происходит изменение нейродинамических процессов в коре головного мозга, нарушение соотношения между процессами возбуждения и торможения как в коре, так и в подкорковых вегетативных центрах [14]. Это приводит к гемодинамическим нарушениям, наиболее важным из которых считают дисфункцию капилляров с уменьшением общего периферического сопротивления. Среди нейрогенных АГТ выделяют центрогенные и рефлекторные. Центрогенные АГТ являются результатом расстройства вегетативной нервной системы или органического повреждения мозговых структур, участвующих в регуляции АД. Рефлекторными причинами АГТ могут являться нарушение проведения эфферентных импульсов от сосудодвигательного центра продолговатого мозга к сосудам и сердцу. Механизм развития АГТ заключается в уменьшении тонических влияний симпатической нервной системы на стенки сосудов и сердца.

Согласно **гуморальной теории**, АГТ обусловлена повышением уровня кининов, простагландинов А и Е, обладающих вазодепрессорным действием. Определенное значение придается содержанию серотонина и его метаболитов, участвующих в регуляции уровня АД. Системное АД начинает снижаться при включении антигипертензивных гомеостатических механизмов (почечная экскреция ионов натрия, барорецепторы аорты и крупных артерий, активность калликреин-кининовой системы, высвобождение допамина, натрийуретических пептидов А, В, С, простагландинов Е2 и I2, оксида азота, адреномедулина, таурина).

Согласно **метаболической теории** АГТ вызваны нарушением метаболизма веществ с гипо- и гипертензивным действием. Возможными причинами могут быть дистрофические изменения в органах и тканях (при хронических интоксикациях, инфекциях, голодании). Снижение АД при этом связано со снижением выработки и/или эффектов метаболитов с гипертензивным действием (эндотелина, тромбосана А2, ангиотензиногена и др.), падением тонуса миоцитов стенок арте-

риол, снижением сократительной функции миокарда. Возможной причиной АГТ может быть гипогидратация организма, вызванная уменьшением объема жидкости в организме. В совокупности указанные факторы обуславливают стойкое снижение АД.

Симптоматика и течение АГТ

Пациенты с АГТ предъявляют многочисленные жалобы на головную боль, головокружение, общую слабость, повышенную утомляемость, эмоциональная лабильность, нарушение сна. Характерны жалобы на сердцебиения, боли и другие неприятные ощущения в области сердца, потливость, ослабление памяти, снижение физической и умственной трудоспособности. Возможно потемнение в глазах, кратковременные ортостатические обмороки, приступы ощущения нехватки воздуха. Нередко встречаются непереносимость поездок на транспорте и длительный субфебрилитет [1]. Таким образом, можно выделить наиболее частые соматовегетативные синдромы: обще-невротический, церебральный, сердечнососудистый и гастроэнтерологический, что обусловлено сдвигами нейровегетативной регуляции этих систем. Изменения со стороны ЦНС во многом обусловлены нарушением ауторегуляции мозгового кровообращения [13—15, 17].

В зависимости от выраженности симптомов, выделяют три варианта клинического течения АГТ: тяжелое, среднетяжелое и легкое [17]. Критериями тяжести клинических проявлений АГТ являются уровень снижения АД, стабильность или лабильность АД, интенсивность и продолжительность головных болей, наличие и частота вегетативных пароксизмов, наличие ортостатических обмороков, степень психофизической дезадаптации [11, 13].

Тяжелое течение АГТ характеризуется резким снижением качества жизни и плохим самочувствием пациентов. Больного беспокоит частая и сильная головная боль, нарушающая повседневную жизнь, и имеющая различную локализацию, интенсивность и продолжительность. Чаще боль локализуется в затылочной области, носит постоянный характер (нарушение венозного оттока в связи с низким тонусом вен), зависит от перемены погоды, может быть мигреноподобной.

Головокружение возникает при перемене положения тела, длительном вертикальном положении, пребывании в душных помещениях. Оно может сочетаться с ваготоническими вегетативными проявлениями в виде бледности кожных покровов, холодного пота, нарушения зрения (пелена, мелькание мушек), шума в ушах, тошноты, резкого падения АД. При тяжелом течении АГТ часто встречаются обморочные состояния длительностью от 30 с до 5—7 мин. Возможна глубокая потеря сознания, но она, в отличие от неврогенных обмороков, не сопровождается судорогами. Обмороки возникают при психоэмоциональном напряжении, длительном нахождении в вертикальном положении.

Вегетативные пароксизмы носят вагоинсулярный характер. Для них типичны появление внезапной слабости, вялости, тошноты, слюнотечения, бледности кожных покровов с холодным липким потом, схваткообразные боли в животе, снижение АД, в ряде случаев это сопровождается тахикардией. Характерно также снижение физической работоспособности, быстрая утомляемость, потребность в длительном отдыхе после небольшой физической нагрузки. Снижение умственной работоспособности проявляется в ухудшении па-

мяти, снижении концентрации внимания, рассеянности, замедлении ассоциативного мышления.

Среднетяжелое течение АГТ характеризуется меньшей тяжестью симптомов, головные боли менее интенсивные, продолжаются до 1—2 ч, проходят после отдыха, реже возникает необходимость в приеме анальгетиков. Сохраняется головокружение, пресинкопальные или синкопальные состояния вазодепрессорного характера. Нередки кардиалгии колющего или давящего характера от нескольких секунд до нескольких минут. Легкое течение АГТ проявляется жалобами психоэмоционального характера: частая смена настроения, обидчивость, плаксивость, беспокойный сон, вспыльчивость. Часто возникают кардиалгии, головная боль неинтенсивная, возникает только при эмоциональном перенапряжении. Обмороки и вегетативные пароксизмы отсутствуют.

Нарушения функции сердечнососудистой системы при АГТ

Изменения ССС при АГТ минимальны и носят функциональный вагозависимый характер. Границы относительной сердечной тупости, как правило, в пределах нормы, и лишь в 25% случаев есть тенденция к их расширению. Возможна приглушенность тонов сердца, часто есть третий тон и склонность к брадикардии. При АГТ структурные изменения сердца отсутствуют, что подтверждают данные эхокардиографии (ЭХО-КГ). Вместе с тем, происходит компенсаторная перестройка внутрисердечной гемодинамики, направленная на поддержание гемодинамического давления. Это проявляется увеличением объема левого желудочка, что отражает повышенную способность миокарда к расслаблению. Нередко повышение сократительной и насосной функции миокарда.

К вегетативным проявлениям при АГТ относятся симптомы, отражающие преобладание парасимпатических влияний. Часто выявляют мраморность кожных покровов, акроцианоз, стойкий красный дермографизм, повышенную потливость и зябкость, склонность к пастозности тканей, синусовую брадикардию, III тон на верхушке сердца, непереносимость душных помещений, глубокий продолжительный сон, замедленный переход к бодрствованию, нарушение терморегуляции. Возможны вегетативные кризы — вагоинсулярные, симпатoadреналовые и смешанные. При вагоинсулярных пароксизмах неожиданно возникает ощущение общей слабости, потемнение в глазах, затруднение дыхания по типу комка в горле. Характерно появление шума в ушах, похолодание конечностей, бледность, брадикардия, потливость, снижение АД, тошнота, боль в животе, полиурия. Простым и информативным методом оценки вегетативного статуса является клиноортостатическая проба. При тяжелом течении АГТ выявляют симпатостенический вариант пробы с резким падением САД и ДАД на 4—5 минуте вертикального положения тела. При этом у может возникнуть головокружение вплоть до кратковременной потери сознания.

Суточное мониторирование АД позволяет выявить начальные отклонения в суточном ритме и величине АД. Наиболее часто учитываются следующие показатели: средние значения САД, ДАД, среднего гемодинамического и пульсового АД за сутки, день и ночь; индексы времени гипо- и гипертензии в разные периоды суток (день и ночь); вариабельность

АД в виде стандартного отклонения, коэффициента вариации и суточного индекса. Индекс времени позволяет оценить продолжительность снижения АД в течение суток. Он рассчитывается как процент измерений ниже 5-го перцентиля САД или ДАД за 24 ч или отдельно для каждого времени суток. Индекс времени гипотензии > 25% рассматривается как патология. При непостоянной форме АГТ индекс времени находится в пределах 25—50%, при стабильной форме превышает 50%. Суточный индекс гипотензии характеризует циркадную организацию суточного профиля АД. В зависимости от величины суточного индекса выделяют следующие варианты: нормальное снижение АД в ночное время, суточный индекс 10—20% (dippers); отсутствие снижения АД, суточный индекс < 10% (non-dippers); выраженное снижение АД, суточный индекс > 20% (over-dippers); подъем АД в ночное время, суточный индекс < 0% (night-peakers). При АГТ суточный индекс АД чаще изменяется по типу over-dippers.

Специфические изменения на ЭКГ при АГТ отсутствуют, но часто имеются: синусовая брадикардия, миграция водителя ритма, АВ-блокада I степени, синдром ранней реполяризации [5]. Эти изменения отражают избыточное влияние парасимпатической нервной системы на сердечно-сосудистую систему. Для дифференциальной диагностики нейрогенного генеза этих изменений проводят пробу с атропином: 0,1% раствор атропина вводят подкожно или внутривенно из расчета 0,02 мг/кг, но не более 1 мл. ЭКГ записывают в момент введения препарата и через 5, 10 и 30 мин после введения. При вагозависимых нарушениях восстановления АВ-проводения, исчезает миграция водителя ритма.

Дополнительные исследования при АГТ

Результаты лабораторных исследований при первичной АГТ не выходят за пределы нормы, а при вторичной могут определяться основным заболеванием. Необходимо провести следующие исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, гормоны щитовидной железы, биохимический анализ крови, уровень электролитов (натрий, хлориды, калий), глюкоза, 17-оксикортикостероиды и их суточная экскреция с мочой. Также возможны снижение резервной способности коры надпочечников в пробе со стимуляцией АКГТ (уровень гидрокортизона и 17-ОКС в крови после введения АКГТ ниже нормы) и уплощение гликемической кривой.

Краниография показывает картину внутричерепного гипертензионного синдрома, которая проявляется усилением пальцевых вдавлений по своду черепа, увеличением выраженности сосудистого рисунка, расширением вен. Перечисленные изменения выявляют в 1/3 случаев, преимущественно при тяжелом течении артериальной гипотензии.

Определение состояния вегетативной нервной системы включает оценку вегетативных проб. Наиболее простой из них является массаж каротидного синуса, который позволяет выявить избыточную ваготоническую реактивность, о чем свидетельствуют выраженная брадикардия и артериальная гипотензия. К патологическим результатам относят внезапное и существенное замедление ЧСС без снижения АД (вазо-кардиальный тип); выраженное снижение АД без замедления ЧСС (депрессорный тип); головокружение или обморочное состояние (церебральный тип).

Лечение хронической АГТ

К немедикаментозным методам лечения АГТ относят нормализацию режима дня, диету, массаж воротниковой зоны, прием мочегонных трав, физиотерапию, а также психологические методы [20]. Полезны занятия динамическими видами спорта, однако нагрузки не должны быть максимальными, важна регулярность занятий, а экстремальные варианты спорта и туризма нежелательны. Применяют физиотерапевтические процедуры, со стимулирующим действием. Признанным методом лечения АГТ является рефлексотерапия, однако многое зависит от техники и опыта врача. Рекомендуются водные процедуры, направленные на повышение сосудистого тонуса: прохладные морские ванны, душ Шарко, веерный, контрастный и циркулярный душ. Важно устранение факторов риска, создание благоприятного психологического климата в семье и на работе. Некоторые виды деятельности не подходят для больных, склонных к головокружениям и обморокам.

При неэффективности немедикаментозных методов показано назначение базисной терапии. Растительные адаптогены: настойки китайского лимонника, женьшеня, экстракт элеутерококка. Эти препараты оказывают возбуждающее действие на ЦНС, стимулируют сердечно-сосудистую систему, устраняют умственное и физическое переутомление, повышают АД [2, 13, 18]. Ноотропные препараты оказывают прямое активирующее влияние на интегративные механизмы в ЦНС и повышают ее устойчивость к гипоксии и токсическим воздействиям. Показаниями являются снижение памяти, наличие церебральной недостаточности. Назначаются длительными курсами, активизируют энергетические процессы, повышает активность головного мозга, улучшает мышление, память, оказывает мягкое стимулирующее действие, ослабляет вестибулярные расстройства [20]. Прием таких препаратов может иногда усиливать тревожность и сопровождается головными болями [23].

Антихолинергические средства: беллатаминал (листья белладонны, фенобарбитал и эрготамин). Препарат уменьшает возбудимость центральных и периферических холинергических систем организма. Адреномиметики применяют при ортостатических нарушениях и обмороках [13]. Их действие связано с избирательной стимуляцией периферических адренорецепторов симпатической нервной системы, что вызывает повышение тонуса сосудов и увеличение периферического сопротивления. Противопоказанием являются феохромоцитома, спастические и облитерирующие заболевания периферических сосудов, тиреотоксикоз, аденома предстательной железы, закрытоугольная глаукома, беременность. Осторожность необходима при наличии сердечной недостаточности и аритмии.

Транквилизаторы при выраженных невротических проявлениях, эмоциональной напряженности, тревоге, ипохондрическом настроении. Предпочтение отдают транквилизаторам активирующего действия (тофизопам, триоксазин), которые оказывают умеренное активирующее действие, повышают настроение, не вызывают заторможенности и сонливости. Также могут использоваться препараты, улучшающие мозговую гемодинамику и микроциркуляцию. Они повышают скорость кровотока в мозговых сосудах, улучшают

деформируемость эритроцитов, хорошо переносятся при приеме внутрь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артериальная гипотензия: клиника, диагностика, лечение: учеб. пособие / Л.А. Шардина, Н.С. Давыдова, Т.А. Найданова, С.А. Шардин [и др.]. — Екатеринбург: Изд-во УГМА, 2006. — 92 с.
2. Архипова, Н.Н. Артериальная гипотензия у детей и подростков / Н.Н. Архипова // Практическая медицина. — 2008. — № 4. — С.63—65.
3. Бакшеев, В.И. Самостоятельное мониторирование артериального давления в амбулаторных условиях / В.И. Бакшеев, Н.М. Коломеец // Клиническая медицина. — 2002. — № 8. — С.8—13.
4. Верткин, А.Л. Артериальная гипотензия: патогенез, диагностика, лечение / А.Л. Верткин, П.М. Волобуев, В.Г. Москвичев [и др.] // Фарматека. — 2012. — № 17. — С.108—111.
5. Верткин, А.Л. Артериальная гипотензия: диагностика и лечение на догоспитальном этапе / А.Л. Верткин, А.В. Тополянский, Е.Г. Силина // Медицинская помощь. — 2006. — № 6. — С.38—40.
6. Гитун, Т.В. Диагностический справочник кардиолога / Т.В. Гитун — М.: МИА, 2007. — С.316—329.
7. Козинова, О.В. Нейроциркуляторная дистония и беременность / О.В. Козинова // Акушерство и гинекология. — 2001. — № 4. — С.5—7.
8. Кузьмина, И.Ю. Беременность и артериальная гипотензия / И.Ю. Кузьмина // Медицинские аспекты здоровья женщины. — 2010. — № 5/6. — С.56—60.
9. Кушнир, Г.М. Клинические и патогенетические особенности цефалгического синдрома у лиц со стабильной артериальной гипотензией / Г.М. Кушнир, А.А. Микляев // Международный неврологический журнал. — 2009. — № 3. — С.8—11.
10. Леонтьева, И.В. Лекции по кардиологии детского возраста / И.В. Леонтьева. — М., 2005. — С.405—503.
11. Леонтьева, И.В. Первичная артериальная гипотензия: клиника, диагностика, лечение: метод. рекомендации / И.В. Леонтьева, В.И. Брутман, Х.М. Ахметжанова [и др.]. — М., 1992 — 26 с.
12. Леонтьева, И.В. Артериальная гипотензия у детей и подростков (лекция для врачей) / И.В. Леонтьева. — М., 2002. — 62 с.
13. Леонтьева, И.В. Синкопальные состояния у детей (лекция для врачей) / И.В. Леонтьева. — М., 2006. — 52 с.
14. Литовченко, Т.А. Артериальная гипотония — начальный этап формирования хронической недостаточности мозгового кровообращения (особенности лечения) / Т.А. Литовченко, Е.К. Зинченко // Международный неврологический журнал. — 2011. — № 6. — С.70—74.
15. Михайлов, А.А. Хроническая артериальная гипотензия: возможности медикаментозной коррекции / А.А. Михайлов // Русский медицинский журнал: независимое издание для практикующих врачей. — 2004. — Т. 12, № 7. — С.468—470.
16. Румянцев, А.Г. Патогенез и прогностическая значимость артериальной гипотензии у подростков / А.Г. Румянцев, Д.Д. Панков, Т.А. Бородулина // Российский педиатрический журнал. — 2005. — № 2 — С.11—14.
17. Творогова, Т.М. Артериальная гипотония у детей и подростков / Т.М. Творогова, Н.А. Коровина // Русский медицинский журнал. — 2007. — Т. 15, № 21. — С.1519—1525.
18. Тюрина, Н.М. Артериальная гипотензия как фактор риска смертности / Н.М. Тюрина // Системные гипертензии: журнал Российского общества по артериальной гипертензии. — 2008. — № 3. — С.14—18.
19. Чефранова, Ж.Ю. Идиопатическая артериальная гипотензия. Клиника, диагностика, лечение: дис. ... докт. мед. наук / Ж.Ю. Чефранова. — М., 2004. — 240 с.
20. Чефранова, Ж.Ю. Идиопатическая артериальная гипотензия: диагностика, лечение / Ж.Ю.Чефранова. — М.: Академия естествознания, 2008. — 36 с.
21. Швеиц, Д.А. Системный анализ гемодинамических и антропометрических параметров у больных при первичной артериальной гипотензии / Д.А. Швеиц, А.В. Познякова, В.И. Вишневский [и др.] // Человек и его здоровье. — 2005. — № 4. — С.73—79.

© Р.А. Галяви, О.Ю. Михопарова, О.Б. Ощепкова, 2013

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА ОСНОВНЫЕ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

РУСТЕМ АЛЬБЕРТОВИЧ ГАЛЯВИ, канд. мед. наук, ассистент кафедры факультетской терапии с курсом кардиологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. 8-905-022-94-44, e-mail: galyavi@mail.ru

ОЛЬГА ЮРЬЕВНА МИХОПАРОВА, зав. кабинетом функциональной диагностики Клинического госпиталя МСЧ МВД по РТ, Казань

ОЛЬГА БОРИСОВНА ОЩЕПКОВА, зав. кардиологическим отделением Клинического госпиталя МСЧ МВД по РТ, Казань

ЭЛЬВИРА БАКИЕВНА ФРОЛОВА, зам. главного врача по лечебной части Клинического госпиталя МСЧ МВД по РТ, Казань

Реферат. Цель исследования — оценить влияние такого фактора риска, как курение на основные лабораторно-клинические показатели у больных с гипертонической болезнью. **Материал и методы.** Всем пациентам определяли общий холестерин, проводили Эхо-КГ и суточное мониторирование артериального давления (СМАД). **Результаты.** В исследование было включено 30 человек страдающих гипертонической болезнью от 2 до 17 лет. В первую группу вошли некурящие лица (11 человек), вторую — 19 курящих пациентов. В первой группе доля некурящих мужчин составила 36%, женщин 64%, соответственно. Во второй группе преобладали мужчины (63%) по сравнению с женщинами (37%). Сравниваемые группы оказались сопоставимы по весу, общему холестерину, показателям ультразвукового исследования сердца и суточному профилю артериального давления. Единственное различие между исследуемыми группами было в среднем возрасте пациентов, (51,8±9,0) года в некурящей группе и (43,9±9,4) года у курящих лиц ($p=0,02$). **Заключение.** Курение способствует развитию гипертонической болезни в молодом возрасте.

Ключевые слова: курение, гипертоническая болезнь, Эхо-КГ.

STUDYING OF INFLUENCE OF RISK FACTOR — SMOKING ON THE MAIN LABORATORY AND CLINICAL INDICATORS AT PATIENTS WITH HYPERTENSION

RUSTEM A. GALYAVI, OLGA YU. MIKHOPAROVA, OLGA B. OSCHEPKOVA, ELVIRA B. FROLOVA

Abstract. Aim of the study — To estimate influence of such risk factor, as smoking on the main laboratory and clinical indicators at patients with hypertension. **Material and methods.** To all patients defined the general cholesterol, spent the echocardiography and the daily monitoring of arterial pressure. **Results.** 30 people were included in research suffering hypertension from 2 to 17 years. The first group included non-smoking persons (11 people), the second — 19 smoking patients. In the first group the share of non-smoking men made 36%, women of 64%, respectively. In the second group men (63%) in comparison with women (37%) prevailed. Compared groups were comparable on the weight, the general cholesterol, indicators of ultrasonic research of heart and a daily profile of arterial pressure. Between studied groups smoking persons had the only distinction in the middle age patients, (51,8±9,0) years in non-smoking group and (43,9±9,4) years ($p=0,02$). **Conclusion.** Smoking promotes development of hypertension at young age.

Key words: smoking, hypertension, echocardiography.

Введение. Исследователями выявлено более 300 факторов риска способствующих развитию сердечно-сосудистых заболеваний. Критериями факторов риска являются высокая распространенность в популяции, независимое влияние на развитие сердечно-сосудистых заболеваний и снижение риска при контроле этих факторов. Экспертами ВОЗ было выделено три основных фактора риска, которые стали причинами смертности от сердечно-сосудистых осложнений более в 75% всех случаев. Это артериальная гипертензия, курение, гиперхолестеринемия, а также их комбинации.

Встречаемость данных факторов в нашей стране намного превышает аналогичные показатели в развитых странах. В нашем исследовании мы решили проанализировать влияние такого фактора риска как курение, на цифры артериального давления и уровень холестерина у пациентов, страдающих гипертонической болезнью, поскольку доказано отрицательное влияние никотина на различные показатели, вовлеченные в процесс атеротромбоза и функционирование эндотелиальных клеток [1].

Материал и методы. В исследование было включено 30 человек страдающих гипертонической болезнью от 2 до 17 лет. У всех больных регистрировали ЭКГ в 12 стандартных отведениях, определяли общий анализ крови, в сыворотке крови общий холестерин (ОХ). Всем пациентам проводили Эхо-КГ с определением фракции выброса (ФВ), конечно-диастолического (КДР), конечно-систолического размеров (КСР) левого желудочка, измерением толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП), задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ), левого предсердия (ЛП) и аорты. Также, между группами сравнивали суточный профиль артериального давления на основании средних значений систолического и диастолического АД в дневные и ночные часы.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы Excel 7.0 с использованием пакета программ (GraphPadInStat 3.0). Межгрупповое сравнение проводили по методу Манн-Уитни с применением критерия Фишера. Для выявления взаимосвязи между показателями применяли метод линейного корреляционного анализа по Спирману. Результаты представлены в виде $M \pm SD$, где M — выборочное среднее, SD — выборочное стандартное отклонение. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. В первую группу вошли некурящие лица (11 человек), во вторую — 19 курящих пациентов. В

первой группе доля некурящих мужчин составила 36%, женщин 64%, соответственно. Во второй группе преобладали мужчины (63%) по сравнению с женщинами (37%). Сравниваемые группы не отличались по весу [$(83,6 \pm 10,2)$ кг и $(82,9 \pm 11,5)$ кг; $p = \text{н.д.}$], уровню общего холестерина [$(6,2 \pm 1,0)$ ммоль/л и $(5,9 \pm 1,1)$ ммоль/л, соответственно; $p = \text{н.д.}$], стажу гипертонии [$(10,8 \pm 4,0)$ года и $(11,2 \pm 7,6)$ года, соответственно; $p = \text{н.д.}$].

В нашем исследовании курение не оказало никакого влияния непосредственно как на средние цифры систолического и диастолического артериального давления в дневные и ночные часы, так и на показатели ультразвукового исследования сердца, что хорошо видно в представленных ниже таблицах (табл. 1, 2).

Таблица 1

Показатели суточного профиля АД

Показатель	Некурящие (11 человек)	Курящие (19 человек)	p
Ср. САД день	154,6±9,1	156,5±15,7	n.s.
Ср. САД ночь	134,5±10,4	127,3±12,3	n.s.
Ср. ДАД день	96,5±17,8	96,1±7,7	n.s.
Ср. ДАД ночь	87,1±11,2	86,9±12,6	n.s.

Таблица 2

Данные ультразвукового исследования сердца

Показатель	Некурящие (11 человек)	Курящие (19 человек)	p
ФВ, %	59,5±4,1	60,7±4,0	n.s.
КДР, см	5,2±0,2	4,9±0,4	n.s.
КСР, см	3,2±0,3	3,1±0,2	n.s.
ТЗСЛЖ, см	1,1±0,1	1,1±0,1	n.s.
ТМЖП, см	1,2±0,3	1,1±0,1	n.s.
ЛП, см	3,5±0,3	3,6±0,3	n.s.
Аорта, см	3,4±0,2	3,4±0,2	n.s.

Единственным достоверным показателем между исследуемыми группами оказался средний возраст пациентов. Так, у некурящих больных он составил (51,8±9,0) года, а в группе лиц имеющих такую пагубную привычку, как табакокурение (43,9±9,7) года, соответственно ($p=0,02$).

Обсуждение. Результаты нашего исследования показали отсутствие влияния факторов риска друг на друга у пациентов с уже имеющимся сердечно-сосудистым заболеванием. Однако, в очередной раз

было доказано негативное влияние такого фактора риска как курение на организм, который может способствовать повышению артериального давления у лиц молодого возраста, даже при относительно небольшом стаже табачной зависимости.

Российскими учеными было доказано, что продолжительность жизни у мужчин снижается на 10,5 лет при выкуривании более 15 сигарет в сут, у женщин — на 6 лет при выкуривании более 6 сигарет. Кроме того, с наличием такого фактора риска, как курение связано 40% случаев смерти от ишемической болезни смерти у мужчин в возрасте от 40—59 лет и не менее 10% случаев смерти от мозгового инсульта у женщин в возрасте от 30 до 69 лет [2]. Более того, безопасного уровня курения нет: даже при выкуривании небольшого количества (от 1 до 4) сигарет в день способствует сокращению жизни на 1 год, а риск возникновения фатальной ИБС увеличен более, чем в 2 раза [1]. Соответственно, можно спрогнозировать, что наличие комбинации самых распространенных факторов риска у пациентов еще больше увеличивает риск возникновения сердечно-сосудистых катастроф.

В нашей стране на законодательном уровне принято ряд мер направленных на борьбу с курением. Однако, немаловажными остаются и рекомендации лечащих врачей по отказу от курения, которые должны быть подкреплены соответствующими знаниями, навыками и личным примером.

Выводы:

1. Цифры артериального давления и уровень общего холестерина не зависят от наличия такого фактора риска, как курение, у пациентов с гипертонической болезнью.

2. Курение способствует развитию гипертонической болезни в молодом возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и факторы риска в России. Кардиология: национальное руководство / под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С.37—51.
2. Отказ от курения. Кардиология: национальное руководство / под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С.267—277.

© А.Л. Емелин, И.Ф. Ахтямов, 2013

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТАРНОЙ АУТОПЛАЗМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗОВ

АЛЕКСЕЙ ЛЬВОВИЧ ЕМЕЛИН, канд. мед. наук, ассистент кафедры травматологии ортопедии и хирургии экстремальных состояний ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. 8-905-375-28-60, travmatica@mail.ru

ИЛЬДАР ФУАТОВИЧ АХТЯМОВ, докт. мед. наук, профессор, зав кафедрой травматологии ортопедии и хирургии экстремальных состояний ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. 8-905-315-01-50, yalta60@mail.ru

Реферат. Предложен инъекционный метод лечения остеоартрозов на основе технологии «Plasmolifting» — метода стимуляции регенерации тканей с использованием аутоплазмы, содержащей тромбоциты. Методика лечения с применением тромбоцитарной аутоплазмы при лечении остеоартрозов по данной технологии проста и доступна, не требует сложного оборудования, позволяет снимать болевой синдром, улучшать подвижность в суставах, стимулировать процессы восстановления хрящевой, костной и мягких тканей сустава, удлинять срок ремиссии заболевания.

Ключевые слова: аутоплазма, тромбоциты, факторы роста, стимуляция процессов регенерации, остеоартрозы.

CLINICAL EFFICACY OF PLATELET AUTOPLASMA WHEN TREATING OSTEOARTHRISIS

ALEKSEY L. EMELIN, ILDIR F. AKHTYAMOV

Abstract. Proposed injection treatment osteoarthritis based Plasmolifting method stimulate the regeneration of tissues with the use of autoplasm containing blood platelets. Methods of treatment with the use of platelet autoplasm in the treatment of osteoarthritis of this technology is easy to use, does not require sophisticated equipment can take the pain, improve joint mobility, to promote processes of restoration of cartilage, bone and soft tissue of the joint, to prolong the period of remission of the disease.

Key words: autoplasm, platelets, growth factors stimulation of regeneration, osteoarthritis.

Введение. Остеоартроз (ОА) — хроническое прогрессирующее заболевание суставов, характеризующееся дегенерацией суставного хряща с последующими изменениями в субхондральной кости и развитием краевых остеофитов, что приводит к потере хряща и сопутствующему поражению других компонентов сустава (синовиальная оболочка, связки). Начальные рентгенологические признаки остеоартроза встречаются у большинства лиц старше 65 лет и приблизительно у 80% людей старше

75 лет. Хотя развитие ОА и не влияет на жизненный прогноз, заболевание является одной из основных причин преждевременной потери трудоспособности и инвалидности, а также хронического болевого синдрома, снижающего качество жизни лиц пожилого и старческого возраста [1, 2].

На современном этапе одним из основных методов лечения остеоартрозов является внутрисуставное введение тех или иных лекарственных препаратов.

Наиболее эффективными средствами, для инъекционного введения при остеоартрозах на сегодняшний день считаются хондропротекторы — комплекс сульфатов глюкозамина и хондроитина, который предоставляет клеткам сустава (хондроцитам и хондробластам) возможность синтезировать протеогликаны из готовых молекул.

Однако в силу того, что состав препарата является чужеродным для организма, что затрудняет встраивание молекулы в биохимические процессы клетки, а большинство хондроцитов и хондробластов уже разрушены, то предоставление клеткам «строительного материала» не может запустить процессы восстановления сустава. Кроме того, хондропротекторы требуют длительного приема — не менее 4—8 нед и не дают быстрого снятия болевого синдрома [1, 2].

Среди других инъекционных методик необходимо упомянуть о кортикостероидах. Кортикостероиды (ГКС) хороши тем, что быстро подавляют боль и воспаление при синовитах (отеке и припухании) сустава. Однако длительное применение кортикостероидов приводит к разрушению тканей сустава и к привыканию организма к ним.

Еще один из методов, как считается некоторыми авторами, оказывающий влияние на патогенетические звенья протекающих процессов являются инъекции гиалуроновой кислоты. Гиалуроновая кислота является структурной единицей соединительной, эпителиальной и нервной тканей. Она находится в составе синовиальной жидкости и на какое-то время способна восполнить в суставе отсутствующую смазку, но инъекции эти очень дорогие, возможны аллергические реакции, требуются длительные курсы инъекций, а значит опять проблема травмирования и инфицирования сустава, а эффекты длятся не более 3 мес [1, 2].

Таким образом, поиск методик и препаратов, действующих на всю цепочку регенерации с максимально быстрым достижением терапевтического эффекта, остается актуальным до сих пор.

