ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

1 `2018

Учредитель:
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования “Читинская государственная медицинская академия” Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ежеквартальное научно-практическое издание

Главный редактор:
Говорин А.В.

Заместители главного редактора:
Ларева Н.В.
Горбунов В.В.

Редакционная коллегия:
Белокриницкая Т.Е., Богомолов Н.И., Витковский Ю.А., Говорин Н.В., Лобанов С.Л., Мироманов А.М., Мочалова М.Н., Пархоменко Ю.В., Погребняков В.Ю., Романова Е.Н., Сахаров А.В., Смекалов В.П., Серебрякова О.В., Пинелис И.С., Цыбиков Н.Н., Шаповалов К.Г., Шильникова Н.Ф., Щербак В.А.

Ответственный секретарь - Сумбаев А.Г.
Технический редактор - Чернова Ю.Г.
Корректор - Новикова С.Н.

Подписано в печать 26.03.2018
Бумага офсетная
Формат 60x84/8
Усл. изд. л. 7,3
Тираж 100

Адрес редакции:
672000, г. Чита,
ул. Горького, 39-а, к. 311
Тел.: (3022)32-00-85
Факс: (3022)32-30-58
E−mail: Zabmedvestnik@mail.ru

© ЧГМА, 2018

Редакционно-издательский центр ЧГМА

СОДЕРЖАНИЕ

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ
Жилина А.А., Ларева Н.В., Лузина Е.В., Томина Е.А.
КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА 24-ЧАСОВОЙ pH-ИМПЕДАНСОМЕТРИИ.....3
Новопашина Г.Н., Потапова Е.Н., Короленко Т.Г., Стремилова Т.А.
ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ГИПОКСИЯ ПЛОДА.....4
Лобанов С.Л., Лобанов Л.С., Размахнин Е.В., Лобанов Ю.С., Яшнов А.А.
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА
В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.....8

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ
Зайцев Д.Н., Даньшова М.С., Говорин А.В., Филев А.П., Потемкин П.С., Эпельбаум Н.В.
СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ.....10
Иванова О.В., Троицкая Н.И., Жилин И.В., Дамдинов Р.И., Сандитова С.Б., Маркова М.В.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕСАКРАЛЬНОЙ КИСТЫ.....12
Иванова О.В., Троицкая Н.И., Жилин И.В., Ананьева Л.В., Сутурин М.В, Халзанова Д.Д.
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА
ТОЛСТОЙ КИШКИ И ТЕРМИНАЛЬНОГО ГИДРОНЕФРОЗА.....14
Каюкова Е.В., Дегтяр К.Г., Бурдинская Т.В.
ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ЭПИТЕЛИОМА МАЛЕРБА.....16
Золотухина А.О., Смекалов В.П.
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СИНДРОМА ОБРАТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ПЕРФУЗИИ В МОНОХОРИАЛЬНОЙ МОНОАМНЕАТИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТЕ
С РАЗВИТИЕМ ПЛОДА-АКАРДИУСА.....18

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Шелудько Л.П.
МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА.....20

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ
Писаревский Ю.Л., Шаповалов А.Г., Брусенская Е.В., Писаревский И.Ю.,
Филинова В.А, Труханов В.А.
РЕЗУЛЬТАТЫ СОВМЕСТНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ И МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА
ПО НАПРАВЛЕНИЮ "СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ".....26

**МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ, ПОСВЯЩЕННОЙ 10-ЛЕТИЮ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ**.....28

**МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
"СИМУЛЯЦИОННЫЕ ОБРАЗОВА-ТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В МЕДИЦИНЕ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ"**.....53

ИНФОРМАЦИЯ
Конференция акушеров-гинекологов Забайкальского края с Всероссийским участием
"ВЕРСИИ И КОНТРАВЕРСИИ СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ
И РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ".....64

ЮБИЛЕЙ
Колосов В.П.
Щербак А.И.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Жилина А.А., Ларева Н.В.,
Лузина Е.В., Томина Е.А.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА 24-ЧАСОВОЙ pH-ИМПЕДАНСОМЕТРИИ

ФГБОУ ВО “Читинская государственная медицинская академия” МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

В настоящее время ингибиторы протонной помпы (ИПП) считаются наиболее эффективными и безопасными препаратам для лечения гастроэзофагеальнойрефлюксной болезни (ГЭРБ), способствуя заживлению слизистой оболочки и купированию симптомов [1, 4]. Только за 7-летний период (1997-2004 гг.) число пациентов, принимающих ИПП в двойной дозе, увеличилось на 50% [1, 3]. Между тем, в некоторых публикациях последних лет отмечается, что широкое внедрение тактики интенсивной антисекреторной терапии не приводит к снижению числа больных ГЭРБ и сопутствующей ей осложнений [1, 2]. Около половины пациентов с ГЭРБ не полностью удовлетворены результатами лечения и нуждаются в приеме дополнительных препаратов для контроля над симптомами заболевания [3]. Таким образом, немалая доля больных ГЭРБ остается рефрактерной к лечению адекватными дозами ИПП, свидетельствуя тем самым о необходимости учитывать другие (кроме воздействия соляной кислоты) факторы патогенеза ГЭРБ, такие как нарушение пищеводного клиренса, забросы слабокислого и слабощелочного содержимого в пищевод и т.д. [1].

Традиционно в диагностике кислотозависимых заболеваний ведущие позиции занимает pH-метрия пищевода. С использованием данного метода удается идентифицировать кислые рефлюксы (снижение внутрипищеводного pH менее 4 ед.), которые являются критерием рефлюкса кислого содержимого из желудка в пищевод. Однако данный метод не применим для диагностики некислых рефлюксов [2]. В связи с этим, слабокислые и слабощелочные рефлюксы при проведении традиционной pH-метрии чаще всего остаются неучтенными [1].

24-часовая pH-импедансометрия лишена этого недостатка, так как использует совершенно иной, не зависящий от значения pH рефлюктата, принцип идентификации рефлюксов. В основу метода положено измерение сопротивления переменному электрическому току (импеданса), которое изменяется в случае попадания в пищевод жидких или газообразных субстанций. В комбинации с pH-метрией возможно характеризовать рефлюксы по уровню кислотности (кислый, слабокислый, слабощелочной), определять время осуществления химического и объемного клиренса и, соответственно, назначать рациональную терапию [1, 2].

Первые исследования, проведенные данным методом среди больных ГЭРБ, принимающих ИПП, выявили связь возникновения хронического кашля и регургитации с эпизодами некислых рефлюксов. Появляется все больше данных о том, что персистирование симптомов ГЭРБ, несмотря на прием антисекреторных препаратов, связано именно с сохраняющимся забросом слабокислого содержимого в пищевод [1].

В связи с этим, всем пациентам с рефрактерной ГЭРБ необходимо проведение 24-часовой внутрипищеводной pH-импедансометрии - нового метода исследования, способного идентифицировать факт рефлюкса в пищевод независимо от pH забрасываемого рефлюктата. Данная проблема является актуальной также для пациентов, страдающих гипо/анацидными состояниями после операций на желудке или вследствие атрофического гастрита, у которых pH желудочного содержимого близок к нейтральным и слабощелочным значениям [1,2].

Показать ценность и эффективность нового метода можно с помощью клинических примеров.

Клиническое наблюдение № 1.

Пациентка С., 43 лет, бухгалтер, предъявляла жалобы на изжогу, горечь во рту, боли в эпигастрии, отрыжку воздухом. Данные жалобы беспокоят длительное время, не купируются при приеме ИПП в стандартной дозе 2 раза в день.

ФГДС - единичные эрозии дистального отдела пищевода. Для изучения кислотообразующей функции желудка больной проведена 24-часовая импеданс-pH-метрия. Количество патологических гастроэзофагеальных рефлюксов у больной находилось в пределах нормы, что свидетельствовало об эффективности ИПП. Однако количество слабокислых рефлюксов, слабощелочных и газовых, значительно превышало верхние границы нормы. Таким образом, причиной неэффективности ИПП явились слабокислые и слабощелочные рефлюксы.

Клиническое наблюдение № 2.

Пациентка 32 лет, учитель, предъявляла жалобы на ежедневную изжогу. Данные симптомы беспокоят около 3-х лет, в постоянном режиме получает ИПП в стандартной дозировке. При этом ЭГДС изменений в верхних отделах пищеварительного тракта не выявила. Выставлен диагноз: "Неэрозивная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь". Больной проведена 24-часовая импеданс-pH-метрия. По данным последней не зарегистрировано патологических рефлюксов в пищевод, отсутствовала связь имеющихся жалоб с эпизодами рефлюкса. При рентгенологическом исследовании не выявлено ахалазиикардии и нарушений моторики пищевода. Не получено гистологическое подтверждение о наличии эозинофильного эзофагита.

Окончательный диагноз у больной звучит, как функциональная изжога, в лечении которой хороший терапевтический эффект дают трициклические антидепрессанты.

Клиническое наблюдение № 3.

Пациентка 56 лет, пенсионер, предъявляет жалобы на жжение, ощущение "кислоты" во рту. Данные симптомы беспокоят около 1,5 лет. Появление симптомов по времени совпало с манифестацией неврита лицевого нерва.

При ЭГДС изменений слизистой оболочки пищевода не выявлено, не получено гистологического подтверждения эзофагита. Пациентка консультирована стоматологом, удалены импланты, как одна из причин данных жалоб. Однако симптомы сохранялись.Больная направлена на консультацию к гастроэнтерологу. Рекомендовано проведение 24-часовой pH-импедансометрии, по результатом которой количество кислых, слабокилых и слабощелочных рефлюксов не превышало нижнюю границу нормальных показателей, коэффициент DeMeester составил 2,37 (норма менее 14,72). Данный факт позволил предположить отсутствие заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта, способствующих развитию имеющейся симптоматики у пациентки. Больной была рекомендовано повторная консультация невролога.

Таким образом, в случае сохранения жалоб у пациента, проведение pH-импедансометрии пищевода, даже без отмены антисекреторных препаратов, позволяет уточнить адекватность проводимой терапии, проанализировать связь имеющихся симптомов с рефлюксами, оценить эффективность пищеводного клиренса, решить вопрос о тактике дальнейшего лечения (смена препарата, увеличение дозы ИПП, отмена антисекреторного препарата и т.д.)

Имеющийся на сегодняшний день опыт использования pH-импедансометрии пищевода позволяет считать данный метод наиболее точным и современным в диагностике ГЭРБ. В связи с этим, целесообразно широкое внедрение pH-импедансометрии в практическую деятельность.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Трухманов А.С., Кайбышева В.О. pH-импедансометрия. Пособие для врачей / Под ред. Акад. РАМН, проф. В.Т. Ивашкина. М.: ИД "МЕДПРАКТИКА-М". 2013. 32 с.
2. Бордин Д.С., Янова О.Б., Валитова Э.Р. Методика проведения и клиническое значение импеданс-pH-мониторинга. Методические рекомендации. М.: ИД "МЕДПРАКТИКА-М". 2013. 27 с.
3. Ливзан М.А., Лялюкова Е.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефрактерная к терапии ингибиторами протонной помпы. Клинические наблюдения. Лечащий врач. 2015. 8. 18-21.
4. Российская гастроэнтерологическая ассоциация. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клинические рекомендации // Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация. 2014. Москва. 23 с. Availablefrom: http://www.gastroscan.ru/literature/authors/7752.

УДК 618.3 - 001.8

Новопашина Г.Н.[1], Потапова Е.Н.[2], Короленко Т.Г.[2], Стремилова Т.А.[2]

ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ГИПОКСИЯ ПЛОДА

[1]ФГБОУ ВО “Читинская государственная медицинская академия” МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

[2]ГУЗ “Городской родильный дом” (главный врач И.Б.Плоткин)

Плацентарная недостаточность (ПН) - синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями в плаценте, при прогрессировании которых развивается задержка развития плода, нередко сочетающаяся с гипоксией [1].

Код по МКБ-10. Класс XV. Беременность, роды и послеродовый период (O00-O99). Медицинская помощь матери в связи с состояни-

ем плода, амниотической полости и возможными трудностями родоразрешения (О30-О48).

Классификация. Виды плацентарной недостаточности по времени и механизму возникновения. **Первичная** - возникает до 16 нед. беременности и связана с нарушениями процессов имплантации и плацентации. **Вторичная** - развивается на фоне уже сформированной плаценты (после 16-й недели беременности) под влиянием экзогенных по отношению к плоду и плаценте факторов. Виды ПН по клиническому течению: **острая** - чаще всего связана с отслойкой нормально или низко расположенной плаценты, возникает преимущественно в родах и хроническая - может возникать в различные сроки беременности. **Компенсированная** - нарушены метаболические процессы в плаценте, отсутствуют нарушения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения (по данным допплерометрического исследования в артериях функциональной системы мать-плацента-плод). **Декомпенсированная** - определяются нарушения маточно-плацентарного и/или плодово-плацентарного кровообращения (по данным допплерометрического исследования в артериях функциональной системы мать-плацента-плод).

Причины плацентарной недостаточности. Эндогенные причины вызывают различные варианты нарушения плацентации и созревания ворсин, при которых может развиваться сосудистая и ферментативная недостаточность, что приводит к формированию первичной ПН. **Экзогенные причины,** действие которых приводит к нарушению маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения и формированию чаще всего вторичной ПН. **Причины первичной плацентарной недостаточности:** генетические факторы; бактериальные и вирусные инфекции; эндокринные факторы (гормональная недостаточность яичников и др.). **Причины вторичной плацентарной недостаточности:** акушерские заболевания и осложнения беременности [1].

Патогенез. Основную роль в патогенезе ПН отводят нарушению маточно-плацентарной перфузии, что приводит к снижению транспорта кислорода и питательных веществ через плаценту к плоду. Возникновение гемодинамических расстройств в плаценте связывают с нарушениями морфологических и биохимических адаптивных реакций в плаценте. **Этапы нарушения маточно-плацентарного кровообращения:** нарушение эндоваскулярной миграции трофобласта, недостаточность инвазии вневорсинчатого хориона, нарушение дифференцировки ворсин плаценты.

Гипоксия. В результате недостаточного содержания внутриклеточного кислорода, необходимого для аэробного метаболизма и выработки достаточного количества энергии, развивается "гипоксический стресс", сопровождающийся выбросом биологически активных веществ и гормонов, включая адреналин и норадреналин. В результате нарастания гипоксии, гипогликемии и дефицита энергии метаболизм глюкозы переходит на анаэробный путь, который не способен компенсировать энергетический дефицит. Продукты анаэробного гликолиза способствуют развитию метаболического ацидоза.