В связи с этим представляется актуальным изучение эффективности интра- и периапартулярной инфильтрации тканей с использованием тромбоцитарной аутоплазмы (ТАП), как нового и безопасного биологического стимулятора, действующего на всю цепочку регенерации и на все ткани одновременно кость, хрящ, связки, мышцы.

Известно, что в тромбоцитах содержатся многочисленные факторы роста и цитокины, способствующие регенерации поврежденных тканей. В альфа-гранулах тромбоцитов выявлено свыше 30 ростовых факторов, способных влиять на процессы восстановления всех тканей сустава одновременно. Наибольшее значение имеют: тромбоцитарный фактор роста (PDGF) — стимулирует хемотаксис, митогенез фибробластов, синтез коллагена; фактор роста эндотелия сосудов (PDEGF) — оказывает стимулирующее действие на эндотелиальные клетки; трансформирующий фактор роста (TGF- β). Последний представляет собой большую группу белков, некоторые из них и морфогенные белки модулируют клеточную пролиферацию и дифференцировку малодифференцированных клеток в остеобласты, увеличивают синтез внеклеточного матрикса кости и ингибируют его деградацию и др. факторы роста [3—7].

Получить качественную плазму, обогащенную тромбоцитами возможно только соблюдая определенную технологию получения плазмы, и используя специализированные пробирки.

Инъекционная форма тромбоцитарной аутоплазмы была создана в 2003 г. российскими учеными — д.м.н. Р.Р. Ахмеровым и к.м.н. Р.Ф. Зарудий. Тогда же было придумано название методики — Plasmolifting™ и разработаны специальные пробирки для метода «Plasmolifting™», которые позволяют получать плазму с терапевтическим содержанием тромбоцитов. Нижняя часть пробирки заполнена адсорбционным гелем, который во время центрифугирования производит адсорбцию эритроцитов и низкомолекулярных жирных кислот. Гель не влияет на свойства плазмы и позволяет получить плазму высокой степени очистки, он хорошо стабилизирует эритроцитарно-лейкоцитарный сгусток. Для предотвращения свертывания крови в верхней и средней части пробирки на стенки нанесен мелкодисперсионный гепарин натрия высокой степени очистки, разрешенный на обратное введение плазмы in vivo [8].

Производство пробирок «Plasmolifting™» позволило начать активное применение данной методики в различных областях медицины: косметологии, стоматологии, гинекологии, урологии, спортивной медицине и т.д.

В ортопедии и травматологии изначально инъекционная форма аутоплазмы применялась в купировании болевого синдрома большого вертела; было предложено применение гелевой формы богатой тромбоцитами плазмы смешанной с Коллапаном в костных дефектах при открытых и закрытых остеосинтезах и т.д. [9—14].

Необходимо отметить, что авторы этих исследований расходятся в методике приготовления плазмы, получая ее в одних работах в гелевой форме, а в других в жидкой, но называя ее одним понятием богатая тромбоцитами плазма. Они рассказывают о получении аутоплазмы, но при этом не указывается оборудование, т.е. применяемые пробирки и центрифуги, что в результате может привести к нежелательным последствиям или отсутствием эффекта при введении в ткани пациента.

На современном этапе, используя методику «Plasmolifting™», перед врачами открываются новые возможности в лечении такой сложной и длительно протекающей патологии, как деформирующие остеоартрозы I—II степени тяжести.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности тромбоцитарной аутоплазмы у пациентов с диагнозом деформирующий остеоартроз коленных и тазобедренных суставов I—II степени тяжести.

Материал и методы. Под наблюдением находились 52 человека в возрасте от 45 до 70 лет с диагнозом коксартроз и гонартроз I—II степени тяжести. Выборка по гендерным признакам проводилась произвольно.

Диагноз пациентам с ОА коленных и тазобедренных суставов выставлен в соответствии с международными рекомендациями. Критериями исключения из исследования стали III и IV стадия деформирующего ОА, подтвержденные рентгенологически; острая стадия (признаки экссудативного синовита суставов); инъекции ГКС в течение предыдущих 9 месяцев, коагулопатии, психические заболевания.

С целью изучения эффективности применения аутотромбоплазмы все пациенты были поделены на 2 группы. Контрольную группу составили пациенты (20 человек), которым проводилось базовое лечение (нестероидные противовоспалительные средства, физиолечение, хондропротекторы, глюкокортикоиды), а основную группу — пациенты (32 человека) у которых помимо базового лечения применялись инъекции тромбоцитарной аутоплазмы.

Все больные до и после лечения были обследованы с использованием индекса WOMAC (по шкалам «Боль», «Скованность», «Функциональная активность»), нормализованного значения индекса WOMAC и теста «время прохождения 15 метров» [1, 2]. Изучение данных параметров проводилось до начала терапии и на сроках 1, 3, 6 мес и 1 год после проведенного лечения.

ТАП получали путем забора крови в специализированные пробирки «Plasmolifting™» (8 мл). Режим центрифугирования составил: 4000 об/мин 5 минут, на центрифуге ПЭ-6910 «Плазмолифтинг» (Россия).

Инъекции тромбоцитарной плазмой проводились по следующей схеме: интра и параартикулярно (3,5±0,5) мл в область одного сустава с интервалом в одну неделю. Курс лечения составил 3—4 процедуры 1 раз в год.

Статистическая обработка результатов включала определение средних величин стандартного отклонения, вычисляли t-тест Стьюдента, достоверным считали уровень различий $p < 0,05$.

Результаты лечения пациентов с диагнозом деформирующий остеоартроз I и II степени тяжести показали, что в первый месяц после начала лечения в обеих группах показатели оценки «Боль», «Скованность», «Функциональная активность», суммарный индекс WOMAC и «Время прохождения 15 метров» снижаются. Так, показатель «Боль» при стандартной терапии до лечения составил (216,6±12,22) усл. ед., через месяц снизился достоверно и составил (181,34±8,23) усл. ед. Через 3 мес показатель «Боль» также снизился достоверно до (160,45±7,43) усл. ед., через 6 мес до (155,76±6,75) усл. ед., а через год отмечается прирост индекса до (163,11±5,94) усл. ед. относительно показателя в 6 мес.

В основной же группе, где применялся метод плазмолифтинг показатель «Боль» до лечения составил (217,23±11,82) усл. ед., а через 1 мес после лечения (178,34±7,94) усл. ед. Затем идет более выраженное снижения показателя «Боль» — на 3-м мес до (134,71±6,56) усл. ед. и через 6 мес соответственно — (105,49±5,28) усл. ед. и показатель продолжает снижаться к году до (70,12±4,55) усл. ед.

При анализе показателя «Скованность» в контрольной группе при первой регистрации он составил (74,26±9,23) усл. ед., на сроках через 1 мес он снизился достоверно до (61,78±5,57) усл. ед., через 3 мес снизился недостоверно до (54,93±3,39) и через 6 мес снизился также недостоверно до (49,73±4,51) усл. ед., а через год отметился прирост показателя до (59,38±3,12) усл. ед.

В основной группе пациентов до лечения данный показатель составил (75,96±8,34) усл. ед., затем через 1 мес идет достоверное снижение показателя (56,72±4,33) усл. ед. и более выраженное снижения показателя на сроках 3 мес — (41,89±5,45) и 6 мес —

(32,59±3,75) усл. ед., затем показатель значимо не изменялся (28,03±2,32) усл. ед.

Показатель «Функциональная активность» в контрольной группе сначала составил (734,8±18,36) усл. ед., затем через 1 мес показатель снизился достоверно до (673,52±15,83) усл. ед., потом отметилось более выраженное снижение этого показателя на сроке 3 мес (570,56±10,68) усл. ед. и незначительно на сроке 6 мес — (562,78±12,19) усл. ед., и прирост на сроке до года (577,9±11,37) усл. ед.

В основной группе пациентов на первом этапе обследования показатель «Функциональная активность» составил (732,8±14,26) усл. ед., затем на 1 мес достоверно снизился до (624,37±12,29) усл. ед., на третьем до (549,17±12,89) усл. ед., и продолжал снижаться на 6 мес до (325,87±10,51) усл. ед., а через год показатель составил (261,2±9,39) усл. ед.

Суммарный индекс WOMAC в контрольной группе изменялся следующим образом: на первом этапе он составил (1025,66±39,81) усл. ед., на сроке 1 мес он снижается достоверно до (916,64±29,63) усл. ед., через 3 мес идет снижение показателя до (785,94±21,5) усл. ед. и до (768,27±23,45) усл. ед. через 6 мес, а через год выраженный прирост до (800,39±20,43) усл. ед. В основной же группе данный индекс изменялся следующим образом: на первом этапе он составил (1025,99±34,42) усл. ед., затем достоверно снижается через 1 мес до (859,43±24,56) усл. ед., так же достоверно продолжает снижаться на сроке 3 мес — (725,77±24,91) усл. ед. и более выражено на сроке 6 мес (463,95±19,54) усл. ед. и до (359,35±16,26) усл. ед. на сроке 12 мес.

Показатель «Время прохождения 15 метров» изменялся следующим образом: в контрольной группе на первом сроке он составил (43,28±2,43) с, через 1 мес (37,48±2,58) с, через 3 мес — (32,96±1,21) с, через 6 мес не изменился (29,28±2,96) с и ухудшился через 1 год до (34,4±2,57) с.

В группе, где применялись инъекции тромбоцитарной плазмой, данный показатель составил при первой регистрации (44,67±2,43) с, через 1 мес он снизился достоверно до (36,94±1,39) с, через 3 мес продолжал снижаться до (24,74±1,49) с, через 6 мес до (21,78±1,96) с и в год составил (18,44±0,89) с.

Обсуждение. Анализируя полученные данные, следует отметить, что все показатели на первом и третьем месяце лечения снижаются в обеих группах, хотя в группе с применением ТАП снижение показателей более выраженное. И через 6 месяцев в основной группе пациентов показатели продолжают так же интенсивно снижаться, а в контрольной группе показатели не изменяются, и отмечается прирост по все параметрам через год. Такая динамика показателей свидетельствует о том, что ТАП обладает пролонгированным эффектом и способна усиливать эффект от проведения стандартной терапии.

В результате в группе пациентов, где применялась тромбоцитарная аутоплазма, через год было отмечено улучшение показателя «Боль» на 67,73%; показателя «Скованность» — на 63%; «Функциональная активность» — на 64,36%; суммарный индекс WOMAC — на 64,98% и «Время прохождения 15 метров» — на 58,72%. У пациентов, лечившихся по традиционной терапии изменения данных показателей через год были не настолько сильно выражены. Показатель «Боль» улучшился соответственно на 24,7%, «Скованность» —

на 20,04%, «Функциональная активность» — на 21,36%, суммарный индекс WOMAC — на 21,97% и «Время прохождения 15 метров» — на 20,52%.

Выводы. Таким образом, включение ТАП в комплексной терапии деформирующих ОА позволяет увеличить эффективность проводимой терапии по сравнению со стандартной в среднем на 42,04%, которая обычно дает хороший терапевтический эффект только в течении первых 3—6 мес.

Кроме того, полученная положительная клиническая динамика в виде уменьшения болевого синдрома, увеличения объема движений в суставе, улучшения опорно-двигательной функции конечностей, удлинения периода ремиссии заболевания позволяют рекомендовать включение ТАП в комплексную терапию ОА крупных суставов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алексеева, Л.И.* Современные представления о диагностике и лечении остеоартроза / Л.И. Алексеева // Русский медицинский журнал. Ревматология. — 2000, № 9. — С.81.
2. *Froum, S.J.* Effects of platelet-rich plasma on bone growth and osseointegration in human maxillary sinus grafts: Three bilateral case reports / S.J. Froum, S.S. Wallace, D.P. Tarnow, S.C. Cho // Int. J. Periodontics Restorative Dent. — 2002, № 22. — P.45—53.
3. *Ахмеров, Р.Р.* Аутоstimуляция регенеративных процессов в челюстно-лицевой хирургии и косметологии: метод. пособие / Р.Р. Ахмеров, Р.Ф. Зарудий, И.Н. Рычкова [и др.]. — М.: Клиника Лафатер, 2011.
4. *Башкина, А.С.* Применение обогащенной тромбоцитами плазмы в купировании болевого синдрома большого вертела / А.С. Башкина, Т.С. Широкова, Т.С. Князева // Травматология и ортопедия. — 2011. — № 2(60). — С.57—61.
5. *Кириллова, И.А.* Сочетанное использование остеопластики и обогащенной тромбоцитами плазмы в травматологии и ортопедии / И.А. Кириллова, Н.Г. Фомичев, В.Т. Подорожная // Травматология и ортопедия России. — 2008, № 3(49). — С.63—67.
6. *Petrella, R.J.* Is exercise effective treatment for osteoarthritis of the knee / R.J. Petrella // The Western J. Med. — 2001. — Vol. 174, № 3. — P.191—196.
7. *Fennis J., Stoelinga P., Jansen J.* // International Journal of Oral Maxillofacial Surgery. — 2002. — № 31. — P.281—286.
8. Остеоартрит: клинические рекомендации: диагностика и ведение больных остеоартритом коленных и тазобедренных суставов / под ред проф. О.М. Лесняк. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 176 с.
9. *Anitua, E.* Plasma rich in growth factors: Preliminary results of use in the preparation of future sites for implants / E. Anitua // Int. J. Oral. Maxillofac. Implants. — 1999. — № 14. — P.529—535.
10. *Greenlagh, D.G.* The role of growth factors in wound healing / D.G. Greenlagh // J. Trauma. — 1996. — № 41. — P.159—167.
11. *Wergedal, J.E.* Skeletal growth factor and other factors known to be present in bone matrix stimulate proliferation and protein synthesis in human bone cells / J.E. Wergedal, S. Mohan, M. Lundy, D.J. Baylink // J. Bone Miner. Res. — 1990. — № 5. — P.179—186.
12. *Кесян, Г.А.* Оптимизация процессов остеогенеза у травматолого-ортопедических больных с использованием обогащенной тромбоцитами аутоплазмы и биокомпозиционных материалов. Медицинские технологии / Г.А. Кесян, Г.Н. Берченко, Р.З. Уразильев. — М., 2010. — С.18.
13. *Сорокин, Ю.А.* Массивные элиминации плазмы с внутрисуставным введением аутоплазмы в комплексном лечении деформирующего остеоартроза крупных суставов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю.А. Сорокин. — Томск. — 2001.
14. *Marx, R.E.* Radiation injury to tissue / R.E. Marx; E.R. Kindwall (ed.) // Hyperbaric Medicine Practice. Flagstaff, AZ: Best Publishing Company. — 1994. — P.447—504.

© С.И. Макогон, А.С. Макогон, 2013

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У СОТРУДНИКОВ ОВД ПОСЛЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАГРУЗОК

СВЕТЛАНА ИВАНОВНА МАКОГОН, канд. мед. наук, врач-офтальмолог военно-врачебной комиссии ФКУЗ «МСЧ МВД России по Алтайскому краю», Барнаул, Россия, тел. 8-913-096-58-00, e-mail: vvk_msi@mail.ru

АЛЕКСАНДР СЕРГЕЕВИЧ МАКОГОН, канд. мед. наук, доцент, зав. курсом глазных болезней ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России, Барнаул, Россия, тел 8-913-210-2621, e-mail: mas_glaz@mail.ru

Реферат. Цель исследования — изучение функциональных нарушений зрительной системы у сотрудников органов внутренних дел, подвергшихся воздействию психотравмирующей ситуации. Материал и методы. Проведено офтальмологическое обследование 79 мужчин-сотрудников ОВД в возрасте от 24 до 49 лет до и после командировки в Северо-Кавказский регион. Для сравнения имеющейся патологии органа зрения была отобрана группа поступающих на службу в ОВД по 1—2 группам предназначения (80 человек) в возрасте от 21 до 39 лет (в среднем 29,1±5,1), сопоставимые по полу и возрасту первой группе. Результаты и их обсуждение. Выявлены определенные различия в состоянии рефракции — преобладание миопической рефракции у поступающих на службу в ОВД, преобладание эметропической рефракции у сотрудников ОВД. 24% сотрудников после командировки предъявляли жалобы на зрительную утомляемость, периодические «рези», «туман» в глазах, а также в качестве отдельного и актуального вида глазной патологии выявлена ангиопатия сетчатки, частота возникновения которой имеет тенденцию к увеличению с возрастом, частотой командировок и продолжительностью профессиональной деятельности. Заключение. Психозэмоциональные нагрузки у сотрудников ОВД, вернувшихся из командировки, приводят у части пациентов к развитию астигматизма и ангиопатии сетчатки. Пациентам с вновь возникшими нарушениями со стороны органа зрения показано углубленное исследование врачами других специальностей.

Ключевые слова: функциональные нарушения органа зрения, психозэмоциональные нагрузки, ангиопатия сетчатки.

ASSESSMENT OF THE FUNCTIONAL CONDITION OF THE ORGAN OF VISION AT THE STAFF OF DEPARTMENT OF INTERNAL AFFAIRS AFTER PSYCHOEMOTIONAL NEGRUZOK

SVETLANA I. MAKOGON, ALEXANDER S. MAKOGON

Abstract. *Research objective* — studying of functional violations of visual system at the staff of the law-enforcement bodies which have undergone influence of the psychoinjuring situation. *Material and methods.* Oftalmologicheskoy examination of 79 male employees of Department of Internal Affairs aged from 24 till 49 years before business trip to North Caucasus region is conducted. For comparison of available pathology of an organ of vision the group arriving on service in Department of Internal Affairs on 1—2 groups of mission (80 people) aged from 21 till 39 years (on the average $29,1 \pm 5,1$), comparable on a floor and age to the first group was selected. *Results and their discussion.* Certain distinctions in a condition of a refraction — prevalence of a miopichesky refraction at arriving on service in Department of Internal Affairs, prevalence of an emmetropichesky refraction at the staff of Department of Internal Affairs are revealed. 24% of employees after business trip showed complaints to visual fatigue, periodic discomfort, “fog” in eyes, and also as a separate and actual type of eye pathology the retina angiopatiya which frequency of emergence tends to increase with age, the frequency of business trips and duration of professional activity is revealed. *Conclusion.* Psychoemotional loadings at the staff of the Department of Internal Affairs who have come back from business trip, lead at part of patients to development of an asthenopia and a retina angiopatiya. With again arisen violations from an organ of vision in-depth study by doctors of other specialties is shown to patients.

Key words: functional violations of an organ of vision, psychoemotional loadings, retina angiopatiya.

Введение. Проблема сохранения и укрепления здоровья сотрудников органов внутренних дел имеет на сегодняшний день важное социальное и экономическое значение. Современные боевые действия, в которых принимают участие сотрудники правоохранительных органов, приводят к напряжению регуляторных систем организма и возникновению различных соматических заболеваний, в том числе и заболеваний органа зрения [1, 2, 3].

Своевременная диагностика и коррекция функциональных расстройств зрения, связанных с особенностями деятельности (психоэмоциональный стресс, неблагоприятные условия внешней среды и т.д.) является одним из шагов в направлении профилактики органических заболеваний органа зрения и всего организма. Сотрудничество врачей различных специальностей не только предотвратит кратковременную или длительную нетрудоспособность, влекущую за собой раннюю дисквалификацию, но и развитие инвалидизирующих последствий.

Целью исследования явилось изучение функциональных нарушений зрительной системы у сотрудников органов внутренних дел, подвергшихся воздействию психотравмирующей ситуации.

Материал и методы. Исследование проводилось в несколько этапов. На первом этапе исследование было направлено на проведение в рамках диспансерного наблюдения наличия у сотрудников ОВД патологии органа зрения. Для этого было проведено офтальмологическое обследование 79 мужчин-сотрудников ОВД в возрасте от 24 до 49 лет (в среднем $31,4 \pm 5,2$), которым предстояла командировка в Северо-Кавказский регион. На втором этапе была отобрана группа поступающих на службу в ОВД по 1—2 группам предназначения (80 человек) в возрасте от 21 до 39 лет (в среднем $29,1 \pm 5,1$), сопоставимые по полу и возрасту первой группе, для сравнения имеющейся патологии органа зрения. На третьем этапе первая группа была вновь обследована после возвращения из командировки. На четвертом этапе проведен анализ основных проявлений патологии органа зрения у обследуемых групп.

Офтальмологическое обследование включало: визометрию, рефрактометрию (в условиях циклоплегии), тонометрию по Маклакову, определение угла косоглазия по Гиршбергу и характера зрения с использованием четырехточечного цветотеста, определение цвето-

ощущения по стандартной методике с использованием таблиц Рабкина Е.Б. и пороговых таблиц Юстовой Е.Н. с соавт., офтальмоскопию (прямую и обратную).

Статистическая обработка собранной информации, предварительно внесенной в компьютерную базу данных MS Excel, проводилась при помощи прикладных компьютерных программ (MS Excel и Statistica 6.0). Сравнение групп проводилось с использованием непараметрических (критерий Колмогорова-Смирнова) методов.

Результаты и их обсуждение. При обследовании сотрудников ОВД у 60,7% выявлена эметропическая рефракция, у 15,2% — миопия слабой степени, у 24,1% была отмечена гиперметропия слабой степени. Результаты сравнительной оценки аномалии рефракции у сотрудников ОВД и поступающих на службу в ОВД показали, что имеются определенные различия в состоянии рефракции — преобладание миопической рефракции у поступающих на службу в ОВД ($p \leq 0,05$), преобладание эметропической рефракции у сотрудников ОВД ($p \leq 0,05$).

Острота зрения без коррекции у сотрудников составила $0,6 \pm 0,06$, у поступающих на службу в органы внутренних дел $0,2 \pm 0,06$ ($p \leq 0,05$). При обследовании сотрудников после командировки острота зрения без коррекции была $0,4 \pm 0,06$ ($p \geq 0,05$). Усиления рефракции после командировки отмечено не было, однако 24% сотрудников предъявляли жалобы на зрительную утомляемость, периодические «рези», «туман» в глазах. При этом обращаемость к офтальмологу была минимальна (5%), что свидетельствует о высокой мотивации сотрудников на продолжение повседневной деятельности и боязни быть дисквалифицированным по медицинским показаниям, связанным с органом зрения.

Исследование приобретенной патологии зрения и ее динамических изменений представляет большой интерес для клинических и фундаментальных исследований как метод ранней диагностики и прогноза развития расстройств нервно-психической системы [8]. Получены статистически значимые нарушения цветоощущения между группами. Обследование сотрудников в динамике — до и после командировки — показало отсутствие приобретенной цветоаномалии. Важность дифференцирования приобретенных расстройств цветового зрения от врожденной определяется тем, что некоторые расстройства цветоощущения динамичны

и изменчивы по форме и степени, а с улучшением состояния зрительно-нервного аппарата может перейти к нормальной трихомазии.

Дальнейший анализ полученных результатов выявил, что в группе сотрудников после командировки в качестве отдельного и актуального вида глазной патологии выявлена ангиопатия сетчатки, частота возникновения которой имеет тенденцию к увеличению с возрастом, частотой командировок и продолжительностью профессиональной деятельности. Так, у сотрудников, старше 35 лет, имеющими более 2 командировок и стаж работы более 10 лет, процент ангиопатии сетчатки увеличивается с 12 до 48% ($p \leq 0,05$).

Ангиопатия может быть в любом органе, но не все сосуды доступны обследованию так, как сосуды на глазном дне. Глаз является единственным органом, где можно увидеть кровеносные сосуды в их естественном состоянии и наблюдать за их изменениями, не нарушая целостности органа. Ангиопатия сетчатки может стать проявлением любого заболевания, которое влияет на состояние сосудов и, по сути, является иллюстрацией этого процесса в организме. Длительно существующие ангиопатии могут привести к необратимым изменениям в органах в результате хронического нарушения кровообращения.

© В.Д. Менделевич, 2013

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПУТЕМ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

ВЛАДИМИР ДАВИДОВИЧ МЕНДЕЛЕВИЧ, докт. мед. наук, зав. кафедрой медицинской и общей психологии ГБОУ «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. 8-843-238-60-74, e-mail: mend@tbti.ru

Реферат. Цель исследования — проанализировать потенциальную эффективность модели оказания наркологической помощи, построенной на привлечении врачей-интернистов из общемединской сети к консультированию, краткосрочным интервенциям и назначению медикаментозной терапии больным с алкоголизмом и никотинизмом. **Материал и методы.** Основным методом являлся клиничко-аналитический. **Результаты и их обсуждение.** Оценивались объективные и субъективные барьеры на пути внедрения данной модели в отечественное здравоохранение. Сделан вывод о том, что неэффективность действующей узкопрофессиональной модели оказания наркологической помощи диктует необходимость смены парадигмы, что способно расширить доступность и востребованность такой помощи, привлечь в программы лечения максимально возможное число нуждающихся и улучшить качество оказания помощи лицам с коморбидными соматическими заболеваниями. **Ключевые слова:** терапия наркологических расстройств, алкоголизм, никотинизм, наркомания, общественное здравоохранение.

INCREASE OF EFFICIENCY OF THERAPY OF ADDICTIVE DISORDERS BY THE ORGANIZING TREATMENT IN THE GENERAL MEDICAL NETWORK

VLADIMIR D. MENDELEVICH

Abstract. Aim. In article the model of addiction treatment, including involvement of general practitioners is analyzed. It includes consultation, short-term interventions and pharmacotherapy of alcoholism, tobacco dependence and drug addiction. **Material and method.** Analytic. **Results and conclusion.** The conclusion that the inefficiency of contemporary addiction treatment model shows that it needs changes of a paradigm is drawn. Introduction of new model is capable to expand availability and a demand of such help, to attract the greatest possible number of the needing in treatment programs and improve quality of assistance to the persons being in general medical practice.

Key words: therapy of addictive disorders, alcoholism, tobacco dependence, drug addiction, public health care.

По существующему порядку (Приказ МЗ РФ от 15.11.2012 № 929) [5] и первичную, и специализированную медицинскую помощь наркологически больным предписано оказывать сертифицированным врачам-наркологами. Врач-интернист не может самостоятельно назначать лечение по поводу наркологического заболевания.

Выводы:

1. Психозомоциональные нагрузки у сотрудников ОВД, вернувшихся из командировки, приводят у части пациентов к развитию астении и ангиопатии сетчатки.

2. Пациентам с вновь возникшими нарушениями со стороны органа зрения показано углубленное исследование врачами других специальностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каляев, А.В. Актуальные вопросы организации терапевтической помощи в медицинских учреждениях системы МВД России: нормативно-правовые аспекты / А.В. Каляев // Медицинский вестник МВД. — 2006. — № 2. — С.2—4.
2. Королева, Е.Ю. Заболеваемость сотрудников органов внутренних дел: некоторые подходы к анализу и моделированию / Е.Ю. Королева // Труды Академии управления МВД России. — 2009. — № 1 (9). — С.14—16.
3. Морозов, Д.В. Ведомственное здравоохранение укрепляется / Д.В. Морозов // Медицинский вестник МВД. — 2010. — № 2. — С.3—8.
4. Волков, В.В. Пороговые таблицы Юстовой для исследования цветового зрения и результаты их клинического использования / В.В. Волков // Вестник офтальмологии. — 2007. — № 3. — С.3—9.

С увеличением числа лиц, употребляющих психоактивные вещества, произошел рост количества пациентов с коморбидными соматическими заболеваниями. Все чаще такие пациенты оказываются в поле зрения врачей общей практики, помещаются в общесоматические стационары в связи с хирургической, инфекционной, терапевтической и иной патологией.

Можно утверждать, что врачи-интернисты контактируют с наркологическими больными значительно чаще, чем наркологи и отношение к ним со стороны пациентов не носит однозначно негативного оттенка.

Имеются данные [1] о том, что из числа больных, поступающих в стационар скорой медицинской помощи, у 16,7% обнаруживается алкоголизм, у 3,5% — употребление алкоголя с вредными последствиями. Кроме того, по данным биохимических исследований у 10,3% в крови обнаруживаются каннабиноиды, у 5,3% опиаты, у 4,5% — психостимуляторы. При этом лечение по поводу злоупотребления алкоголем получают до поступления в общемедицинский стационар только 7,3% пациентов, а состоит на учете в наркологическом диспансере всего 3,2% обследованных. Подобная тенденция отмечается и отечественными, и зарубежными коллегами. Распространенность связанных с употреблением алкоголя заболеваний в системе первичной медицинской помощи, по данным американских авторов, составляет от 20% до 36% [16]. Кроме того, известно, что число курящих среди соматически больных велико, к примеру, у лиц с патологией дыхания. Особенно распространено курение среди пациентов закрытых стационаров, например, туберкулезных и, особенно, психиатрических.

Таким образом, современная ситуация с терапией наркологических заболеваний в РФ характеризуется низкой востребованностью специализированной помощи, низкой обращаемостью пациентов в наркологические учреждения, высоким уровнем латентного контингента больных, существенным негативным влиянием наркологической патологии на состояние соматического здоровья пациентов, исходы терапии их заболеваний, высокой летальностью. Можно утверждать, что модель узкоспециализированной помощи наркологическим больным в настоящее время не позволяет вовлекать в программы терапии максимально возможное число нуждающихся и не способствует решению основных проблем общественного здравоохранения. Вследствие этого, насущным становится вопрос о расширении границ оказания первичной наркологической помощи за счет привлечения врачей общей практики (врачей-интернистов) и наделение их соответствующими полномочиями и должностными обязанностями. Подобные модели существуют и активно развиваются во многих государствах [7—9, 11—12, 14, 19, 21]. Особая роль в них отводится раннему выявлению и краткосрочным психологическим интервенциям лицам, имеющим проблемное употребление ПАВ. В рамках консультирования упор делается на обсуждении необходимости изменений проблемных моделей потребления ПАВ. Считается, что врачи общей практики даже с минимальной специальной подготовкой в области диагностики и лечения, к примеру, алкогольной и никотиновой зависимости способны обеспечивать эффективные краткосрочные вмешательства в рамках оказания первичной медицинской помощи.

Отдельной темой в современной медицине остается тема возможного переноса акцента в терапии болезней зависимости (без коморбидной психической патологии) со специализированной службы на общую врачебную практику. Данный подход исходит из необходимости применения холистического принципа в лечении больного и максимально широкого охвата пациентов с привлечением их в программы терапии. Такая модель ориентирована не столько на коррекцию или купирование феномена зависимости, сколько на уменьшение

вредных (соматических) последствий употребления с целью стабилизации общего состояния здоровья человека и на профилактику возможных рецидивов или ухудшения прогноза основного заболевания.

В отечественной наркологии стратегия привлечения врачей-интернистов к оказанию первичной наркологической помощи до настоящего времени не столь распространена как в странах мира. На пути внедрения новой модели возникают объективные и субъективные барьеры [2, 4, 6, 10]. К объективным относятся юридические нормы, ограничивающие возможности врачей-интернистов лечить наркологические заболевания. К субъективным — неготовность врачей общемедицинской сети заниматься терапией наркологических расстройств в силу отсутствия специальной подготовки и времени. Однако, если исходить из позиции целесообразности, то важно осознать, что большая часть наркологических больных (не менее 75%) никогда не окажется в поле зрения врачей-наркологов, и что значительная их доля могла бы получать медицинскую помощь у врачей соматических специальностей. Наркологи могли бы при создании образовательной программы по наркологии для интернистов с самого начала сформулировать четкие критерии разделения полномочий между врачами разных специальностей, определить те состояния, при которых пациента надо обязательно передавать врачу-наркологу или психиатру.

Вероятно, при разработке образовательной программы по наркологии для врачей-интернистов следовало бы несколько расширить список целей терапии, включив в него также и стремительно набирающую популярность во многих европейских странах метод так называемого «контролируемого употребления алкоголя» [18]. Подобный подход может использоваться как самостоятельно в качестве способа уменьшения вреда соматическому здоровью, так и как первый этап формирования трезвости у тех пациентов, которые не готовы к полному воздержанию от алкоголя.

Перенос акцента на первичную помощь зависимым с наркологической на общемедицинскую сеть позволяет избежать тяжелых последствий интоксикации ПАВ (передозировок, психозов), повысить эффективность терапии основных соматических заболеваний, снизить летальность, а также расширить число пациентов, которым может и должна быть оказана такая помощь. Несомненно, врач-интернист не может и не должен самостоятельно лечить синдром зависимости (рубрика по МКБ-10 — F1x.2), или расстройства личности и поведения (рубрика по МКБ-10 — F1x.7) или психотические расстройства, или деменцию в силу отсутствия знаний и навыков в области психиатрии и наркологии. Однако, с нашей точки зрения, ничто не мешает ему назначать патогенетическую терапию наркологических расстройств по поводу «пагубного (с вредными последствиями) употребления» (рубрика по МКБ-10 — F1x.1), что не требует углубленных знаний в области психиатрии и наркологии. Безусловно, к лечению никотинизма и злоупотребления алкоголем с вредными последствиями должны быть допущены врачи любой лечебной специальности. Вопрос об участии врачей-интернистов в терапии наркомании более дискуссионен. Однако, следует иметь в виду, что подобные модели с успехом применяются в мировой медицинской практике [13, 15, 17, 20].

Если исходить из приоритета принципов общественного здравоохранения, то в сфере терапии наркологи-

ческих расстройств необходимо переформулировать цели [3, 18]. Лечение феномена зависимости, обычно реализуемое в наркологических учреждениях, не должно идти в ущерб комплексной терапии, проводимой в общемедицинской сети. Можно констатировать, что наступает время смены приоритетов в области лечения зависимостей. Для больных алкоголизмом это ориентация на уменьшение вредных последствий для функционирования ЖКТ, ССС, для зависимых от никотина — дыхательной системы, онкологической патологии, для наркозависимых — инфекций, передающиеся при использовании нестерильного инструментария при потреблении наркотиков.

В настоящее время нет серьезных оснований запрещать врачам-интернистам принимать участие в лечении злоупотребления алкоголем и/или табаком. Это не противоречит Приказу от 12.02.2007 года МЗСР РФ № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов питания». В данном документе указано, что «назначение лекарственных средств общего характера при амбулаторном и стационарном лечении в медицинской организации независимо от организационно-правовой формы производится врачом, непосредственно осуществляющим ведение больного, в том числе частнопрактикующим, имеющим лицензию на медицинскую деятельность...». При этом известно, что лекарственные препараты, включенные в стандарты лечения и используемые на практике при терапии наркологических заболеваний, не входят в список средств, регулируемых ФЗ РФ № 3 от 08.01.1998 года «О наркотических средствах и психотропных веществах» и, следовательно, могут выписываться больным врачами любой лечебной специальности.

Для того, чтобы реализовать более универсальную и эффективную модель оказания наркологической помощи лицам с наркологической патологией с привлечением врачей-интернистов необходимо, во-первых, законодательно разрешить данной категории медиков лечение части неосложненных наркологических расстройств (никотинизм, алкоголизм), во-вторых, несколько расширить цели терапии лиц, злоупотребляющих ПАВ; в-третьих, разработать и внедрить обучающую программу краткосрочного усовершенствования врачей-интернистов с упором на раннюю диагностику проблем, связанных с употреблением ПАВ и назначением специализированного противоалкогольного и антитабачного медикаментозного лечения. Эту работу с успехом могут выполнить наркологи. Таким образом, следует признать, что недостаточная эффективность действующей узкопрофессиональной модели оказания наркологической помощи диктует необходимость смены парадигмы. Внедрение новой модели, делающей основной упор на привлечении врачей-интернистов, способно расширить доступность и востребованность такой помощи, привлечь в программы лечения максимально возможное число нуждающихся. Кроме того, внедрение новой модели может улучшить качество оказания помощи лицам, находящимся в общемедицинской сети.

ЛИТЕРАТУРА

- Егоров, А.Ю. Злоупотребление алкоголем у больных, экстренно госпитализированных в больницу скорой помощи / А.Ю. Егоров, Е.М. Крупицкий, А.Г. Софронов [и др.] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2013. — № 1. — С.36—43.
- Зобин, М.Л. Снижение вреда при алкогольных проблемах: расширение возможностей лечения. / М.Л. Зобин. — URL: <http://www.narcom.ru/publ/info/1020>
- Менделевич, В.Д. Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии / В.Д. Менделевич // Независимый психиатрический журнал. — 2010. — № 3. — С.21—27.
- Менделевич, В.Д. Пути модернизации наркологической службы: время выбирать профессиональный подход / В.Д. Менделевич // Наркология. — 2013. — № 3. — С.77—83.
- Приказ от 15 ноября 2012 МЗ РФ № 929н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Наркология». — URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=143979>
- A qualitative study of GPs' attitudes to drug misusers and drug misuse services in primary care / A. McKeown, C. Matheson, C. Bond // Family Practice. — 2003. — Vol. 20 (2). — P.120—125.
- An intervention for treating alcohol dependence: relating elements of Medical Management to patient outcomes with implications for primary care / D.B. Ernst, H.M. Pettinati, R.D. Weiss [et al.] // Ann. Fam. Med. — 2008. — Vol. 6 — P.435—440.
- Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking / R. Saitz // Drug Alcohol Rev. — 2010. — Vol. 29(6). — P.631—640.
- Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a world health organization international collaborative survey / P. Anderson, E. Kaner, S. Wutzke [et al.] // Alcohol and alcoholism. — 2003. — Vol. 38(6). — P.597—601.
- Bioethical differences between drug addiction treatment professionals inside and outside the Russian Federation / V. Mendeleevich // Harm reduction journal. — 2011. — Vol. 8. — P.15.
- Brief physician advice for problem drinkers: Long-term efficacy and benefit-cost analysis / M.F. Fleming, M.P. Mundt, M.T. French [et al.] // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. — 2002. — Vol. 26. — P.36—43.
- Brief alcohol intervention for general hospital inpatients: a randomized controlled trial / J. Freyer-Adam, B. Coder, S.F. Baumeister [et al.] // Drug Alcohol Depend. — 2008. — Vol. 93(3). — P.233—243.
- Drug addicts and the GP / J.G. Ball // British Medical Journal. — 1988. — Vol. 7 (May). — P.1328.
- Effectiveness of medical counseling for alcoholic patients and patients with excessive alcohol consumption seen in primary care. [Article in Spanish] / F. Garcia, R. Moral, P. de Torres P. [et al.] // Atencion Primaria. — 2003. — Vol. 31 — P.146—154.
- General practitioner centered scheme for treatment of opiate dependent drug injectors in Glasgow / L. Gruer, Ph. Wilson, R. Scott [et al.] // British Medical Journal. — 1997. — Vol. 314. — P.1730.
- New therapies for alcohol problems: application to primary care / D.A. Fiellin, M.C. Reid, P.G. O'Connor // American Journal of Medicine. — 2000. — Vol. 108 (3). — P.227—237.
- Problem drug users: a problem for the GP s? / J. Cohen // Practitioner. — 1994. — Vol. 238. — P.715—718.
- Should abstinence be the goal for alcohol treatment? / P. Owen, G.A. Marlatt // American Journal on Addictions. — 2001. — Vol. 10 (4). — P.289—295.
- The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review / E.F. Kaner, H.O. Dickinson, F. Beyer [et al.] // Drug Alcohol Rev. — 2009. — Vol. 28. — P.301—23.
- Treatment of drug dependent patients in general practice / M. Olgiati, M. Meili // Ther Umsch. — 1997. — Vol. 54 (7). — P.397—399.
- WHO mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. — 2010. — 121 P.

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТИБИАЛЬНОГО ПЛАТО БОЛЬШОЙ БЕРЦОВОЙ КОСТИ НАКОСТНЫМ ОСТЕОСИНТЕЗОМ

АНДРЕЙ ГЕОРГИЕВИЧ ПИТУЛОВ, врач-травматолог-ортопед, врач высшей категории, аспирант кафедры травматологии, ортопедии и ХЭС ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, ОАО ГKB № 12 г. Казани, тел. 8-903-318-06-96
ГУЛЬНАРА МУБАРАКОВНА КРИВОШАПКО, канд. мед. наук, ассистент кафедры травматологии, ортопедии и ХЭС ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Реферат. Цель — улучшить результаты оперативного лечения больных с внутрисуставными переломами тибального плато погружными конструкциями. *Материал и методы.* Нами были выполнены оперативные вмешательства 12 пациентам в возрасте от 33 до 68 лет (7 мужчин, 5 женщин) с переломами тибального плато. Типы повреждений: три случая импрессии задних отделов медиального мыщелка, три случая — импрессии передних отделов латерального мыщелка и шесть пациентов с переломом двух мыщелков тибального плато по классификации 41В и 41С [11]. Всем пациентам был выполнен остеосинтез переломов погружными конструкциями (опорной мыщелковой пластиной, моделированной мыщелковой пластиной с угловой стабильностью). Операции были выполнены в первые четыре-шесть часов с момента получения травмы. *Результаты исследования.* Использование погружных металлоконструкций позволило добиться точной анатомической и стабильной фиксации репонированных костных фрагментов тибального плато. Моделированная мыщелковая пластина с угловой стабильностью предоставляет возможность репонировать и фиксировать костные фрагменты под определенными углами, что создало стабильную и быструю фиксацию по линиям перелома, более полное точное восстановление суставной поверхности плато большеберцовой кости. Применение пластины с полиаксиальной фиксацией особенно оправдало себя при остеосинтезе краевых переломов задних или передних отделов тибального плато. Важным является введение компрессирующих винтов в субхондральный отдел большеберцовой кости с целью предотвращения повторного смещения поврежденных участков плато в процессе *разработки движений в коленном суставе в послеоперационном периоде.*

Ключевые слова: остеосинтез, пластина с полиаксиальной фиксацией, субхондральный слой кости.

FEATURES SURGICAL TREATMENT OF INTRAARTICULAR FRACTURES OF THE TIBIAL PLATEAU

ANDREY G. PITULOV, GULNARA M. KRYVOSHAPKO

Abstract. Improve the results of surgical treatment of patients with intra-articular fractures of the tibial plateau submersible designs. Materials and methods. The study included 12 patients, aged 33 to 68 years (7 men, 5 women) with fractures of the tibial plateau. Structure fractures 3 patients — with Impress posterior medial condyle, 3 patients — with Impress anterior lateral condyle, 6 patients with a fracture of the tibial plateau of the two condyles. All patients was performed osteosynthesis submerged structures (reference condylar plate simulated condylar plate with angular stability) external fixation. Accuracy control of intraoperative repositioning carried out by visual inspection and medical imaging. The observation period ranged from 5 months now. Results. Using a submersible metallokonstruktsy and Ilizarov led to precise anatomic and stable fixation of bone fragments reposition the tibial plateau. Simulated condylar plate with angular stability allowed reposition and fix the bone fragments from different angles, creating a stable and rapid fixation of fracture lines, fuller exact reconstruction of the articular surface of the tibia plateau. The use of plates with polyaxial locking especially paid off in the osteosynthesis of fractures of the back or edge of the anterior tibial plateau, especially the introduction of the subchondral tibial bone to prevent the repeated displacement of damaged areas plateau in the development of movement in the knee joint in the postoperative period.

Key words: osteosynthesis, plate with polyaxial fixing, a subchondral layer of a bone.

Переломы области коленного сустава относятся к тяжелым переломам костей конечности. Частота таких переломов по отношению ко всем внутрисуставным переломам колеблется в пределах 6—12% [1]. Переломы проксимального суставного конца большеберцовой кости составляют до 7,0% всех переломов костей скелета. По данным ряда авторов, переломы наружного мыщелка большеберцовой кости наблюдаются в 48,3% случаев, переломы обоих мыщелков — в 29,4%, внутреннего мыщелка — в 7%, внесуставные переломы метафиза большеберцовой кости — в 14,1%, отрывные переломы — в 0,2% случаев [1, 2]. К особенностям переломов данной локализации относится расположение плоскости перелома внутри сустава, нередко сопровождающееся повреждением мягкотканых

элементов. Нарушение конгруэнтности суставных поверхностей, составляющих коленный сустав, отягощает характер повреждения и течение процесса восстановления. Срастание переломов области коленного сустава зачастую происходит с образованием избыточной ткани регенерата, что приводит к деформации сустава и нарушению конгруэнтности суставных поверхностей, и является причиной развития тугоподвижности и деформирующего артроза сустава [1, 2, 3, 4]. Наличие внутрисуставных гематом способствуют образованию спаек и рубцов, что может быть причиной стойких контрактур коленного сустава. Сложность переломов области коленного сустава определяет трудности репозиции и обеспечение адекватной стабильной фиксации отломков на период сращения [5, 6].

Большинство авторов указывает на значительно большую частоту переломов мыщелков большеберцовой кости по сравнению с переломами мыщелков бедра. Мыщелки большеберцовой кости являются менее устойчивыми к насилию, чем мыщелки бедренной кости, что объясняется анатомическими особенностями эпиметафиза бедра и большеберцовой кости. В механизме внутрисуставных переломов мыщелков большеберцовой кости имеет место как прямое, так и не прямое действие травмирующей агрессивной силы. При этом в зависимости от величины приложенной силы, положения конечности в момент получения травмы имеет место формирование того или иного типа перелома. Наиболее полной и имеющей большое практическое значение в настоящее время является классификация типов переломов М.Е. Мюллера (1996). Переломы в ней подразделяются в зависимости от уровня, локализации, характера повреждения и степени смещения фрагментов костей. Переломы типа 41В и 41С [11]. Классификация имеет несомненное клиническое значение и вызывает интерес в плане прогнозирования исходов лечения. Характерной особенностью большинства переломов мыщелков большеберцовой кости является формирование в момент травмы первичного дефекта губчатой кости мыщелков, иначе — зоны первичного вдавливания суставной поверхности плато кости, что в большинстве классификаций определяется как импрессионно-компрессионные переломы. Лечение переломов области коленного сустава представляет трудную задачу [11]. Различного рода осложнения и неудовлетворительные исходы лечения, по данным различных авторов, составляют около 50,0%. Оперативный метод является основным при лечении импрессионно-компрессионных переломов области коленного сустава [12, 13].

Авторами проведен анализ лечения 12 пациентам в возрасте от 33 до 68 лет (7 мужчин, 5 женщин) с переломами тибияльного плато. Виды повреждений: 3 случая импрессии задних отделов медиального мыщелка, 3 — импрессия передних отделов латерального мыщелка, 6 — переломов обоих мыщелков тибияльного плато. Всем пострадавшим был выполнен остеосинтез погружными конструкциями (опорной мыщелковой пластиной, моделированной мыщелковой пластиной с угловой стабильностью). Точность репозиции интраоперационно осуществлялся с помощью визуального

контроля и рентгенографии. Срок наблюдения составил от 3 до 12 месяцев. Средний балл оценивался по шкале Lysholm Knee Scoring Scale и через три месяца наблюдения составил 85-95 баллов, что свидетельствует о хорошем результате восстановлении функции коленного сустава. Сделан вывод, что использование погружных конструкции с угловой полиаксиальной стабильностью компрессирующих винтов позволяет интраоперационно достигать более точной, быстрой и стабильной фиксации костных фрагментов переломов тибияльного плато. Метод обеспечивает хорошие результаты лечения и минимизирует риски в развитии посттравматического артроза коленного сустава. Пяти пациентам для достижения точной репозиции и восстановления конгруэнтности тибияльного плато была выполнена артротомия с промыванием полости сустава от кровяных сгустков и визуализации репозиции костных фрагментов. Проводилась ревизия внутренних структур коленного сустава на предмет повреждения. После репозиции и рентгеноконтроля произведен остеосинтез моделированной пластиной с угловой стабильностью для полиаксиальной фиксации винтами репонированного тибияльного плато к диафизу кости. В случае переломов двух мыщелков проксимального отдела большой берцовой кости доступ осуществлялся с двух разрезов, а репозиция и последующая фиксация производилась с медиальной и латеральной сторон опорными мыщелковыми пластинами с угловой стабильностью и субхондрально введенными винтами [14, 15, 18]. Важным моментом является выполнение точной анатомической репозиции костных фрагментов без повреждения структур коленного сустава как внутрисуставных, так и внесуставных. При переломах с импрессией передних отделов мыщелков тибияльного плато артротомия не проводилась. Репозиция осуществлялась относительно линии перелома, которая визуализировалась в операционной ране. После репозиции и рентгенографического контроля фиксация этого типа перелома осуществлялась с помощью моделированной пластины с угловой стабильностью и полиаксиальным введением винтов в субхондральный отдел кости.

Пример. Пациент Г., 58 лет, поступил с DS: закрытый внутрисуставной перелом мыщелков левой большеберцовой кости со смещением (рис. 1, 2). Госпитализирован через 2 ч после получения травмы — упал с высоты 2,5 м (с крыши).

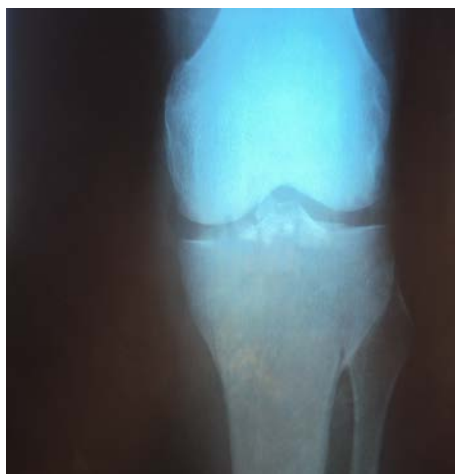


Рис. 1. Пациент Г., 58 лет, рентгенограмма, переднезадняя проекция



Рис. 2. Пациент Г., 58 лет, рентгенограмма, боковая проекция

После проведенной предоперационной подготовки проведено оперативное лечение: миниартротомия коленного сустава с медиальной и с латеральной сторон, для визуального контроля репозиции и проведения инстиляции полости стерильным физиологическим раствором, удаление кровяных сгустков и ревизией коленного сустава на предмет повреждений внутренних структур коленного сустава. Повреждение внутреннего связочного аппарата и менисков не выявлено. После проведенной бережной репозиции мыщелков большеберцовой кости произведен остеосинтез мыщелковой пластиной с угловой стабильностью по медиальной поверхности большеберцовой кости и компрессирующими винтами по латеральной поверхности с введе-

нием в субхондральный слой большеберцовой кости (рис. 3, 4).

Реабилитационные мероприятия осуществлялись в следующем режиме. Всем пациентам со второго дня после операции назначали пассивную разработку движений в коленном суставе. Со второй недели проводились активные движения с задержкой в крайних точках отведений. Начиная с 10-й нед разрешалась дозированная осевая нагрузка на оперированную конечность до болевого синдрома (рис. 5, 6, 7).

Результаты исследования. Использование погружных мелкоконструкций позволило добиться точной анатомической и стабильной фиксации репонируемых костных фрагментов тибияльного плато. Моделиро-



Рис. 3. Пациент Г., 58 лет, рентгенограмма, боковая проекция



Рис. 4. Пациент Г., 58 лет, рентгенограмма, переднезадняя проекция



Рис. 5. Вид сбоку



Рис. 6. Вид спереди



Рис. 7. Сгибание в коленном суставе более 90°



Рис. 8. Рентгенограмма на сроке 3 мес после проведенного оперативного лечения

ванная мышечковая пластина с угловой стабильностью предоставляет возможность репозилировать и фиксировать костные фрагменты под определенными углами, что создало стабильную и быструю фиксацию по линиям перелома, более полное точное восстановление суставной поверхности плато большеберцовой кости. Применение пластины с полиаксиальной фиксацией особенно оправдало себя при остеосинтезе краевых переломов задних или передних отделов тибialного плато. Важным является введение компрессирующих винтов в субхондральный отдел большеберцовой кости с целью предотвращения повторного смещения поврежденных участков плато в процессе разработки движений в коленном суставе в послеоперационном периоде (рис. 8).

К 2 нед после проведенного оперативного лечения объем движения в коленном суставе составил разгибание 180° и сгибание 90°. Клинико-функциональную оценку результатов проведенного оперативного лечения оценивали по шкале Lysholm Knee Scoring Scale, которая позволяет оценивать результаты лечения вне зависимости от состояния организма до получения травмы. Расчет баллов проводили на основе анкетирования пациентов, что отражает их собственные ощущения. Через 12 нед средний балл составил 85—95, что свидетельствует о хорошем и отличном результате проведенного лечения. Границы баллов: 89—100 баллов — отлично; 77—88 баллов — хорошо; 65—76 баллов — удовлетворительно; менее 65 баллов — неудовлетворительно.

Выводы. Использование погружных конструкции с угловой полиаксиальной стабильностью компрессирующих винтов позволяет интраоперационно достигать более точной, быстрой и стабильной фиксации костных фрагментов переломов тибialного плато, что позволяет достигать хорошие положительные результаты лечения и минимизировать риски в развитие посттравматического гоноартроза и нестабильности коленного сустава.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балакина, В.С. Внутрисуставные переломы костей коленного сустава / В.С. Балакина // Внутрисуставные переломы. — Л.: Медгиз. — 1958. — С.138—179.

2. Михайленко, В.В. Внутрисуставные переломы коленного сустава: автореф. дис. ... докт. мед. наук / В.В. Михайленко. — М., 1994. — С.32
3. Корнилов, Н.В. Травматология и ортопедия / Н.В. Корнилов. — 2008. — Т. 3.
4. Уотсон-Джонс, Р. Переломы костей и повреждения суставов / Р. Уотсон-Джонс. — М.: Медицина, 1972.
5. Оганесян, О.В. Профилактика развития гоноартроза при лечении оскольчатых внутрисуставных переломов проксимального эпиметафиза большеберцовой кости: медицинская технология / О.В. Оганесян, Г.А. Кесян, Р.З. Уразгильдеев [и др.]. — М., 2008. — 19 с.
6. Ковалевский, Г.М. Особенности послеоперационной реабилитации у пациентов с переломами тибialного плато / Г.М. Ковалевский [и др.] // Московский хирургический журнал. — 2011. — № 1.(17). — С.19—22.
7. Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) // J. Orthopaedic trauma: September. — 2006. — Vol. 20, issue 8. — P.89—92.
8. Ахтямов, И.Ф. Отдаленные результаты реабилитации больных после оперативного лечения внутрисуставных переломов области коленного сустава / И.Ф. Ахтямов, Г.М. Кривошапко, С.В. Кривошапко // Вестник травматологии и ортопедии им Н.Н. Приорова. — 2002. — № 2. — С.42—46.
9. Профилактика развития деформирующего артроза при лечении оскольчатых внутрисуставных переломов проксимального эпиметафиза большеберцовой кости: метод. рекомендации / О.В. Оганесян, Г.А. Кесян, Р.З. Уразгильдеев [и др.]. — М., 2005. — 19 с.
10. Филиппов, О.П. Артроскопия в комплексе диагностики и хирургического лечения закрытых переломов костей коленного сустава / О.П. Филиппов, В.П. Охотский, А.Ю. Ваза // Медицинский научный и учебно-метод. журнал. — 2001. — № 1. — С.67—74.
11. Maller, M.E. Comprehensive classification of fractures of long bones / M.E. Maller, S. Nazarian, P. Koch, J. Schatzker. Berlin: Springer-Verlag, 1990; Clellan, R. T. Evaluation and treatment of tibial plateau fractures / R.T. Clellan, C.P. Comstock // Curr. Opin. Orthop. — 1999. — Vol. 10. — P.10—21.
12. Schatzker, J. Tibial plateau fractures. In Skeletal trauma / J. Schatzker, J.B. Jupiter, A.M. Levine [et al.]. — Philadelphia: WB Saunders, 1992. — P.1745—1770.
13. Каллаев, Н.О. Оперативное лечение внутрисуставных переломов коленного сустава / Н.О. Каллаев, В.В. Зубова, Т.Н. Каллаев // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. — 2006. — № 3. — С.47—51.
14. Каллаев, Н.О. Сравнительная оценка результатов лечения тяжелых переломов области голеностопного сустава / Н.О. Каллаев, Т.Н. Каллаев, М.А. Шатеев // Вестник

- Всесоюзной гильдии протезистов-ортопедов. Спец. выпуск. — СПб., 2009. — С.23—24.
15. Meyers, M.H. Fracture of the intercondylar eminence of the tibia / M.H. Meyers, F.M. McKeever // J. Bone Joint. Surg. Am. — 1959. — Vol. 41. — P.209—222.
 16. Schiavone, P.A. Arthroscopic treatment of tibial plateau fractures / P.A. Schiavone, M. Tartarone, M. Del Torio [et al.] // J. Bone Joint. Surg. Br. — 1999. — Vol. 81. — P.155.
 17. Vangsness, C.T. Arthroscopy of meniscal injuries with tibial plateau fractures / C.T. Vangsness, B. Ghaderi, M. Hohl [et al.] // J. Bone Joint. Surg. Br. — 1994. — Vol. 76. — P.488—490.
 18. Wiss, D.A. Fractures of the tibial plateau. In Rockwood and Green's fractures in adults / D.A. Wiss, J.T. Watson; ed. C.A. Rockwood, D.P. Green, R.W. Bucholz [et al.] — Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996. — P.1920—1953.

© Л.Ф. Сабиров, А.В. Спиридонов, А.О. Смирнов, 2013

ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОГО ЗВЕНА МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СОТРУДНИКОВ МВД В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ УНИВЕРСИАДЫ-2013

ЛЕНАР ФАРАХУТДИНОВИЧ САБИРОВ, канд. мед. наук, начальник Клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан», ассистент кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, тел. 8(843)277-88-84, e-mail: hospitalmvdrt1@rambler.ru

АЛЬБЕРТ ВАЛЕРЬЕВИЧ СПИРИДОНОВ, канд. мед. наук, зам. начальника Клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан», тел. 8(843)291-26-94

АЛЕКСЕЙ ОЛЕГОВИЧ СМИРНОВ, канд. мед. наук, зам. директора департамента медицинского и санитарно-эпидемиологического обеспечения АНО «Исполнительная дирекция «Казань 2013», тел. 89377729315

Реферат. Статья посвящена описанию организации работы медицинской службы МВД в период проведения Всемирной летней Универсиады 2013 года. Раскрываются ключевые показатели деятельности стационарной помощи и работы бригад скорой помощи. Описывается работа по подготовке учреждения к оказанию стационарной помощи приданным силам.

Ключевые слова: контроль, Универсиада, стационарная помощь, приданные силы.

THE ORGANIZATION OF THE STATIONARY LINK OF MEDICAL PROVIDING STAFF OF THE MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS DURING CARRYING OUT UNIVERSITY GAMES 2013

LENAR F. SABIROV, ALBERT V. SPIRIDONOV, ALEXEY O. SMIRNOV

Abstract. Article is devoted to the description of the organization of work of a health service of the Ministry of Internal Affairs during carrying out the World summer University games of 2013. Key indicators of activity of the stationary help and work of ambulance crews reveal. Work on preparation of establishment to rendering the stationary help to the given forces is described.

Key words: control, University games, the stationary help, given forces.

С июня по июль месяц клинический госпиталь медико-санитарной части принимал активное участие в медицинском обеспечении сотрудников МВД принимающих участие в обеспечении безопасности Универсиады 2013 года. С этой целью была проведена большая подготовительная работа с сотрудниками клинического госпиталя. С 2012 по 2013 год регулярно проводились лекции и практические занятия по неотложным состояниям, как для врачей, так и для среднего медицинского персонала силами кафедр, базирующихся в нашем учреждении. Благодаря совместной работе с Казанской государственной медицинской академией был проведен сертификационный цикл по неотложке с принятием зачета и выдачи сертификатов.

Задачи, которые были поставлены перед нами:

1. Обеспечить круглосуточными бригадами скорой помощи.
2. Организовать изоляционное отделение.
3. Обеспечить оказание стационарной помощи приданным силам.
4. Обеспечить круглосуточное дежурство на 7 объектах проживания приданных сил.
5. Организовать лекарственное обеспечение на 27 объектах проживания приданных сил.

С целью выполнения поставленных задач, были организованы 4 выездные бригады скорой помощи, укомплектованные укладками для оказания экстренной помощи. В состав бригад вошли водители, врачи-хирурги и медицинские сестры. Дежурства осуществлялись по две бригады с интервалом сутки через сутки. За период с 15 июня по 21 июля было осуществлено 97 выездов бригад скорой помощи. В среднем за 1 выезд бригады скорой помощи приходилось обслуживать 2--3 объекта. Бригады скорой помощи клинического госпиталя принимали участие в медицинском обеспечении празднования открытия и закрытия Универсиады. Госпитализировано в результате выезда бригад скорой помощи в клиники города 15 человек, в клинический госпиталь 168 человек.

Во втором корпусе клинического госпиталя на 3 этаже было организован изоляционный блок, входящий в состав гастроэнтерологического отделения. Изоляционный блок был развернут в соответствии с нормами и правилами действующего законодательства и СанПиНов. За период работы через гастроэнтерологическое отделение и входящий в него изоляционный блок него прошло 52 пациента. Основными диагнозами были ОРВИ, контакты с ветряной оспой, дерматиты неустановленного генеза. В период подготовки к меди-

цинскому обеспечению приданных сил врачи клинического госпиталя принимали участие в тренировочных выездах по поводу острых кишечных заболеваний.

С целью обеспечения стационарной помощью поступающих пациентов из числа приданных сил осуществлено резервирование 130 коек. Было проведено перераспределение коечного фонда в соответствии с возможными потребностями, а так же для бесперебойной работы по стационарной помощи обслуживаемого контингента. За период с 15 июня по 21 июля количество госпитализаций составило 168 среди приданных сил.

В результате перераспределения коечного фонда удалось обеспечить медицинским персоналом круглосуточное дежурство на 7 объектах дислокации приданных сил. Для этих целей направлено 11 врачей и 20 медицинских сестер. Перед медицинским персоналом была поставлена задача завести паспорта здоровья на каждом объекте со 100% охватом осмотром всех сотрудников. Это позволило установить группы риска по эндокринным заболеваниям, в частности сахарным диабетом, кардиологической патологии (гипертоническая болезнь) и т.д. С сотрудниками из групп риска регулярно проводилась отдельная профилактическая работа.

Для обеспечения стационарной помощи и медицинского обеспечения на объектах проживания приданных сил в клиническом госпитале была сформирована заявка на лекарственные препараты в суммарном эквиваленте порядка 3 миллионов, закуплены фельдшерские сумки-укладки.

За период обслуживания приданных сил в отделение хирургии было госпитализировано 70 человек, в отделение терапии — 20 человек, в отделение неврологии — 11 человек, в гастроэнтерологическое отделение (с учетом изоляционного блока) — 53 человек, в отделение реабилитации — 3 человек, в кардиологическое отделение — 6 человек.

Из числа госпитализированных 52 составили пациенты с болезнями органов дыхания — средняя длительность пребывания на койке составила 7,3 дня, 30 человек с болезнями кожи и подкожной клетчатки — средняя длительность пребывания на койке составила 5,3 дня, 24 человека с болезнями органов пищеварения — средняя длительность пребывания на койке составила 6 дней.

Всего пациентами проведено 957 койко-дней, со средней длительностью пребывания больного на койке 6,3 дня. Наибольшая длительность пребывания пациента на койке составила у пациентов с заболеваниями нервной системы 13 к/дней. Наибольшее количество койко-дней проведено в отделении хирургии — 351 койко-день, наименьшее в кардиологическом — 20 койко-дней.