Клиника. При хронической ПН беременные предъявляют жалобы, характерные для акушерских и экстрагенитальных заболеваний, на фоне которых развивается хроническая или острая ПН. Могут отмечать уменьшение числа шевелений плода. При острой ПН в родах могут наблюдаться клинические симптомы отслойки плаценты (боль, кровотечение).

Диагностика. Анамнез: выясняют наличие материнских, плодовых или плацентарных факторов риска по развитию ПН. Физикальное исследование: рост и вес беременной; окружность живота, высота дна матки; тонус матки; наличие кровянистых выделений из половых путей; число шевелений плода; характер сердцебиения при аускультации (изменение частоты сердцебиения). Лабораторные исследования: направлены на оценку гормональной функции плаценты. Инструментальные исследования: ультразвуковая фетометрия и допплерометрическое исследование кровотока в артериях и венах функциональной системы мать-плацента-плод. Сроки ультразвукового скрининга (11-14 нед.,18-21 нед. и 30-34 нед.). При проведении УЗИ, помимо фетометрии, обращают внимание на расположения плаценты, её толщины и структуры (степень зрелости, наличие отёка, расширения межворсинковых пространств и др.); выявление мало- или многоводия (измерение наибольшего вертикального кармана или вычисление индекса амниотической жидкости); выявление ультразвуковых признаков тех акушерских и экстрагенитальных заболевания, которые лежали в основе развития ПН [1].

Допплерометрическое исследование кровотока в артериях и венах функцио-

нальной системы мать-плацента-плод считают основным диагностическим методом, результаты которого характеризуют состояние плацентарного кровообращения.

Кардиотокография.

Сомнительная КТГ в родах (наличие одного из следующих отклонений):

- Базальная ЧСС 100-110 или 160-170 уд/мин.
- Отсутствие акцелераций в течение 1 часа.
- Вариабельность менее 5 уд/мин. в течение 40-60 минут.
- Повышенная (сальтаторная) вариабельность более 25 уд/мин.
- Более 5 схваток за 10 минут.

Примечание: при одновременном наличии нескольких перечисленных отклонений КТГ классифицируется как патологическая.

Патологическая КТГ (наличие одного из следующих отклонений):

- Базальная частота менее 100 или более 170 уд/мин.
- Вариабельность менее 5 уд/мин. в течение более 60 мин.
- Повторяющиеся вариабельные осложненные децелерации (более 60 сек.).
- Повторяющиеся поздние или комбинированные децелерации.
- Синусоидный тип КТГ.

Претерминальная КТГ: Отсутствие вариабельности (менее 2 уд/мин.), независимо от наличия или отсутствия децелераций, или брадикардия.

Тактика ведения беременной. Терапия плацентарной недостаточности определяется необходимостью устранения причин нарушения кровообращения в плаценте [4]. Для этого требуется диагностика степени нарушения плацентарной функции. Общее правило - все наблюдения отклонений КТГ от нормы необходимо оценивать с учетом клинической ситуации. При сомнительной КТГ в родах: регистрация КТГ непрерывно; использовать скальп-электрод для регистрации КТГ и STAN с учетом результатов скальп-лактат пробы; устранить причины возникших отклонений; информировать ответственного врача родильного отделения. При патологической КТГ: информировать ответственного врача родильного отделения; устранить причины возникших отклонений; оценить необходимость медленного (в течение 5-10 минут) внутривенного введения 10 мкг гексопреналина (2 мл гексопреналина + 8 мл физиологического раствора); если патологическая КТГ сохраняется взять, скальп-лактат пробу или родоразрешить - степень срочности оценивается исходя от характера КТГ и клинической ситуации. При претерминальной КТГ: немедленно родоразрешить; для прекращения родовой деятельности перед экстренным родоразрешением возможно внутривенное введение 10 мкг гексопреналина [4].

Транзиторная ишемия миокарда новорожденных (или постгипоксический синдром дезадаптации сердечно-сосудистой системы). Наблюдается у новорожденных, перенесших хроническую гипоксию, асфиксию, респираторный дистресс-синдром. Клиническая картина характеризуется умеренной кардиомегалией, приглушенностью тонов сердца, симптомами сердечной недостаточности, персистированием фетальных коммуникаций (открытое овальное окно, аневризма межпредсердной перегородки), нарушением сердечного ритма и проводимости (экстрасистолия, тахикардия, брадикардия). Диагностика: ЭКГ-признаки, доплероэхокардиография, рентгенологическое исследование. Лечение: симптоматическая терапия сердечной недостаточности, кардиотропные и метаболические препараты, нейрометаболическая терапия [2, 3, 5].

Приводим наблюдение клинического случая.

Беременная С., 25 лет, состояла на учете по беременности с 10 недельного срока, обследована в полном объеме. Из анамнеза: перенесла вирусный гепатит В, желчно-каменную болезнь, алиментарно-конституциональное ожирение II степени. Обследование на TORCH инфекции показало IgG + (краснуха), IgG + 98% (герпес-вирусная инфекция). Пренатальный скрининг в II триместре - риск низкий. Консультирована генетиком: риск врожденной патологии плода по хромосомной патологии 1:900, рекомендовано УЗИ в скрининговые сроки. На УЗИ в 24 недели беременности: пороков, доступных внутриутробной диагностике, не выявлено, ложные хорды в левом желудочке; рекомендован контроль у новорожденного. На 18 недельном сроке беременная перенесла ОРВИ с субфебрильной температурой тела, с 26 недельного срока беременности определено повышение сахара крови (выставлен диагноз гестационного сахарного диабета). На 33 недельном сроке беременности УЗИ подтверждено маловодие. Получала антибактериальную терапию (ровамицин). На 34-35 недельном сроке беременности на УЗДГ определено нарушение маточно-плацентарного кровообращения, соответствующего 1А степени, гемодинамика у

плода в пределах нормы. В 35-36 недель беременности на УЗДГ нарушение маточно-плацентарного кровообращения 2 степени, повышенная двигательная активность плода, выраженные дыхательные движения, ЧСС=138 в минуту. Беременная находилась в отделении патологии беременности с диагнозом: Хроническая плацентарная недостаточность субкомпенсированной формы при беременности 35-36 недельного срока, хроническая гипоксия плода. Маловодие. АКО II степени. Желчно-каменная болезнь, калькулезный холецистит, ремиссия. Гестационный сахарный диабет. По данным УЗИ плод соответствовал 35-36 недельному сроку гестации, кардиотокограмма плода оценена 7-8 баллов. При диагностике на кардиотокограмме аритмии плода в экстренном порядке по поводу гипоксии плода и нарушения ритма сердца плода по типу тахиаритмии на сроке беременности 35-36 недель проведено экстренное оперативное родоразрешение (кесарево сечение). Извлечён ребёнок мужского пола в головном предлежании, массой тела при рождении 2480, длиной 44 см, с оценкой по Апгар 9/9 баллов. С рождения состояние ребёнка расценивалось тяжелым за счет нарушения ритма сердца по типу экстрасистолии и респираторных нарушений, нарастающих в динамике, потребовавших проведения респираторной терапии методом назального CPAP. Респираторная терапия продолжалась 2 суток 15 часов.

При проведении ЭКГ через 2 часа после рождения на фоне синусового ритма зарегистрированы частые, периодически групповые предсердные экстрасистолы (ЧСС=130-180 в 1 мин.), признаки нагрузки на левое предсердие; преобладание потенциалов правого желудочка; признаки распространенной ишемии, более выраженной в области боковой стенки (Tv1-v6 (-), горизонтальная депрессия ST v5-v6 на 2 мм). При Эхо -кардиографии выявлена аневризма межпредсердной перегородки (МПП на всем протяжении пролабировала в полость правого предсердия на 7 мм). Функционирующее овальное окно с лево-правым шунтом 3 мм. Функционирующий артериальный проток (при ЦДК 3-3,5 мм). Признаки транзиторной дисфункции миокарда обоих желудочков с нормальной сократительной способностью. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки признаки морфофункциональной незрелости легких, тень сердца не расширена. В гемограмме в 1 сутки признаки сгущения крови: гемоглобин 229 г/л, эритроциты $6,6*10^{12}$, гематокрит 67%, лейкоциты $28,1*10^{9}$, тромбоциты $179*10^{9}$, п-6, с-79, э-1, м-7, л-7, ВСК-4 мин., ДК-1 мин. 30сек. В анализах крови СРБ-7,7 мг/л, лактат-3,1 ммоль /л, глюкоза крови - в норме. На фоне проводимой респираторной и медикаментозной терапии (цитофлавин, рибоксин) состояние ребёнка стабилизировалось. Нарушения ритма сердца купировались на 2 сутки, дыхательные нарушения купировались на 3 сутки. На 2 сутки появилась желтуха с максимальным уровнем билирубина на 7 сутки (288 мкмоль /л). Неврологический статус соответствовал возрасту.

При контрольной записи ЭКГ на 5 сутки ритм синусовый ЧСС=130 в мин. Сохранялись признаки перегрузки левого предсердия, преобладание потенциалов правого желудочка. Процессы реполяризации в миокарде восстанавливались (ST V5-v6 на изолинии, T_{v1-v4} (-), T_{v5-v6} изоэлектричен.)

По данным ЭхоКГ на 5 сутки нормализовалась диастолическая функция левого желудочка, но увеличилась дилатация правых отделов сердца. Сохранялись признаки аневризмы межпредсердной перегородки (МПП пролабировала в полость правого предсердия на 7 мм). Функционирующее овальное окно (шунт слева направо 3 мм при ЦДК). ФАП, гемодинамически незначимый (при ЦДК 2-2,5 мм). С 7 дня жизни новорожденный был приложен к груди.

На 8 сутки для дальнейшего обследования ребёнок переведен в отделение патологии новорождённых Краевой детской клинической больницы. Клинический диагноз. Основной: 1. Респираторный дистресс-синдром новорожденного. 2. Ишемическая кардиопатия с нарушением ритма сердца по типу экстрасистолии. Фоновое состояние: хроническая внутриутробная гипоксия. Сопутствующий: МАРС (аневризма межпредсердной перегородки, НК-0). Недоношенность 35-36 недель. Неонатальная желтуха. В дальнейшем ребенок выписан домой под наблюдение кардиолога.

Таким образом, данный случай показал следующее.

1. У беременной имелись факторы риска развития плацентарной недостаточности, гипоксии плода и аномалии сердца у плода (наличие инфекции до и во время беременности, гестационный сахарный диабет).
2. Родоразрешение беременных высокой группы риска необходимо проводить в стационарах 2-3 уровня.

3. У представленного ребенка отмечался синдром дезадаптации сердечно-сосудистой системы на фоне хронической внутриутробной гипоксии плода и неблагоприятных факторов во время беременности. Данный синдром проявлялся в виде транзиторной ишемии миокарда, нарушения ритма сердца и персистирования фетальных коммуникаций (аневризмы межпредсердной перегородки). На фоне проведения антигипоксической терапии и восстановления процессов реполяризации в миокарде нарушения ритма сердца купировались.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство. Национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского [и др.]. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2009. - 1099 с.
2. Виноградова, И.В. Транзиторная ишемия миокарда у новорождённых / И.В. Виноградова, Д.О. Иванов // Артериальная гипертензия. - 2013. - Т. 19, № 4. - С. 343-347.
3. Неонатология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н.Н. Володина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с.
4. Применение кардиотокографии в родах. Краткий протокол ФГБУ НЦАГиП МЗ РФ / О.Н. Вихарева, О.Р. Баев, С.М. Воеводин [и др.]. - М., 2015.
5. Шарыкин, А.С. Перинатальная кардиология. Руководство для педиатров, акушеров, неонатологов / А.С. Шарыкин. - М. : Волшебный фонарь, 2007. - 264 с.

Лобанов С.Л., Лобанов Л.С., Размахнин Е.В., Лобанов Ю.С., Яшнов А.А.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.

ФГБОУ ВО “Читинская государственная медицинская академия” МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин),

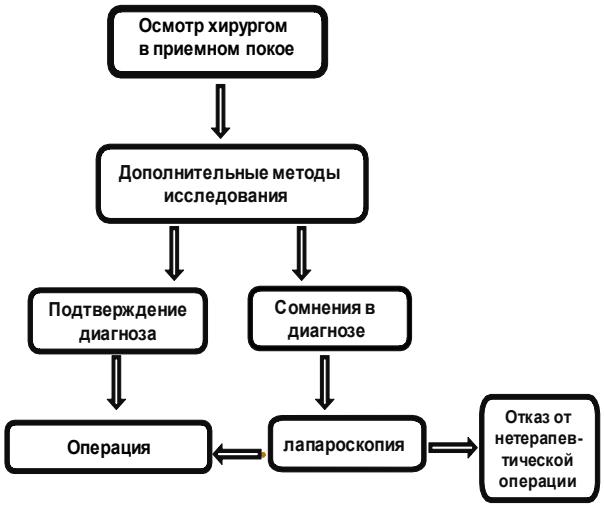
ГУЗ Городская клиническая больница № 1 г. Чита.

Наиболее важной проблемой при ведении больных с острым аппендицитом является гипердиагностика данной патологии, особенно у женщин фертильного возраста, что влечет за собой значительной количество ненужных (негативных) вмешательств. Значительно реже возникают диагностические ошибки, связанные с гиподиагностикой и, соответственно, с запоздалым или непроведенным оперативным лечением [1, 2, 3]. В результате возникают очень серьезные, а иногда и фатальные осложнения. Одним из наиболее эффективных методов диагностики в условиях многопрофильного стационара, которым является Городская клиническая больница № 1 г. Читы, является диагностическая лапароскопия. В данной работе мы приводим анализ нашего многолетнего опыта использования данной технологии, как при диагностике, так и лечении острого аппендицита.

Цель работы: анализ эффективности диагностической лапароскопии у пациентов с подозрением на острый аппендицит.

Материал и методы: проведен анализ результатов 901 лапароскопии у больных, направленных на исследование с подозрением на острый аппендицит, в Городской клинической больнице № 1 за 2010-2016 г. Диагностическая лапароскопия выполнялась преимущественно под местной анестезией, у пациентов поступавших в экстренном порядке в приемный покой. Предварительно пациентам проводился осмотр дежурным хирургом и дополнительные исследования: общий анализ крови, мочи, УЗИ брюшной полости, а также другие инструментальные и лабораторные исследования по показаниям. Диагностическая лапароскопия выполнялась с помощью диагностического комплекса "Эндомедиум" с использованием 5мм оптики.

АЛГОРИТМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА УРГЕНТНУЮ ПАТОЛОГИЮ



Результаты и обсуждение. Среди указанной группы из 901 пациента превалировали женщины - 678 (75,2%), мужчин было 223 (24,8%). Диагноз "Острый аппендицит" подтвержден лишь

у 317 пациентов (35,2%). Результаты лапароскопий у больных, направленных с диагнозом " острый аппендицит": Острый аппендицит подтвержден у 317 (35,2%) пациентов, при этом преобладали деструктивные формы, установленные как макроскопически, так и при последующем гистологическом заключении. Флегмонозный, гангренозный аппендицит и эмпиема червеобразного отростка установлены у 263 больных (83%). Все больные с подтвержденным диагнозом оперированы в экстренном порядке.

В 140 случаях(15,6%) патологии в животе не обнаружено. Во всех этих случаях оперативное лечение не проводилось. Некоторым пациентам проводили дополнительное обследование с целью выявления причины абдоминального синдрома. Наиболее частой причиной были: кишечная колика, мочекаменная болезнь, хронический панкреатит, сахарный диабет и др.

Наибольшую после основной патологии группу составили различные гинекологические заболевания, а также проявления, связанные с менструальным циклом и овуляцией. В общей сложности данная группа включала 290 случаев (32,2%), среди которых можно выделить пациенток с признаками воспаления придатков матки (сальпингиты и сальпингоофориты) с пельвеоперитонитом или без него - 141 (15,7%). В большинстве случаев больным проводилось консервативное лечение.

Достаточно часто находкой был маточно-перитонеальный рефлюкс - 78(8,6%). При этом клиническая картина, симулирующая острый аппендицит, развивалась в период менструации или в течении 1-2 суток после ее окончания. При лапароскопии обнаруживали небольшое количество (30-50мл) крови или геморрагической жидкости в полости малого таза. Во всех случаях дальнейшего оперативного лечения не требовалось.

Апоплексия яичника установлена в 38 (4,2%) случаев. Кровотечение, как правило, было незначительным (до 50 мл), лишь у 13 пациенток потребовалось оперативное вмешательство.

Осложненные кисты встретились в 33 (3,7%) случаях. Чаще наблюдались разрывы кист, реже кровотечения или перекруты, что служило показанием для оперативного лечения.

Перитониты не аппендикулярного происхождения обнаружены у 37 (4,1%) больных. Среди причин: перфоративные язвы, ферментативный перитонит при панкреонекрозе, острый деструктивный холецистит, спаечная кишечная непроходимость, мезентериальный тромбоз, перфорация дивертикула толстой кишки, перфорация слепой кишки рыбной костью и др.

Указанные причины в сумме составили 87,0%.

Дальнейшая тактика после ЛС: в общей сложности оперативному лечению подвергнуто 485 больных (53,8%). При этом средний койко-день составил 8,7±0,62 дня. Отказ от нетерапевтической операции стал возможен у 416 (46,2%) пациентов. Средний койко-день закономерно ниже и составил 4,1±0,55 дня.

Выводы:

1. Диагностическая лапароскопия снижает число нетерапевтических операций при подозрении на острый аппендицит почти в 2 раза.
2. Средний койко-день у неоперированных больных в 2 раза ниже, чем у оперированных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лоймоева В.С. Острый аппендицит. Пути предупреждения необоснованных операций. Автореф. Дисс.канд.мед.наук 2006, Петрозаводск.
2. Скиба В.В., Калина Р.А., Иванько А.В. Современные методы диагностики острого аппендицита. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2013. - Т.13, вып.1(41). - С.163-165
3. Larsson P. G. Laparoscopy reduces unnecessary appendicectomies and improves diagnosis in fertile women. A randomized study / P. G. Larsson et al. // Surg. Endosc. 2001. - Vol. 15, № 2. - P. 200-202.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.127-009.51

Зайцев Д.Н., Даньшова М.С., Говорин А.В., Филев А.П., Потемкин П.С., Эпельбаум Н.В.

СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

Истинная гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) по-прежнему остается одной из распространенных наследственных заболеваний сердечно-сосудистой системы с полигенным путем наследования [1,2,3,4]. ГКМП обусловлена первичным поражением сердца, характеризующимся утолщением стенок левого желудочка (ЛЖ) более 15 мм с развитием сердечной недостаточности, преимущественно диастолического типа, жизнеопасными аритмиями и высоким риском развития внезапной сердечной смерти [5]. По современным данным ГКМП - генетически гетерогенное заболевание, этиологией которого являются более 400 описанных мутаций генов, кодирующих белки саркомера и некоторые несаркомерные белки [6,7]. В настоящее время известны 11 белковых компонентов сердечного саркомера, выполняющих контрактильную, структурную, регуляторную функции, дефекты которых наблюдаются при ГКМП [6,7]. Мутации в генах, кодирующих тяжёлую цепь бета-миозина (MYH7) и миозин-связывающего белка С (MYBPC3), составляют большинство случаев; менее часто вовлечены гены, включающие сердечные тропонины I и T (TNNI3, TNNT2), альфа-1 цепь тропомиозина (TPM1) и легкую цепь-3 миозина (MYL3) [6]. В целом, у больных с мутациями в генах саркомерных белков заболевание манифестирует раньше и отмечается более высокая частота семейного накопления ГКМП и внезапной смерти, чем у больных без мутаций [8-10]. У них также имеется тенденция к более выраженной гипертрофии, микрососудистой дисфункции и миокардиальному фиброзу и, как следствие, быстрому прогрессированию сердечной недостаточности [10-12].

Данный клинический случай демонстрирует вариант тяжелой семейной гипертрофической кардиомиопатии.

Пациентка Я., 44 лет, поступила в отделение кардиологии ГУЗ ГКБ № 1 г. Читы с жалобами на ангинозные боли, одышку при выполнении незначительной физической нагрузки, приступы удушья в положении лежа, кашель со скудным отделением серой мокроты, отеки нижних конечностей до средней трети голеней. Из анамнеза выяснено, что 8 лет назад пациентке был выставлен диагноз гипертрофической кардиомиопатии, по поводу которого она проходила обследование в НИИ патологии кровообращения им. Е.Н. Мешалкина, где от проведения оперативного лечения было решено временно воздержаться в связи с отсутствием обструкции выходного отверстия ЛЖ. Пациентке назначена консервативная терапия β-блокаторами, инг. АПФ с рекомендациями динамического контроля толщины стенки ЛЖ при проведении ЭхоКГ-исследования.

При поступлении в приемном покое состояние больной средней степени тяжести. Температура тела 36,6°С. Кожные покровы обычной окраски, умеренный акроцианоз, отеки нижних конечностей до средней трети голеней. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких единичные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД 21 в минуту. Тоны сердца ритмичные, соотношение тонов сохранено, ЧСС 70 ударов в минуту, АД=130/90 ммрт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Диурез незначительно снижен. На основании клинических, инструментальных и анамнестических данных при поступлении выставлен диагноз: осн. *Необструктивная гипертрофическая кардиомиопатия. осл. Н2Б, ХСН 3 ф. кл.*

При ЭХО-КГ - исследовании обнаружена эксцентрическая недилатационная гипертрофия ЛЖ (толщина межжелудочковой перегородки 14-16 мм, в медиальном сегменте до 21 мм). Очаговые изменения передней, боковой стенок ЛЖ в среднем и верхушечном сегментах. Дилатация предсердий. Митральная регургитация 1-2 ст., трикуспидальная регургитация 2 ст. Умеренная легочная гипертензия. Незначительный гидроперикард.

При ЭКГ - исследовании: ритм синусовый, ЧСС 64 в минуту. Очагово-рубцовые изменения в области верхушки, боковой стенки левого желудочка. Очаговые изменения левого желудочка, выявленные при ЭКГ и ЭхоКГ-исследовании, видимо, обусловлены ранее перенесенным крупноочаговым инфарктом миокарда.

Пациентке назначена терапия петлевыми диуретиками, β - адреноблокаторами, и АПФ, антагонистами альдостерона. На фоне прово-

димого лечения была достигнута компенсация ХСН, ангинозные боли не беспокоили, и на 8-е сутки выписана с рекомендациями дальнейшего приема β-адреноблокаторов, инг. АПФ, антагонистов альдостерона.

При сборе семейного анамнеза выяснено, что сын пациентки также страдает ГКМП. В 2014 году, в возрасте 19 лет, он проходил комплексное обследование в НИИ патологии кровообращения им. Е.Н. Мешалкина г. Новосибирска, где был выставлен диагноз: *Гипертрофическая кардиомиопатия с умеренной обструкцией выходного отверстия ЛЖ. Синдром слабости синусового узла, брадисистолический вариант. Частая желудочковая экстрасистолия.*

Учитывая наличие синдрома слабости синусового узла, жизнеопасные желудочковые нарушения ритма и высокий риск внезапной сердечной смерти, 19.05.2014 года больному была выполнена операция имплантации однокамерного кардиовертера-дефибриллятора в эндокардиальном варианте Teligen VR 119581, в режиме стимуляции VV1. От проведения оперативного вмешательства было решено воздержаться ввиду низкого градиента давления в выходном отделе левого желудочка. Пациент был выписан из НИИ в удовлетворительном состоянии с рекомендацией повторной консультации в конце 2014 года.

В ноябре 2014 года в этом же научно-исследовательском центре пациенту была проведена реимплантация двухкамерного кардиовертера-дефибриллятора в эндокардиальном варианте Teligen DR 109332 в режиме стимуляции DDD с добавлением предсердного электрода. С целью подтверждения наследственного характера ГКМП пациенту проведено генетическое исследование, в ходе которого выявлена ассоциация полиморфизма гена MYH 7 с развитием семейной ГКМП. Мутация p. Arg663His обусловлена заменой нуклеотида G на C в положении Chr14 (GRCh37):23896042 гена MYH 7, вызванная заменой аргинина на гистидин в 663 позиции. Одновременно с этим проводилась дифференциальная диагностика с болезнью Андерсена-Фабри, однако, учитывая патогномоничный полиморфизм гена MYH 7 и отсутствие иных клинических проявлений, данное метаболическое заболевание было отвергнуто. Пациенту была продолжена терапия селективным β-адреноблокатором метопрололом, рекомендовано выполнение МРТ сердца с последующей консультацией кардиохирурга.

При динамическом наблюдении пациента и выполнении ЭХО-КГ в феврале 2017 г. была выявлена значительная неравномерная гипертрофия межжелудочковой перегородки (42 мм) с обструкцией выходного тракта ЛЖ (PG 30 ммрт.ст.) Незначительное расширение левого предсердия. Митральная регургитация 1-2 ст. Аортальная регургитация минимальная. *При ЭКГ-исследовании:* ритм ЭКС в режиме DDD с базисной частотой 65 импульсов в минуту.

В настоящее время пациента периодически беспокоят давящие боли за грудиной и одышка при умеренной физической нагрузке (быстрая ходьба на расстояние 300-400 метров). Эпизодов срабатывания *кардиовертера-дефибриллятора* с момента имплантации устройства не было. Пациент постоянно принимает метопролол в дозе 50 мг в сутки.

Также выяснено, что у пациентки еще есть дочь, у которой при проведении ЭхоКГ-исследования патологии не выявлено. Генетического исследования ни пациентка, ни ее дочь не проходили.

Таким образом, учитывая этиологическую гетерогенность заболевания [10-12], при выявлении значительного (более 15 мм) утолщения стенки ЛЖ, не объяснимое другими причинами (артериальная гипертензия, пороки сердца), наличие симптомов хронической сердечной недостаточности, семейного анамнеза заболевания, в том числе случаи внезапной сердечной смерти, диктует необходимость проведения дифференциальной диагностики с гипертрофической кардиомиопатией. У части больных этот процесс должен включать специализированное лабораторное обследование и, в некоторых ситуациях, генетический анализ. Составление родословной, содержащей информацию о трёх-четырёх поколениях семьи, помогает подтвердить генетическую природу заболевания, выявить группу риска среди других членов семьи и провести своевременные профилактические мероприятия по предупреждению манифестации сердечной недостаточности и внезапной сердечной смерти.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. American College of Cardiology/European Society of Cardiology Clinical Expert Consensus Document on Hypertrophic Cardiomyopathy: A Report of the American Collage of Cardiology Foundation Task Forse on Clinical Expert Consensus Documents and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines // Eur Heart J. - 2003. - 24. - P. 1965-91.

2. Maron B.J., Towbin J.A., Thiene G. et al. Contemporary definicions and classification of the cardiomyopathies // Circulation. - 2006. - 2. 113. - P. 1807-1816.
3. Целуйко В.И., Белостоцкая Е.А. Внезапная кардиальная смерть при гипертрофической кардиомиопатии // Внутренняя медицина № 1-2 (13-14), 2009.
4. Kubo T, Kitaoka H, Okawa M et al. Hypertrophic cardiomyopathy in the elderly // Geriatr Gerontol Int. 2010 Jan; 10(1): 9-16.
5. Yang WI, Shim CY, Kim YJ. Left atrial volume index: a predictor of adverse outcome in patients with hypertrophic cardiomyopathy //J Am Soc Echocardiogr. 2009 Dec; 22(12):1338-43. E pub. 2009. Oct 30.
6. Иманов Б.Ж. Генетические аспекты гипертрофической кардиомиопатии // Кардиология. - 4. 2003.- 4. - С. 56-58.
7. Contemporary definicions and classification of the cardiomyopathies // Circulation. - 2006. - 2. 113. - P. 1807-1816
8. Morita H. Et al. Single-gene mutations and increased left ventricular wall thickness in the Community: the Framingham Heart Study // Circulation. - 2006. - 113. - P. 2697-2705
9. Джанашия П.Х., Назаренко В.А., Николенко С.А. и др. Гипертрофическая кардиомиопатия. М.: ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, 2007 - с.18-21.
10. Maron M.S., Olivotto I., Betocchi S. et al. Effect of left ventricular outflow tract obstruction on clinical outcome in hypertrophic cardiomyopathy // N.Engl. J. Med. 2003. V. 348. P. 295-303.
11. Габрусенко С.А. Гипертрофическая кардиомиопатия: клинико-инструментальная характеристика, варианты клинического течения, прогноз и особенности медикаментозного лечения: автореф. дис.... докт. мед. наук / НИИ кардиологии им. Мясникова РКНПК - М.: 2009.- 49 с.
12. Дядык А.И., Багрий А.Е., Самойлова О.В. и соавт. Хроническая сердечная недостаточность у больных с кардиомиопатиями / / Кардиология, № 241, 2008.

УДК 616.351-006.2-089

Иванова О.В., Троицкая Н.И., Жилин И.В., Дамдинов Р.И., Сандитова С.Б., Маркова М.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕСАКРАЛЬНОЙ КИСТЫ

ГУЗ Краевая клиническая больница (главный врач - В.А. Шальнев)
ФГБОУ ВО “Читинская государственная медицинская академия” МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

Введение. Пресакральные (параректальные) кисты - врожденные аномальные структуры, локализующиеся в параректальной клетчатке, от простых дермоидных кист до сложных опухолей, содержащих целые органы или их зачатки, т.н. "гистологическое попурри", и даже неполные паразитарные плоды [1].