С целью контроля за санитарно-эпидемиологическим состоянием закрепленных объектов, согласно графика осуществлялись выезды. В результате осмотров мест дислокации приданных сил проводились беседы с сотрудниками, медицинскими работниками и ответственными за хозяйственное обеспечение. Всего сотрудниками клинического госпиталя был осуществлен 51 выезд на объекты дислокации приданных сил.

Однако имели место некоторые моменты, которые следует учесть при подготовке к медицинскому обеспечению дальнейших спортивных или иных мероприятий всероссийского или мирового масштаба.

Во-первых, дефицит специализированных транспортных средств для доставки пациентов с объектов проживания для консультаций и госпитализаций в клинический госпиталь МСЧ МВД России по Республике Татарстан и медицинские учреждения РТ, недостаток необходимого количества ставок водителей (работа осуществлялась сутки через сутки) для обеспечения выездных бригад. Отсутствовала возможность доставки сотрудников для дежурства на объекты и с объектов дислокации приданных сил. Отсутствовал специализированный реанимобиль. Необеспеченность машин скорой помощи навигационными системами, что затрудняло поиск мест дислокации. Невозможность передвижения скорой помощи по выделенным полосам движения, оборудованными камерами фиксации.

Таким образом, организация и оказание стационарного звена оказания медицинской помощи в период проведения Всемирной летней Универсиады 2013 года были осуществлены в полном объеме без чрезвычайных происшествий. Опыт работы медицинской службы МВД в условиях проведения крупных спортивных мероприятий может быть использован в работе других медицинских ведомственных подразделений системы МВД Российской Федерации.

© Р.Ф. Сахибуллин, А.Г. Агеев, Ю.Ф. Гимадиев, И.А. Строителей, 2013

МЕДИКО-САНИТАРНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРИДАННЫХ СИЛ МВД В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ XXVII УНИВЕРСИАДЫ 2013 ГОДА В КАЗАНИ. ВЗГЛЯД ВРАЧА МОБИЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ БРИГАДЫ

РАМИЛЬ ФАРХАТОВИЧ САХИБУЛЛИН, зав. эндоскопическим кабинетом Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по РТ», Казань, e-mail: sahibullin@mail.ru

АЛЕКСАНДР ГЕННАДЬЕВИЧ АГЕЕВ, зав. хирургическим отделением клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по РТ», Казань, тел. (843) 291-26-88.

ЮНУС ФАЗЛУЛЛОВИЧ ГИМАДИЕВ, врач-хирург хирургического отделения Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по РТ», Казань, тел. (843) 291-26-88.

ИВАН АНАТОЛЬЕВИЧ СТРОИТЕЛЕВ, врач-уролог хирургического отделения Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по РТ», Казань, e-mail: SlAmailbox@mail.ru

Реферат. Представлена точка зрения врача мобильной медицинской бригады на организацию медицинской помощи сотрудникам МВД из числа приданных сил в период проведения 27-ой Универсиады 2013 в г. Казань. Внесены предложения по усовершенствованию организации ввиду предстоящих массовых спортивных мероприятий: Олимпийских игр-2014 в г. Сочи и чемпионата мира по футболу в 2018 году.

Ключевые слова: Универсиада-2013, приданные силы, медико-санитарное сопровождение.

HEALTH-CARE SUPPORT OF MIA ATTACHED FORCES DURING THE 27TH UNIVERSIADE 2013 IN KAZAN.

VIEW OF MOBILE MEDICAL TEAM'S DOCTOR

RAMIL F. SAHIBULLIN, ALEXANDER G. AGEEV, YUNUS F. GIMADIEV, IVAN A. STROITELEV

Abstract. The view of mobile medical team's doctor to organization of medical care of MIA attached forces during the 27th universiade 2013 in Kazan is presented. Suggestions to improve the organization in view of upcoming sports events: Olympic games-2014 in Sochi and World Cup 2018 are presented.

Key words: Universiade-2013, attached forces, health-care support.

Проведение массовых спортивных мероприятий мирового масштаба требует обеспечения беспрецедентных мер безопасности. Это утверждение стало еще более актуальным после терактов в США 15 апреля 2013 г. во время проведения всемирно известного Бостонского марафона. Всемирные студенческие игры 2013 г., проходившие в Казани, не стали исключением. В помощь Казанскому гарнизону МВД приказом министра внутренних дел России Колокольцева из районов Республики Татарстан и более чем 40 субъектов Российской Федерации были приданы силы общей численностью около 18 000 человек. Большинство из них прибыли из близлежащих регионов с климатом, сопоставимым с климатом на территории РТ, однако, некоторые прибыли и из отдаленных регионов, например, таких, как Якутия, Приморский край, где климатические условия резко отличаются от РТ. Пунктами временной дислокации (ПВД) для них служили гостиницы, гостевые дома, санатории, детско-оздоровительные лагеря. Жилищно-бытовые условия на этих объектах существенно различались: где-то это были комфортабельные номера на 3—5 человек с отдельным санузелом и душевой, где-то — комнаты в детских лагерях на 8—12 человек еще советского образца с удобствами на улице. Все вышесказанное имело важное влияние на психо-эмоциональное состояние и соматическое здоровье личного состава.

Медико-санитарное сопровождение приданных сил было организовано следующим образом:

1. В медико-санитарной части МВД России по РТ был организован штаб, где собиралась вся информация с ПВД и лечебно-профилактических учреждений и координировалась служба оказания медицинской помощи.

2. На каждом из 57 ПВД был медицинский пункт, где в круглосуточном режиме несли службу медицинские работники либо из числа приданных сил, либо из числа сотрудников поликлиники и клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ.

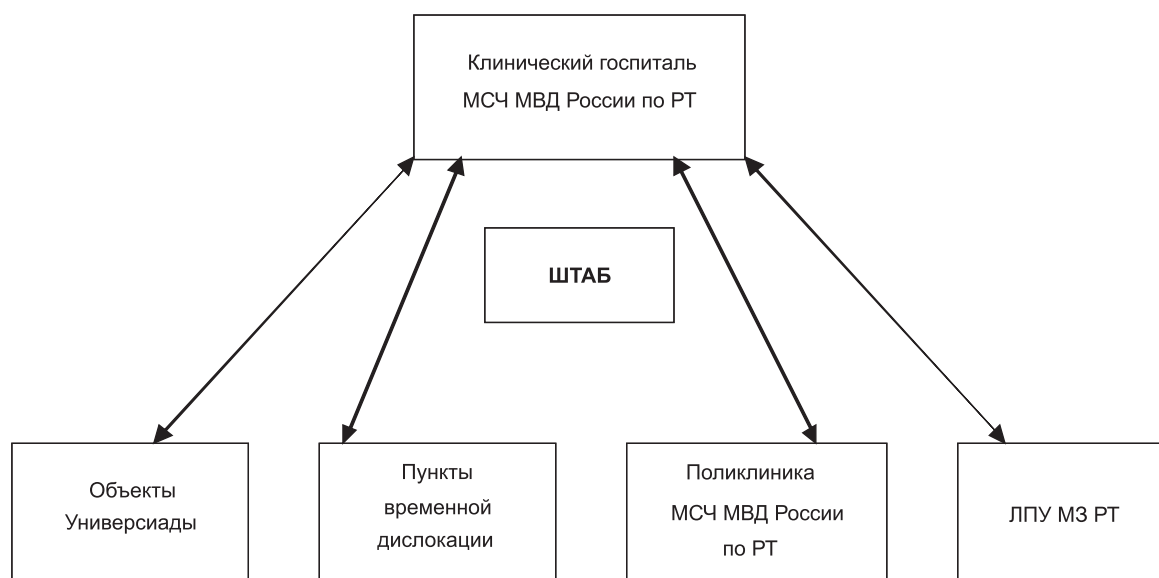
3. В рабочие часы поликлиники пациенты с ПВД доставлялись туда, где после консультации решался вопрос о необходимости стационарного лечения или возможности амбулаторного лечения.

4. Стационарное лечение личного состава оказывалось клиническим госпиталем МСЧ МВД России по РТ и лечебно-профилактическими учреждениями Министерства здравоохранения РТ.

5. На базе клинического госпиталя были созданы 4 мобильных выездные бригады в составе хирурга, медсестры и водителя, которые в круглосуточном режиме оказывали неотложную медицинскую помощь сотрудникам из числа приданных сил.

6. Транспорт для доставки пациентов в ЛПУ служили либо автомашины ПВД, либо автомашины поликлиники, либо кареты скорой помощи клинического госпиталя.

Деятельность всех вышеуказанных служб, с нашей точки зрения, целесообразно было начать с рабочего совещания, на котором бы присутствовали все задействованные лица: врачи и фельдшеры временных медицинских пунктов, врачи поликлиники и клинического госпиталя, сотрудники штаба МСЧ, а также представитель министерства здравоохранения РТ. На этом совещании необходимо было оценить возможный объем медицинской помощи на каждом конкретном ВМП, скоординировать действия близлежащих друг другу ВМП на предмет взаимопомощи, определить показания к амбулаторному и стационарному лечению, а также



обсудить с представителем МЗ РТ порядок оказания медицинских услуг аккредитованным сотрудникам.

Нами проанализирована деятельность мобильных выездных бригад клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ. За период с 05.06.2013 по 20.07.2013 мобильными выездными бригадами осуществлено всего 130 выездов. Из них 58 — на пункты временной дислокации, 20 — в поликлинику МСЧ МВД России по РТ, 7 — на места несения службы на объектах Универсиады, 45 — в лечебно-профилактические учреждения МЗ РТ (из них 32 в Республиканскую клиническую инфекционную больницу).

Что касается заболеваний, послуживших поводом к вызову, то на первом месте стоят инфекционные заболевания (24%), на втором — воспалительно-гнойничковые заболевания кожи и ее придатков (12%), далее идут травмы опорно-двигательного аппарата, заболевания пищеварительной, сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем и т.д.

Инфекционные заболевания, возникающие у сотрудников из числа приданных сил, чаще всего были легкой степени тяжести, однако, ввиду компактного проживания на ПВД, даже при банальных ОРВИ, пациентов приходилось госпитализировать в наблюдательное отделение клинического госпиталя. Также был выявлен один случай высококонтагиозного заболевания — ветряной оспы, но ввиду грамотных и своевременных действий медицинского персонала дальнейшее инцифирование личного состава удалось предотвратить. Алгоритм действий при выявлении сотрудника с подозрением на инфекционное заболевание (ОРВИ, ОКИ и т.п.) был такой: в дневное время в будние дни пациент консультировался инфекционистом в поликлинике МСЧ, и, в зависимости от нозологии и тяжести состояния, госпитализировался либо в клинический госпиталь, либо в Республиканскую клиническую инфекционную больницу. В вечернее время и выходные пациент мобильной бригадой госпиталя доставлялся в РКИБ на консультацию (даже при легкой степени ОРВИ). Исходя из вышесказанного, мы считаем, что на период наличия в госпитале наблюдательного отделения в штат на круглосуточной основе должен быть принят врач-инфекционист.

На наш взгляд, большое количество гнойничковых заболеваний связано как с условиями быта, так и с условиями несения службы (12-часовая смена в жаркую погоду в форменной одежде). Мы считаем, что для

уменьшения количества воспалительно-гнойничковых заболеваний у личного состава было бы целесообразно проводить перед командировкой иммунопрофилактику сотрудников, в частности, такими препаратами, как стафило-протейно-синегнойной адсорбированной вакциной. То же самое касается сотрудников, имеющих хронические заболевания ЛОР-органов.

За период проведения Универсиады-2013 мобильной бригадой было выполнено 10 выездов по поводу острой хирургической патологии. У большинства пациентов было подозрение на острый аппендицит. Ввиду отсутствия на базе клинического госпиталя круглосуточной операционной бригады и клинической лаборатории, пациенты даже для динамического наблюдения госпитализировались в ЛПУ МЗ РТ. На наш взгляд, на период пребывания приданных сил было бы целесообразно ввести круглосуточное дежурство операционной бригады и клинической лаборатории.

Госпитализация пациентов на стационарное лечение в клинический госпиталь проводилась только по строгим показаниям. Пациенты за короткое время оперативно были обследованы и вылечены. Срок госпитализации в подавляющем большинстве случаев не превышал 3—6 койко-дней, и сотрудники МВД вновь возвращались в строй для дальнейшей службы по охране общественного порядка.

Результаты нашего исследования показали, что, в целом, медико-санитарное сопровождение приданных сил было выполнено на высоком уровне, все пациенты получали своевременную квалифицированную медицинскую помощь, были выполнены все необходимые диагностические исследования. Надеемся, наша деятельность послужит опытом для дальнейших мероприятий подобного рода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медик, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение / В.А. Медик, В.К. Юрьев. — ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 608 с.
2. Кунягина, О.В. Разработка стафило-протейно-синегнойной вакцины и изучение ее свойств: дис. ... канд. мед. наук / О.В. Кунягина. — Уфа, 1996. — 128 с.
3. Войно-Ясенецкий, В.Ф. Очерки гнойной хирургии / В.Ф. Войно-Ясенецкий. — 5-е изд. — СПб.: Невский диалект, 2000. — 704 с.
4. Покровский, В.И. Инфекционные болезни и эпидемиология / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 816 с.

© А.В.Спиридонов, Л.Р.Абсалямова, И.А.Гималетдинова, Г.В. Тухватуллина, 2013

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ХОЛЕДОХОЛИТИЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПХЭС В УСЛОВИЯХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

АЛЬБЕРТ ВАЛЕРЬЕВИЧ СПИРИДОНОВ, канд. мед. наук, зам. начальника Клинического госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан, врач-гастроэнтеролог

Л.Р. АБСАЛЯМОВА, зав. отделением гастроэнтерологии Клинического госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан

ИРИНА АНАТОЛЬЕВНА ГИМАЛЕТДИНОВА, врач-гастроэнтеролог Клинического госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан

ГАЛИНА ВЛАДИМИРОВНА ТУХВАТУЛЛИНА, зав. клинико-диагностической лабораторией Клинического госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан

Реферат. В статье раскрываются особенности клинического течения холедохолитиаза. Описываются возможные причины возникновения камней в желчевыводящей системе. Приводится описание клинического случая пациента с ПХЭС у которого возник рецидив камнеобразования.

Ключевые слова: Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС), холедохолитиаз, рецидив, холецистэктомия.

DIAGNOSIS AND TREATMENT POLICY HOLEDOLITHIASIS PATIENTS WITH PHES IN GASTROENTEROLOGY DEPARTMENT

ALBERT V. SPIRIDONOV, L. R. ABSALYAMOVA, IRINA A. GIMALETDINOVA, GALINA V. TUKHVATULLINA

Abstract. The article describes the clinical features of choledocholithiasis. Describes the possible causes of the stones in the biliary system. We present a clinical case with PHES patient who developed recurrent stone formation.

Key words: Postcholecystectomy syndrome (PHES), choledocholithiasis, relapse, cholecystectomy.

Проблема лечения больных с заболеваниями желчного пузыря и желчных протоков в настоящее время является весьма актуальной. Следует отметить, что появление рецидивов заболевания, а также неполное выздоровление больных после холецистэктомии является наиболее важным и наименее изученным вопросом лечения желчнокаменной болезни. По данным разных авторов, частота желчнокаменной болезни среди населения развитых стран варьирует от 8 до 12%, более чем у 15—33% больных течение ее осложняется холедохолитиазом. Частота резидуального холедохолитиаза колеблется от 2 до 10%. Конкременты желчных протоков, объединяемые общим понятием «холедохолитиаз», представляют одну из форм желчнокаменной болезни. По данным различных авторов (Балалыкин А.С., 1996; Майстренко Н.А. и др., 2000; Нестеренко Ю.А. и др., 1993), холедохолитиаз обнаруживается у 10—30% пациентов с желчнокаменной болезнью.

Диагностика камней холедоха часто очень трудна, особенно когда они протекают бессимптомно и не сопровождаются болевым симптомом. Наибольшие трудности имеет распознавание в протоках камней у больных, уже перенесших холецистэктомию. Камни печеночного протока и холедоха значительно чаще наблюдаются в пожилом возрасте при длительном существовании желчнокаменной болезни.

Патологические изменения, происходящие в организме после операции холецистэктомии, разнообразны и далеко не всегда ограничиваются билиарным трактом. Больных беспокоят различные по интенсивности боли в подложечной области, правом верхнем квадранте живота, рецидивы печеночной колики, желтуха, диспепсические явления. Однако последствия холецистэктомии, обусловленные выпадением основной функции желчного пузыря, наблюдаются лишь у единичных больных.

Клинические проявления болезни зависят от расположения камня в холедохе. Камень в супрадуоденальном отрезке холедоха бывает немой, так как при таком расположении не бывает признаков закупорки и застоя, а камень может оставаться в желчи во взвешенном состоянии, в особенности если холедох расширен. Так, например, рентгеновская картина дилатированного холедоха, наполненного многочисленными камнями, может показаться парадоксальной, так как клинические проявления могут быть незначительными. И, наоборот, ущемление камней в конце холедоха, в большинстве случаев, имеет ярко выраженную клиническую картину, так как они бывают причиной неполной закупорки желчного протока и стаза со всеми последствиями. По данным, опубликованным в литературе, приблизительно одна треть случаев холедохолитиаза остается без клинических проявлений.

Принято различать истинные и ложные рецидивы камнеобразования. Под истинным рецидивом понимают вновь образовавшиеся после операции конкременты, под ложным рецидивом — резидуальные, т.е. камни,

не распознанные во время операции. Отличить истинный рецидив камнеобразования от ложного крайне сложно, поскольку нет четких критериев, позволяющих различить эти состояния. Большое значение придается срокам появления боли после операции: только длительный безболевого период позволяет выявить истинный рецидив. Клинические симптомы не удаленных во время операции камней проявляются обычно в течение первых 2 лет после операции.

Удаление желчного пузыря по поводу холелитиаза не избавляет больного от обменных нарушений, печеночной дисхолии. Литогенность желчи сохраняется и после операции.

Среди осложнений при заболеваниях желчевыводительной системы можно выделить развитие острого и хронического панкреатита. Высокий процент поражения поджелудочной железы при ЖКБ обусловлен тем, что именно при этом заболевании имеется большое количество факторов, приводящих к поражению не только желчевыводящих путей, но и близлежащих органов.

Клиническая картина при холедохолитиазе у пациентов с ПХЭС определяется причинами, обусловившими заболевание, характерны боли в правом подреберье и эпигастральной области, иррадиирующие в спину и правую лопатку, возможно появление желтухи и зуда кожи, диспепсические нарушения такие как тошнота, ощущение горечи во рту, метеоризм, неустойчивый стул, запор, понос.

Диагноз устанавливается на основании клинических симптомов, данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Для диагностики холедохолитиаза у пациентов с ПХЭС применяют методы, позволяющие выявить функциональные и структурные нарушения билиарного тракта, протекающие как самостоятельно, так и в ассоциации с другими заболеваниями органов пищеварения. В качестве скрининговых используют лабораторные (определение гамма-глутаминтранспептидазы (ГГТП), щелочной фосфатазы (ЩФ), общего билирубина и фракций, трансаминаз (АсАТ, АлАТ), амилазы сыворотки и мочи) и инструментальные методы диагностики (ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП), эзофагогастродуоденоскопия (ФГДС)). В качестве дополнительных методов применяют ЭРХПГ, эндоскопическую манометрию сфинктера Одди, динамическую холесцинтиграфию, магнитно-резонансную холангиографию, эндоскопическую ультрасонографию, этапное хроматическое дуоденальное зондирование и др.

Лечение больных с ПХЭС должно быть комплексным и направлено на устранение тех функциональных или структурных нарушений со стороны печени, желчевыводящих путей (протоки и сфинктеры), желудочно-кишечного тракта и поджелудочной железы, которые лежат в основе страдания и явились поводом для обращения к врачу.

Общепризнанным считается назначение частого дробного питания (5—7 раз в день), соблюдение диеты (№ 5) с низким содержанием жира (40—60 г в сутки

растительных жиров), исключение жареных, острых, кислых продуктов. Медикаментозная терапия обычно включает сочетание лекарственных средств разных классов, подбираемых чаще всего эмпирически.

Боль, беспокоящая пациентов после оперативного вмешательства, в большинстве случаев связана с повышением давления в билиарном тракте, а в основе последнего лежат нарушения функции сфинктера Одди. Это могут быть или его мышечная дисфункция (преимущественно спазм), или структурные нарушения, в частности, стеноз, поэтому основа терапии — нормализация пассажа желчи по общему печеночному и общему желчному протокам и панкреатического сока по главному панкреатическому протоку, приводящая к купированию боли. Для быстрого обезболивания, снятия спазма возможно применение нитроглицерина, однако выраженные кардиоваскулярные эффекты, побочные действия и развитие толерантности делают его малоприменимым для длительной терапии дисфункции сфинктера Одди. Антихолинергические препараты (бускопан), блокирующие мускариновые рецепторы на постсинаптических мембранах органов-мишеней, реализуют свое действие благодаря блокаде кальциевых каналов, прекращению проникновения ионов кальция в цитоплазму гладкомышечных клеток и как следствие снятию мышечного спазма. Однако эффективность их при дисфункции сфинктера Одди сравнительно низка, а широкий спектр побочных действий ограничивают их применение. Миотропные спазмолитики (дротаверин, мебеверин, отилония бромид), механизм действия которых сводится к ингибированию фосфодиэстеразы или активизации аденилатциклазы, блокаде адоинозных рецепторов, также имеют ряд недостатков. Прежде всего при лечении дисфункции сфинктера Одди отсутствует селективный эффект на сфинктер, проявляются эффекты, обусловленные воздействием на гладкую мускулатуру сосудов, мочевыделительной системы, желудочно-кишечного тракта.

В отдельных случаях для купирования боли могут быть использованы анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты.

Сравнительно часто холецистэктомия сопровождается нарушением кишечного биоценоза, приводящего к кишечной диспепсии. Целесообразным в данном случае является проведение деконтаминационной терапии антибактериальными средствами (рифаксимин, фуразолидон или метронидазол) коротким 7-дневным курсом с последующим применением пробиотиков и пребиотиков. Купирование метеоризма достигается назначением пеногасителей (симетикон).

В комплексе с антибактериальными лекарственными средствами положительный эффект дает сочетанное применение алюминийсодержащих антацидов. Использование антацидов предотвращает повреждающее воздействие деконъюгированных желчных кислот на слизистую оболочку кишечника, устанавливает оптимальный уровень pH для действия ферментов поджелудочной железы. Выявление эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта подразумевает проведение общепринятой антисекреторной терапии с назначением ингибиторов протонной помпы в среднесуточных дозах, а при диагностике *Helicobacter pylori* инфекции — эрадикационной терапии.

В течение шести месяцев с момента холецистэктомии необходимо провести диагностику возможных

заболеваний органов гепатодуоденопанкреатической зоны, определить характер поражения органа, частоту обострений, оценить роль измененных внепеченочных желчных путей в возникновении или прогрессировании выявленных заболеваний, определить комплекс адекватной терапии, в том числе необходимость повторного хирургического лечения. Санаторно-курортное лечение целесообразно рекомендовать не ранее чем через 6—12 мес после операции.

Клинический случай. Пациент Г., 65 лет, поступил на стационарное лечение в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на выраженные боли в верхней половине живота опоясывающего характера после приема пищи, режущие боли в правой подвздошной области, купирующиеся после дефекации, вздутие, чувство распирания по всему животу, горечь во рту, жидкий стул до 2 раз в день без патологических примесей.

Anamnesis morbi: считает себя больным с 2010 г., когда впервые появились приступы болей в животе. При обследовании выявлена желчекаменная болезнь. В 2011 г. была произведена лапароскопическая холецистэктомия. В январе 2013 г. боли в животе вновь возобновились после нарушений в диете.

Пациенту проведены следующие обследования: ОАК: СОЭ — 42—43—49 мм/ч; L — 7,8—8,7—8,5×10⁹/л; Eг — 5,29×10¹²/л; Hb — 12,4 г/л; Tг — 292—330—278×10⁹/л; л — 37,0; м — 6,7; гра — 56,3; п — 3; э — 3; с — 5; БАК: Общий билирубин — 14 мкмоль/л; прямой билирубин: 2,0—8,5 мкмоль/л; АЛТ: 72—68—42 Е/л; АСТ: 44—45—25 Е/л; холестерин 4,4 мкмоль/л; глюкоза — 3,7 ммоль/л; ЩФ — 500—946—561 Е/л; ГГТП — 42,0 Е/л; Амилаза крови — 294—57 Е/л; СРБ — пол.(+); Коагулограмма: Фибриноген А — 3,7 г/л; Фибриноген В — отриц. ПТВ — 17 с, ПТИ — 94%; ОАМ: уд/вес — 1020, Рн — 5,0, белок — отриц, сахар — отр., Л — 1—2. в п/з, эпит — 1—2 в п. зр. ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 80 уд. в мин. Нормальное положение электрической оси сердца. Снижен вольтаж зубцов желудочного комплекса в стандартных, усиленных от конечностей отведениях. ФГДС Гастродуоденит. УЗИ ОБП: Печень: правая доля — 149 мм (+0,9 см), левая доля — 77 см (+0,7 см). В пятом сегменте визуализируется киста диаметром 17 мм. Желчный пузырь удален, ложе без особенностей. Холедох — 9 мм, в области головки поджелудочной железы — 10 мм. Поджелудочная железа: головка — 35 мм, тело — 26 мм, хвост — 18 мм. Воротная вена — 10 мм. Селезеночная вена — 5 мм. Селезенка — 104×36 мм. Почки — без патологических изменений.

В результате обследования пациенту был выставлен предварительный диагноз: хронический токсический гепатит с синдромом холестаза и цитолиза. Хронический панкреатит в стадии обострения. Киста печени. На фоне проводимой терапии спазмолитиками, миотропными спазмолитиками, ингибиторами протонной помпы, ингибиторами протеаз, антибактериальными препаратами, гепатопротекторами, ферментами самочувствие пациента улучшилось незначительно, а в лабораторных анализах наблюдалась тенденция к ухудшению (вырос прямой билирубин — 8,5 мкмоль/л, увеличились цифры щелочной фосфатазы до 946 Е/л, гамма — ГТП до 428 Е/л, амилазы крови до 294 Е/л). Исходя из клинической картины заболевания плюс с учетом данных параклинических методов обследования нельзя было исключить холедохолитиаз, для чего была проведена эндоскопическая ультрасонография. Получены следующие данные: желчевыводящие протоки визуализируются

четко на всем протяжении от бифуркации до БДС: расширен в в/3 до 10,6 мм, в с/3 до 8 мм, в н/3 до 7 мм, в просвете н/3 определяется гиперэхогенная структура до 9,0 мм с эффектом акустической тени. Панкреатобилиарное соустье общее. Желчный пузырь удален. Поджелудочная железа: данных за очаговое образование головки не выявлено, однородное, повышенной эхогенности. Головка — 26 мм с ровными контурами. Вирсунгов проток до 2 мм. Тело — 14 мм, хвост — 21 мм, эхоструктура однородная. В гепатодуоденальной связке единичный лимфоузел до 7×5 мм. В результате проведенного обследования выставлен заключительный диагноз: Постхолецистэктомический синдром: холедохолитиаз. Киста печени. Реактивный панкреатит.

На основании данных эндосонографии пациенту рекомендовано оперативное лечение.

Рациональное использование эндосонографии в диагностическом алгоритме у больных с ПХЭС позволяет ограничить применение методов прямого контрастирования и интраоперационной ревизии желчевыводящих путей. Ультрасонография дает возможность точно диагностировать холедохолитиаз у больных ПХЭС с отрицательными данными традиционного УЗИ (желчные протоки не расширены, камней в просвете нет).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ветшев, П.С.* Возможности современных методов диагностики и обоснование лечебной тактики при механи-

ческой желтухе / П.С. Ветшев, Ю.М. Стойко, А.Л. Левчук, В.Г. Бардаков // Вестник хирургической гастроэнтерологии. — 2008. — № 2. — С.24—32.

2. *Ильченко, А.А.* Постхолецистэктомический синдром: клинические аспекты проблемы / А.А. Ильченко // Гастроэнтерология. — 2006. — Т. 8, № 2. — С.18—27.
3. *Клименко, Г.А.* Холедохолитиаз: диагностика и оперативное лечение / Г.А. Клименко. — М.: Медицина, 2000. — 223 с.
4. *Родионов, В.В.* Калькулезный холецистит (осложненный механической желтухой) / В.В. Родионов, М.И. Филимонов, В.М. Морчев. — М., 1991. — 320 с.
5. *Amouyal, P.* Diagnosis of choledocholithiasis by endoscopic ultrasonography / P. Amouyal, G. Amouyal, P. Levy [et al.] // Gastroenterology. — 1994. — Vol. 106, № 4. — P.1062—1067.
6. *Attasaranya, S.* Choledocholithiasis, ascending cholangitis, and gallstone pancreatitis / S. Attasaranya, E.L. Fogel, G.A. Lehman // Med. Clin. North Am. — 2008. — Vol. 92, № 4. — P.925—960.
7. *Cotu, G.A.* Difficult biliary cannulation: use of physician-controlled wire-guided cannulation over a pancreatic duct stent to reduce the rate of precut sphincterotomy / G.A. Cotu, M. Ansstas, R. Pawa [et al.] // Gastrointest. Endosc. — 2010. — Vol. 71, № 2. — P.275—279.
8. *Cotton, P.B.* Risk factors for complications after ERCP: a multivariate analysis of 11,497 procedures over 12 years / P.B. Cotton, D.A. Garrow, J. Gallagher, J. Romagnuolo // Gastrointest. Endosc. — 2009. — Vol. 70, № 1. — P.80—88.
9. *Kim, H.J.* Multidetector computed tomography cholangiography with multiplanar reformation for the assessment of patients with biliary obstruction / H.J. Kim, D.I. Park, J.H. Park [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2007. — Vol. 22. — P. 400—405.

© И.А. Строителев, А.Ю. Салмина, Г.Г. Файзуллина, 2013

ВАРИАНТ СОНОГРАФИЧЕСКИ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ДВУХКОМПОНЕНТНОЙ ПАРАНЕФРАЛЬНОЙ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ДИНАМИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

ИВАН АНАТОЛЬЕВИЧ СТРОИТЕЛЕВ, врач-уролог Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ, 8 987-22-81-985, e-mail: SIAmalbox@mail.ru

АНАСТАСИЯ ЮРЬЕВНА САЛМИНА, врач-ультразвуковой диагностики Клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ, 8 904-71-28-000, e-mail: nastenkina@mail.ru

ГУЛЬНАРА ГАЛИЕВНА ФАЙЗУЛЛИНА, зав. кабинетом ультразвуковой диагностики клинического госпиталя МСЧ МВД России по РТ, (843)-277-88-84, e-mail: aisha2402@yandex.ru

Реферат. Цель исследования — разработка варианта метода паранефральной новокаиновой блокады с контролем места введения анестетика и длительности его нахождения в тканях с помощью комбинированной сонографии. Подтверждение необходимости и эффективности блокады для профилактики возникновения послеоперационной болезни. В результате блокады улучшается состояние микроциркуляции, резко уменьшаются сроки фазы экссудации, стимулируются репаративно-пролиферативные процессы, снижаются частота гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационной ране.

Ключевые слова: паранефральная новокаиновая блокада, сонография.

VERSION OF SONOGRAPHICALLY CONTROLLED TWO COMPONENT PERIRENAL NOVOCAINE BLOCKADE FOR THE PREVENTION OF ABDOMINAL COMPLICATIONS AND INTESTINAL OBSTRUCTION

IVAN A. STROITELEV, ANASTASIA YU. SALMINA, GULNARA G. FAIZULLINA

Abstract. Development of a variant of the perirenal novocaine blockade with control sites of injection and the duration of his stay in the tissues with a combination of sonography. Confirmation of the necessity and effectiveness of the blockade for the prevention of postoperative illness. The blockade improves microcirculation, dramatically phase exudation time reduced, reparative-proliferative processes stimulated, the frequency of inflammatory complications in the postoperative wound reduced.