В последние годы в центре внимания отечественных и зарубежных колопроктологов находится проблема лечения больных с пресакральными кистами. Актуальность этой проблемы связана с совершенствованием диагностических мероприятий, и, следовательно, увеличением числа верифицированных диагнозов пресакральных кист как в нашей стране, так и за рубежом. Будучи врожденной патологией развития, не подлежащей профилактике, пресакальные кисты могут длительное время оставаться не диагностированными. Вследствие их бессимптомного течения до развития осложнений, они могут приводить к ложной диагностике заболеваний, маскирующихся под различную хирургическую, гинекологическую, проктологическую, урологическую или неврологическую патологию. Своевременная и корректная постановка диагноза пресакральных кист, несмотря на использование современного оборудования (МРТ, СКТ, эндо-УЗИ), крайне затруднительна. Даже при верификации диагноза проблема выбора способа оперативного лечения пресакральных кист так же не имеет однозначного ответа, о чем свидетельствуют: длительные сроки послеоперационного периода (14-90 суток) у пациентов с данной патологией, частота послеоперационных осложнений (54-82%), а так же повторные обращения больных с рецидивами заболевания (14-67%) [2]. Все врожденные патологические процессы в крестцово-копчиковой области являются результатом неправильного развития на разных стадиях эмбриогенеза зародышевых зачатков и сложные, порой химероподобные образования могут сфор-

мироваться из менее дифференцированных частей, подвергнувшихся аномалиям [3, 4].

Клинический случай. Больная С., 1993 г.р., поступила в отделение колопроктологии ГУЗ Краевая клиническая больница в декабре 2016 г. для планового хирургического лечения. Из анамнеза выяснено, в марте 2016 г. была обследована в гинекологическом отделении, с жалобами на нмц с декабря 2015 г. Локально отмечалось смещение заднего прохода близко к задней спайке, в остальном - наружные половые органы развиты правильно. Влагалище узкое, нерожавшей. Шейка матки цилиндрическая, визуально не изменена. Матка отклонена вправо и кзади, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки четко не пальпируются. Через левый заднебоковой свод влагалища пальпируется образование до 6,0 см в диаметре, расположенное между задней стенкой влагалища и прямой кишкой. Выделения - бели.

Больной выполнено дообследование. УЗИ органов малого таза 15.10.2015 г.: позади матки, слева лоцируется изоэхогенное образование с ровными четкими контурами размерами 71x58x72 мм с эффектом мелкодисперстного содержимого, в режиме цдк кровоток в стенке, внутреннее содержимое аваскулярное (по эхокартине - эндометриоидная киста?). Заключение УЗ признаки образования малого таза (ретроцервикальный эндометриоз?).

МРТ малого таза 07.12.2015 г.: Под маткой, парасагиттально слева, между влагалищем и прямой кишкой определяется киста до 63 мм, с гомогенным содержимым. Заключение: киста малого таза.

Больная выписана из отделения гинекологии с диагнозом: Образование малого таза (забрюшинное?) неясного генеза. Рекомендована консультация проктолога и дообследование (RMS, ирригоскопия), с определением дальнейшей тактики ведения пациентки.

Консультирована колопроктологом амбулаторно и направлена на оперативное лечение.

7.12.2016 г. больная госпитализирована в отделение колопроктологии.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Дыхание везикулярное. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, АД 120/ 80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот обычной конфигурации, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Перистальтика выслушивается, живая. Газы отходят. Стул регулярный, оформленный, обычного цвета. Диурез достаточный. Перианальная область без особенностей. При пальцевом исследовании тонус сфинктера в норме, стенки кишки гладкие, эластичные. Дистальной фалангой, по передне-боковой стенке слева пальпируется нижний полюс безболезненного образования, округлой формы, эластичной консистенции.

Выставлен диагноз: Пресакральная киста, рекомедовано оперативное лечение после проведения предоперационной подготовки.

12.10.2016 г. выполнена ирригоскопия, по результатам которой выявлена долихосигма, образование малого таза.

Проведена предоперационная подготовка. 19.12.2016 г. больная взята в операционную. Выполнена лапаротомия, при ревизии, начиная от перешейка матки, определяется туго-эластичной консистенции образование, уходящее забрюшинно в малый таз до уровня тазовой брюшины, размерами в поперечнике 5x4 см. Со стороны задней поверхности кишки данное образование не определяется. Надсечена париетальная брюшина слева по типу лирообразного разреза. Поэтапно от капсулы отсепарированы фиброзные перемычки, идущие к задней стенке влагалища. Острым и тупым путем с техническими трудностями вылущено образование, которое на последнем этапе выделения вскрылось с эвакуацией детрита творожистой консистенции в виде фрагментов различного диаметра без запаха. Данный детрит отправлен на гистологию. Выполнена санация полости малого таза от детрита. Нижний полюс данного образования находился на уровне мышц леваторов, между леваторами слева и крестцовой впадиной. Образовалась полость больших размеров приблизительно 15x8x6 см, выполнено ее дренирование через отдельный прокол в промежности, трубчатым дренажом слева и спереди от ануса. Восстановлена тазовая брюшина. Брюшная полость дренирована. Контроль на гемостаз, инородные тела. Лапаротомная рана послойно ушита.

Послеоперационный период протекал без особенностей. На 16-е сутки больная в удовлетворительном состоянии выписана из стационара. Рекомендовано: наблюдение у проктолога по месту жительства.

По данным гистологического заключения от 19.12.2016 г.: Доброкачественное новообразование мягких тканей забрюшинного про-

странства. Дермоидная киста. Гистологически внутренняя стенка кисты выстлана неравномерно истонченным многослойным плоским ороговевающим эпителием, с четкой базальной мембраной, соединительнотканная строма фиброзирована, с наличием дистрофически измененных придатков кожи, хрящевой, жировой ткани, диффузно-очаговой лимфоидно-лейкоцитарной инфильтрацией, полнокровными сосудами. Просвет выполнен роговыми массами.

Заключение. Таким образом, пресакральные кисты длительное время могут протекать бессимптомно. Появление клинической картины может быть обусловлено ростом образования или развитием осложнений. В настоящее время, благодаря современным методам лучевой диагностики (КТ, МРТ) не существует трудностей в диагностике данной патологии, что позволяет приступить к их своевременному лечению при наличии относительно небольших размеров кистозных образований, до развития осложнений, что значительно облегчает техническое выполнение оперативного вмешательства, сокращает длительность послеоперационного периода и облегчает течение послеоперационного периода.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Воробьев, Г.И. Основы колопроктологии / Г.И. Воробьев. М. : Медицинское информационное агентство, 2006. - 430 с.
2. Левчук, А.Л. Пути улучшения диагностики и результатов хирургического лечения пресакральных кист / А.Л. Левчук, Е.Г. Неменов, Т.И Игнатьев // Колопроктология. ФГУ "Национальный Медико-Хирургический Центр имени Н.И. Пирогова" МЗ РФ, г. Москва, Россия. - 2014. - № 3. - С. 25
3. Клинические рекомендации. Колопроктология. / под ред. Ю.А. Шелыгина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 528 с.
4. Roka YB, Koirala R, Bajracharya A, et al. Giant sacrococcygeal teratoma in an adult: case report. Br J Neurosurg. 2009;23(6):628-629.

УДК 616.345

Иванова О.В., Троицкая Н.И., Жилин И.В., Ананьева Л.В., Сутурин М.В, Халзанова Д.Д.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ И ТЕРМИНАЛЬНОГО ГИДРОНЕФРОЗА

ГУЗ Краевая клиническая больница (главный врач - В.А. Шальнев)
ФГБОУ ВО “Читинская государственная медицинская академия” МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

Семейный аденоматоз толстой кишки - тяжелое системное заболевание, характеризующееся множественным (от 100 до 1000) поражением полипами слизистой оболочки разных отделов ободочной кишки с прогрессивным ростом и обязательной малигнизацией при отсутствии своевременного лечения. Заболевание передается по наследству в не зависимости от пола [1,2,4,5]. Семейный аденоматоз является аутосомно-доминантной патологией, популяционная частота которой составляет 1 на 8000 новорожденных [3].

Развитие патологии обусловлено мутацией гена, отвечающего за нормальную пролиферацию слизистой желудочно-кишечного тракта. При рождении ребенка признаки заболевания отсутствуют. Первые клинические признаки семейного аденоматоза появляются чаще всего в возрасте 15-19 лет [1,3]. Заболевание является облигатным предраком, при отсутствии адекватного лечения заканчивается развитием рака толстой кишки, нередко множественного.

Клинический случай. Больной П., 27 лет, поступил в отделение колопроктологии ГУЗ Краевая клиническая больница г. Читы с жалобами на периодический жидкий стул с примесью алой крови до 4-6 раз в сутки, общую слабость, недомогание, недержание жидкого кала.

Из анамнеза выяснено, что считает больным в течении 1 года, когда впервые периодически стал беспокоить жидкий стул с примесью алой крови, по поводу чего лечился и обследовался в инфекционном отделении ЦРБ, где больному была выполнена фиброколоноскопия, по результатам которой диагностирован семейный аденоматоз толстой кишки. За месяц до госпитализации стал отмечать учащение жидкого стула до 4-6 раз в сутки, нарастание общей слабости, недомогание. Больной направлен на консультацию к колопрокто-

логу поликлиники ГУЗ Краевая клиническая больница г. Читы, после чего был госпитализирован в отделение колопроктологии.

Из анамнеза жизни выяснено, что является инвалидом 2 группы с детства по поводу умственной отсталости с нарушением поведения, обусловленной неясными причинами, проживает в психоневрологическом доме-интернате.

При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета, влажности. Дыхание везикулярное. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные. АД 120 и 80 ммрт.ст. Живот обычной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Локально: перианальная область не изменена. Анус без особенностей. Тонус сфинктера снижен, волевое усилие ослаблено. Сразу за анальным каналом пальпируются множественные полиповидные образования от 0,5 до 2,0 см в диаметре. Ректороманоскопия: за анальным каналом имеются множественные полипы указанных размеров. Образования выстилают по окружности всю поверхность на протяжении 20 см.

Выставлен диагноз: Семейный аденоматоз толстой кишки, назначено дообследование.

Больному выполнена фиброколоноскопия: толстая кишка осмотрена до купола. Слизистая всех отделов ободочной кишки, прямой и сигмовидных отделов покрыта полипами различной формы и размеров, местами просвет кишки полность перекрыт конгломератом полипов.

По данным фиброгастродуоденскопии выявлен поверхностный гастрит. Больному выполнено УЗИ абдоминальное и почек, по данным которого в правой почке обнаружена киста больших размеров 80х85х80 см, объемом до 290 мл, изменения диффузного характера правой почки, расширение чашечек правой почки. Больной осмотрен урологом, для уточнения состояния правой почки больному рекомендована компьютерная томография с болюсным контрастированием.

По данным компьютерной томографии: почки в типичном месте, левая обычной формы и размеров. Справа отмечается расширение лоханки до 98х86х95 мм, чашечки шаровидные до 35 мм, паренхима истончена. В экскретоную фазу в чашечках следы контраста. Определяется мочеточник, в верхней трети извитой, расширенный до 8 мм, далее не прослеживается. Правая почечная артерия сужена на всем протяжении. Заключение: гидронефроз правой почки, расширение верхней трети мочеточника. Снижение функции правой почки. Гипоплазия правой почечной артерии.

По результам дообследования больной повторно осмотрен урологом. Выставлен диагноз: терминальный гидронефроз справа. Больному показана нефрэктомия.

Учитывая наличие терминального гидронефроза справа, семйного аденоматоза толстой кишки, для уточнения объема оперативного вмешательства и для решения вопроса о тактике проведения предоперационной подготовки поведен консилиум с участием хирургов, колопроктологов, уролога, анестезиолога. Больному решено выполнить симультанную операцию, определена тактика проведения предоперационной подготовки.

После проведения предоперационной подготовки больной взят в операционную, выполнена срединная лапаротомия. При ревизии толстая кишка дилятированна, стенки инфильтрированы. Во всех отделах ободочной кишки пальпируются множественные мелкие полипы от 3-6 мм в диаметре, в быжейке ободочной кишки пальпаторно определяются увеличенные лимфатические узлы от 0,5 до 3,0 см, эластичной консистенции. Правая почка значительно увеличена в размерах за счет мешковидного образования до 12 см в диаметре, паренхима почки резко истончена, представлена полоской ткани толщиной до 5 мм. При ревизии других органов патологии не выявлено. При ревизии малого таза в прямой кишке определяется плотная, подвижная опухоль с втяжением серозной оболочки от верхне-ампулярного отдела прямой кишки ниже за тазовую брюшину, размеры определить невозможно, за счет этого малый таз укорочен. Больному выполнена колпроктэктомия с наложением илеостомы по Бруку, нефрэктомия справа. Брюшная полость, малый таз дренированы. Лапаротомная рана послойно ушита, дренирована.

На разрезе макропрепарата ободочной и прямой кишки на слизистой множественные полипы от 3-5 мм, местами образующими конгломерат, местами с множественными более крупными образованиями до 2-3 см. Стенки кишки инфильтрированы. Макропрепарат правой почки: значительно увеличена в размерах за счет лоханки 12 см, паренхима истончена.

Послеоперационный период осложнился развитием острого панкреатита, на фоне проведения консервативного лечения состояние улучшилось.

По результатам гистологического исследования препарата правой почки: подтвержден гидронефроз правой почки с расширением и деформацией чашечно-лоханочной системы.

По результатам гистологического исследования препарата ободочной и прямой кишки: на отдельных участках обнаружены тубулярно-ворсинчатые аденомы с явлениями малигнизации - ростом высокодифференцированной аденокарциномы с инвазией в подслизистый слой. Заключение: Язвенно-инфильтративная форма колоректального рака прямой кишки, развившегося на фоне множественных тубулярно-ворсинчатых аденом с дисплазией тяжелой степени. Высокодифференцированная аденокарцинома ободочной кишки, развившаяся на фоне множественных тубулярно-ворсинчатых аденом с дисплазией тяжелой степени.

Больной осмотрен онкологом, выставлен диагноз: Семейный аденоматоз толстой кишки. Рак прямой кишки II А стадии T3N0M0. Рак ободочной кишки I стадии. С рекомендациями больной в удовлетворительном состоянии выписан из стационара.

Таким образом, учитывая слабовыраженную симптоматику, отсутствие специфической клиники семейного аденоматоза толстой кишки на ранних стадиях болезни, очевидно, что основная роль в своевременном выявлении заболевания принадлежит инструментальным методам обследования, в первую очередь фиброколоноскопии. Ранее выявление и проведение оперативного лечения при семейном аденоматозе толстой кишки, дальнейшее систематическое пожизненное медицинское наблюдение позволяет предотвратить развитие рака.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Клинические рекомендации. Колопроктология. / под ред. Ю.А. Шелыгина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 528 с.
2. Основы колопроктологии / Г.И. Воробьев, С.И. Ачкасов, Л.А. Благодарный [и др.] - М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2006. - 423 с.
3. Ривкин, В.Л. Колопроктология: руководство для врачей / В.Л. Ривкин, Л.Л. Капуллер, Е.А. Белоусова. - М. : ГЕОТАР-Медиа, 2011. - 368 с.
4. Kastrinosand, F., Syngal S. Inherited Colorectal Cancer Syndromes / F. Kastrinosand, S. Syngal // J. Cancer. - 2011. - № 17 (6). - pp. 405-415.
5. Yuhtin, V. I. Hirurgiya obodochnoj kishki / V. I. Yuhtin // Hirurgiya. -1998. - № 1. - S. 153.

616-006.699 : 616.5

Каюкова Е.В.[1], Дегтяр К.Г.[2], Бурдинская Т.В.[2]

ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ЭПИТЕЛИОМА МАЛЕРБА

[1]ФГБОУ ВО “Читинская государственная медицинская академия” МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)
[2]ГУЗ “Забайкальский краевой онкологический диспансер” (главный врач - Пимкин М.Г.)

Эпителиома Малерба (пиломатриксома) - крайне редкая опухоль, развивающаяся в результате нарушения эмбриогенеза. Ее источником может быть эпителий волосянного фолликула или эктопические очаги плоского эпителия. Возникает у детей и молодых людей на коже лица, волосистой части головы, плечах. Одним из триггерных факторов образования этой опухоли является травма, хотя есть и сведения о генетической предрасположенности. Опухоль развивается медленно, очень редко озлокачествляется [2, 3]. При осмотре трудно правильно поставить диагноз. Клинические проявления неспецифичны: одиночный плотный, подвижный опухолевый узел, размерами от нескольких миллиметров до 10-20 см, расположенный в мягких тканях. На этой стадии заболевания клинически опухоль путают с эпидермальной кистой. При длительном течении заболевания возможно формирования свища. В этом случае ошибочно устанавливается диагноз атерома. Фактически, точная диагностика возможна только после удаления опухоли и ее гистологического исследования. Макроскопически опухоль окружена капсулой, исходит из волосяного фолликула. Микроскопические признаки - наличие клеток-теней с дегенерирующими, распадающимися ядрами и отложение солей кальция [1, 2].

Злокачественная пиломатриксома (малигнизированная эпителиома Малерба) может возникнуть как de novo, так и как вследствие малигнизации доброкачественной эпителиомы. Клиническими признаки злокачественного процесса является - быстрый рост опухоли, ограничение ее подвижности, диагностика измененных регионарных лимфатических узлов [2, 3].

В отечественной литературе имеются лишь единичные публикации об этом заболевании. Средний возраст больных - 44 года, чаще встречается у мужчин. Наиболее частая локализация - голова, шея, плечи. В настоящее время малигнизированная эпителиома Малер-

ба считается агрессивной опухолью, склонной к быстрому рецидированию даже после радикального удаления (частота рецидивирования составляет 53%), а также метастазированию как лимфо-, так и гематогенно [1, 5]. Гистологические признаки малигнизации - пролиферирующие базалоидные клетки, атипичные митозы, инвазия в окружающие ткани и сосуды.

Лечение заключается в радикальном удалении опухоли с окружающими мягкими тканями. При детекции лимфогенных метастазов показано выполнение регионарной лимфаденэкомии. При нерадикальной операции или в случае возникновения рецидива рекомендуется послеоперационная лучевая терапия. Роль адъювантной химиотерапии на сегодняшний день сомнительна. При наличии отдаленных метастазов показатель общей выживаемости у таких больных не превышает 16 месяцев [4].

Приводим клинический случай.

Пациент К. (34 года), считает себя больным с 2015 г., когда заметил опухоль в мягких тканях на шее слева, быстро увеличивающуюся в размерах. После дообследования по месту жительства был переведен в ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, где был установлен диагноз: Метастазы плоскоклеточного рака в лимфоузлы шеи без выявленного первичного очага. 15.02.2016 г. выполнена операция Крайля слева. Гистологически выявлен высокодифференцированный плоскоклеточный рак с очагами некроза. 30.03.2016 г. проведен первый курс ПХТ (карбоплатин 600 мг + паклитаксел 350 мг), который осложнился развитием гематологической токсичности 4 степени, нейтропенической лихорадкой, что потребовало проведения соответствующей посиндромной терапии в условиях реанимации. Проведен послеоперационный курс ДЛТ на область шеи. 23.05.2016 г. проведен 2-й курс ПХТ с 50% редукцией дозы. В ноябре 2016 г. появилась опухоль на шее справа, было диагностировано прогрессирование опухолевого процесса с метастазами в лимфоузлы шеи справа, единичным метастазом в левое легкое. 30.11.2016 г. повторно госпитализирован в ГВКГ им. Бурденко, где выполнено ПЭТ КТ, выявлены метастазы в лимфоузлы правой половины шеи, подчелюстной области справа, в носоглотку, ротоглотку слева, левую околоушную слюнную железу, верхнюю долю правого легкого. 17.01.17 г. выполнена биопсия шейного лимфоузла справа. По результатам гистологического исследования подтверждено прогрессирование опухолевого процесса. Проведена лучевая терапия с паллиативной целью на область шеи и подчелюстную область справа.

В Забайкальский краевой онкологический диспансер больной обратился в августе 2017 г. с жалобами на увеличение опухоли на шее справа. Локально: слева на шеи послеоперационные изменения после операции Крайля. В подчелюстной, подбородочной области с переходом на латеральную и переднюю поверхности шеи определяется плотная, практически неподвижная опухоль размерами до 14*10 см, интимно прилежит к нижней челюсти, боковой поверхности гортани, правой доле щитовидной железы, оттесняя их латерально влево, сосудистый пучок шеи пальпируется нечетко ввиду большого размера опухоли. Выполнена КТ шеи: состояние после оперативного лечения. Опухоль шеи. Измененные лимфатические лимфоузлы.

После предоперационной подготовки 08.09.2017 г. выполнена операция - трахеостомия, расширенная шейная фасциально-футлярная лимфаденэктомия справа с резекцией кивательной мышцы, мышц передней группы шеи, удаление опухоли мягких тканей подбородочной и подчелюстной области справа, пластика дефекта мягких тканей шеи дельто-пекторальным лоскутом. По результатам гистологического исследования в материале под маркировкой "опухоль шеи", а также в клетчатке шеи обнаружен рост низкодифференцированного плоскоклеточного рака, развившегося на фоне пиломатриксомы. В лимфоузлах метастатического поражения не обнаружено. Учитывая большой объем операции, тяжелое состояние больного по шкале ECOG - 3, рекомендовано долечивание у хирурга по месту жительства с решением вопроса о проведении ПХТ через 1 месяц. В ноябре 2017 г. выявлено прогрессирование заболевания: метастатический очаг в лобной доле, рецидив опухоли на шеи с прорастанием мягких тканей шеи, спины, основания черепа, деструкцией первого шейного позвонка.

Выводы. Редкие виды злокачественных опухолей представляют собой сложную и гетерогенную группу заболеваний, диагностика которых трудна, все еще полностью остаются неизвестными механизмы их канцерогенеза, а также вопросы профилактики и оптимальной стратегии лечения. Злокачественная пиломатриксома представляет собой редкую злокачественную опухоль кожи, склонную к рецидивирующему течению, способную к гематогенному метаста-

зированию. Знание гистогенеза, особенностей эпидемиологии и клинических проявлений этой опухоли необходимо врачам первичного звена с целью ранней диагностики и своевременного направления таких больных на специализированное лечение.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ламоткин И.А. Клиническая дерматоонкология: атлас. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний. - 2011. - 499 с.
2. Лукиных Л.М., Тиунова Н.В. Эпителиома Малерба - случай из практики // Кафедра. - 2014. - № 48. - С. 50-52.
3. Рябцева А.А., Кокорев В.Ю., Таранникова С.В. Редкое образование век у детей (эпителиома Малебра, пиломатриксома, или трихолеммома) // Офтальмология. - 2015. - Т. 12, № 2. - С. 88-92. doi: 10.18008/1816-5095-2015-2-87-92
4. Flynn A., Agastyaraju A.D., Sunitha N., Harrison A. Malignant Pilomatricoma: A Report of Two Cases and Review of Literature // J Clin Diagn Res. - 2017. - Vol. 11(7). ED27-ED28. doi: 10.7860/JCDR/2017/27589.10260.
5. Papadakis M., de Bree E., Floros N., Giannikaki E., Xekalou A., Manios A. Pilomatrix carcinoma: More malignant biological behavior than was considered in the past // Mol Clin Oncol.. - 2017. - Vol. 6 (3). - P. 415-418. doi: 10.3892/mco.2017.1148.

УДК 616.12-007.21-053.1-092

Золотухина А.О.[1], Смекалов В.П.[2]

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СИНДРОМА ОБРАТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ В МОНОХОРИАЛЬНОЙ МОНОАМНИАТИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТЕ С РАЗВИТИЕМ ПЛОДА-АКАРДИУСА

[1]ГУЗ “Забайкальское краевое патологоанатомическое бюро (начальник” Е.А. Киреева)

[2]ФГБОУ ВО “Читинская государственная медицинская академия” МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

Известно, что многоплодная беременность относится к беременности высокого риска и характеризуется повышенной частотой осложнений по сравнению с одноплодной, особенно у монозиготных близнецов с монохориальной плацентой. Наличие общей плаценты и особенности ее строения в виде сосудистых анастомозов приводит к гемодинамическому дисбалансу между близнецами [1]. Тяжелым проявлением аномального анастомозирования сосудов в монохориальной плаценте является синдром обратной артериальной перфузии у двойни (twin-pregnancies twin-reversed arterial perfusion - TRAP-sequence) с тяжелым нарушением формирования одного из плодов - плода-акардиуса. Это явление также известно под термином "акардиальный хориоангиопагусный паразитизм" (Chorioangiopagus Parasiticus). Данная патология встречается с частотой 1:35 000 беременностей, менее чем в 0,1% случаев у одного из близнецов при монозиготной двойне [2].

Для развития плода-акардиуса необходимо наличие в плаценте двух типов анастомозов: по артерио-артериальному анастомозу кровь поступает от нормального плода к акардиальному плоду, а по вено-венозному она возвращается к плоду-донору. Таким образом, нормальный плод обеспечивает кровообращение акардиального, однако кровоток в артериях плаценты и пуповины акардиуса происходит в противоположном направлении (в норме по артериям пуповины от плода оттекает венозная кровь, а по вене поступает кровь оксигенизированная). Диспропорция в кровяном давлении может привести к значительному сбросу крови от здорового плода к пораженному. У акардиуса часто развиваются водянка и многоводие, отечный акардиус может значительно превышать по массе плод-донор.

Морфология плодов-акардиусов может быть различна. В зависимости от внешнего вида плода (степени выраженности аномального развития головы или туловища) различают четыре типа плодов-акардиусов:

1. Акардиус ацефалус (Acardius acephalus) - отсутствуют структуры черепа и грудной клетки; иногда присутствуют аномальное туловище, но нижние конечности хорошо различимы. Этот тип связан с высоким риском осложнений для плода-донора, встречается в 60-75% наблюдений всех плодов-акардиусов.
2. Акардиус аморфус (Acardius amorphus) - представлен аморфными тканями, отсутствием хорошо различимых форм плода. Этот тип чаще всего приходится дифференцировать с тератомой плаценты. Встречается в 20% случаев.
3. Акардиус энцефалус (Acardius anceps) - наиболее дифференцированный тип, в котором можно четко различить структуры черепа и/

или зачатки головного мозга, туловища, конечностей. Встречается в 10% наблюдений.

4. Акардиус акормус (Acardius acormus) - определяются только структуры головы с близким прикреплением к ним пуповины. Встречается в 5% случаев.

В отечественной литературе имеются единичные описания этого синдрома с развитием плода-акардиуса [3, 4, 5].

Приводим случай из практики синдрома обратной перфузии с развитием плода-акардиуса. Пациентка С., 38 лет, состояла на диспансерном наблюдении с 10-11 недель, настоящая беременность 4-я многоплодная (монохориальная моноамниотическая двойня), протекала на фоне тяжелого варианта фето-фетальной трансфузии - синдрома обратной артериальной перфузии, патогенез которого обусловлен массивным сбросом крови по аномальным сосудистым анастомозам от одного близнеца (донора) к другому (реципиенту) с развитием плода-акардиуса. На сроке 12 недель при проведении ультразвукового исследования плод акардиус был расценен как "признаки замершей беременности 2-го плода на сроке 9 недель" и рекомендовано проведение УЗИ на сроке 18-22 недели. На сроке 20-21 неделя гестации проведено повторное ультразвуковое исследование: "Беременность 20-21 неделя. Монохориальная моноамниотическая двойня. УЗ-признаки выраженного фето-фетального трансфузионного синдрома с акардией, акранией, анасаркой плода реципиента". Беременность была прервана на сроке 20-21 неделя гестации с рождением мертвого недоношенного плода-акардиуса женского пола, массой 390 г, длиной 18 см и плода-донора женского пола, массой 329 г, длиной 25 см (по морфологическим данным).

При патологоанатомическом исследовании (протокол № 61 от 13 февраля 2017 г.) на вскрытии плод-акардиус (акардиус ацефалус) женского пола, массой 296 г, длиной 18 см, отсутствуют голова, шея, верхние конечности, плечевой пояс, имеет место аномальное туловище, представленное отечной бесформенной массой, с рудиментарной грудной клеткой с хрящевыми пластинами, хорошо развитые нижние конечности, на каждой из конечностей по четыре пальца, позвоночник заканчивается на уровне первых грудных позвонков с наличием в позвоночном канале спинного мозга. Кожа бледная, резко отечная, синюшно-розового цвета. Мягкие ткани с выраженным студневидным отеком. Остаток пуповины 0,6 х 0,6 см расположен на передней поверхности в средней части туловища. Наружные половые органы развиты по женскому типу. При вскрытии верхней части плода-акардиуса на разрезе выраженный студневидный отек и множество полостей от 0,5 до 3 см, заполненные прозрачной светло-желтоватой жидкостью, ниже определяется рудиментарная грудная клетка, представлена двумя хрящевыми пластинами, грудина отсутствует, грудной отдел позвоночника заканчивается слепо, первые грудные позвонки резко уменьшены в размерах в виде хрящевых зачатков. Внутренние органы резко уменьшены в размерах: легкие правое и левое, почки правая и левая, кишечник. Сердце, печень, селезенка, надпочечники отсутствуют (Фото 1-2).