Key words: perirenal novokaine blockade, sonography.

Послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии продолжают оставаться актуальной проблемой медицины, и составляют: гнойно-воспалительные осложнения со стороны послеоперационной раны от 1 до 50% [1, 6, 7], динамическая кишечная непроходимость от 3% до 5%. В настоящее время все большее внимание обращают на комплексные методы лечения и профилактики осложнений в течении послеоперационной болезни, постоянно внедряются способы и методы профилактики послеоперационных осложнений [4, 5].

Актуальность. Сонографический контроль регионарной анестезии в странах Европы и Северной Америки приобретает статус «золотого стандарта», основываясь на следующих постулатах: 1) нет необходимости обращаться к другим лучевым методам, когда есть возможность выполнить манипуляцию под эффективной УЗ визуализации; 2) УЗ визуализация является единственно возможным методом верификации оптимального положения иглы и распространения анестетика, обеспечения безопасности проведения блокады; 3) ключом для достижения эффективной анестезии является клиническое понимание УЗ анатомии поясничной области.

Для реализации цели исследования были поставлены следующие задачи:

1. Изучить ультразвуковую клиническую анатомию поясничной области для выяснения взаимоотношения XII ребра с поясничным нервным сплетением и сосудисто-нервными пучками забрюшинного пространства (почечными, надпочечниковыми, яичковыми артериями) и брюшной полости (верхнебрыжеечными и нижнебрыжеечными).

2. Обосновать место проведения новокаиновых блокад для химической невротомии поясничного нервного сплетения, брыжеечных артерий и их ветвей (выполнение блокад на трупном материале с использованием контрастирующих веществ).

3. Выявить распространение растворов лекарственных веществ в забрюшинных клетчаточных пространствах в зависимости от их вводимого количества при проведении блокад слева и справа с использованием УЗ-гистографии.

4. Использование рентгенконтрастирующих препаратов в разведении при проведении блокад, как референтного метода.

5. Определение времени нахождения анестетиков различной концентрации в тканях с использованием ультразвукографии.

6. По полученным данным ультразвукового исследования определить сроки повторного введения анестетиков и наиболее оптимальное место для проведения блокад в зависимости от клинических проявлений.

Методы исследования. 40 больным в возрасте 16—70 лет, оперированным в плановом и экстренном порядке, в послеоперационном периоде проводилась разработанная нами пояснично-паранефральная блокада под контролем УЗИ с использованием точки вкола иглы по нижнему краю конца XII ребра, при углублении иглы на 2 см и инъекцией около 100,0 мл 0,25% раствора новокаина позволяет подвергать химической невротомии все ветви поясничного нервного сплетения и, частично, крестцового. При дальнейшем продвижении иглы под углом 60—80 градусов за позадипочечную фасцию, где правильность нахождения иглы контролируется по колебанию кончика иглы в такт дыхательным движениям, введением около 150 мл раствора новокаина блокируется сосудисто-нервные пучки и вегетативные сплетения (почечное, надпочечниковое, верхне- и нижнее брыжеечное), (рис. 1). В дальнейшем проводилась динамическая УЗИ-сонография зоны нахождения анестетика и зоны послеоперационной раны. Сроки исследования соответствовали времени нахождения анестетика в тканях и стадийности раневого процесса. Проведена оценка динамики течения послеоперационной болезни по группам (с традиционным лечением и комплексным лечением с применением блокады). При выполнении данной двухкомпонентной блокады мы достигаем: активного позитивного воздействия на течение местного компонента послеоперационной болезни, сохранения микроциркуляции, резкого укорочения фазы экссудации, стимуляции репаративно-пролиферативных процессов, снижения уровня гнойно-воспалительных осложнений со стороны послеоперационной раны, снижения уровня бронхо-легочных осложнений.

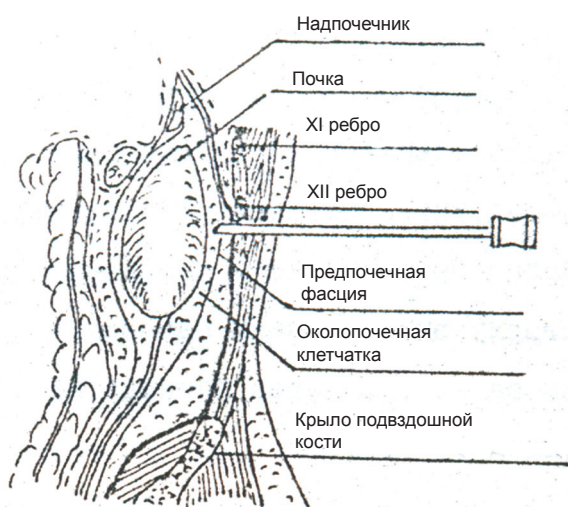


Рис. 1. Слои забрюшинной клетчатки в области левой почки (по Г.Г. Стромбергу)



Рис. 2. Слои забрюшинной клетчатки в области левой почки (УЗИ аппарат MEDISON ACCUVIX V20)

Таким образом, данный метод прост в техническом выполнении и может быть широко применен в клинической практике.

Результаты лечения. В 40 случаях эхогистографическая картина свидетельствовала о благоприятном течении раневого процесса. Выделены его эхогистографические варианты. Выполнено УЗИ с ЦДК послеоперационной раны с традиционным ведением и с применением блокады.

У всех больных прослежено благоприятное течение репаративного процесса, эхографическими признаками которого являлись: уменьшение отека тканей с четкой анатомической слоистостью на третьи сутки, нивелирование гипоехогенных полостей. Эхогистографию проводили во всех случаях с целью неинвазивной верификации содержимого полостного образования. Получены количественные данные различных тканей. В клинике течения послеоперационной болезни отмечено купирование болевого синдрома, ранняя активизация, через 3—5 мин после блокады отмечалось потепление соответствующей стороны и повышение кожной температуры на 2—3 градуса и сохранение повышенной в течении 1,5—2 ч. Определена кратность выполнения блокад исходя из длительности нахождения анестетика и оптимальная точка введения. Для определения основных показателей диагностической значимости и достоверности предлагаемой методики при статистической обработке, сопоставлены данные динамической эхогистографии послеоперационных ран с традиционным ведением и с применением блокад.

Преимущества регионарной анестезии под УЗИ контролем заключается в следующем: прямой визуализации окружающих анатомических структур (сосудов, мышц, костей, сухожилий), что облегчает их идентификацию; визуализации иглы и распространения анестетика (прямая и косвенная визуализация); предотвращении побочных эффектов — интраневрального ввода и

пункции сосуда; уменьшении количества пункций (почти в 100% случаев визуализации выполняется лишь одна пункция) и дозы анестетика; более быстрое действие и возможности эффективной пролонгированной анестезии с установкой катетера.

Предложенная методика проведения блокады с контролем места введения анестетика и длительности его нахождения в тканях с помощью комбинированной сонографии позволяет активно воздействовать на течение местного компонента послеоперационной болезни, сохранении микроциркуляции, резкого укорочения фазы эксудации, стимуляции репаративно-пролиферативных процессов, снижения уровня гнойно-воспалительных осложнений со стороны послеоперационной раны, определить кратность введения анестетиков и его распространение в тканях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бачев, И.И. Новые возможности современных методов диагностики, лечения и профилактики гнойных осложнений в хирургии / И.И. Бачев. — М.: Медицина, 1989. — С.58.
2. Вишневский, А.А. Клиническая характеристика механизма действия новокаиновой блокады и метиленовой сини / А.А. Вишневский // Новый хирургический архив. — 1937. — Т. 38, № 3—4. — С.399—403.
3. Вишневский, А.А. Новокаин как стимулятор физиологических функций / А.А. Вишневский, Т.В. Правдич-Неминская // Вестник АМН СССР. — 1974. — № 8. — С.67—82.
4. Ибатуллин, И.А. Регионарные блокады в хирургии: руководство для врачей / И.А. Ибатуллин, А.Д. Тараско, Т.Т. Фаизов [и др.]. — Казань: Медицина, 2003.
5. Ибатуллин, И.А. Патогенетическое обоснование действия паравerteбральной новокаиновой блокады / И.А. Ибатуллин, А.Д. Тараско // Казан. мед. журнал. — 1995. — № 2. — С.93—96.
6. Курбангалеев, С.Н. Гнойная инфекция в хирургии / С.Н. Курбангалеев. — М.: Медицина, 1985. — С.271.
7. Кузин, М.И. Раны и раневая инфекция / М.И. Кузин, Б.Н. Костюченко. — М.: Медицина, 1990. — С.592.

© Г.В. Тухватуллина, А.В. Спиридонов, И.А. Гималетдинова, 2013

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

ГАЛИНА ВЛАДИМИРОВНА ТУХВАТУЛЛИНА, зав. клинико-диагностической лабораторией

Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан»

АЛЬБЕРТ ВАЛЕРЬЕВИЧ СПИРИДОНОВ, канд. мед. наук, врач-гастроэнтеролог, зам. начальника

Клинического госпиталя, ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан»

ИРИНА АНАТОЛЬЕВНА ГИМАЛЕТДИНОВА, врач-гастроэнтеролог Клинического госпиталя

ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан»

Реферат. Известно, что важнейшим фактором риска развития и прогрессирования различных заболеваний, связанных с атеросклерозом, служат нарушения липидного обмена. Своевременная и правильная диагностика и интерпретация измененного липидного профиля, оценка сопутствующих факторов риска развития — необходимые условия организации рациональной и эффективной профилактики основных сердечно-сосудистых заболеваний.

Ключевые слова: факторы риска, гипертриглицеридемия, липопротеиды высокой плотности, липопротеиды низкой плотности, ишемическая болезнь сердца.

LABORATORY DIAGNOSIS OF DISORDERS OF LIPID METABOLISM

GALINA V. TUKHVATULLINA, ALBERT V. SPIRIDONOV, IRINA A. GIMALETDINOVA

Abstract. It is known that the most important risk factor for the development and progression of various diseases associated with atherosclerosis, are disorders of lipid metabolism. Timely and correct diagnosis and interpretation of the altered lipid profile, assessment of related risk factors — necessary conditions for the organization of a rational and effective prevention of major cardiovascular disease.

Key words: risk factors, high triglycerides, high density lipoproteins, low density lipoproteins and ischemic heart disease.

Атеросклероз — заболевание сосудов, которое сопровождается их уплотнением и стенозированием просвета. Развитие атеросклероза ведет к образованию в интиме сосуда липидно-фиброзных бляшек, которые уменьшают просвет и ограничивают кровоток к сердцу, головному мозгу, почкам, нижним конечностям. При разрыве покрышки атеросклеротической бляшки в просвете сосуда образуется тромб, что ведет к внезапному прекращению кровотока в жизненно важных органах и сопровождается развитием либо инфаркта миокарда (ИМ), либо мозгового инсульта (МИ), либо острой ишемии нижних конечностей.

Ежегодно в России от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) умирает более 1 млн человек (примерно 70 человек на 100 тыс. населения).

Эти показатели гораздо выше, чем в развитых странах Европы, США и Японии. Среди ССЗ ведущее место занимают ИБС (51%) и МИ (27%), которые обусловлены атеросклеротическим поражением коронарных и мозговых артерий.

Цель настоящей работы — ознакомить врачей с основными видами нарушений липидного обмена, осветить вопросы диагностики дислипидемии (ДЛП) у больных ССЗ, а также у лиц, предрасположенных к ним.

Липиды и липопротеиды

К липидам плазмы относят холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), фосфолипиды (ФЛ).

Холестерин выполняет важные биохимические функции в человеческом организме. Он необходим для синтеза стероидных и половых гормонов, образования желчи. Он входит в состав всех клеточных мембран организма. ХС синтезируется главным образом в печени из ацетата. 20—30% ХС поступает в организм с пищей. ХС бывает свободным и этери-фицированным. Этери-фицированный ХС преобладает в атеросклеротических бляшках, а свободный — в клеточных мембранах.

Триглицериды — это эфиры жирных кислот (ЖК) и спирта глицерина, которые входят в состав различных ЛП, преобладают в хиломикронах и липопротеидах очень низкой плотности (ЛПОНП). После приема жирной пищи концентрация ТГ в кандисходному уровню. У больных с сахарным диабетом (СД), ожирением ТГ длительное время (более 12 ч) не приходят к норме.

Жирные кислоты (ЖК) синтезируются в организме из продуктов распада углеводов и поступают с пищей. Часть ЖК постоянно образуется в результате липолиза ТГ в жировой ткани. ЖК используются организмом в качестве источника энергии, которая образуется при их окислении. ЖК играют важную роль в липидном обмене, этери-фицируя ХС и глицерин. Выделяют *насыщенные жирные кислоты* (НЖК) — это пальминовая и стеариновая; *мононенасыщенные жирные кислоты* (МН ЖК) — это олеиновая; *полиненасыщенные жирные кислоты* (ПН ЖК) — это линолевая, арахидоновая, эйкозапентаеновая. НЖК преобладают в жирах животного происхождения. МН и ПН — в растительных маслах и рыбьем жире.

Фосфолипиды являются важным структурным компонентом клеточных мембран, однако их содержание в крови никак не связано с риском ишемической болезни сердца (ИБС).

Липопротеиды. Липиды транспортируются в крови в составе сложных надмолекулярных комплексов — липопротеидов (ЛП). ЛП представляют собой водорастворимые липидно-белковые глобулярные структуры,

в состав которых входят молекулы белков, свободного ХС, эфиров ХС и фосфолипидов. Белки, входящие в состав ЛП частиц, называют аполипротеинами или апобелками. Апобелки выполняют структурную и адресную функции. Основными ЛП в зависимости от их плотности, размеров и состава входящих липидов и апобелков являются: хиломикроны (ХМ), ЛПОНП, липопротеиды промежуточной плотности (ЛППП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП).

Хиломикроны — наиболее крупные и наиболее легкие ЛП частицы. Синтезируются в эпителиальных клетках тонкого кишечника из липидов экзогенного (пищевое) происхождения. Через систему лимфатических сосудов поступают в грудной лимфатический проток и оттуда в кровь. В состав ХМ входят ТГ, в меньшем количестве эфиры ХС, фосфолипиды

и апобелки. Изолированная гиперхиломикронемия встречается редко и обычно свидетельствует о наследственном дефекте липопротеидлипазы. Гиперхиломикронемия не является биохимическим маркером атеросклероза, но сопутствующая ей гипертриглицеридемия может спровоцировать развитие острого панкреатита.

Липопротеиды очень низкой плотности синтезируются в печени. Основные структурно-функциональные белки ЛПОНП — апоВ-100, апоЕ и апоС-1. ЛПОНП в основном состоят из эндогенных ТГ и в меньшей степени из эфиров ХС, поэтому их повышенное содержание в плазме проявляется ГТГ. ГТГ часто диагностируется у больных с инсулин-независимым СД, гипотиреозом, ожирением. ГТГ в сочетании с низким уровнем ЛПВП служит фактором риска развития атеросклероза. ЛПОНП подвергаются липолизу в плазме и превращаются в ЛППП.

Липопротеиды промежуточной плотности содержат в своем составе больше эфиров ХС, нежели ЛПОНП. Основные транспортные и функциональные белки ЛППП — апоВ-100 и апоЕ. Повышенная концентрация в крови ЛППП проявляется ГХС и ГТГ. В норме часть ЛППП захватывается рецепторами печени, а часть гидролизруется и превращается в ЛПНП.

Липопротеиды низкой плотности состоят в основном из эфиров ХС. Функциональным апопротеином является белок апоВ-100. Повышенное содержание в плазме ЛПНП отчетливо связано с развитием коронарного, Каротидного и периферического атеросклероза. Однако для того, чтобы ЛПНП стали атерогенными, они должны подвергнуться модификации. Причиной модификации чаще всего служит процесс перекисного окисления ЛПНП. Активированные моноциты проникают в субэндотелиальное пространство сосуда, превращаясь в макрофаги, которые фагоцитируют модифицированные ЛПНП и превращаются в пенистые клетки, т.е. клетки, переполненные эфирами ХС. Активированные макрофаги и пенистые клетки высвобождают биологически активные вещества: факторы роста, провоспалительные цитокины, молекулы адгезии. В результате усиливаются процессы проницаемости эндотелия и роста атеросклеротической бляшки, что в конечном итоге ведет к сужению просвета сосуда и разрыву покрышки бляшки с образованием внутрисосудистого тромба. Именно ХС ЛПНП, учитывая его важную роль в формировании атеросклеротической бляшки, является главной мишенью гиполипидемической терапии.

Липопротеиды высокой плотности — антиатерогенные липопротеиновые (ЛП) частицы, которые осуществляют обратный транспорт ХС из сосудистой стенки и макрофагов в печень, откуда он выводится из сосудистой стенки и макрофагов в печень, откуда он выводится из организма в составе желчных кислот. АпоБелки апоА-1 и апоА-2. Уровень ХС ЛПВП в плазме имеет обратную зависимость с развитием атеросклероза; чем ниже содержание ХС ЛПВП, тем выше вероятность развития атеросклероза.

Классификация гиперлипидемий

Термин ГЛП означает любое повышение уровня липидов и ЛП в плазме.

Для характеристики ГЛП пользуются классификацией ВОЗ (таблица):

Классификация гиперлипидемий ВОЗ

Фенотип плазмы	ОХС	ТГ	Изменения ЛП	Атерогенность
I	Повышен	↑ или в N	↑ ХМ	Неатерогенен
IIa	Повышен	в N	↑ ЛПНП	Высокая
IIb	Повышен	↑	↑ ЛПНП и ЛПОНП	Высокая
III	Повышен	↑	↑ ЛППП	Высокая
IV	Чаще в норме	↑	↑ ЛПОНП	Умеренная
V	Повышен	↑	↑ ХМ и ЛПОНП	Низкая

Примечание: ↑ — повышение концентрации, N — концентрация в норме.

I фенотип характеризуется изолированным повышением ХМ. ХС и ТГ могут быть умеренно повышены. Этот фенотип ГЛП встречается редко и обычно не ассоциируется с развитием атеросклероза.

Для IIa фенотипа характерно повышение концентрации ХС ЛПНП и ОХС, ТГ находятся в пределах нормы. Этот фенотип довольно распространен в популяции и тесно связан с развитием коронарного атеросклероза.

При IIb фенотипе повышены концентрации ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП. У лиц с этим фенотипом имеет место комбинированная ГЛП, так как повышены концентрации ОХС и ТГ.

III фенотип проявляется повышением ЛППП и, как следствие, ХС и ТГ. Это довольно редкий вид нарушений липидного обмена. Он обычно встречается при определенных метаболических нарушениях — у больных с метаболическим синдромом и сахарным диабетом. При подозрении на III фенотип существенным подспорьем является электрофорез сыворотки крови в агарозном геле. На электрофореграмме в этом случае появляется характерная широкая бета-полоса, отражающая высокое содержание в крови ЛППП. Носители III фенотипа имеют высокий риск развития атеросклероза.

Для IV фенотипа характерны повышенная концентрация ЛПОНП и ГТГ.

Это распространенный тип ДЛП, он встречается у 40% больных с нарушениями липидного обмена. В комбинации с низкой концентрацией ХС ЛПВП этот фенотип обладает высокой атерогенностью.

V фенотип встречается редко. Он характеризуется одновременным повышением концентрации ХМ и ЛПОНП, а также ГТГ и умеренным увеличением со-

держания ХС. Обычно не четкой связи между этим фенотипом и развитием атеросклероза. Однако повышенная ГТГ, которая сопутствует этому фенотипу, опасна развитием острого панкреатита.

Классификация ВОЗ не учитывает фенотип, для которого характерно избирательное снижение ХС ЛПВП. Этот фенотип чаще наблюдается у мужчин и сопровождается поражением коронарных и церебральных сосудов.

Важно отметить, что приведенная классификация не дает возможности поставить диагноз заболевания, вызвавшего ДЛП, однако позволяет врачу установить степень ее атерогенности.

Лабораторное обследование больных с дислипидемией

Нарушения липидного обмена проявляются изменениями основных липидных параметров в крови. Наиболее частые из них: ГХС, ГТГ, высокая

концентрация ХС ЛПНП, пониженное содержание ХС ЛПВП. Изменения липидных параметров носят не только количественный, но и качественный характер. Так, например, у больных СД, а нередко и у больных с ИБС, при нормальном значении ХС ЛПНП эти частицы более мелкие и плотные, они легче окисляются и мигрируют в субэндотелиальное пространство, инициируя образование атеросклеротических бляшек.

Для оценки липидного профиля определяют ОХС, ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП; последний рассчитывают по формуле Фридвалда при концентрации ТГ, не превышающей 4,5 ммоль/л (400 мг/дл):

$$\text{ХС ЛПНП} = \text{ОХС} - (\text{ХС ЛПВП} + (\text{ТГ}/2,2) \text{ в ммоль/л})$$

$$\text{ХС ЛПНП} = \text{ОХС} - (\text{ХС ЛПВП} + (\text{ТГ}/5) \text{ в мг/дл})$$

При более высокой концентрации ТГ ХС ЛПНП определяется методом препаративного ультрацентрифугирования. В сомнительных и не совсем ясных случаях для уточнения фенотипа ГЛП используют ультрафорез ЛП сыворотки.

У больных ИБС и ее эквивалентами (периферический атеросклероз, атеросклероз сонных артерий, аневризма брюшного отдела аорты, СД) ОХС должен быть < 4,5 ммоль/л (175 мг/дл), а ХС ЛПНП < 2,6 ммоль/л (100 мг/дл). Отношение $(\text{ОХС} - \text{ХС ЛПВП}) / \text{ХС ЛПВП}$, предложенное академиком А.Н. Климовым 1995, является чувствительным показателем наличия и прогрессирования атеросклероза, а также адекватно проводимой гиполипидемической терапии. Это отношение у больных или у лиц, предрасположенных к ССЗ, не должно превышать 4.

ХС ЛПВП считается отрицательным фактором риска. Нормы этого показателя разнятся для мужчин и женщин. У мужчин этот показатель должен быть равен или лучше превышать 1,0 ммоль/л (40 мг/дл), у женщин — 1,2 ммоль/л (46 мг/дл). Оптимальная концентрация ТГ составляет 1,77 ммоль/л (155 мг/дл).

Выводы. Нарушения липидного обмена являются важным фактором риска развития и прогрессирования различных ССЗ, в первую очередь ИБС. Своевременные, правильные диагностика и интерпретация измененного липидного профиля, оценка сопутствующих факторов риска ССЗ — необходимые условия для организации рациональной профилактики основных ССЗ.

Объектом особого внимания служат больные ИБС с атеросклерозом мозговых и периферических артерий. У

таких пациентов необходимо добиваться оптимизации липидных параметров, в первую очередь ХС ЛПНП и ХС ЛПВП, ТГ. Этой категории больных необходимо назначить гиполипидемические средства.

У больных СД II типа риск развития сосудистых осложнений сопоставим с таковым при ИБС, поэтому они также в подавляющем большинстве случаев требуют безотлагательной терапии по коррекции липидного профиля.

Важным аспектом профилактики ССЗ и атеросклероза служит выявление лиц с нарушенным обменом без клинических ИБС. В этой когорте больных также могут оказаться лица с семейными нарушениями липидного обмена.

Семейная ГХС характеризуется быстрым прогрессированием сосудистых осложнений, такие больные нуждаются в постоянной, часто комбинированной гиполипидемической терапии с привлечением экстракорпоральных методов. Важным моментом в диагностике семейной ГХС рассматривается генетический анализ, который помогает более четко определить прогноз заболевания и сделать выбор рациональной терапии.

Женщины в период менопаузы, пожилые люди, больные с метаболическим синдромом и вторичными ГЛП представляют большую группу населения, в которой часто недооценивается необходимость адекватной гиполипидемической терапии. Сегодня существуют убедительные данные доказательной медицины о необходимости целенаправленного лечения этих категорий населения. Проводя гиполипидемическую терапию ни в коей мере нельзя забывать о коррекции всех других факторов риска: прекращении курения,

оптимизации веса и артериального давления, нормализация уровня глюкозы, достаточная физическая активность — все это обязательные и необходимые компоненты современной терапии, направленной на снижение риска и предупреждение развития основных ССЗ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волкова, Э.Г. Руководство по коррекции липидных нарушений и атеросклероза у больных сахарным диабетом / Э.Г. Волкова. 1995.
2. Климов, А.Н. Обмен липидов и липопротеидов и его нарушения: руководство для врачей / А.Н. Климов, Н.Г. Никольцева. — СПб., 1999.
3. Кухарчук, В.В. Атеросклероз. Актуальные вопросы профилактики и терапии / В.В. Кухарчук // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2003. — № 6. — С.80—85.
4. Липовецкий, Б.М. Клиническая липидология / Б.М. Липовецкий. — СПб.: Наука, 2000.
5. Соколов, Е.И. Диабетическое сердце / Е.И. Соколов. — М.: Медицина, 2002.
6. Томпсон, Г.Р. Руководство по гиперлипидемии / Г.Р. Томпсон. — MSD, 1991.
7. Дудко В.А., Карпов Р.С. Атеросклероз сосудов сердца и головного мозга: монография / В.А. Дудко, Р.С. Карпов. — Томск, 2003.
8. Жданов, В.С. Эволюция и патология атеросклероза у человека / В.С. Жданов, А.М. Вихерт, Н.Г. Стернби. — М.: Триада-Х, 2002.
9. Новые Европейские рекомендации по профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний // Доказательная кардиология. — 2003. — № 2. — С.34—36.
10. Перова Н.В. Новые Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом / Н.В. Перова // Кардиология. — 2004. — № 1. — С.76—82.

© Г.Р. Хузина, Д.Р. Закирова, Э.И. Тухбатуллина, Е.Н. Иксанова, 2013

СИНДРОМ ДРАВЕ

ГУЛЬНАРА РАШИДОВНА ХУЗИНА, канд. мед. наук, доцент кафедры неврологии и реабилитации ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрав России, тел. +7-987-296-43-86, e-mail: gkhuzina@yandex.ru.

ДИЛЯРА РИНАТОВНА ЗАКИРОВА, зав. неврологическим отделением, врач невролог I категории Клинического госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД России по РТ, тел. +7-952-048-98-54).

ЭЛЬВИРА ИЛХАМОВНА ТУХБАТУЛЛИНА, врач-невролог Клинического госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД России по РТ, врач-ординатор кафедры неврологии и реабилитации ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: elvira_nebo@mail.ru

ЕКАТЕРИНА НИКОЛАЕВНА ИКСАНОВА, врач-невролог I категории Клинического госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД России по РТ, тел. +7-906-116-24-21

Реферат. Синдром Драве — это аутосомно-доминантная эпилептическая энцефалопатия детства, которая обусловлена, прежде всего, SCN1A- и PSDH19-мутациями. Хотя синдром Драве является общеизвестным, но причиной острой энцефалопатии являются, по данным по электроэнцефалографии (ЭЭГ), эпилептические приступы, а также структурные аномалии головного мозга. SCN1A-мутации были обнаружены у 25 пациентов (83%). Две SCN1A-мутации больных имели хромосомные транслокации с участием хромосом 9 и X и мутации в PSDH19. Длительные припадки были связаны с острой энцефалопатией, в трех SCN1A-мутациях положительных пациентов. Одно из исследований показало значительное гипоксическо-ишемическое событие во время эпилептического статуса. Более демонстративными оказались два новых стойких неврологических постиктальных дефицита; они оба несли гетерозиготные POLG варианты (p.Trp 748Ser или p.Gly517Val). Склероз гипокампа, или убыток серо-белого вещества головного мозга, локализуется в височной доле и наблюдается у 7 из 18 пациентов, которым проводилась MPT в возрасте до 3 лет (39%). Моторные припадки 15 больных были записаны на видео-ЭЭГ, 12 из них были младше 6 лет, у 11 пациентов (73%) возникали затылочные приступы. Наши данные показывают, что гетерозиготные X и 9 транслокации и редкие POLG-варианты могут изменить клинические особенности синдрома Драве. Последняя может повысить восприимчивость к острой энцефалопатии. Височные нарушения встречаются у пациентов после 3 лет.

Ключевые слова: синдром Драве, SCN1A- и PSDH19-мутация, острая энцефалопатия.

DRAVET SYNDROME

GULNARA R. KHUZINA, DILYARA R. ZAKIROVA, ELVIRA I. TUKHBATULLINA, YEKATERINA N. IKSANOVA

Abstract. Dravet syndrome is an autosomal dominant epileptic encephalopathy of childhood, which is caused mainly by SCN1A- and PSDH19-mutations. Although Dravet syndrome is well recognized, the causes of acute encephalopathy are still elusive, and reported data on ictal electroencephalography (EEG) and structural brain abnormalities scarce. SCN1A-mutations were found in 25 patients (83%). Two SCN1A mutation-negative patients had chromosomal translocations involving chromosomes 9 and X, and one had a mutation in PCDH19. Prolonged seizures were associated with acute encephalopathy in three SCN1A-mutation-positive patients. One showed evidence of a significant hypoxic-ischemic event during status epilepticus. The other two demonstrated new persistent neurologic deficits postictally; they both carried heterozygous POLG variants (p.Trp 748Ser or p.Gly517Val). Hippocampal sclerosis or loss of gray-white matter definition in the temporal lobe was observed in 7 of 18 patients who had MRI after age 3 years (39%). Motor seizures were recorded on video-EEG for 15 patients, of whom 12 were younger than 6 years at recording; 11 patients (73%) showed posterior onsets. Our data imply that a heterozygous X and Y translocation and rare POLG-variants may modify the clinical features of Dravet syndrome. The latter may increase susceptibility for acute encephalopathy. Temporal lobe abnormalities are common in patients imaged after 3 years of age. Focal seizures seem to localize predominantly in the posterior regions in young children with Dravet syndrome.

Key words: Dravet syndrome, focal seizures, SCN1A- and PSDH19-mutations, acute encephalopathy.

Среди патологических состояний у детей раннего возраста особое место занимает судорожный синдром, на долю которого приходится до 10% всех неотложных обращений за медицинской помощью. Этиология судорожного синдрома весьма разнообразна: среди основных причин — воспалительные поражения ЦНС, пороки развития головного мозга, токсикоз, гипертермический синдром, различные метаболические нарушения и др. По данным разных авторов, до 2/3 судорожных припадков у детей приходятся в первые 3 года жизни.

Судорожный синдром по происхождению подразделяют на неэпилептические (вторичный, симптоматический, судорожные припадки) и эпилептические. Неэпилептические припадки могут в дальнейшем стать эпилептическими. Вторичные судорожные (эпилептиформные) припадки чаще наблюдаются у новорожденных и детей раннего возраста. Факторами риска перехода фебрильных судорог в эпилептические являются черепно-мозговая травма; продолжительность судорог составляет более 30 мин и они могут повториться.

Фебрильные судороги наблюдаются у 2—4% детей. Простые (доброкачественные) фебрильные судороги (85% всех случаев) по длительности не превышают 15 мин (если они серийные, то 30 мин), не имеют очаговости. Сложные судороги длятся более 15 мин (серийные — более 30 мин; фебрильный эпилептический статус) и характеризуются очаговостью. Риск повторного фебрильного пароксизма повышается при раннем появлении первичного припадков, его повторяемости и наличии неблагоприятного неврологического фона.