Фото 1. Внешний вид плода-акардиуса и плода-донора

Фото 2. Плод-акардиус. Вид на вскрытии.

У плода-акардиуса для гистологического исследования взяты фрагменты тканей, которые фиксировали в 10% нейтральном формалине. На серийных парафиновых срезах толщиной 4 мкм выполнено гистологическое исследование препаратов, окрашенных гематоксилином и эозином. При микроскопическом исследовании ткани внутренних органов (пупочное кольцо, почки, легкие, спинной мозг, кишечник) соответствовали норме для данного гестационного срока.

Перед патологоанатомом при исследовании такого секционного материала стоит задача по определению морфологического варианта акардиуса, возможное установление причин его развития, и дифференциальная диагностика с тератомой.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Hrubec Z., Robinette C.D., The study of human twins in medical research. N. Engl. J. Med. 1984; 310: 435-441.
2. Hartge DR, Weichen J. Prenatal diagnosis and outcome of multiple pregnancies with reversed arterial perfusion (TRAP-sequence). Arch Gynecol Obstet. 2012; 286 (1):81-88.
3. Костюков, К.В. Синдром обратной артериальной перфузии (клинические наблюдения и обзор литературы) / К.В. Костюков, К.А. Павлов, Е.А. Дубова, А.М. Стыгар, А.И. Гус, А.И. Щеголев // Медицинская визуализация. - 2012. - № 6. - С. 120-126.
4. Низяева Н.В. Роль синдрома обратной артериальной перфузии близнецов в развитии плода-акардиуса / Н.В. Низяева, К.В. Костюков, К.А. Гладкова, Г.В. Куликова, А.И. Щеголев // Архив патологии. - 2016. - № 4. - С. 54-56.
5. Низяева Н.В. Синдром обратной артериальной перфузии в монохориальной диамниотической плаценте с развитием плода-акардиуса / Н.В. Низяева, В.М. Ляпин, М.Н. Кузнецова, Е.Е. Баранова, Д.Ю. Трофимов Риальной диамниотической плаценте, У.Н. Туманова, Л.Н. Михайлова, К.В. Костюков, К.А. Гладкова // Архив патологии. - 2016. - № 5. - С. 33-36.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.33-036.865

Шелудько Л.П.

МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

ФГБОУ ВО “Читинская государственная медицинская академия” МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

Болезни органов пищеварения (БОП) занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости населения, часто поражают лиц трудоспособного возраста, имеют склонность к хроническому и рецидивирующему течению, снижая качество жизни населения, часто приводят к длительной нетрудоспособности и инвалидности, и наносят значимый социально-экономический ущерб. Распространённость БОП продолжает увеличиваться, отмечены изменения структуры заболеваемости: стала превалировать патология верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Для БОП характерны сочетанность поражения, рецидивирующий характер течения болезни, формирование связанных с БОП психосоматических расстройств. Спектр БОП разнообразен, наиболее часто выявляемой патологией являются гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), хронический гастрит (ХГ), язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (ЯБЖ и ЯБДК).

Одним из распространенных заболеваний пищевода является ГЭРБ. "XX век - век язвенной болезни, XXI век - век ГЭРБ". Периодически возникающая изжога - ведущий симптом ГЭРБ - встречается у 20-40% всего населения, рефлюкс эзофагит (РЭ) выявляется у 3-4% всегонаселения и у 6-12% лиц - как "находка" при эндоскопическом исследовании (ФГДС).

Согласно современным представлениям, ГЭРБ - это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное спонтанным, регулярно повторяющимся ретроградным забросом в пищевод желудочного и (или) дуоденального содержимого, которое сопровождается разнообразными морфологическими изменениями слизистой оболочки пищевода, характеризуется пищеводными и внепищеводными клиническими проявлениями, а при прогрессировании осложняется язвой, кровотечением, стенозом и пищеводом Барретта, аденокарциномой пищевода. Внепищеводные

проявления выявляют в 15-30% случаев, в 25% случаев ГЭРБ протекает только с внепищеводными симптомами. В большинстве случаев ГЭРБ диагностируется на основании ключевых клинических симптомов, при использовании международного стандартизованного опросника GerdQ (the Gastroesophageal refluxdisease questionnaire). Основным методом диагностики ГЭРБ является ФГДС. Согласно международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10), выделяют следующие формы: К21 - гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР); К21.0 - ГЭР с эзофагитом; К21.9 - ГЭР без эзофагита. В настоящее время ГЭРБ подразделяется на эндоскопически "негативную" и "позитивную" (при наличии РЭ). Проявления ГЭРБ подробно представлены в Монреальской классификации (табл. 1).

Таблица 1

Клинические проявления ГЭРБ

Пищеводные проявления		**Внепищеводные проявления**	
Клинические проявления ГЭР	***Синдромы повреждения структуры пищевода***	***С установленной взаимосвязью***	***С предполагаемой взаимосвязью***
Типичные проявления ГЭР Некоронарогенные боли за грудиной	РЭ, пептическая стриктура пищевода, пищевод Барретта, аденокарцинома	Рефлюкс-ассоциированные кашель, ларингит, бронхиальная астма, эрозии эмали зубов	Фарингит, синусит, идиопатический фиброз легких, рецидивирующий отит

Оценка степени тяжести РЭ проводится по критериям Savari-Miller: при РЭ I ст. эндоскопически обнаруживается картина преимущественно катарального эзофагита, единичные эрозии захватывают менее 10% поверхности слизистой оболочки дистального отдела пищевода (СО ДОП). РЭ II ст.: эрозии становятся сливными и захватывают уже до 50% поверхности СО ДОП. РЭ III ст.: циркулярно расположенные сливные эрозии, занимающие практически всю поверхность ДОП. IV ст. тяжести РЭ характеризуется наличием осложнений: пептических язв и стриктур пищевода, а также развитием тонкокишечной метаплазии СО ДОП (пищевод Барретта).

При решении вопросов медицинской экспертизы рекомендуют использование формулировки диагноза ГЭРБ с указанием формы, степени эндоскопических изменений, фазы заболевания с указанием степени тяжести, наличия внепищеводных проявлений и осложнений (стриктуры пищевода, эрозии и язвы пищевода, сопровождающиеся кровотечением, пищевод Барретта, аденокарцинома пищевода).

Основанием для выдачи листка нетрудоспособности (ЛН) при ГЭРБ является обострение заболевания, наличие осложнений, оперативное вмешательство. Средние сроки временной нетрудоспособности (табл. 3) при I-II стадии ГЭРБ составляют 2-3 недели, при III-IV стадии ГЭРБ временная нетрудоспособность(ВН) 4-6 недель. При хирургическом лечении сроки ВН определяются характером и объемом операционного вмешательства и развитием послеоперационных осложнений.

Больным ГЭРБ противопоказан труд, связанный с хроническим психоэмоциональным или физическим напряжением, невозможностью соблюдения режима питания; выполнение работ, способствующих изменению тонуса нижнего пищеводного сфинктера и усугублению рефлюкса, а также наличием контакта с веществами, раздражающими слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта.

Изолированная ГЭРБ крайне редко является основанием для направления на медико-социальную экспертизу (МСЭ), показаниями к ней могут быть сопутствующие заболевания и обусловленные ими нарушения жизнедеятельности и, в исключительных случаях, осложненные язвы пищевода. 1 степень нарушения функции пищеварения (НФП) при ГЭРБ - незначительное нарушение, наблюдается при неэрозивной ГЭРБ или 1-2 степени эрозивного поражения. 2 степень (умеренно выраженные НФП) определяется при степени 3-4 болезни, характеризуется рефрактерностью к лечению, наличием сопутствующих расстройств органов пищеварения. На фоне выраженных клинических проявлений у больного возможна незначительная потеря массы тела. 3 степень НФП (выраженные) устанавливается при наличии осложнений. 4 степень (значительно выраженные НФП) выявляется при крайне тяжелых осложнениях ГЭРБ, в частности, раке пищевода с наличием метастатических поражений. Группа инвалидности может устанавливаться больным при наличии 3 или 4 степеней НФП, которые могут сочетаться с НФ других органов, приводящих в совокупности к ограничению способности к трудовой деятельности и ограничениям других категорий жизнедеятельности.

Прогноз для жизни благоприятный, забо-

левание имеет хроническое, рецидивирующее, но не прогрессирующее течение. Наличие пищевода Барретта увеличивает риск аденокарциномы в 30-40 раз.

Хронический гастрит - это хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, которое обязательно сочетается с нарушением регенерации эпителиальных клеток поверхностного эпителия и желез, диагноз должен быть подтвержден морфологически. Общепринятой классификации ХГ нет, в клинической практике используют Сиднейскую классификацию (табл. 2).

Таблица 2

Классификация хронического гастрита

Форма ХГ	Характеристика
Аутоиммунный ХГ (ХГ типа А, Autoimmune)	Первично атрофический процесс, этиология которого неизвестна, воспалительные изменения незначительны, эрозии СОЖ редко. Процесс локализуется в теле и дне желудка, в клинике преобладают диспепсические симптомы, а не боль, желудочная секреция снижена. Антитела к обкладочным клеткам и к внутреннему фактору, гипергастринемия, B_{12}-дефицитная анемия (у части больных). Высока вероятность малигнизации.
Хронический гастрит, ассоциированный с HP (ХГ типа В, Bacterial)	Первично воспалительный процесс с последующим развитием атрофии железистого эпителия. Часто бывают эрозии СОЖ, первичная локализация - антральный отдел желудка. В клинической картине преобладает болевой синдром, возможны любые варианты желудочной секреции. При биопсии определяют Helicobacterpylori (Hp), а в крови антитела к ней.
ХГ типа С, Chemical	Токсико-химический гастрит, рефлюксгастрит, лекарственный и профессиональный ХГ.
Смешанная форма гастрита	ХГ типа А + В, пангастрит.
Особые формы ХГ	Лимфоцитарный, эозинофильный, гранулематозный и др.
Эндогенный или вторичный гастрит	ХГ при БОП, недостаточности кровообращения, эндокринных и других заболеваниях.
Идиопатический ХГ	ХГ с невыясненными этиологией и патогенезом.

Диагностика ХГ не представляет сложности, включает эндоскопическое и рентгенологическое исследование желудка, биопсию, определение HP и кислотообразующей функции желудка; при необходимости - определение антител к париетальным клеткам желудка и уровня витамина В12 в плазме.

Диагноз ХГ - диагноз морфологический, используется визуально-аналоговая шкала OLGA (OperativeLinkforGastritisAssessment, 2005 г.), при исследовании 5 биоптатов проводится оценка стадии атрофии и степени воспаления. Стадия - интегральный показатель атрофических изменений СОЖ: нет атрофии - 0 баллов; слабая атрофия (1-30%) - 1 балл; умеренная атрофия (31-60%) - 2 балла; тяжелая атрофия (больше 60%) - 3 балла. С нарастанием стадии атрофии увеличивается риск рака желудка кишечного типа, при стадии III-IV риск рака желудка возрастает в 30 раз. При биопсии определяют также метаплазию, обсеменение слизистой Hp. Эндоскопические категории гастритов (эриматозный/экссудативный гастрит (поверхностный гастрит), плоские эрозии, приподнятые эрозии, геморрагический гастрит, гиперпластический гастрит). По особенностям клинической картины выделяют гастрито- и язвенноподобный варианты ХГ. В экспертных целях выделяют три степени тяжести течения ХГ: легкую, среднетяжелую и тяжелую (табл. 3). ВН при ХГ связана с обострением заболевания, средние сроки ВН представлены в таблицах 3, 4. При обострении эрозивного гастрита ВН достигает 3 недель. Критерием выписки больных с ХГ на работу является восстановление функциональных нарушений организма до уровня, который имел место в период ремиссии. В период ремиссии трудоспособность больных обычно полностью сохраняется. При наличии в работе противопоказанных факторов ВК МО решает вопрос о необходимости трудоустройства на срок от 2 недель до нескольких месяцев. Больным противопоказаны подъем значительных тяжестей, сверхурочные работы, дополнительные нагрузки, командировки, ночные смены, контакт с веществами, оказывающими раздражающее действие на слизистую оболочку желудка (пары концентрированных кислот, щелочей и др.).

Язвенная болезнь - хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки. Как правило, возникает язва на фоне гастрита, вызванного инфекцией Hp. ЯБ поражает людей наиболее активного, трудоспособного возраста, обусловливая временную, а иногда и стойкую утрату трудоспособности. По статистическим данным различных стран, ЯБ выявляют у 8-10 % населения. Общепринятой классификации ЯБ нет. Выделяют ЯБ, ассоциированную и не ассоциированную с инфекцией Hp. Различают ЯБ как

Таблица 3

Степени тяжести течения хронического гастрита

Степень тяжести течения	Характеристика
Легкая	Возможны нерезко выраженные болевой и диспепсический синдромы или только желудочный дискомфорт. Секреторная и двигательная функции желудка не нарушены или имеется незначительное отклонение. Морфологические изменения выявляются в поверхностных слоях СОЖ. Отсутствуют поражения других органов и признаки нарушения питания. Редкие обострения заболевания (1-2 раза в год), кратковременные, связанные с погрешностями в диете. В большинстве случаев нарушения трудоспособности нет. Больные нетрудоспособны при работе с неблагоприятными производственными факторами: значительная физическая нагрузка, контакт с гастротропными ядами. Ориентировочные сроки ВН - 3-5 дней.
Средней степени тяжести	Болевой синдром и диспептические расстройства (отрыжка, тошнота, рвота, снижение аппетита) более выражены, связаны с приемом пищи, присутствуют постоянно. При ХГ типа А в клинике преобладают диспепсии, дискомфорт в эпигастральной области, болевой синдром не характерен. В период ремиссии сохраняются диспептический и болевой синдромы умеренно выраженные, отмечаются секреторная недостаточность, снижение массы тела больных. Морфологические изменения, в зависимости от типа ХГ, локализуются в антральном отделе или носят диффузный характер, частота обострений до 3-4 раз в год. Больным со средней тяжестью гастрита противопоказаны тяжелый труд и работа, связанная с частыми разъездами и командировками, с воздействием гастротропных веществ, дополнительные нагрузки, сверхурочные работы. Трудоустройство проводится врачебной комиссией (ВК) медицинской организации (МО). Длительность ВН в таких случаях до 6-9 дней.
Тяжелая	Характерно наличие персистирующего выраженного болевого синдрома, значительных диспептических расстройств, нарушение секреторной и моторной функции желудка, умеренной анемии, астенического синдрома, снижение массы тела. Характерно сочетание с другими БОП, частота обострений 5-6 раз в год. Воспалительный процесс часто распространяется на двенадцатиперстную кишку, сопровождается нарушением ее функционального состояния, повышением секреторной и перистальтической активности желудка (гастродуоденит). Гастродуодениты при определенных условиях могут явиться фоном для развития ЯБ. При тяжелой форме ХГ больным абсолютно противопоказаны труд со значительным и постоянным физическим напряжением, работа в вынужденном положении тела (с частыми сгибательными и разгибательными движениями), с нарушением режима питания, в контакте с гастротропными ядами. Сроки ВН - 16-18 дней.

самостоятельное заболевание и симптоматические ЯЖ и ЯБДК (лекарственные, "стрессовые", при эндокринной патологии, при других хронических заболеваниях внутренних органов), которые возникают на фоне других заболеваний и по механизмам своего развития связаны с особыми этиологическими и патогенетическими факторами. По характеру течения: впервые выявленная ЯБ, рецидивирующая (с редкими обострениями - 1 раз в 2-3 года и реже; с ежегодными обострениями; с частыми обострениями - 2 раза в год и чаще). В зависимости от локализации выделяют ЯЖ (кардиального и субкардиального отделов, тела желудка, антрального отдела, пилорического канала), ЯБДК (луковицы, постбульбарного отдела, а также сочетанные язвы желудка и ДК). При этом язвы могут располагаться на малой или большой кривизне, передней и задней стенках желудка и двенадцатиперстной кишки. По числу язвенных поражений различают одиночные и множественные язвы, а в зависимости от размеров язвенного дефекта - язвы малых (до 0,5 см в диаметре) и средних (0,6-1,9 см в диаметре) размеров, большие (2,0-3,0 см в диаметре) и гигантские (свыше 3,0 см в диаметре) язвы. В диагнозе отмечают стадию (фазу) заболевания: обострение, ремиссия, а также имеющуюся рубцово-язвенную деформацию желудка и двенадцатиперстной кишки. По клиническому течению ЯБ может быть типичной и атипичной (с атипичным болевым синдромом; безболевой, но с другими клиническими проявлениями; бессимптомной). По уровню желудочной секреции: с повышенной, пониженной, нормальной секрецией. При формулировке диагноза указываются наличие осложнений ЯБ (в том числе, и анамнестических): кровотечение, прободение, пенетрация, рубцово-язвенный стеноз привратника, малигнизация, а также характер оперативные вмешательства, если они проводились.

Код по МКБ-10: К28 - ЯБЖ; К26 - ЯБДК; К28 - гастроеюнальная язва.

Трудоспособность больных ЯБ зависит от течения заболевания (острое, хроническое), локализации язвы, фазы (обострение, ремиссия), частоты и тяжести обострений, характера и степени выраженности нарушенных функций, эффективности лечения, наличия осложне-

ний, социальных факторов. ВН наступает при впервые выявленной ЯБ, обострении хронически протекающей ЯБ, развитии осложнений, хирургическом лечении. При впервые выявленной ЯБ ВН обычно составляет три недели. При наличии в работе противопоказанных факторов эти пациенты должны быть трудоустроены по предписанию ВК МО. При легком течении ЯБ ВН в связи с обострением заболевания составляет 25 дней. Периоды ремиссии могут быть достаточно продолжительными, функциональные нарушения могут отсутствовать или быть умеренно выражены. Больным при легком течении ЯБ противопоказаны работы со значительным физическим напряжением, невозможностью соблюдения режима питания (командировки, ночные смены), подземные работы, работы вахтовым методом. При течении средней степени тяжести заболевания ВН, обусловленная обострением патологического процесса, составляет 35 дней. В фазу ремиссии пациентам этой группы противопоказана не только значительная, но и постоянная умеренная физическая нагрузка, значительное нервно-психическое напряжение; работа, связанная с напряжением брюшного пресса, травматизацией эпигастральной области; воздействием вибрации, в горячих цехах, контактом с токсичными веществами. Больные трудоспособны на легких видах физического труда, работах интеллектуального и административно-хозяйственного характера, связанных с умеренным нервно-психическим напряжением.

Трудоустройство больных с легким и средне тяжелым течением ЯБ проводится ВК. При невозможности рационального трудоустройства через ВК, в связи с утратой профессии больных направляют на МСЭ для установления 3 группы инвалидности. Для тяжелой формы ЯБ характерно непрерывно рецидивирующее течение с кратковременными периодами ремиссии с сохраняющимися болевым и диспепсическими синдромами, а также различными осложнениями. ВН в этих случаях составляет 45-50 дней, а иногда и более. При тяжелом течении ЯБ для большинства больных трудовая деятельность становится недоступной. При неблагоприятном клиническом и реабилитационном прогнозе пациенты направляются на МСЭ не позднее 120 дней временной нетрудоспособности.

Критерии восстановления трудоспособности: полное устранение болевого синдрома, устранение или уменьшение выраженности диспептических проявлений; тенденция к прибавке массы тела; полное рубцевание язвенного дефекта при контрольной ФГДС; отсутствие или ликвидация послеоперационных осложнений.

Таблица 4

Сроки ВН при болезнях органов пищеварения (класс XI по МКБ-10)

Код по МКБ -10	Наименование болезни по МКБ-10	Особенности клинического течения болезни, вида лечения и пр.	Ориентировочные сроки ВН (в днях)
K20	Эзофагит		12-21
K22.1	Язва пищевода		14-21
K25.0	ЯЖ острая с кровотечением		45-60
K25.1	ЯЖ острая с прободением	Операция	60-75
K25.7	ЯЖ хроническая без осложнений	Обострение	21-25
K26.0	ЯБ 12-ПК с кровотечением		20-40
K26.1	ЯБ 12-ПК с прободением		45-60**
K26.3	ЯБ 12-ПК острая без осложнений		16-25
K26.7	ЯБ 12-ПК хроническая	Обострение	20-28
K28.7	Гастродуоденальная язва хроническая	Обострение	28-30
K29.0	Острый геморрагический гастрит		18-22
K29.1	Другие острые гастриты		3-5
K29.4	Хронический атрофический гастрит	Тяжелая форма (обострение)	5-7
K29.6	Гастрит гипертрофический	Тяжелая форма (обострение)	5-7
K29.8	Дуоденит		7-14
<**> Возможно направление на МСЭ с учетом условий труда			

Показания для направления на МСЭ: необходимость продления лечения более 4-х месяцев при послеоперационных осложнениях и ближайших последствиях хирургического лечения ЯБ с благоприятным прогнозом; легкая и среднетяжелая форма заболевания, болезней "оперированного желудка" при наличии противопоказанных условий труда; тяжелое течение ЯБ и болезней "оперированного желудка".

Необходимый минимум обследования при направлении на МСЭ: клинический анализ крови, копрограмма, анализ кала на скрытую кровь, протеинограмма, анализ желудочной секреции, ФГДС и рентгенологическое исследование, УЗИ абдоминальное, флюорография, электрокардиограмма.

При установлении группы инвалидности учитывают количественную оценку проявления

Таблица 5

Медико-социальная экспертиза при язвенной болезни

Степень нарушения функций организма	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Кол-во баллов	Степень ограничения жизнедеятельности и способность к:	Группа инвалидности
II степень	Незначительное нарушение функции пищеварения - легкая форма заболевания, хронически повторяющиеся язвы с рецидивами в периоды от двух до трех лет, болевой синдром, купируемый за 10-14 дней, при недостаточности питания (белково-энергетическая недостаточность - БЭН) 1 степени (индекс массы тела - ИМТ 17,5-18,5)	10-20	Ограничения жизнедеятельности нет	Трудоустройство по линии ВК
III степень	Умеренное нарушение функции пищеварения - среднетяжелая форма заболевания, хронически повторяющиеся язвы с рецидивами с периодами менее одного года, выраженный болевой синдром, при БЭН 2 степени (ИМТ 16,0-17,5).	40-50	самообслуживанию - I ст.; передвижению - I ст.; трудовой деятельности - I ст.	
IV степень	Выраженное нарушение функции пищеварения - тяжелая форма заболевания, хронически повторяющиеся язвы 2 - 3 раза в год с осложнениями (например, стеноз привратника),при БЭН 3 степени (ИМТ менее - 16,0)	70-80	самообслуживанию - II ст.; передвижению - II ст.	II группа

заболевания, степень выраженности стойких нарушений функций пораженных систем на фоне адекватно проводимой терапии (табл. 5), утвержденные приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17.12.2015 г. N 1024н.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Жигалова, Н.И. Вопросы экспертизы временной нетрудоспособности у больных гастритом // Заместитель главного врача. - 2008. - № 2. - С. 36 - 41.
2. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17 декабря 2015 г. N 1024н. - Источник: http://base.garant.ru/71309914/
3. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-Х). - М. : Грантъ. - 2000. - 104 с.
4. Перечень основных инвалидизирующих заболеваний и критериев установления инвалидности при данных заболеваниях. - Интернет-ресурс: http://fmc.uz/main.php?inv=perechen_zabolevaniy_invalidnost.
5. Середа, Н.Н. Медицинская экспертиза больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Н.Н. Середа, А.Н. Калягин // Заместитель главного врача. - 2014. - № 11. - С. 36-47.
6. Шепетихина, Н.Н. К вопросу об оценке трудоспособности больных язвенной болезнью /Н.Н. Шепетихина, Э.М. Османов, А.Ю. Деникин //Вестник ТГУ, т.17, вып.1, 2012. - С. 273-276.
7. Язвенная болезнь у взрослых: клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации. - Москва, 2016. - 28 с.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

УДК 614.2

Писаревский Ю.Л., Шаповалов А.Г., Брусенская Е.В., Писаревский И.Ю., Филинова В.А, Труханов В.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОВМЕСТНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ И МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА ПО НАПРАВЛЕНИЮ "СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ"

ФГБОУ ВО “Читинская государственная медицинская академия” МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)
ГПОУ "Читинский медицинский колледж" (директор - Катаева Н.Г.)

Современное качество стоматологического образования проявляется в готовности выпускника стоматологического факультета к самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичного амбулаторного звена. В качестве основного результата образования по направлению подготовки 31.05.03 "Стоматология" (уровень специалитета) выступает овладение набором компетенций: общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных, позволяющих ставить и решать важнейшие жизненные и профессиональные задачи. Овладение набором компетенций дает обучающимся возможность самостоятельного усвоения новых знаний на основе формирования умения учиться. Эта возможность обеспечивается тем, что набор компетенций - это обобщенные действия, порождающие мотивацию к обучению и позволяющие обучающимся ориентироваться в различных предметных областях познания.

В Федеральном государственном образовательном стандарте (ФГОС) прописаны виды профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу специалитета. Именно профессиональная деятельность, а не просто совокупность знаний, умений и навыков определена ФГОС как главная ценность обучения. В профессиональном стандарте "Врач-стоматолог" прописана характеристика обобщенных трудовых функций, соответствующих 7 уровню квалификации (уровень специалитета). Каждая трудовая функция предусматривает трудовые действия, необходимые умения, необходимые знания и другие характеристики, соответствующие профессиональной подготовке специалиста.

Поэтому на аудиторных занятиях и на самостоятельной работе основное внимание должно уделяться развитию умения студентом выполнять различные проектные и исследовательские работы. Практическая направленность занятий должна позволять преподавателям создать условия для формирования у студента самостоятельности выбора действия, самоконтроля, адекватной самооценки, умения сотрудничать. Достижение оптимального построения процесса обучения в настоящее время возможно на основе совместной деятельности субъектов образовательного процесса, которая организуется с учетом закономерностей и принципов обучения, на основе применения современных форм и методов преподавания.

Поисковая деятельность по повышению качества подготовки выпускников стоматологического факультета к профессиональной деятельности привела к созданию совместного образовательного проекта между кафедрой ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" и отделением "Стоматология" ГПОУ "Читинский медицинский колледж". Работа в рамках образовательного проекта осуществлялась в соответствии с договором о совместной деятельности.

Сторонами были приняты на себя обязательства по совместной организации оказания медицинских услуг в рамках образовательного процесса в части зубного протезирования, изготовления изделий, связанных с зубным протезированием (изготовление зубных протезов и челюстно-лицевых аппаратов). Совместная организация оказания медицинских услуг населению в рамках образовательного процесса была предусмотрена на базе кафедры ортопедической стоматологии академии и на базе стоматологического отделения колледжа, оснащенных и укомплектованных исправным и современным оборудованием.

Под руководством ассистента кафедры ортопедической стоматологии студенты стоматологического факультета оказывают медицинские услуги в части зубного протезирования. В первую очередь студенты оформляют добровольное информированное согласие с пациентом на оказание медицинских услуг в рамках образовательного процесса. Только после этого студенты проводят необходимый объем медицинских вмешательств и лечебных манипуляций, в соответствии с учебным планом подготовки специалистов по специальности 31.05.03 "Стоматология" (уровень специалитета).

Студенты должны освоить перечень практических навыков для овладения определенным набором компетенций (ОК-5, ОК-8, ОПК-7, ОПК-11, ПК-9). В этот перечень входят следующие

практические навыки: применение медицинских изделий; применение МКБ-10; соблюдение требований охраны труда и пожарной безопасности; выполнение реанимационных мероприятий; подготовка рабочего места врача-стоматолога (ортопеда); обследование пациента; планирование объема дополнительных исследований; ведение медицинской документации; получение альгинатного оттиска; отливка модели; определение центрального соотношения челюстей; препарирование зуба под искусственную коронку; диагностика дефектов зубов, зубных рядов, полного отсутствия зубов; пользование научной литературой, сетью Интернет для поиска научной информации; пропаганда здорового образа жизни.

Выполняя требования ФГОС по специальности 31.02.05 "Стоматология ортопедическая", преподаватели отделения "Стоматология" ГПОУ "Читинский медицинский колледж" осуществляют планирование и контроль процесса изготовления различных видов протезов в соответствии с основными видами профессиональной деятельности. Для специальности "Стоматология ортопедическая" определены следующие виды профессиональной деятельности: изготовление съёмных пластиночных протезов; изготовление несъёмных протезов; изготовление бюгельных протезов; изготовление ортодонтических аппаратов; изготовление челюстно-лицевых аппаратов.

Под контролем преподавателей в объёме часов, предусмотренных учебным планом, студенты осуществляют изготовление различных видов зубных протезов в учебных зуботехнических лабораториях с привлечением необходимых материалов и оборудования.