Синдром Драве, или тяжелая миоклоническая эпилепсия детства, — одно из достаточно редких заболеваний, первыми признаками которого являются фебрильные судороги у детей в возрасте до года. Частота встречаемости синдрома Драве составляет менее 1 случая на 40 тыс. населения или, по другим данным, 1 случай на 20 или 30 тыс. Соотношение мальчиков и девочек при данном синдроме составляет 2:1. До настоящего времени в научной литературе описано всего около 400 случаев синдрома Драве, подтвержденных в полном диагностическом объеме.

В 1978 г. впервые было дано описание этого синдрома как отдельной нозологической формы, а в 1989 г. синдром Драве был введен в Международную классификацию эпилепсии (ILAE). В настоящее время есть

доказательства того, что при синдроме Драве имеет место генетическая предрасположенность (натриевые каналопатии).

В соответствии с критериями ILAE синдром Драве относится к рубрике «3. Эпилепсии и синдромы, которые имеют признаки фокальных и генерализованных припадков (G 40.8)», подпункту «3.1. С генерализованными и фокальными припадками», рубрикация «Тяжелая миоклоническая эпилепсия детства». Синдром Драве имеет две формы: первая форма — генерализованная эпилепсия и синдромы, вторая форма — криптогенная или симптоматическая.

Основные критерии диагностики синдрома Драве:

- тип припадков: фебрильные судороги, миоклонические сложные абсансы, сложные парциальные припадки;
- дебют: первый год жизни (пик 5—6 мес); неврологический статус: без патологических изменений; обследование: осмотр кожи, метаболический скрининг, МРТ, генетические тесты, TORCH-инфекции;
- ЭЭГ (иктальная): пик-полипик-волновая активность с частотой до 2 Гц;
- антиэпилептические препараты (АЭП) VPA, TPM, LEV (CBZ, LTG противопоказаны).

Прогноз: резистентность к АЭП, когнитивные расстройства, неврологическая недостаточность [1—3, 5, 6].

В клинической картине на первом году жизни перед дебютом заболевания неврологический статус ребенка — без патологических изменений. Первыми симптомами у пациентов бывают генерализованные или односторонние клонические судороги без предвестников, а миоклонические подергивания или парциальные припадки присоединяются позже.

Судороги по продолжительности могут быть как короткими, так и долгими. В большинстве случаев первые судороги ассоциированы с лихорадкой, фебрильные судороги в этом случае повторяются через 6—8 нед и могут перейти в развернутый эпилептический статус, а в дальнейшем могут повторяться и без лихорадки. Судороги могут быть чисто генерализованными, клоническими, тоническими или односторонними — геми-клоническими. Второй тип судорог — миоклонические, обычно носит генерализованный характер, вовлекая туловище и проксимальные отделы конечностей. Третий тип судорог — это атипичные абсансы, как правило короткие по продолжительности. Четвертый тип при-

падков — сложные парциальные с атоническими или адверсивными феноменами или автоматизмами.

Эпилептический статус при синдроме Драве развивается достаточно часто и может протекать как с судорогами, так и без них. Последний вариант представляет собой нарушение сознания, различное по интенсивности, с наличием фрагментарных и сегментарных миоклоний, иногда сопровождающихся легким повышением мышечного тонуса.

Исход тяжелой миоклонической эпилепсии младенческого возраста неблагоприятный. Все пациенты страдают задержкой умственного развития (в 50% случаев тяжелой) с прогрессирующим ухудшением после 4 лет жизни. У многих детей отмечаются поведенческие аномалии, включая психозы. Летальность очень высока, от 15,9 до 18%. Причинами смерти чаще всего являются несчастные случаи во время припадков, сами припадки, эпилептический статус и интеркуррентные инфекции.

Синдром Драве — тяжелая миоклоническая эпилепсия детского возраста — был описан в 1978 г. В 2002 г. Драве с коллегами обнаружил по меньшей мере 445 случаев данного заболевания.

Заболевание начинается в течение первого года жизни. Развитие ребенка до начала приступов, как правило, нормальное. У пациентов появляются генерализованные или односторонние клонические судороги без предвестников. Миоклонические подергивания или парциальные припадки присоединяются позже. В последующем у детей развивается задержка психомоторного развития и другие неврологические симптомы.

Синдром Драве — редкое заболевание, частота которого составляет менее 1 на 40 тыс. населения (Hurst, 1990). Практически те же данные (1 на 20 тыс. или 30 тыс.) были позднее опубликованы Якобом (Yakoub et al., 1992). Соотношение младенцев мужского пола к младенцам женского составляет 2:1.

У большинства пациентов выявляется мутация в гене SCN1A, которая кодирует вольтаж-зависимые натриевые каналы. Недавно проведенные исследования показали, что у 16% пациентов с негативным результатом мутации в гене SCN1A выявляется и мутация в гене PSDH 19, кодирующем protocadherin-19. Мутация в других генах встречается лишь в незначительной части семей с этим заболеванием. TSPYL4-новый ген-кандидат в локусе 6q16.3-q22.31, идентифицированный в исследовании групп сцеплений.

Симптомы. Первыми появляются клонические судороги, генерализованные или односторонние, часто со сменой сторон. Судороги могут быть короткими или долгими по продолжительности. В большинстве случаев первые судороги ассоциированы с лихорадкой. Фебрильные судороги в этом случае часто повторяются через 6—8 нед и могут перейти в развернутый эпилептический статус. В дальнейшем судороги могут повторяться и без лихорадки. Судороги являются полиморфными при анализе записей видео-ЭЭГ. Они могут быть чисто генерализованными, клоническими или тоническими, или односторонними — гемиклоническими. Начало судорог совпадает с появлением полиспайковой активности на ЭЭГ. Затем разряды вовлекают правое полушарие мозга, со временем распространяясь на левое. После приступа появляется медленно-волновая активность. Чаще всего судороги отличаются клиническими и ЭЭГ-признаками, не позволяющими их классифицировать как генерализованные клонические или тонико-клонические. Они характе-

ризуются клоническим или тоническим компонентом, изначально доминирующим в мышцах головы и лица, вариabельными по локализации, с утратой сознания. Такие судороги также называют «ложно генерализованными» или «нестабильными».

Второй тип судорог — миоклонические. Обычно они носят генерализованный характер, вовлекая туловище и проксимальные отделы конечностей. Они сопровождаются генерализованными спайк-волнами и полиспайковой активностью на ЭЭГ. Иногда они начинаются как фокальные и ограничиваются одной конечностью. Миоклонические подергивания обычно частые, развиваются несколько раз в день. Эти судороги часто сопровождаются межприступными сегментарными миоклонусами.

Третий тип судорог — это атипичные абсансы, короткие, как правило, по продолжительности, с более-менее ритмичными генерализованными спайк-волнами на ЭЭГ.

Четвертый тип припадков — сложные парциальные с атоническими или адверсивными феноменами или автоматизмами. Очень редко эти припадки переходят во вторично-генерализованные.

Эпилептический статус при синдроме Драве развивается достаточно часто и может протекать с судорогами или быть бессудорожным. Последний вариант представляет собой нарушение сознания различной интенсивности с наличием фрагментарных и сегментарных миоклоний, иногда сопровождающихся легким повышением мышечного тонуса. Судороги с конвульсиями могут предшествовать бессудорожному припадку или развиваться по его окончании. Они длятся от нескольких часов до нескольких дней. На ЭЭГ в это время фиксируется диффузная дизритмия, или медленные волны, перемежающиеся с локальными и диффузными спайками. Задержка психомоторного развития наблюдается, обычно начиная со второго года от времени появления припадков. Неврологические симптомы, такие как атаксия и симптомы поражения кортикоспинального тракта, развиваются несколько позже.

Известные в настоящее время локусы связаны с длинным плечом хромосомы 2 и 19. Мутация, вызывающая ГЭФС, происходит в гене SCT1B (хромосома 19q13), который кодирует бета-1-субъединицу вольтажзависимого натриевого канала. Эта субъединица регулирует активность альфа-1-субъединицы, которая формирует ионную пару натриевого канала; таким образом, активность субъединицы бета-1 влияет на натриевый транспорт.

Впоследствии были мутации в функциональных доменах гена SNC1A хромосомы 2q24, что может приводить к снижению инактивации и длительной деполяризации. Подобная ситуация возникает и при мутациях гена SNC4A мышечной ткани, вызывающих некоторые формы миотонии с параличом. Wallace et al. изучили мутации SNC1A и SNC1B у 53 больных ГЭФС. Во всех случаях ЭЭГ была без отклонений или содержала эпилептиформные разряды; у одного пациента имелись когнитивные нарушения. Из всей группы у 17 пациентов не было выявлено мутаций генов SNC1A или SNC1B.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карлов, В.А. Пошаговая терапия эпилептического статуса. Общие рекомендации по дозам и схемам введения / В.А. Карлов. — М., 2009. — С.3

2. Холин, А.А. Злокачественные мигрирующие парциальные приступы младенчества. Клинические наблюдения / А.А. Холин, Е.С. Ильина, Л.М. Колпачки [и др.] // Русский журнал детской неврологии. — 2007. — Т. 2, № 2. — С.25—38.
3. Coppola, G. Migrating partial seizures in infancy: a malignant disorder with developmental arrest / G. Coppola, C. Plouin [et al.] // Epilepsia. — 1995. — Vol. 36, № 10. — P.1017—1024.
4. DeLorenzo, R.J. A prospective, population-based epidemiologic study of status epilepticus in Richmond, Virginia / R.J. DeLorenzo, W.A. Hauser, A.R. Towne [et al.] // Neurology. — 1996. — Vol. 46. — P.1029—1035.
5. Dulac, O. Malignant migrating partial seizures in infancy Epileptic syndromes in Infancy, Childhood and Adolescence / O. Dulac // Eds. J. Roger, M. Bureau, Ch. Dravet [et al.]. — 4-rd ed. — John Libbey, 2005. — P.73—76.
6. Okudo, K. Successful control with bromide of two patients with malignant migrating partial seizures in infancy / K. Okudo, A. Ysuhara, A. Kamei [et al.] // Brain Dev. — 2000. — Vol. 22, № 1. — P.56—59.

© А.А. Шарафеев, А.В. Постников, 2013

КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ СИНДРОМ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА

АЙДАР ЗАЙТУНОВИЧ ШАРАФЕЕВ, докт. мед. наук, зав. кафедрой кардиологии, рентгенэндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ВПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, тел. +7-927-410-93-89, e-mail: aidarch@mail.ru;

АЛЕКСАНДР ВИКТОРОВИЧ ПОСТНИКОВ, врач-хирург отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГАУЗ РКБ МЗ РТ, Казань, тел. +7-960-048-11-98, e-mail: sasha-postnikov@inbox.ru

Реферат. Цель исследования — охарактеризовать основные клинические проявления у пациентов с сочетанными поражениями коронарных и церебральных артерий. **Материал и методы.** Был проведен анализ литературных данных по распространенности и основным клиническим проявлениям у пациентов с сочетанными поражениями коронарных и церебральных артерий. **Результаты.** Описаны основные клинические проявления кардиоцеребрального синдрома в зависимости от степени поражения коронарных и прецеребральных артерий. **Заключение.** Учитывая высокую распространенность сочетанных поражений коронарных и церебральных артерий, вопрос требует дальнейшего и пристального изучения.

Ключевые слова: кардиоцеребральный синдром, атеросклероз, мозговая недостаточность.

CARDIOCEREBRAL SYNDROME. THE MODERN CONDITION OF THE QUESTION

AYDAR Z. SHARAFEEV, ALEXANDR V. POSTNIKOV

Abstract. The purpose of the study. Describe the main clinical manifestations in patients with combined lesions of the coronary and cerebral arteries. **Material and methods.** In a review of published data on the prevalence and the main clinical manifestations in patients with combined lesions of the coronary and cerebral arteries. **Results.** The basic cardiocerebral syndrome clinical manifestations depending on the degree of coronary and cerebral arteries. **Conclusion.** Given the high prevalence of associated lesions of the coronary and cerebral arteries, and requires further scrutiny.

Key words: cardiocerebral syndrome, atherosclerosis, brain insufficiency.

Широкая распространенность атеросклероза и его клинических проявлений в двадцать первом веке остается одной из главных проблем здравоохранения индустриально развитых стран. Будучи системным заболеванием, атеросклероз, зачастую, приводит к одновременному поражению сосудов различной локализации. Основными мишенями поражения атеросклеротического процесса являются крупные артерии головного мозга, сердца, нижних конечностей, причем первые проявления атеросклероза определяются нередко в молодом возрасте [9, 17, 19]. В России уровень сердечно-сосудистых заболеваний остается стабильно высоким, а в структуре заболеваемости и смертности, болезни, связанные с атеросклерозом, занимают большую долю, чем все злокачественные заболевания, травмы и несчастные случаи [1, 3, 4, 13, 14, 16, 20, 21].

По прогнозам ООН, в 2025 г. численность людей старше 60 лет превысит 600 млн, что составит более 15% всего населения планеты. В европейской части России и ее крупных городах уже сейчас количество пожилых людей приближается к 20%. Именно в пожилом возрасте наиболее часто диагностируют сосудистые

заболевания головного мозга, кардиальную патологию (в частности, ишемической болезни сердца (ИБС)) и их сочетание, приводящие к когнитивным нарушениям (КН) различной степени выраженности: от легких до выраженных. Согласно паталого-атомическим данным, почти у 100% населения старших возрастных групп имеется атеросклеротическое поражение сосудов [8]. Следовательно, количество клинических проявлений атеросклероза будет неуклонно расти вверх.

Частота сочетанных (мультифокальных) атеросклеротических поражений сосудов различных артериальных бассейнов составляет до 90%. [18, 19]. Еще Bachmann (1979) изучая частоту сочетанных поражений атеросклерозом с использованием метода тотальной ангиографии у 2427 больных ИБС, установил, что коронарные сосуды (КС) при ИБС поражались в 100% случаев, брахиоцефальные — в 16,2%, брюшная аорта — в 39%, бедренные артерии — в 58,4%, артерии таза — в 39% случаев [18].

Сердце и головной мозг являются взаимосвязанными органами-мишенями сосудистой патологии, клинические варианты которой (ИБС, мозговой инсульт) продолжают лидировать в структуре причин смертности

населения развитых стран [20]. Именно поэтому проблеме сочетанной цереброваскулярной и коронарной недостаточности в последнее время уделяется большое внимание [11, 14, 20]. Еще в семидесятих годах прошлого столетия в работах Н.К. Боголепова и его сотрудников началось изучение основных механизмов кардиocereбральных взаимоотношений при сосудистых заболеваниях головного мозга [18]. С 1960-х гг. стало развиваться научно-прикладное направление кардионеврологии, разделившееся на два самостоятельных течения: изучение кардиальной патологии, развивающееся на фоне поражения мозга, и патологии центральной нервной системы, развивающееся на фоне сердечно-сосудистых заболеваний [18].

По данным ряда авторов, у 90% больных ИБС в возрасте 60—85 лет выявляются атеросклеротические поражения сосудов головного мозга [14]. Диагностика церебрального атеросклероза, зачастую, осуществляется ретроспективно, после того, как возникает такое грозное осложнение, как острое нарушение мозгового кровообращения, или клинические проявления хронической сосудистой мозговой недостаточности становятся драматичными и, зачастую, необратимыми, вплоть до развития сосудистой деменции.

При подробном обследовании более 1000 больных ишемической болезнью головного мозга, у большинства пациентов отмечено поражение коронарных артерий, у 37% больных с атеросклеротическим стенозом внутренней сонной артерии (ВСА) — коронарная недостаточность [19].

При секционном исследовании частота сочетанных расстройств мозгового и коронарного кровообращения составила 47,7%, а по данным литературы, у 28% больных инфарктом миокарда выявлялись мозговые сосудистые расстройства [16].

В результате многочисленных эпидемиологических исследований выявлена прямая связь каротидного атеросклероза и риска развития цереброваскулярных и кардиальных осложнений и показано, что наличие атеросклеротических изменений в сонных артериях является предиктором сопутствующего атеросклероза КА [2, 14, 19].

Данные многочисленных исследований показали, что существует корреляционная связь между степенью выраженности атеросклероза каротидных и коронарных артерий [2]. С одной стороны, распространенный коронарный атеросклероз свидетельствует о высокой вероятности наличия патологии сосудов питающих головной мозг [14], а с другой — атеросклеротический стеноз экстракраниального отдела ВСА указывает на наличие атеросклеротического поражения сосудов другой локализации и повышенный риск осложнений коронарного атеросклероза [6, 12].

По данным НИИ неврологии РАМН, у 84,1% больных с атеросклеротическим стенозом ВСА диагностирована ИБС, а у 78% пациентов с коронарным атеросклерозом выявлялись атеросклеротические бляшки во ВСА [17].

Была выявлена зависимость между частотой стенозирования церебральных и коронарных артерий в результате патоморфологического исследования магистральных артерий головы (МАГ) и КА у лиц, скончавшихся от хронических форм ИБС и сочетанных кардиocereбральных расстройств. В 34,6% случаев обнаружено стенозирование экстракраниальных артерий. В 20—46% случаев встречается сочетанный атеросклероз мозговых и коронарных артерий [14].

Таким образом, многие авторы отмечают высокую частоту сочетанных стенотических поражений у больных с мультифокальным атеросклерозом. Однако вопрос ранней диагностики кардиocereбрального синдрома (КЦС) до сих пор является актуальным. Это связано с разнообразными клиническими проявлениями атеросклероза, и как следствие направление пациента к профильному специалисту, с последующей диагностикой и лечением в рамках целевого бассейна.

Клинические проявления кардиocereбрального синдрома

Клинические проявления КЦС весьма многообразны. При хроническом течении взаимосвязанных заболеваний нередко ИБС протекает в сочетании с клинически бессимптомным атеросклерозом мозговых артерий, преходящими эпизодами ишемии мозга, и наоборот, безболевая ишемия миокарда сопутствует клиническим и морфофункциональным проявлениям нарушений мозгового кровообращения. По данным большинства авторов больные с поражением брахиоцефальных артерий (БЦА) имеют клинически и ангиографически более тяжелую картину ИБС, чем пациенты с изолированной коронарной патологией.

Объяснением более тяжелого течения инсульта у больных с ИБС и возникновением декомпенсации ИБС после перенесенного инсульта является наличие единого патогенетического механизма, лежащего в основе развития ИБС и цереброваскулярной патологии [7, 13, 18].

Сравнительное изучение функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных ИБС с сопутствующим церебральным атеросклерозом выявило снижение толерантности к физической нагрузке в отличие от пациентов без церебрального атеросклероза [6].

О.Е. Дубенко, обследовав больных с ишемическим инсультом, геморрагическим инсультом и субарахноидальным кровоизлиянием, провела анализ структуры отклонений ЭКГ на момент поступления больных в стационар, что позволило выявить следующие особенности: у больных с геморрагическим инсультом и субарахноидальным кровоизлиянием, чаще, чем в других группах отмечалось удлинение интервала QT, а также замедление атриовентрикулярной проводимости; у больных с ишемическим инсультом преимущественно отмечался отрицательный зубец Т (40%), а также неспецифические изменения сегмента QT (60%) [12].

Наблюдения показали, что при острых нарушениях мозгового кровообращения часто возникают острые кардиальные дисфункции [8, 12], в то же время острая коронарная патология, инфаркт миокарда нередко сопровождаются последующим развитием инсультов [10, 11]. Также отмечалось сочетание одновременное развитие мозговой и сердечной катастроф [15]. Е.И. Гусев и др. выявили взаимосвязи церебральной и центральной гемодинамики в остром периоде вертебрально-базилярного инсульта, выражающиеся в снижении мозгового кровообращения не только в бассейне ПА, но и в целом, при одновременном увеличении показателей насосной функции сердца в первые сутки мозговой катастрофы [8]. По данным А.Н. Евдокименко, Т.С. Гулевской (2008) результаты аутопсии у больных с инфарктами мозга, развившемся на фоне атеросклероза, демонстрируют наличие поражения КА в 75% случаев, что во многом играет решающую роль в течении и исходах ишемического инсульта [6, 7]. Также у

больных с ишемическим инсультом, в 4% развивается острый инфаркт миокарда [5].

На сцинтиографии у 25—70% пациентов с ЦВБ обнаруживаются изменения ЭКГ и снижение миокардиальной перфузии [2, 18].

При анализе летальности больных, перенесших в прошлом каротидную энтертерэктомия, выявлено, что частота наступления смерти вследствие нарушения мозгового кровообращения (19%) уступает такой вследствие патологии сердца (50—70% случаев) [7, 12].

Понижение возбудимости высших центров и восприятия болевой чувствительности в результате сосудистого повреждения может иметь существенное значение в патогенезе малосимптомного течения ИБС и, в частности, в развитии безболевых ИМ [13]. Подтверждением служат клинические наблюдения, демонстрирующие длительное купирование тяжелой стенокардии у больных после перенесенного мозгового инсульта. В этих случаях субъективное улучшение течения ИБС обманчиво, что чревато неадекватной медикаментозной коррекцией. Помимо расстройства нервно-рефлекторных механизмов мозгового кровообращения при ИБС, большое значение имеет снижение насосной функции сердца, нарушения системной гемодинамики, циркуляторная гипоксия, гуморальные, метаболические и гемореологические сдвиги [22].

Выраженное атеросклеротическое поражение сосудов сердца, как правило, проявляется клинически ярче, по сравнению с атеросклеротическим поражением экстракраниальных артерий, в связи с чем, раньше и эффективнее диагностируется. Большая часть больных со стенозом церебральных артерий (от 66 до 84%) страдают ИБС [19, 20]. По данным аутопсии отмечается ведущая роль стенозирующего коронарного атеросклероза, как причина смерти у больных с ишемическим инсультом, при этом стенозы мозговых артерий более 50% выявляются лишь в 27% случаев, а стенозы КА > 50% — в 51% [2].

По данным А.А. Воркушина (2011) наиболее частыми клиническими проявлениями цереброваскулярной патологии у больных с сочетанными поражениями БЦА и КА, являются: координаторные нарушения (47%), в виде вестибуло-атактического синдрома (38%), кохлеарные нарушения (47%), вегетативные нарушения (46,2%), синдром пирамидной недостаточности (45%), чувствительные нарушения (33,6%), рефлексы орального автоматизма (33,6%). Несколько реже диагностируются амиостатические синдромы (16,8%), синдромы глазодвигательных нарушений (16,8%), речевые нарушения (12,6%), двигательные нарушения в виде парезов центрального типа (11,8%), псевдобульбарные нарушения (5,9%).

При сравнительном анализе выраженности неврологической симптоматики в зависимости от степени поражения КА по данным коронароангиографии, у пациентов с выраженным поражением КА, достоверно чаще, чем у пациентов группы сравнения, диагностируются координаторные, чувствительные, кохлеарные, вегетативные нарушения, а также явления пирамидной недостаточности ($p > 0,05$) [22].

В результате неврологического обследования клинической группы больных ИБС выявляются заболевания, являющиеся следствием поражения церебральных сосудов: начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения, дисциркуляторные энцефалопатии I и II стадий. По данным Б.В. Симоненко

(2008) выявлено, что у 10,9% пациентов с ИБС клинических данных, свидетельствующих о наличии сосудистого поражения головного мозга не выявлено, у 11,8% обследованных обнаружены преходящие нарушения мозгового кровообращения, 30,3% больных имели диагноз дисциркуляторной энцефалопатии I стадии, 47,1% пациентам был выставлен диагноз дисциркуляторной энцефалопатии II стадии.

Снижение сократительной функции миокарда также является характерной особенностью больных с сочетанным поражением коронарно-церебрального русла. При множественном поражении БЦА отмечается более тяжелая картина поражения коронарного бассейна по ряду показателей. Больные с множественным поражением БЦА имеют большую частоту постинфарктного кардиосклероза и сниженной ФВ ЛЖ и, как следствие, проявлений сердечной недостаточности. Кроме того, в этой подгруппе отмечается более высокая частота встречаемости поражений артерий дистального коронарного русла. У больных с интракраниальным поражением БЦА клиника ИБС отличалась большей частотой острых нарушений коронарного кровообращения и поражения основного ствола ЛКА. Поражение дистального коронарного русла и признаки сердечной недостаточности в этой группе встречались несколько реже, чем у больных с экстракраниальным поражением БЦА.

Для атеросклеротического поражения сосудистого русла характерно развитие гиперкоагуляционного синдрома. Клиническая картина гиперкоагуляционного синдрома неспецифична. Могут наблюдаться тяжесть в голове, иногда головные боли, признаки эмоциональной и психической заторможенности, быстрая утомляемость и слабость. В основе формирования гиперкоагуляционного синдрома лежит активация по тем или иным причинам механизмов свертывания крови при сохраненном сбалансированном противодействии противосвертывающих систем. Особенностью течения гиперкоагуляционного синдрома при атеросклерозе является течение его на фоне повреждения эндотелия (эндотелиопатии), который наблюдается в результате качественной неполноценности эндотелиальных клеток.

Другим важным обстоятельством является отмеченная некоторыми исследователями высокая частота сопутствующей патологии у больных с поражением БЦА. Сопутствующая язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит, хронический колит могут быть связаны с ишемией органов у больного мультифокальным атеросклерозом в результате атеросклеротического поражения висцеральных артерий.

Таким образом, существует определенный параллелизм между тяжестью поражения КА и БЦА у больных с сочетанной патологией. В целом поражение двух сосудистых бассейнов повышает вероятность поражения третьего бассейна.

Факторы возникновения кардиоцеребрального синдрома:

Основными факторами развития КЦС у больных с сочетанным атеросклерозом церебральных и коронарных артерий являются:

1. Возраст. Среди населения старших возрастных групп атеросклеротические изменения сосудов имеют наибольшее распространение. Так у людей с анамнезом ИБС в возрасте 35—55 лет КФ хуже, чем

у их сверстников без соответствующего анамнеза. С возрастом отмечается увеличение частоты и степени выраженности каротидного атеросклероза, увеличение размеров толщины интима-медии, изменение сосудистой реактивности.

2. Пол. Атеросклероз магистральных артерий чаще встречается у мужчин, чем у женщин, причем у мужчин на 10 лет раньше, чем у женщин отмечается начало развития и прогрессирования ИБС.

3. Гиперлиппротеинемия. Гиперлиппротеинемия является основным фактором развития атеросклеротического поражения. По мнению ученых из Leiden University Medical Center (Нидерланды, 2002) низкий уровень в крови липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) увеличивает риск КН у пожилых даже при отсутствии у них заболеваний сердца. При изучении уровня ЛПВП в крови мужчин и женщин пожилого возраста (561 пациент) было установлено, что вероятность развития деменции у лиц с низким содержанием ЛПВП увеличивается в 2 раза. У лиц с уже диагностированными заболеваниями сердца при низком уровне ЛПВП в крови риск развития КН возрастает в 4 раза по сравнению с больными, имеющими их высокий уровень. Ученые предполагают, что ЛПВП помогают замедлить снижение умственных способностей путем предотвращения развития атеросклеротических бляшек на стенках сосудов и уменьшения воспаления в веществе мозга. В результате проведенных крупных клинических исследований (4S, CARE, LIPID, PROSPER, M1RACL) показано достоверное снижение риска общей смертности на 9—30% и смертности от ИБС на 20—42%, снижение риска сердечно-сосудистых событий на 24—34% [14, 20].

4. Артериальная гипер- и гипотензия. АГ является независимым фактором риска развития КЦС сосудистого генеза [7]. АГ оказывает неблагоприятное влияние на течение атеросклеротического процесса, способствуя его более раннему развитию и более быстрому прогрессированию [4]. С другой стороны, АГ может оказывать определенное компенсирующее влияние в условиях атеросклеротического поражения экстра- и интрацеребральных, коронарных артерий, снижения сердечного выброса путем увеличения перфузии в головном мозге [2, 14]. Не менее значимым фактором риска развития КН сосудистого генеза является артериальная гипотензия. Низкое системное АД может играть непосредственную роль в развитии деменции путем нарушения церебральной перфузии и развития неполных инфарктов в бассейнах, кровоснабжаемых стенозированными сосудами. Нарушение нормального двухфазного суточного ритма АД и избыточное снижение АД в ночное время (свыше 20%) ассоциируется с формированием «немых» церебральных очаговых ишемических изменений, выявляемых при МРТ. Прогностическое значение подобных изменений заключается в том, что «немые» инфаркты мозга сопряжены с более высоким риском развития деменции, чем клинически выраженное ОНМК [14].

5. Фибрилляция предсердий. У 30—50% людей пожилого и старческого возраста встречается нарушение сердечного ритма [4]. Некоторые формы аритмий наиболее неблагоприятны в отношении быстрого прогрессирования церебральной и коронарной недостаточности в пожилом и старческом возрасте. Постоянная фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее опасной в отношении возможного развития

тромбоэмболии сосудов головного мозга [4]. Так около 50% кардиоэмболических инсультов возникает на фоне ФП [13]. Число больных, у которых мозговой инсульт связан с ФП, возрастает от 7% — у лиц в возрасте 30—59 лет до 36% — у лиц 80—90-летнего возраста. Постоянная форма ФП является предиктором развития КН [4, 13]. Когнитивная дисфункция при ФП обусловлена множественными кардиоэмболиями, что усугубляет церебральную гипоперфузию [11]. По результатам проспективного популяционного исследования Yoko Miyasaka с 1980 по 2000 г. заболеваемость ФП увеличилась на 12,6%. В 2050 г. в США прогнозируется увеличение числа больных ФП до 15 млн.

6. Хроническая сердечная недостаточность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) характеризуется снижением насосной функции сердца, что приводит к уменьшению кровоснабжения органов, в том числе и головного мозга, сначала при дополнительной нагрузке, а затем и в покое [6]. ХСН II стадии проявляется выраженной одышкой и тахикардией, которые обнаруживают при очень легкой физической нагрузке или становится даже постоянными. Результаты голландского исследования от 2007 г., показали, что у пациентов с застойной сердечной недостаточностью часто встречается снижение КФ, что может объяснить низкую комплаентность терапии у данной группы больных. В основе возникновения КН у пациентов с сердечной недостаточностью, также как и при ФП, могут лежать, как повторные эпизоды кардиоэмболий, так и сниженный мозговой кровоток. Точный вклад каждого из этих факторов у пациентов пожилого возраста оценить крайне сложно. У пожилых больных с сердечной недостаточностью КН выявляется в 53—58% случаев, причем они нередко являются причиной инвалидизации больных, а их выраженность коррелирует со степенью левожелудочковой недостаточности и, вероятно, обусловлена хронической церебральной гипоперфузией. Нарастание КН у пожилых больных с сердечной недостаточностью сопровождается увеличением частоты встречаемости депрессии, что дает некоторые основания для обсуждения КН в контексте «депрессивной псевдодеменции», либо параллельного нарастания когнитивных и эмоционально-личностных нарушений у данной категории больных [18].

7. Аффективные расстройства. В условиях хронического психосоциального стресса высокого и среднего уровня в настоящее время живет 70% населения развитых стран [8]. В результате проспективных контролируемых исследований было установлено наличие достоверной взаимосвязи между депрессией и последующим развитием ИБС [4, 11]. При аффективных нарушениях отмечается изменение активности симпатико-адреналовой, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем организма, что закономерно сопровождается изменением углеводного, белкового, липидного обмена, прокоагулянтными сдвигами гемостаза, нарушением функции эндотелия сосудов. Все эти нарушения могут приводить к усилению прогрессирования атеросклероза, повышению тонуса коронарных сосудов, увеличению нестабильности атеросклеротических бляшек, склонностью к тромбообразованию и способствовать утяжелению течения ИБС, а это, в свою очередь, по принципу обратной связи, к ухудшению КФ.

8. Курение. Длительное курение приводит к нарушению синтеза простагличина клетками эндотелия и

повышению продукции тромбосана B_2 -тромбоцитами, что в свою очередь усиливает вазоконстрикторные реакции, увеличивает риск тромбообразования и способствует прогрессированию атеросклероза [6, 17]. В результате клинических исследований показано, что у курильщиков скорость прогрессирования каротидного атеросклероза выше, чем у некурящих людей [1, 3, 8]. Курение также является независимым фактором риска развития инфаркта миокарда [7]. У 50% курящих в пожилом и старческом возрасте инфаркт миокарда связан с влиянием курения.

9. Прием нитратов. Регулярный прием нитратов, оказывающих позитивное действие на кровоснабжение миокарда, может отрицательно влиять на церебральную гемодинамику путем шунтирования крови из общей сонной артерии через систему артерио-венозных анастомозов и вен-эмиссарии в вены полости черепа, негативно влияя на церебральную перфузию. Особенно выражены указанные нарушения у пациентов с нарушенной ауторегуляцией мозгового кровотока, стенозирующими атеросклеротическими поражениями экстра — и интракраниальных сосудов [21].

Все вышеописанное свидетельствует о мультифакторном патогенезе коронарной и церебральной симптоматики у больных с сочетанным атеросклерозом церебральных и коронарных артерий. Вполне очевидно, что сочетанное атеросклеротическое поражение сосудов, питающих такие жизненно важные органы, как сердце, головной мозг, являются прогностически неблагоприятными. Не упрощая сложности причинно-следственных связей между сосудистыми заболеваниями, следует заметить, что чаще всего эти заболевания развиваются параллельно под влиянием единых патологических факторов. В одних случаях, ведущую роль играют общие или регионарные гемодинамические нарушения, в других — АГ, в третьих — прогрессирование атеросклероза. В структуре больных с кардиоцеребральным синдромом можно выделить две основные группы пациентов: с преимущественными коронарными и с преимущественными церебральными проявлениями заболевания.

Учитывая чрезвычайную высокую распространенность и важность своевременной диагностики и максимально ранней коррекции коронарной недостаточности и сосудистой деменции у данной группы пациентов, вопрос требует дальнейшего и пристального изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенов, В.А. Новые практические рекомендации по коррекции гиперхолестеринемии АТР III — научно обоснованный алгоритм снижения коронарного риска / В.А. Аксенов, А.Н. Тиньков // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2002. — № 2. — С.87—95.
2. Багаева, Н.Е. Влияние длительного активного наблюдения и лечения пациентов с артериальной гипертензией на развитие и исход различных типов острых нарушений мозгового кровообращения: автореф. дис. ... канд. техн. наук / Н.Е. Багаева. — М., 2008. — 24 с.
3. Верещагин, Н.В. Профилактика острых нарушений мозгового кровообращения: теория и реальность / Н.В. Верещагин, Ю.А. Варакин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1996. — Т. 96, № 5. — С.5—9.
4. Верещагин, Н.В. Профилактика острых нарушений мозгового кровообращения / Н.В. Верещагин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова (прил. Инсульт). — 2003. — С. 8.

5. Гнедовская, Е.В. Тромбозмобилиа легочной артерии и ее ветвей у больных с тяжелыми супратенториальными инфарктами, находящихся на искусственной вентиляции легких / Е.В. Гнедовская, Т.С. Гулевская, М.А. Пирадов // Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии: Всерос. науч.-практ. конф.: тез. докл. — СПб., 2003. — С.14.
6. Гулевская, Т.С. «Симптомные» и «асимптомные» атеросклеротические бляшки внутренней сонной артерии / Т.С. Гулевская, В.А. Моргунов, Н.В. Верещагин // Неврологический журнал. — 1999. — № 2. — С.12—17.
7. Гулевская, Т.С. Морфологическая структура атеросклеротических бляшек синуса внутренней сонной артерии и их ультразвуковая характеристика / Т.С. Гулевская, В.А. Моргунов, // Ультразвуковая и функциональная диагностика. — 2004. — № 4. — С.68—77.
8. Гусев, Е.И. Современные представления о лечении острого церебрального инсульта / В.А. Гусев, В.И. Скворцова // Русский медицинский журнал. — 2000. — Т. 2. — С.225.
9. Дамулин, И.В. Болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция / И.В. Дамулин; под ред. Н.Н. Яхно; — М., 2002. — 85 с.
10. Долгов, А.М. Морфофункциональная характеристика миокарда при острой ишемии мозга / А.М. Долгов, А.А. Стадников; // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1994. — № 2. — С.38—40.
11. Долгов, А.М. Церебро-кардиальный синдром при ишемическом инсульте / А.М. Долгов // Вестник интенсивной терапии. — 1995. — № 2. — С.15—18.
12. Дубенко, О.Е. Кардиальная дисфункция при остром мозговом инсульте / О.Е. Дубенко // Здоровье Украины. — 2007. — № 21/1. — С.79.
13. Константинов, В.В. Сравнительная характеристика распределения липидного состава крови и распространенности гиперхолестеринемии у мужчин 20—54 лет в некоторых городах СНГ и Эстонии / В.В. Константинов, Г.С. Жуковский, Т.Н. Тимофеева // Терапевтический архив. — 1993. — № 1. — С.6—13.
14. Кухарчук, В.В. Атеросклероз. Актуальные вопросы профилактики и терапии / В.В. Кухарчук // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2003. — № 6. — С.80.
15. Мякотных, В.С. Нейрососудистая гериатрия / В.С. Мякотных, А.С. Стариков, В. И. Хлызов. — Екатеринбург: УИФ Наука, 1996. — 320 с.
16. Оганов, Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в России: успехи, неудачи, перспективы / Р.Г. Оганов // Терапевтический архив. — 2004. — № 6. — С.22—24.
17. Сви́стов, Д.В. Хирургическое лечение атеросклеротических поражений артерий каротидного бассейна (диагностика, показания, противопоказания, перспектива) / Д.В. Сви́стов // Неврологу от других специалистов. — 2005. — Т. 1, № 1. — С.59.
18. Симоненко, Б.В. Превентивная кардионеврология / Б.В. Симоненко, Е.А. Широков. — СПб.: Фолиант, 2008. — 224 с.
19. Скрылев, С.И. Хирургическое лечение множественных атеросклеротических поражений различных артериальных бассейнов / С.И. Скрылев, В.Л. Щипакин, А.Ю. Кошечев, Н.А. Назарова // Атмосфера. Нервные болезни. — 2009. — № 1.
20. Суслина, З.А. Атеросклероз и ишемические нарушения мозгового кровообращения / З.А. Суслина, М.М. Танашян, О.В. Лагода // Атеротромбоз. — 2009. — № 2. — С.60—67.
21. Суслина, З.А. Современное состояние и перспективы кардионеврологии / З.А. Суслина, А.В. Фоякин, М.А. Пирадов // Кардионеврология: аналитический обзор I Национального конгресса. — М., 2008.
22. Шульга, А.Л. Артериальная гипертензия и атеросклеротический стеноз сонных артерий / А.Л. Шульга, Н.И. Гайдукова, Е.В. Трофимов, Х.А. Хардава // Материалы 9-го конгресса РОХМИЭ. — Суздаль, 2008. — С.126.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ПОЛИКЛИНИКИ ФКУЗ «МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ МВД РОССИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН» В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ XXVII ВСЕМИРНОЙ ЛЕТНЕЙ УНИВЕРСИАДЫ 2013 ГОДА В ГОРОДЕ КАЗАНИ

ИРИНА НИКОЛАЕВНА ГАЗЕТОВА, врач-хирург поликлиники ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД РФ по Республике Татарстан», тел. (843)291-37-11

ЛАЙСАН РАФКАТОВНА ГИНЯТУЛЛИНА, зам. начальника — врач организационно-методического и лечебно-профилактического отдела ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД РФ по Республике Татарстан», тел. (843)291-31-49, e-mail: 1610med@mail.ru

НАИЛЬ БАГАУВИЧ АМИРОВ, докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, тел. (843)291-26-76, e-mail: namirov@mail.ru

ЕКАТЕРИНА МИХАЙЛОВНА СОЛОЕД, врач-статистик поликлиники ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД РФ по Республике Татарстан», тел. (843)291-37-11

Реферат. В работе отражены основные показатели работы хирургического кабинета по приёму больных хирургического профиля в период подготовки и проведения XXVII Всемирной летней универсиады 2013 г. в городе Казани с 5 июня 2013 г. по 19 июля 2013 г.

Ключевые слова: хирургическая патология, анализ заболеваемости, Универсиада, заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ВУТ).

ANALYSIS OF SURGICAL DEPARTMENT BEFORE AND DURING THE XXVII WORLD SUMMER UNIVERSIADE 2013 IN THE CITY OF KAZAN

IRINA N. GAZETOVA, LAYSAN R. GINIYATULLINA, NAIL B. AMIROV, EKATERINA M. SOLOED

Abstract. In this article represented the main indicators of the surgical department to acceptance surgical patients during the period of training and the XXVII World Summer Universiade 2013 in the city of Kazan from 05.06.2013 till 19.07.2013.

Key words: surgical pathology, analysis of incidence, the Universiade, morbidity with temporary disability.

Введение. В период подготовки и проведения XXVII Всемирной летней универсиады 2013 г. в городе Казани с 5 июня 2013 г. по 20 июля 2013 г. в хирургическом кабинете поликлиники ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД РФ по Республике Татарстан» была оказана специализированная помощь 237 больным хирургического профиля.

Всего на Универсиаду в г. Казань прибыли в составе сводных отрядов 12 485 сотрудников из числа приданных сил. За медицинской помощью обратились в поликлинику ФКУЗ «МСЧ МВД РФ по РТ» 592 сотрудника, из них 237 пациента в хирургический кабинет (40% всех обращений). Хирургический кабинет поликлиники имеет общую площадь 60 м² и состоит из 3 комнат: 2 перевязочные (чистая и гнойная) и 1 комната для приема больных.

Материал и методы. Помощь оказана 237 пациентам, рассмотрено 43 случая с временной утратой трудоспособности (ВУТ), изучены амбулаторные карты пациентов, проанализированы статистические талоны для записи заключительных (уточнённых) диагнозов (уч. ф. № 025/29) и отчетная документация (уч. ф. № 7.12).

Результаты и их обсуждение. Пациентам проводились лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые исследования по показаниям. Структура обращений представлена в табл. 1.

Таблица 1

Структура обращений в хирургический кабинет

Класс болезней	Кол-во обращений	
	В абс. числах	Уд. вес в %
Болезни системы крово-обращения	8	3,4
Болезни органов пищеварения	17	7,2
Болезни кожи и подкожной клетчатки	71	29,9
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	21	8,9
Болезни мочеполовой системы	9	3,8
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	111	46,8
Всего	237	100

Вывод. В структуре обращений на 1-м месте — травмы (46,8%), на 2-м месте — болезни кожи и подкожной клетчатки (29,9%), на 3-м месте — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,9%), на 4-м месте — болезни органов пищеварения (7,2%), на 5-м месте — болезни мочеполовой системы (3,8%) и на 6-м месте — болезни системы кровообращения (3,4%) (табл. 2).

Таблица 2
**Заболеваемость с временной утратой
трудоспособности по профилю хирургической
патологии**

Класс болезней	В абс. цифрах/ на 100 работающих	Уд. вес в %
1-е место — травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	23/0,2	53,6
2-е место — болезни кожи и подкожной клетчатки	11/0,09	25,6
3-е место — болезни органов пищеварения	5/0,04	11,6
4-е место — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2/0,02	4,6
5-е место — болезни мочеполовой системы	1/0,01	2,3
6-е место — болезни системы кровообращения	1/0,01	2,3
Итого	43/0,3	100

Заболеваемость с ВУТ составила 43 случая и 342 дня ВУТ, что на 100 работающих соответственно составило 0,3 в случаях и 2,7 в днях ВУТ. Средняя длительность 1 случая ВУТ составила 7,9 дня.

За период подготовки и проведения универсиады выполнено 15 экстренных оперативно-амбулаторных вмешательств. Госпитализировано 29 человек — (12,2% от числа обращений) в клинический госпиталь МСЧ МВД РФ по РТ и 6 человек (2,5%) в другие лечебные учреждения.

© Ф.И. Ишкинцев, 2013

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ГРАЖДАН, ПОСТУПАЮЩИХ В ОРГАНЫ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ (по материалам деятельности ВВК ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан»)

ФАРИД ИРЕКОВИЧ ИШКИНЦЕВ, зам. начальника медико-санитарной части, начальник Военно-врачебной комиссии ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан», тел. 8-(843) 291-21-42, e-mail: ifi2001@mail.ru

Реферат. В статье анализируется динамика численности здоровых кандидатов на службу в МВД по Республике Татарстан. Определяются проблемы, тенденции и содержание общего количества заключений выносимых ВВК МСЧ МВД РФ по РТ за 2008—2012 гг. Реализуется сравнительная стратегия: сопоставляются данные, касающиеся ситуации в РТ, с обстановкой в Приволжском федеральном округе и в МВД России в целом. Определяются направления совершенствования деятельности ВВК.

Ключевые слова: органы внутренних дел, динамика численности личного состава, медицинское освидетельствование, структура заболеваемости, военно-врачебная комиссия.

REGARDING THE ISSUE OF MEDICAL EXAMINATION OF APPLICANTS TO THE INTERNAL AFFAIRES OFFICE (based on the data of the activity of Military-Medical Committee of Internal Affairs office in the Republic of Tatarstan)

FARID I. ISHKINEEV

Abstract. The dynamics of number of staff of Internal Affairs office in the Republic of Tatarstan is analyzed in the article. The problems, tendencies and the consent of all the decisions made by the Military-Medical Committee in 2008—2012 are defined. The comparison strategy is used in the article, the situation in the Republic of Tatarstan is compared to the situation in other regions and the situation in Russia in general. The directions of the further amendments of Military-Medical Committee are being determined.

Key words: Internal Affairs office, dynamics of number of staff of Internal Affairs office, medical examination, illness structure, Military-Medical Committee.

Заключение. Анализ работы хирургического кабинета в период подготовки и проведения XXVII Всемирной летней универсиады 2013 г. в городе Казани показал, что в общей структуре обращений доля хирургических больных составила 40%. В структуре обращений на 1-м месте — травмы (46,8%), на 2-м месте — болезни кожи и подкожной клетчатки (29,9%), на 3-м месте — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,9%). Средняя длительность 1 случая ВУТ составила 7,9 дня.

Проблемные вопросы:

- слабое звено в работе составил учет документации, не было единой электронной формы учета подачи сведений;

- в составе сводных отрядов прибыли сотрудники с хроническими заболеваниями в стадии обострения, что требует качественного проведения предварительных медицинских осмотров перед отправкой в служебные командировки вне мест постоянной дислокации;

- учитывая большую долю случаев травм среди личного состава, необходимо дополнительно проводить инструктажи по профилактике травматизма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Обзор современной литературы по актуальным вопросам хирургии. — Чита. — С.1—4, 32—35, 41.
2. Методическое пособие по неотложной урологической помощи при заболеваниях органов мочеполовой системы / под ред. А.Г. Глухарева, К.Ф. Товстолес. — С.4—19, 25—28, 34.
3. Хроническая инфекция / под ред. В.И. Стручкова, В.К. Гостинцева, Ю.В. Стручкова. — С.82.

Проводимая масштабная реформа органов внутренних дел предполагает возросшие требования к качеству личного состава, поскольку выполнение задач, поставленных перед органами внутренних дел, во многом зависит от физического и психического состояния личного состава, способного к преодолению эмоциональных и физических перегрузок в сложных и экстремальных ситуациях. В связи с этим возрастают требования и к деятельности ВВК, которые являются решающим инструментом управления качеством комплектования здоровым и практически здоровым пополнением.

По данным министерства обороны РФ процент годности граждан к военной службе по состоянию здоровья от численности граждан, явившихся на призывные комиссии, продолжает снижаться. Если в 80-е гг. годных

(в том числе с незначительными ограничениями) было более 90%, в 90-е гг. — около 70%, то в 2010—2012 гг. их численность составила 67—68%. Эта тенденция оказывает влияние на работу ВВК системы МВД, создавая трудности при отборе кандидатов для работы в ОВД.

Ситуация в Республике Татарстан соответствует общероссийским тенденциям. Динамика численности личного состава МВД России по Республике Татарстан и общего количества заключений ВВК за 2008—2012 гг. представлена в табл. 1 и рис. 1. В 2012 г. прекратилась тенденция к снижению количества освидетельствований кандидатов на службу в ОВД, что привело к увеличению общего количества вынесенных ВВК заключений.

Динамика и структура общего количества освидетельствованных ВВК представлены в табл. 2.

Таблица 1

Динамика численности личного состава МВД России по Республике Татарстан и общего количества заключений ВВК

Показатели	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Количество личного состава МВД по Республике Татарстан, чел.	24 029	23 489	21 447	18 590	18 597
Общее количество вынесенных заключений ВВК	6 346	7 429	7 034	4 792	5 228

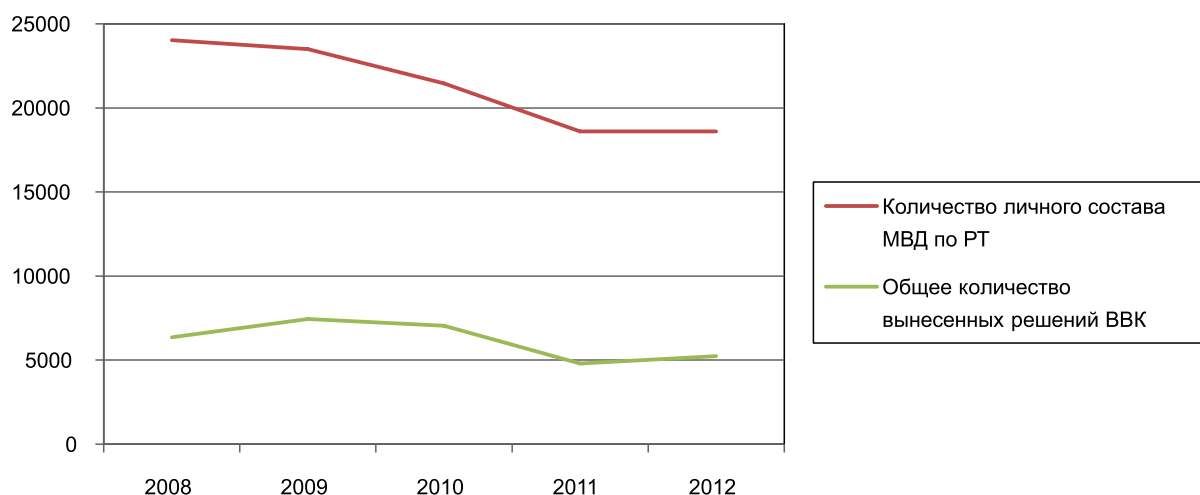


Рис. 1. Количество личного состава МВД по РТ и общее количество вынесенных решений ВВК

Таблица 2

Динамика и структура общего количества лиц, освидетельствованных ВВК

Динамика общего количества освидетельствованных и их структура по категориям	2008 г.		2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.	
	В среднем по РФ	МВД по РТ	В среднем по РФ	МВД по РТ	В среднем по РФ	МВД по РТ	В среднем по РФ	МВД по РТ	В среднем по РФ	МВД по РТ
Общее количество освидетельствованных к предыдущему году, %	87,9	90,9	119,2	117,0	66,4	94,2	91,3	61,4		111,1
Структура освидетельствованных										
Лица, поступающие на службу в органы внутренних дел	47,8	48,1	57,1	53,9	31,5	16,1	27,0	22,4		51,1
Лица, поступающие в образовательные учреждения МВД РФ	8,2	7,0	7,1	8,7	7,5	7,7	4,6	5,9		10,5
Сотрудники органов внутренних дел	25,7	24,7	22,0	18,8	39,0	47,4	46,0	45,2		27,5
Военнослужащие внутренних войск	7,5	0,6	2,1	0,2	3,4	0,1	3,5	0,2		0,2
Прочие лица	10,8	19,6	11,7	18,4	18,6	28,7	18,9	26,3		10,7
Итого	100,0	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

Примечание. В табл. 2 вошло общее количество освидетельствованных без учета лиц, не завершивших освидетельствование, и заключений ВВК, вынесенных заочно.

В структуре общего количества освидетельствованных ВВК преобладают лица, поступающие на службу в ОВД, их доля составила 51,1%. В 2012 г. доля сотрудников ОВД уменьшилась по сравнению с 2011 г. и составила 27,5%, (в 2010 г. доходила до 47,4%). Доля поступающих в образовательные учреждения МВД в 2012 г. составила 10,5%, что на 4,8% больше по сравнению с предыдущим годом.

Доля «Прочих лиц» сократилась более чем в 2 раза и составила 10,7% общего количества лиц, освидетельствованных ВВК, в эту группу вошли контингенты МЧС России 477 чел.

Количество поступающих на службу в органы внутренних дел в 2012 г. резко увеличилось и составило 51,1% от общего количества освидетельствованных лиц (43,6% от общего числа вынесенных заключений). Это связано с увеличением личного состава Казанского линейного управления внутренних дел МВД России и комплектованием УМВД России по г. Казань перед предстоящей Универсиадой 2013 г.

Таким образом, в 2012 г. общее количество вынесенных ВВК заключений увеличилось на 8,3% по сравнению с предыдущим годом и составило 5228 (в 2011 г. — 4 792).

Доля лиц, признанных негодными из числа поступающих на службу, несколько снизилась — 15,0% (в 2011 г. — 16,8%), признанных временно негодными вернулось к значению 2009—2010 гг. — 2,7% (в 2011 г. — 7,4%) (табл. 3, рис. 2).

В структуре заболеваний, по которым поступающие на службу в органы внутренних дел признаны негодными за последние 5 лет, из года в год сохраняются одни и те же тенденции. На первом месте среди причин негодности — болезни глаза и его придатков — 23,0% (в 2011 г. — 19,1%), на втором месте болезни костно-мышечной системы — 20,4% (в 2011 г. — 19,1%), на третьем месте болезни системы кровообращения — 20,1% (в 2011 г. — 19,7%).

Годными к службе с незначительными ограничениями признано 259 граждан. Их доля среди общего количества поступающих на службу составила 11,6% (в 2011 г. — 23,2%). В структуре заболеваний, выявленных у этой категории лиц, преобладают болезни глаза (28,5%), на втором месте болезни костно-мышечной системы (20,5 %), на третьем — болезни системы кровообращения (16,2%).

Доля лиц, признанных временно негодными среди поступающих на службу в органы внутренних дел (на 100 освидетельствованных) представлена в табл. 4, рис. 3.

В структуре временно негодных преобладают с большим отрывом лица с психическими расстройствами. Высокая доля психических расстройств связана с предварительным обследованием кандидатов на полиграфе, выявляющим скрытую негативную информацию у кандидатов.

В период подготовки к проведению летней Универсиады 2013 г. в г. Казани возник вопрос о недоуком-

Таблица 3

Доля лиц, признанных негодными среди поступающих на службу в органы внутренних дел (на 100 освидетельствованных)

Регион	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
МВД России	12,7	11,9	12,8	9,9	—
Приволжский ФО	12,8	11,5	12,2	11,0	—
Татарстан	18,1	13,3	17,1	16,8	15,0

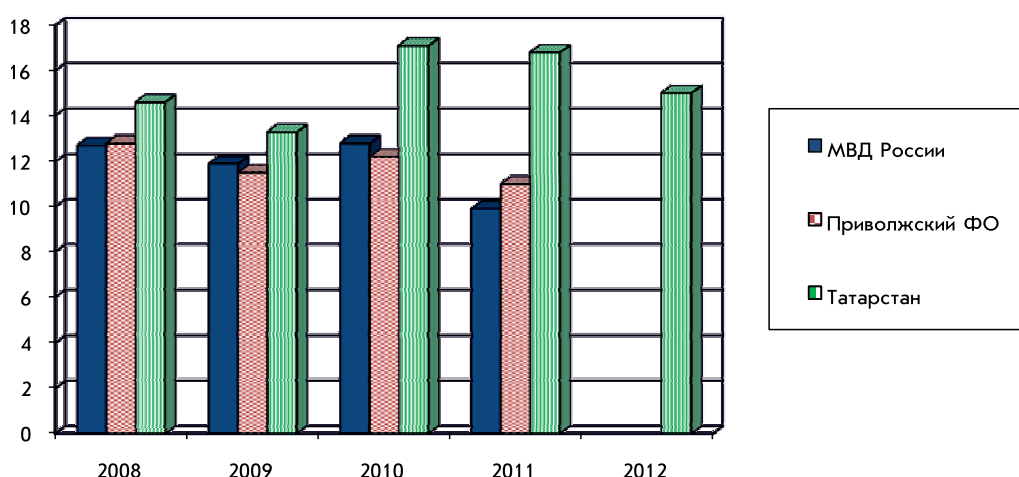


Рис. 2. Сравнительная диаграмма негодных среди поступающих на службу по регионам.

Таблица 4

Доля лиц, признанных временно негодными среди поступающих на службу в органы внутренних дел (на 100 освидетельствованных)

Регион	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
МВД России	2,1	1,8	1,8	2,0	—
Приволжский ФО	3,2	2,4	2,2	2,6	—
Татарстан	1,69	2,19	2,6	7,4	2,7

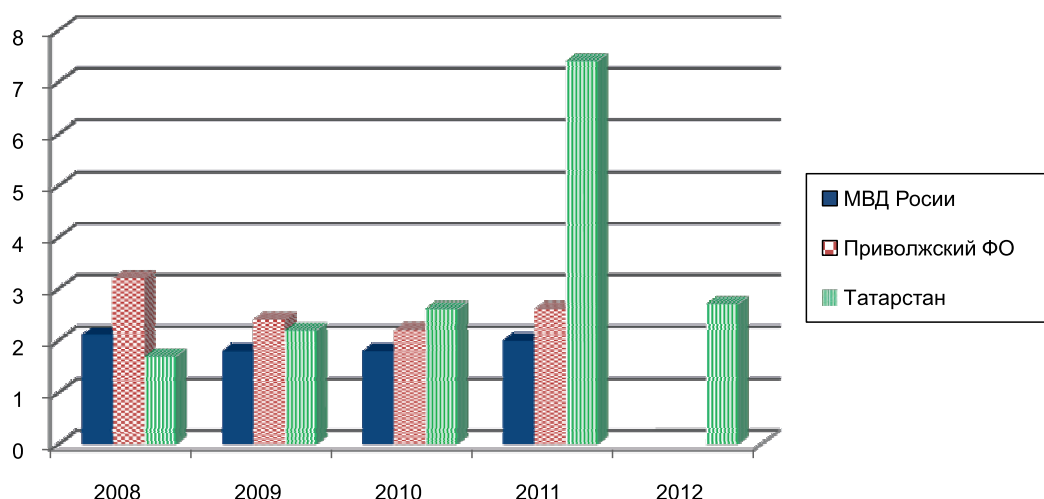


Рис. 3. Сравнительная диаграмма временно негодных среди вновь принимаемых на службу по регионам

плектованности личного состава УВД по г. Казани. По информации УРЛС МВД по РТ сроки оформления кандидатов на службу составляют от 3 до 6 месяцев, одной из причин была названа длительная очередность при прохождении ВВК и ЦПД кандидатами на службу. Проведенный анализ прохождения комиссии вновь принимаемыми на службу в ОВД за первое полугодие 2012 г. показал, что в среднем срок прохождения комиссии кандидатами на службу составил 43 дня (от 3 до 90 дней) (по специалистам: окулист — 3 дня, ЛОР врач — 2,6 дня, хирург — 9,8 дня, дерматолог — 5,7 дня, невролог — 11,5 дня, терапевт — 19,5 дня, психиатр — 42,5 дня). Основная задержка в освидетельствовании кандидатов на службу связана с прохождением врача — психиатра, так как освидетельствование им проводилось только по результатам психофизиологического тестирования, после окончания ВВК. Решением коллегии МВД по РТ № 2 от 25.04.12 г. был утвержден регламент прохождения ВВК и ЦПД, что позволило сократить сроки освидетельствования на ВВК в 2—3 раза (средняя длительность прохождения ВВК составила в среднем около 10 дней). Нами совместно с УРЛС были разработаны и внедрены анкеты и опросные листы для мониторинга сложившейся ситуации. При анализе внешних и внутренних причин задержки в прохождении ВВК, среди внешних причин можно отметить недоработку кадрового аппарата при направлении кандидатов на ВВК. Почти половина кандидатов (43%) продолжают прибывать на комиссию с неправильно оформленными направлениями, несоответствием группы предназначения в военном билете и направлении, без необходимых медицинских документов, регламентированных вышеуказанной Инструкцией и т.д. При этом создается ложное впечатление о затягивании сроков прохождения ВВК, так как кандидат на службу занимается дооформлением необходимых документов и вынужден неоднократно приезжать на ВВК. После получения кандидатом на службу в ОВД направления на ВВК до начала освидетельствования, они затрачивают в среднем 17,5 дня на оформление обязательных документов. Предварительное инструктирование отделом кадров кандидатов на службу в ОВД и проверка перечня необходимых документов также могли бы сократить время прохождения ВВК. Среди внутренних причин удлинения сроков прохождения комиссии стоит отметить направление кандидатов на

службу в ОВД на дополнительные обследования для уточнения диагноза. Их количество составляет 24% от всех вновь принимаемых кандидатов, проходящих ВВК. Из этого количества у 40% выявляются ограничения годности к прохождению службы. В целом 82,4% от всех кандидатов, направленных на ВВК признаются годными к службе в ОВД.

Изучение результатов медицинского освидетельствования и оценка качества работы позволяет корректировать направления деятельности и разработать меры по совершенствованию работы ВВК и как результат оптимизировать работу по комплектованию кадров в органы внутренних дел.

ЛИТЕРАТУРА

1. Положение о военно-врачебной экспертизе, утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 25 февраля 2003 г. № 123.
2. Инструкция о порядке проведения военно-врачебной экспертизы и медицинского освидетельствования в органах внутренних дел Российской Федерации и внутренних войсках Министерства внутренних дел Российской Федерации, утвержденная приказом МВД РФ от 14 июля 2010 г. № 523.
3. Федеральный закон «О службе в органах внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» от 30.11.2011 г. № 342-ФЗ.
4. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.
5. Решение коллегии МВД по РТ от 25.04.2012 г. № 2 КМ.
6. Ганишев, А.В. Проблемы медицинского освидетельствования лиц, поступающих в образовательные учреждения МВД Российской Федерации / А.В. Ганишев // Экономический вестник МВД России. — 2013. — № 2.
7. Гинятуллина, Л.Р. Итоги деятельности Медико-санитарной части МВД России по Республике Татарстан и анализ заболеваемости среди сотрудников ОВД по Республике Татарстан за 2007—2011 гг.: учеб.-метод. пособие для подразделений МСЧ МВД России по РТ / Л.Р. Гинятуллина, Г.Ш. Павлова, М.В. Потапова [и др.]. — Казань, 2012.
8. Соколова, О.Р. Анализ работы ВВК МСЧ МВД по Республике Татарстан: сб. науч. тр. конф., г. Казань, 14—15 окт. 2011 г. / О.Р. Соколова. — Казань, 2012.
9. Expertus: информ. бюллетень по внедрению и распространению передового отечественного и зарубежного опыта. — Казань, 2011. — Спецвыпуск № 21/22.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ И ТЕЗИСОВ ДЛЯ АВТОРОВ В ЖУРНАЛ И ПРИЛОЖЕНИЯ «ВЕСТНИК СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ» ISSN 2071-0240 (Print), ISSN 2079-553X (On line)

1. Статья должна быть набрана в текстовом редакторе Word 2003, шрифт Times New Roman, 12, междустрочный интервал 1,5, форматирование по ширине, без переносов, должна быть напечатана на одной стороне листа форматом А4. Поля: сверху 25 мм, снизу 20 мм, слева 30 мм, справа 15 мм. Стиль статей должен быть ясным и лаконичным.

2. В начале первой страницы статьи указывают (через пробел между ними):

1) ©, инициалы и фамилии всех авторов через запятую, год (например: © Н.Б. Амиров, А.А. Визель, З.М. Галеева, 2013);

2) код по УДК;

3) название статьи (ЗАГЛАВНЫМИ БУКВАМИ) на русском и английском языках;

4) ИМЯ, ОТЧЕСТВО И ФАМИЛИЮ(И) автора(ов) полностью, после каждой фамилии указать ученую степень, ученое звание, занимаемую должность, полное название кафедры (подразделения), учреждения города, где работает(ют) автор(ы), контактный телефон и/или e-mail на русском языке и их перевод на английский язык;

5) реферат, структурированный и отражающий основное содержание статьи, на русском языке (от 100 до 250 слов) и перевод структурированного реферата на английский язык;

6) **ключевые слова**, отражающие смысловую часть статьи (не более 6), на русском языке и их перевод на английский язык.

3. Принимаются к опубликованию **статьи на английском языке**, при этом должны быть выполнены все требования как для русскоязычных статей, но с обратным переводом соответственно.

4. Статья должна сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа, иметь визу научного руководителя, направление должно быть скреплено печатью учреждения, направляющего работу в редакцию журнала. Если работа представляется от нескольких учреждений, необходимо сопроводительное письмо, подтверждающее направление статьи для публикации в журнале, от каждого из них (необязательно, если нет конфликта интересов между учреждениями). В направлении можно указать, является ли статья диссертационной.

5. В конце статьи должны быть подписи всех авторов с указанием ученой степени и звания, полностью указаны фамилия, имя, отчество, место работы и должности всех авторов, контактный адрес, номер телефона и адрес электронной почты одного из авторов.

6. Высылать статью в печатном виде в 2 экземплярах (статьи направляются на рецензирование), квитанцию об оплате и одновременно представлять статью в электронном виде на магнитном носителе (CD-R, CD-RW, флеш). **Файл называется по фамилии первого автора**. Если у первого автора несколько статей, то им присваиваются номера после фамилии, например: Амиров Н.Б.-1, Амиров Н.Б.-2 и т.д. Приветствуется направление фото первого автора в формате jpg.

7. Рубрикация журнала: Передовая статья. Оригинальные статьи (клинико-теоретические публикации). Обзоры. Лекции. Краткие сообщения. Рецензии. Дис-

куссии. Съезды, конференции, симпозиумы, общества. Из практического опыта. Юбилейные и исторические даты, история медицины. Экспериментальные исследования — клинической медицине. Клинические наблюдения и др.

8. Объем статей в рубрику «Оригинальные исследования» не должен превышать 15 страниц, число рисунков — не более 5—6; **таблицы** должны быть построены наглядно, иметь название над таблицей, их заголовки должны точно соответствовать содержанию графа (междустрочный интервал в таблицах — 1); **таблицы** не должны представлять собой скан; **рисунки** должны иметь номер и название под рисунком. Отсканированные фотографии должны иметь разрешение не ниже 300 dpi. **Текст**: все части статьи (текст, таблицы, рисунки и т.п.) должны быть приведены полностью в соответствующем месте статьи. Все цифры, итоги, проценты в таблицах должны быть тщательно выверены автором и должны соответствовать цифрам в тексте. В тексте необходимо указать ссылки на таблицы и рисунки и их порядковые номера. Статья должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Статьи объемом до 6 страниц могут быть размещены в рубрике «Короткие сообщения».

Рисунки, таблицы, реферат и список литературы входят в общий объем статьи.

Содержание статьи:

введение, обосновывающее постановку задач исследования;

материал и методы исследования;

результаты и их обсуждение;

заключение (выводы);

перечень цитируемой литературы.

9. **Название** статьи должно отражать основное содержание работы и **обязательно** должно быть представлено на **русском и английском языках**. **Реферат** (должен содержать от 100 до 250 слов) и **ключевые слова** (не более 6 слов) **должны быть** представлены на **русском и английском языках** (ключевые слова должны стоять после реферата).

Редакция оставляет за собой право исправлять присланные авторами на английском языке без согласования с авторами **название статьи, реферат и ключевые слова** при противоречии их правилам английского языка или неправильного употребления терминологии. *Например*: внебольничная пневмония. Неправильный перевод: out-of hospital pneumonia. Правильный перевод: community acquired pneumonia.

10. В рубрику «Из практического опыта» принимаются статьи, освещающие оригинальный опыт авторов в медицинской практике. Объем статьи — не более 10 страниц машинописного текста.

11. Объем **обзорно-теоретических статей** и статей в рубрику «Клинические лекции» заранее согласовываются с редакцией журнала.

12. Библиографические ссылки в тексте статьи надо давать в квадратных скобках с указанием номера согласно списку литературы: *Например*: ...согласно данным [11]...

В конце статьи приводится список литературы в соответствии с ГОСТ 7.1—2003 «Библиографическое

описание документа» (для обзоров — не более 50, для оригинальных статей — не более 20 источников), в котором цитируемые авторы перечисляются в алфавитном порядке (сначала на русском, затем на иностранных языках). После фамилии автора(ов) указываются названия работ, место издания, издательство, год издания, номер тома и выпуска, страницы (от — до) и ГОСТ Р7.0.5-2008 «Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления».

Для вхождения в базу данных Scopus **необходимо подавать список цитируемой русскоязычной литературы в романской транскрипции**. Для этого можно воспользоваться сайтом: <http://translit.ru>. Во избежание ошибок, а также для облегчения работы не стоит делать транслитерацию вручную. Представление в References только транслитерированного (без перевода) описания недопустимо, так как делает такое описание совершенно не читаемым (поэтому, после транслитерированного названия необходимо поместить перевод названия статьи на английский язык). N.B.! Если в списке есть иностранные публикации то они полностью повторяются в русскоязычном списке литературы. Зарубежные базы данных огромное внимание уделяют правильной индексации ссылок.

Таким образом, после списка литературы на русском, необходимо поместить References по указанному примеру:

Author A.A., Author B.B., Author C.C. Title of article (translit) [Title of article — translation] *Title of Journal* — [Title of journal — translation], 2005, vol. 10, no. 2, pp. 49-53.

Примечание. Допускается порядок списка литературы по мере цитирования.

ОБРАЗЕЦ ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЬИ И СПИСКА ЛИТЕРАТУРЫ

© Н.Н. Крывкина, Э.Н. Ахмадеева, А.Я. Валиуллина, 2013

Пробел

УДК 616-053.3:616.329-089

Пробел

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Пробел

Наталья Николаевна Крывкина, аспирант кафедры госпитальной педиатрии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия, тел. 8-917-34-555-28, e-mail: sunnatali@msn.com

Эльза Набиахметовна Ахмадеева, докт. мед. наук, зав. кафедрой госпитальной педиатрии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия, тел. 8-903-312-37-57, e-mail: pediatr@ufanet.ru

Альфия Ягфаровна Валиуллина, канд. мед. наук, ассистент кафедры госпитальной педиатрии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия, тел. 8-937-322-60-78, e-mail: doctoralfiya@gmail.com

Пробел

Реферат. Цель исследования — охарактеризовать здоровье детей младенческого возраста, родившихся недоношенными. Материал и методы. Под наблюдением находилось 519 недоношенных детей,

которых разделили на 3 группы: 1-я группа — дети с экстремально низкой массой тела при рождении (44 ребенка), 2-я группа — дети с очень низкой массой тела при рождении (142 младенца) и 3-я группа — дети с низкой массой тела при рождении (333 младенца). *Результаты и их обсуждение.* Выявлено, что исходы перенесенных заболеваний у недоношенных детей исследуемых групп к концу первого года жизни были разнообразны — от практически здоровых до детей с ограниченными возможностями. *Заключение.* Факторами риска, влияющими на тяжесть исходов, являются отягощенный акушерско-гинекологический анамнез матери в 100% случаев, сам факт недоношенности и весовая категория преждевременно родившихся младенцев.

Пробел

Ключевые слова: новорожденные, дети с низкой и экстремально низкой массой тела, раннее развитие недоношенных.

Пробел

THE COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF HEALTH PREMATURE INFANTS DEPENDING ON THEIR BIRTH WEIGHT

Пробел

Natalia N. Kryvkina, graduate student of hospital pediatrics GBOU VPO «Bashkir State Medical University» Russian Ministry of Health, Ufa city, Russia, tel. 8-917-34-555-28, sunnatali@msn.com

Elsa N. Akhmadeeva, MD, Head of the Department of Hospital Pediatrics GBOU VPO «Bashkir State Medical University» Russian Ministry of Health, Ufa city, Russia, tel. 8-903-312-37-57, pediatr@ufanet.ru

Alfia Ya. Valiulina, PhD, Assistant Professor Department of Hospital Pediatrics GBOU VPO «Bashkir State Medical University» Russian Ministry of Health, Ufa city, Russia, tel. 8-937-322-60-78, doctoralfiya@gmail.com

Пробел

Abstract. Aim. The purpose of our study was to characterize health of premature infants. *Material and method.* Under our observation were 519 children. We are divided them into 3 groups. In the first group were 44 preterm birth with extremely low birth weight. In the second — 142 premature with very low birth weight. And in the last one — 333 children with low birth weight. *Results.* It was revealed that outcomes of perinatal pathologies during first year of life were variables. It occur such healthy children as invalid infants. *Conclusion.* Factors, which may cause severe pathology, were not only the fact of preterm born, but also the compromised obstetric-gynecologic history of mothers in 100% of cases.

Пробел

Key words: premature infants, extremely low birth weight, obstetric-gynecologic history.

Пробел

Текст структурированной статьи

Пробел

Литература

1. Аржанова, О.Н. Этиопатогенез невынашивания беременности / О.Н. Аржанова, Н.Г. Кошелева // Журнал акушерства и женских болезней. — 2004. — Т. LIII, № 1. — С. 37—41.

2. Виноградова, И.В. Катамнестическое наблюдение за детьми с экстремально низкой массой тела при рождении / И.В. Виноградова, М.В. Краснов, Л.Г. Ногтева // Практическая медицина. — 2008. — № 31. — С. 67—69.

3. Antenatal Corticosteroids Prior to 24 WEEKS «Gestation and Neonatal Outcome of Extremely Low

Birth Weight Infants» / S. Abbasi, C. Oxford, J. Gerdes [et al.] // *Am. J. Perinatol.* — 2009. — Vol. 32. — P.19—23.

4. Bronchopulmonary dysplasia and brain white matter damage in preterm infants: a complex relationship / L. Gagliardi, R. Bellu, R. Zanini [et al.] // *Pediatr Perinat Epidemiol.* — 2009. — Vol.23, № 6. — P.90—582.

Пробел

References

1. Arzhanova, O.N. Jetiopatogenez nevinashivaniya beremennosti [Etiopathogenesis of miscarriage]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznej — Journal of Obstetrics and Women's diseases.* 2004, vol. 53, no. 2, pp. 37-41.

2. Vinogradova, I. V. Katamnestichestskoe nabljudenie za det'mi s jekstremal'no nizkoj massoj tela pri rozhdenii [Follow-up observation of children with extremely low birth weight] — *Prakticheskaja medicina – Practical Medicine*, 2008, vol. 31, pp. 67-69.

3. Abbasi S., Oxford C., Gerdes J. et al. Antenatal Corticosteroids Prior to 24 WEEKS «Gestation and Neonatal Outcome of Extremely Low Birth Weight Infants» *Am. J. Perinatol.*, 2009, vol. 32., pp.19-23.

4. Gagliardi L., Bellu R., Zanini R. et al. Bronchopulmonary dysplasia and brain white matter damage in preterm infants: a complex relationship *Pediatr Perinat Epidemiol.*, 2009, vol. 23, no. 6, pp.90-582.

13. **Краткие сообщения и тезисы** предоставляются объемом не более 1—4 страниц машинописного текста без иллюстраций, таблиц и списка литературы, структурированные как тезисы: **название — ЗАГЛАВНЫМИ БУКВАМИ.** С новой строки — **Ф.И.О. автора(ов) полностью.** С новой строки — **учреждение, город, страна.** С новой строки через интервал — **цель исследования, материал и методы, результаты и их обсуждение, выводы (заключение).** При оформлении кратких сообщений в сокращенном виде редакция оставляет за собой право опубликовать их в приложении к журналу.

14. Сокращения слов, имен, названий (кроме общепринятых сокращений физических мер, химических и математических величин и терминов) не допускаются. Единицы измерений должны быть приведены в системе СИ.

15. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать присланные статьи (по согласованию с авторами). Не допускается направление в редакцию работ, напечатанных в других изданиях или направленных для печати в другие издания.

16. **При формировании материалов конференций и съездов в приложение к журналу принимаются тезисы.** Правила оформления тезисов такие же, как для коротких сообщений.

17. **Уважаемые коллеги!** В связи с тем, что **статьи и сведения в статьях**, публикуемых в научно-практическом журнале «Вестник современной клинической медицины», **будут помещаться** в ведущих

российских и мировых библиографических и реферативных изданиях, **в электронных информационных системах**, включая распространение произведений посредством размещения их электронных копий в базе данных Научной электронной библиотеки (**НЭБ**), представленной в виде научного информационного ресурса сети Интернет www.elibrary.ru, а также включаться в одну из трех систем цитирования Web of Science: Science Citation Index Expanded (база по естественным наукам), Social Sciences Citation Index (база по социальным наукам), Arts and Humanities Citation Index (база по искусству и гуманитарным наукам), Scopus, Web of Knowledge, Astrophysics, PubMed, Mathematics, Chemical Abstracts, Springer, Agris, GeoRef. **Авторы оригинальных статей должны предоставлять на безвозмездной основе редакции журнала права на использование электронных версий статей, соблюдать международные правила построения публикаций и резюме к ним.** В структуру статей входят разделы: **Введение** (с указанием в конце целей исследования). **Материал и методы. Результаты и их обсуждение. Выводы.**

18. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются редколлегией и не возвращаются.

19. В связи с тем, что журнал издается на средства авторов и подписчиков, стоимость публикации одной страницы формата А4 составляет 600 (шестьсот) рублей. Квитанция об оплате присылается вместе со статьей.

20. **С аспирантов** (единственный автор) за публикацию рукописей **плата не взимается.**

21. **Правила** оформления статей могут совершенствоваться в соответствии с требованиями ВАК. Следите за изменениями на сайтах, а также в последнем вышедшем номере журнала.

Статьи в печатном виде в 2 экземплярах и на электронных носителях с квитанцией об оплате направлять по адресу: 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, КГМУ, в редколлегию журнала ВСКМ для Н.Б. Амирова и по e-mail: vskmjournl@gmail.com.

По возникающим вопросам обращаться в редколлегию журнала: Амиров Наиль Багауевич (главный редактор), **e-mail: namirov@mail.ru**; Визель Александр Андреевич (заместитель главного редактора), **e-mail: lordara@mail.ru**; Галеева Зарина Мунировна (ответственный секретарь редколлегии), **e-mail: zarina26@bk.ru**; Шаймуратов Рустем Ильдарович (компьютерное сопровождение журнала), **e-mail: russtem@gmail.com**.

Телефон редакции: +7 (843) 291-26-76, факс +7 (843) 277-88-84.

По вопросу размещения рекламы в журнале и оформлению договоров обращаться в Отдел договоров и рекламы ООО «ММЦ «Современная клиническая медицина». Контактное лицо директор Амирова Рената Наилевна, 420043, Казань, ул. Вишневского, 57-83, тел.: 8-903-307-99-47; **e-mail: renata1980@mail.ru**

THE BULLETIN OF CONTEMPORARY CLINICAL MEDICINE

ISSN 2071-0240 (Print), ISSN 2079-553X (On line)

THE RULES FOR ARTICLES REGISTRATION FOR AUTHORS

1. The article should be edited in Word, Times New Roman, font size of 12, interval of 1,5, in width formatting, non carrying, interval in tables of 1 only on one side of the sheet. Printing fields should be 25 mm from top, 20 mm from

the bottom, 30 mm from left, 15 mm from right. Pages should not be numbered. Article style should be laconic and clear.

2. Please, register on the first page of article according to the followings: (through the blank):

1) © **initials and surname of all authors, year** (for example: ©N.B.Amirov, A.A.Vizel, Z.M.Galeeva, 2013);

2) **code of the UDC**;

3) **TITLE OF ARTICLE (IN CAPITAL LETTERS)** in Russian and English;

4) **names of authors (full)**; scientific degrees, position, full name of the department, institution, contact phone number and e-mail address (in Russian and English);

5) **abstracts** of the article in Russian (from 100 to 250 words) and English;

6) **key words** in Russian and English (not more than 6);

7) **article** written in English are accepted for publishing (according to the same rules with the abstract and key words translated into Russian).

3. The article should be referred by official letter from Institution where the basic material for article was performed with stamp and signed by research director. If article referred from the few foundations letters of recommendation should be applied from each foundation. Please, mention if article reflects materials from thesis.

4. Each author of the article should sign in the end of the article and mention his full name, position and scientific degree in foundation, corresponding address with telephone number and e-mail address of one of the authors.

5. 2 copies of the article should be mailed to the Editorial Committee with electronic copy (floppy 3,5" 1,44 MB, CD-R, CD-RW). This copy should be named by first author. If the first author sends a few articles they will be consecutively numbered, for example: Amirov N.B.-1, Amirov N.B.-2, and so on. The direction of a photo of the first author in jpg format is welcomed.

6. Rubrication of articles collection: 1. Leading article. 2. Original articles (clinical and theoretical papers). 3. Surveys. 4. Lectures. 5. Brief information. 6. Reviews. 7. Discussions. 8. Conventions, symposiums, conferences, Meetings, Societies. 9. Jubilee dates, History of Medicine. 10. Clinical trials.

7. Volume of paper referring to «Original investigations» should not exceed 15 pages and numbers of pictures 5—6, **tables** must be set presentable, clearly titled, according to the text (with interval of 1). All parts of the text should be placed on its own order. All figures and results, in tables must be thoroughly checked by authors and meet figures in text. All tables should be placed in the right order.

Pictures and tables are included in article volume.

8. Article content:

introduction with aim and tasks of the investigation;
material and methods;

results;

discussion;

conclusion (s);

refereeing literature.

9. **The title of the article** must reflect the content of the article and written in Russian and English. Abstract should not exceed 1/2 page (not more than 250 words) including Title and Key words, reflecting the main contents of investigation in Russian and English. Key words follows the Abstract.

10. In rubric «From practical experience» papers reflecting authors original experience in medical practice

are accepted in volume of not more than 10 pages.

Short reviews should not exceed 1—2 pages without pictures, interval of 1, tables and literature made and abstracts. **TITLE.**

(New line) **Names of the author(s).**

(New line) **Institution, city, country.**

(New line) **Aim of the study, materials and methods, results and discussion, conclusion.**

11. Volume of the articles of «**theoretical review**» and «**Clinical lectures**» suppose to be discussed with Editorial Committee beforehand.

12. Bibliographic references in text should be given in numbers in square brackets according to the list of the literature. *Example:* according to the data [11] ...

References list should be given in the end of the article (for Reviews not more than 50 sources, for Original papers not more than 20). Cited authors should be followed by alphabetical order (first in Russian, then in foreign languages (English). After author's names the title of the article, place of edition, editorial year, source volumes, numbers and pages should be given. (following the ГОСТ 7.1—2003 «Bibliographic description of documents»).

Note: List of the literature according to citation could be allowed.

13. **Words, names and titles abbreviation** (except terms, rates and values widely used in physics, chemistry, mathematic) not allowed. Measuring units ought to be in the Système International (SI) units.

14. Editorial Committee keeps rights to reduce and edit articles (in coordination with authors). Articles already published or directed in (to) other Editions are not accepted.

15. Abstracts of the conferences and congresses are accepted to the Supplement of the Journal. Rules for the abstracts are the same as for the Brief Information.

16. **Dear colleagues!** Contents of published articles in ICDC collection will be located in worldwide known bibliographic editions and electronic information systems, that's why authors should keep international rules for registration of articles and abstracts. Papers should always consist of Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, Conclusion.

Abstracts in Russian and English should not exceed 200 words and consist of Title, authors names, Name of Foundation and Key words (in Russian and English, not more than 6).

17. Articles made out of required rules wouldn't be considered and returned back to authors.

18. Publication for post-graduate students is free.

Articles in electronic carrier should be directed to the following address: 420059, Kazan, Orenburgskiy tract, 132, e-mail: vskmjournal@gmail.com, namirov@mail.ru, lordara@mail.ru, zarina26@bk.ru, russtem@gmail.ru.

Phone +7 (843) 291 26 76; fax +7 (843) 277 88 84.

www.kgmu.kcn.ru, www.es.rae.ru/vskm, www.hospitalmvdrt.ru, www.mschmvdrt.ru, <https://twitter.com/vskmjournal>

Department of advertising: «Modern Clinical Medicine», 57-83, Vishnevsky str., Kazan-city, Republic of Tatarstan, Russia, 420043.

Renata N. Amirova, tel.: **+7-903-307-99-47**; e-mail: **renata1980@mail.ru**

ПОРЯДОК РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ РУКОПИСЕЙ, НАПРАВЛЯЕМЫХ НА ПУБЛИКАЦИЮ В НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

1. Принимаются только рецензии от доктора наук — специалиста той области науки, которой посвящена статья и не являющегося руководителем или консультантом диссертационного исследования автора статьи. Подпись доктора наук должна быть заверена гербовой печатью организации, в которой работает рецензент. К статье могут прилагаться рецензии нескольких докторов наук.

2. Все статьи оцениваются рецензентами по следующим параметрам:

- оригинальность статьи;
- значимость статьи;
- качество статьи;
- способ представления материала;
- адекватность цитируемых источников;
- степень соответствия рубрикам журнала.

ПРИМЕРНАЯ СТРУКТУРА РЕЦЕНЗИИ НА СТАТЬЮ

В редакцию журнала «Вестник современной клинической медицины»

«__» _____ 20__ г.

РЕЦЕНЗИЯ

на статью: <авторы, название>

Статья посвящена решению актуальной задачи <...>

В ней рассматривается <...>; предлагается <...>

По статье можно сделать следующие замечания <...>

Статья содержит новые результаты, представляет интерес для специалистов в области <...> и может быть рекомендована к публикации в научном журнале «Вестник современной клинической медицины».

В случае отрицательного мнения рецензента о возможности публикации необходимо обоснование или рекомендации по доработке рукописи.

Должность, ученая степень, ученое звание

Подпись

Расшифровка подписи

Дата

О себе (рецензент) сообщаю:

Фамилия _____

Имя, отчество _____

Организация _____

Ученая степень _____

Звание, должность _____

E-mail _____@_____

Служ.тел. (с кодом города) _____

Факс (с кодом города) _____ моб. тел. или дом. тел. _____

Почтовый адрес (с индексом) _____

Личная подпись рецензента: _____

Уважаемые коллеги!

Направляя рецензию на статью для научного журнала «Вестник современной клинической медицины», вы тем самым удостоверяете, что данная статья содержит новые интересные результаты и заслуживает публикации.

Редакция журнала благодарит вас за сотрудничество.

«ВЕСТНИК СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»
ПОДПИСКА НА 2014 ГОД

Вестник современной
клинической медицины

ММЦ «Отель-Клиника»

Форма № ПД-4

1 6 5 7 0 6 3 6 5 8 (ИНН получателя платежа)

в АКБ «Энергобанк» (наименование банка получателя платежа)

Номер кор./сч. банка получателя платежа: 3 0 1 0 1 8 1 0 3 0 0 0 0 0 0 0 7 7 0

подписка на журнал «Вестник современной
клинической медицины» (2013 г.)

Ф.И.О. плательщика (наименование платежа)

Адрес плательщика (номер лицевого счета плательщика)

Сумма платежа: руб. коп. Сумма платы за услуги: руб. коп.

Итого: руб. коп. 201 г.

С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен. Подпись плательщика

Кассир

БЛАНК ЗАКАЗА

Я подписываюсь на 4 номера журнала «Вестник современной клинической медицины», выходящие в 2011 г.

Сообщаю все необходимые сведения о себе для занесения в базу данных и доставки корреспонденции:

1. ФИО

2. Место работы, адрес, телефон

3. Должность

4. Специальность

5. Дата рождения

Адрес доставки:

1. Индекс

2. Район, регион, область

3. Город

4. Улица

5. Дом корпус

квартира/офис

6. Телефон

Вестник современной
клинической медицины

ММЦ «Отель-Клиника»

1 6 5 7 0 6 3 6 5 8 (ИНН получателя платежа)

в АКБ «Энергобанк» (наименование банка получателя платежа)

Номер кор./сч. банка получателя платежа: 3 0 1 0 1 8 1 0 3 0 0 0 0 0 0 0 7 7 0

подписка на журнал «Вестник современной
клинической медицины» (2013 г.)

Ф.И.О. плательщика (наименование платежа)

Адрес плательщика (номер лицевого счета плательщика)

Сумма платежа: руб. коп. Сумма платы за услуги: руб. коп.

Итого: руб. коп. 201 г.

С условиями приема указанной в платежном документе суммы, в т.ч. с суммой взимаемой платы за услуги банка, ознакомлен и согласен. Подпись плательщика

Квитанция

Кассир

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

Хисамиев Р.Ш., Гинятуллина Л.Р., Амиров Н.Б.

Опыт организации деятельности медико-санитарной части в период проведения крупных международных и массовых спортивных мероприятий (на примере ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан» в период подготовки и проведения XXVII Всемирной летней универсиады 2013 года в г. Казани) 4

ТЕЗИСЫ

Антонов Ю.А., Кузякин Г.В., Тютюнников С.В., Налимова И.С. 001. Острые респираторные вирусные инфекции у сотрудников полиции, командированных в Казань на время проведения летней Универсиады 2013 года 10

Билалова А.Р., Макашова В.В., Астрина О.С., Алешина Н.И., Флоряну А.И. 002. Клинические и гемостазиологические показатели у больных хроническими гепатитами и циррозами печени ... 11

Габдрахманова Р.Г., Гилязов А.А. 003. Структура заболеваемости лор-органов прикомандированных лиц на период проведения Универсиады 2013 года в г. Казани и состояние отоларингологической службы МСЧ МВД по РТ 12

Мороков В.С. 004. Случай дирофиляриоза в Казани 12

Саченкова Е.Ю., Хасанов Р.Ш., Шамсутдинова Н.Г. 005. Структура ревматических заболеваний у работников КВЗ 13

Тютюнников С.В., Налимова И.С., Тарасов С.Н., Петренко Д.С. 006. Электронные сигареты как метод оздоровления курильщиков в борьбе с табакокурением и табачным дымом 13

Фёдорова М.Е. 007. Анализ работы стоматологического кабинета Клинического госпиталя МСЧ МВД по РТ по оказанию стоматологической помощи сотрудникам МВД из числа приданных сил на период проведения Универсиады-2013 в РТ с 17 июня по 17 июля 2013 года 15

Хлиян Х.Е., Бакуров Е.Д., Бурлака О.В., Дудников С.А. 008. Тактика лечения пациентов — сотрудников МВД с мочекаменной болезнью 16

Шарафеев А.З., Постников А.В. 009. Неврологические расстройства у пациентов с сочетанными поражениями коронарных и церебральных артерий 17

Шарафеев А.З., Постников А.В. 010. Распространенность сочетанных поражений коронарных и церебральных артерий по данным ангиографии у больных ИБС 17

Харина Н.В., Лышова О.В., Иванникова Л.В. 011. Результаты краткосрочной СРАР-терапии у пациентов с тяжелой формой синдрома апноэ-

гиппноэ сна, артериальной гипертонией и высоким сердечно-сосудистым риском 18

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

Абдрахманова А.И., Цибулькин Н.А. Артериальная гипотензия в клинической практике 20

Галяви Р.А., Михопарова О.Ю., Ощепкова О.Б., Фролова Э.Б. Изучение влияния табакокурения на основные лабораторно-инструментальные показатели у больных гипертонической болезнью 24

Емелин А.Л., Ахтямов И.Ф. Клиническая эффективность тромбоцитарной аутоплазмы при лечении остеоартрозов 26

Макогон С.И., Макогон А.С. Оценка функционального состояния органа зрения у сотрудников ОВД после психоэмоциональных нагрузок 29

Менделевич В.Д. Повышение эффективности терапии наркологических расстройств путем организации лечения в общемедицинской сети 31

Питулов А.Г., Кривошапко Г.М. Особенности оперативного лечения внутрисуставных переломов тиббального плато большой берцовой кости на костным остеосинтезом 34

Сабиров Л.Ф., Спиридонов А.В., Смирнов А.О. Организация стационарного звена медицинского обеспечения сотрудников МВД в период проведения Универсиады-2013 38

Сахибуллин Р.Ф., Агеев А.Г., Гимадиев Ю.Ф., Строителев И.А. Медико-санитарное сопровождение приданных сил МВД в период проведения XXVII Универсиады 2013 года в Казани. Взгляд врача мобильной медицинской бригады 39

Спиридонов А.В., Абсаямова Л.Р., Гималетдинова И.А., Тухватуллина Г.В. Диагностика и лечебная тактика холедохолитиза у пациентов с ПХЭС в условиях гастроэнтерологического отделения 41

Строителев И.А., Салмина А.Ю., Файзуллина Г.Г. Вариант сонографически контролируемой двухкомпонентной паранефральной новокаиновой блокады для профилактики абдоминальных осложнений и динамической кишечной непроходимости 44

Тухватуллина Г.В., Спиридонов А.В., Гималетдинова И.А. Лабораторная диагностика нарушений липидного обмена 46

Хузина Г.Р., Закирова Д.Р., Тухватуллина Э.И., Иксанова Е.Н. Синдром Драве 49

Шарафеев А.З., Постников А.В. Кардиоцеребральный синдром. Современное состояние вопроса 52

Газетова И.Н., Гинятуллина Л.Р., Амиров Н.Б., Солоед Е.М. Анализ работы хирургического кабинета поликлиники ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан» в период подготовки и проведения XXVII Всемирной летней универсиады 2013 года в городе Казани57

Ишкинеев Ф.И. К вопросу организации медицинского освидетельствования граждан, поступающих в органы внутренних дел58

Правила оформления статей и тезисов для авторов в журнал и приложения «Вестник современной клинической медицины» ISSN 2071-0240 (Print), issn 2079-553x (on line)62

ВЕСТНИК СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Научно-практический журнал

Том 6, приложение 1, 2013

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ»

VI Всероссийская ежегодная
научно-практическая конференция, посвященная
XXVII Всемирной летней универсиаде-2013
18—19 октября 2013 года

Сборник научных трудов

Компьютерное сопровождение
Р.И.Шаймуратова
e-mail: russtem@gmail.com

В авторской редакции

Обложка художника *С. Ф. Сафаровой*. Техническая редакция *Ю. Р. Валиахметовой*.
Верстка *Т. Д. Торсуевой*

Формат 60×84¹/₈. Подписано в печать 10.10.13. Усл.печ.л. 8, 14. Тираж 500 экз.
Заказ 13-178

Оригинал-макет изготовлен
издательством «Медицина» ГАУ «РМБИЦ». 420059 Казань, ул. Хади Такташа, 125.
Отпечатано отделом оперативной полиграфии ГАУ «РМБИЦ».
420059 Казань, ул. Хади Такташа, 125