Совместная работа с ФГБОУ ВО "Читинская медицинская академия" по оказанию медицинских услуг в рамках образовательного процесса в части зубного протезирования является важным положительным моментом для овладения студентами колледжа общими (ОК.1, ОК.2, ОК.3, ОК.4, ОК.6, ОК.7, ОК.9, ОК.13) и профессиональными компетенциями (ОК1.1- ОК3.1) в рамках профессиональных модулей: ПМ.01 Изготовление съёмных пластиночных протезов; ПМ.02 Изготовление несъёмных протезов; ПМ.03 Изготовление бюгельных зубных протезов.

Для освоения соответствующих профессиональных и общих компетенций, входящих в состав того или иного профессионального модуля, студенты колледжа должны приобрести следующий практический опыт: изготовление съёмных пластиночных протезов при частичном отсутствии зубов с пластмассовым базисом; съёмных пластиночных протезов при частичном отсутствии зубов с металлизированным базисом; съёмных пластиночных протезов при полном отсутствии зубов; съёмных пластиночных протезов при полном отсутствии зубов с двухслойным базисом; проведение починки съёмных пластиночных протезов; изготовление пластмассовых коронок и мостовидных протезов; штампованных металлических коронок и штампованно-паяных мостовидных протезов; культевых штифтовых вкладок; цельнолитых коронок и мостовидных протезов; цельнолитых коронок и мостовидных протезов с облицовкой; моделирование элементов каркаса бюгельного протеза; изготовление литого бюгельного протеза с кламмерной системой фиксации.

Следует отметить, что на отделении "Стоматология" квалификационные экзамены, завершающие освоение профессиональных модулей, проводятся методом проектов, где студент должен самостоятельно, в соответствии с предложенным вариантом, изготовить конструкцию, описать работу и поэтапно представить в виде презентации.

Поэтому совместное сотрудничество позволяет наиболее организованным студентам получить "живую" работу из клиники, что существенно увеличивает ценность и значимость представленного к экзамену продукта. А также предоставляет право эксперту экзамена оставить особое мнение о качестве и уровне сложности изготовленной конструкции. Студенты приобретают не только опыт по изготовлению различного вида протезов, что является особо значимым для будущего профессионала, но и учатся работать в коллективе, команде профессионалов.

Таким образом, повышение качества современного медицинского образования по направлению "Стоматология ортопедическая" достигается различными методами и формами организации учебного процесса. Реализация компетентностного подхода должна предусматривать широкое использование в учебном процессе интерактивных форм проведения занятий с целью формирования и развития профессиональных навыков. В этой связи создание совместного образовательного проекта между кафедрой ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" и отделением "Стоматология" ГПОУ "Читинский медицинский колледж" позволяет обучающимся по направлению "Стоматология ортопедическая" оптимально отработать практические навыки для успешной профессиональной деятельности на этапе первичного амбулаторного звена.

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ, ПОСВЯЩЕННОЙ 10-ЛЕТИЮ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ

ЗАБАЙКАЛЬСКОМУ НАУЧНОМУ ОБЩЕСТВУ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ ИСПОЛНИЛОСЬ 10 ЛЕТ

Лузина Е.В.[1], Жилина А.А.[1], Томина Е.А.[1], Щербак В.А.[1],
Петрухина И.И.[1], Солоденова М.Е.[2], Черданцева В.Г.[3]

В 2018 Г. ИСПОЛНИЛОСЬ 10 ЛЕТ СО ДНЯ ОБРАЗОВАНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ (ЗНОГ).

[1]ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", г. Чита, Россия
[2]Инновационная клиника "Академия здоровья", Чита, Россия
[3]ГУЗ "Детский клинический медицинский центр", Чита, Россия

История началась 17 января 2008 г., когда решением общего собрания была создана организация - Читинское отделение Российской гастроэнтерологической ассоциации. Был принят устав организации, определена сумма членских взносов, выбран председатель и секретарь организации. Председателем была избрана доцент кафедры терапии ФПК и ППС ЧГМА, кандидат медицинских наук Елена Владимировна Лузина, секретарем - врач гастроэнтерологического отделения Областной клинической больницы г. Читы Надежда Юрьевна Николаева. Организация в это время насчитывала всего 22 человека, однако уже через год членами общества стали 30 гастроэнтерологов, в 2010 г. - 40, в 2011 г. - 51 человек. Через четыре года, в начале 2012 г. в состав общества входили 58 врачей и 17 апреля 2012 г. решением общего собрания организация претерпела некоторые изменения, было организовано Забайкальское научное общество гастроэнтерологов (ЗНОГ), были утверждены устав и эмблема. Председателем ЗНОГ стала доцент кафедры терапии ФПК и ППС ЧГМА, к.м.н. Елена Владимировна Лузина, секретарем - ассистент кафедры терапии ФПК и ППС ЧГМА, кандидат медицинских наук Елена Анатольевна Томина.

Еще через четыре года на очередном отчетном собрании 2 июня 2016 г. были проведены перевыборы руководства ЗНОГ. Председателем общества осталась Е.В. Лузина. На должность секретаря избрана доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ЧГМА, кандидат медицинских наук Евгения Ивановна Маякова. Впервые было решено создать Президиум ЗНОГ, в состав которого вошли заведующий кафедрой педиатрии ФПК и ППС ЧГМА, доктор медицинских наук Владимир Александрович Щербак, заведующая отделением гастроэнтерологии ФГКУ "321 Военный клинический госпиталь" МО РФ Наталья Николаевна Крысанова и доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ЧГМА кандидат медицинских наук Виктор Игоревич Малов.

На начало 2018 г. членами общества являются 58 врачей разных специальностей, из них 7 мужчин и 51 женщина. Средний возраст членов общества составляет 46,4±12,9 лет. Стаж работы в гастроэнтерологии - 14,6±11,5 лет (минимум - 1 год, максимум 45 лет). Членами ЗНОГ являются 1 доктор медицинских наук, 16 кандидатов медицинских наук, 43% врачей - это гастроэнтерологи второй, первой и высшей квалификационной категории. Помимо гастроэнтерологов в состав общества входят врачи-терапевты (17,6%), педиатры (11,7%), хирурги и патологоанатомы (8,6%). Члены общества трудятся в стенах Читинской государственной медицинской академии (28%), в Краевой клинической больнице г. Читы (12%), в Краевой детской клинической больнице (5,2%), в разных поликлиниках города, являющихся структурными подразделениями как взрослого, так и детского клинического медицинского центра г. Читы (12%), в дорожной клинической больнице (6,9%), в 321 военном клиническом госпитале (10,3%), в Городской клинической больнице № 1 г. Читы (5,2%), в коммерческих медицинских центрах (8,6%).

Основную задачу ЗНОГ видит в повышении профессионального уровня врачей в области гастроэнтерологии. За 10 лет было проведено 4 гастроэнтерологических конференции (в 2011 г., 2013 г., 2015 г. и в 2017 г.), одна из них состоялась на базе реабилитационного медицинского центра Дарасун, а три - на базе Читинской государственной медицинской академии. Ежегодно общество организует гастросекции на съездах терапевтов Забайкальского края. В работе крупных мероприятий ЗНОГ принимали участие ведущие гастроэнтерологи страны и Европы. Свои доклады представляли доктор медицинских наук, профессор Донецкого национального медицинского университета Наталья Борисовна Губергриц, доктор Селгред из Магдебургского университета (Германия), доктор медицинских наук, профессор НИИ медицинских проблем Севера (Красноярск) Владислав Владимирович Цуканов, доктор медицинских наук, профессор Новосибирского государственного медицинского университета Марина Федоровна Осипенко, доктор медицинских наук, профессор Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург) Евгений Иванович Сас, доктор медицинских наук, профессор Иркутского государственного медицинского университета Наталья Ми-

хайловна Козлова и много других известных ученых [1].

За прошедшие 10 лет проведено 45 научных заседаний общества, на которых обсуждались вопросы диагностики и лечения различных заболеваний органов пищеварения у детей и у взрослых, проведено несколько профессиональных и творческих конкурсов, КВН, спортивные соревнования.

Все члены общества являются высококлассными специалистами, профессионалами своего дела! Это люди творческие, веселые, сплоченные. Многие пишут стихи, пробуют себя в сценическом и изобразительном искусстве. Валентина Григорьевна Черданцева сделала посвящение врачам-гастроэнтерологам:

Не окулисты, не неврологи,
Но сожалений горьких нет,
А мы врачи-гастроэнтерологи!
Пусть нам завидует весь свет!
Своей работою гордимся мы,
Мы в тракте ЖКТ спецы!
От рта до ректума внедряемся,
Не прячем в воду мы концы!

Но, прежде всего, члены общества - это люди, влюбленные в гастроэнтерологию и не устающие учиться. ЗНОГ - это большая дружная команда!

В рамках юбилейных мероприятий, посвященных 10-летию образования Забайкальского научного общества гастроэнтерологов, был проведен конкурс печатных работ, на котором представлено 9 научных работ. Для экспертизы разработана балльная шкала оценки, в которой приняли участие 10 опытных экспертов: д.м.н., профессор Н.В. Ларева, к.м.н., доцент Е.В. Лузина, д.м.н., доцент В.А. Щербак, к.м.н., доцент В.И. Малов, Н.Н. Крысанова, к.м.н., доцент И.И. Петрухина, к.м.н., доцент А.А. Жилина, к.м.н., доцент Е.И. Маякова, к.м.н. Е.А.Томина, Л.В. Федорова. В результате экспертизы были отобраны 3 лучшие статьи. Первое место заняло научное исследование Петрухиной И.И., Емельяновой О.Н., Боровик Н.Н. "Использование минеральной воды "Шиванда" в комплексном лечении детей с синдромом билиарного сладжа". Второе место присуждено Солоденовой М.Е., Юнцевой О.А., Жилиной Н.А. за исследование "Оценка органолептических свойств и частоты побочных эффектов препаратов макрогола в подготовке кишечника к обследованию". Третьей стала работа Маяковой Е.И. "Гастропатия при циррозе печени". Победителям были вручены Грамоты и денежные премии.

9 февраля 2018 г. проведена научная конференция "Актуальные вопросы гастроэнтерологии", на которой были представлены доклады о возможностях диагностики и лечения заболеваний желудка, пищевода, печени, кишечника в свете новых данных и российских рекомендаций. С приветственным словом на открытии конференции выступили ректор Читинской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Анатолий Васильевич Говорин и проректор на научно-исследовательской работе, Председатель Забайкальской региональной организации РНМОТ, доктор медицинских наук, профессор Наталья Викторовна Ларева.

Научная часть форума началась с доклада Е.В. Лузиной, который был посвящен рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Актуальность проблемы ГЭРБ обусловлена широкой распространенностью в России (18-46%), ростом заболеваемости и осложнений, рефрактерностью к антисекреторным препаратам и низкой приверженностью больных к лечению. В рекомендациях Российской гастроэнтерологической ассоциации представлен комплекс диагностических мероприятий при ГЭРБ. Он включает проведение фиброгастродуоденоскопии, гистологического исследования слизистой оболочки пищевода, для исключения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы - рентгенологическое исследование, манометрия пищевода, 24-часовая pH-метрия, импедансометрия. Целью лечения является устранение симптомов, а при эрозивном эзофагите - заживление эрозий и предупреждение осложнений. Обязательной предпосылкой эффективного антирефлюксного лечения признано изменение образа жизни. Наибольшую эффективность в лечении эрозивного эзофагита и купировании ГЭРБ-ассоциированных симптомов демонстрируют ингибиторы протонной помпы (ИПП) (уровень достоверности доказательств - 1, уровень убедительности рекомендаций - А). Единственным ИПП с модифицированным высвобождением активного вещества признан дексланзопразол, который был освещен в рекомендациях и представлен в докладе [2].

Тема ГЭРБ была продолжена в выступлении А.А. Жилиной, в котором освещался алгоритм диагностики функциональной изжоги, гиперсенситивного пищевода и функциональной диспепсии с позиции Римских критериев четвертого пересмотра. Дифференциальный диагноз данных состояний с неэрозивной рефлюксной болезнью имеет принципиальное значение, и 24-часовая импеданс-pH-метрия является методом выбора. Возможность проведения этого исследования появилась в Чите на базе Диагностической поликлиники ЧГМА. У больных функциональной диспепсией актуальна комбинированная терапия ИПП и прокинетиками. В терапии функциональных нарушений сделан акцент на точке приложения антидепрессантов [3].

Продолжением блока функциональной патологии желудочно-кишечного тракта стал проблемный доклад М.Е. Солоденовой о возможностях лечения синдрома раздраженного кишечника (СРК). Актуальной и ведущей на сегодняшний день остается биопсихосоциальная теория, согласно которой триггером в формировании данной патологии кишечника является психосоциальный стрессовый фактор. Выделяют отдельную форму СРК, так называемый постинфекционный вариант, развивающийся у 20% пациентов, перенесших острую кишечную инфекцию. В настоящее время не существует эффективной схемы лечения СРК, обеспечивающей длительную ремиссию заболевания. Медикаментозная терапия данного заболевания является симптоматической, и выбор препарата определяется ведущим клиническим симптомом СРК. Одним из препаратов, действующим по принципу мультитаргетной терапии, является рекомендованный Римским консенсусом IV препарат растительного происхождения STW 5 (Иберогаст) [4].

Большой интерес вызвало сообщение Е.А.Томиной о внегастральных проявлениях инфекции Helicobacter pylori (HP). Автор представила патогенез железодефицита, связанного с активностью микроорганизма. Этот многокомпонентный процесс обусловлен наличием у микроба генов pfr, feoB, которые кодируют синтез железосодержащего протеина, потенцирующего потребление ферритина. Помимо этого, HP приводит к усиленному синтезу гепсидина гепатоцитами, что замедляет процесс всасывания железа в кишечнике. В ряде исследований показана эффективность эрадикационной терапии в комплексном лечении железодефицитных состояний [5]. С влиянием HP связывают развитие еще одного заболевания - иммунной тромбоцитопении. Существует гипотеза влияния аутоантител на количество тромбоцитов и их агрегационную активность. По опубликованным данным усиленную деструкцию тромбоцитов могут вызвать анти-Cag-A антитела, вырабатываемые в ответ на хеликобактерную инфекцию. Остается открытым вопрос, каким образом HP, не внедряясь в эпителий и не попадая в кровоток, вызывает системную выработку антител. По данным литературы эрадикационная терапия более чем в 80% случаев приводит к увеличению количест-ва тромбоцитов. Это позволило ввести в клинические рекомендации по диагностике и лечению иммунной тромбоцитопении эрадикацию HP [6].

Профилактическое направление в медицине является на сегодняшний день приоритетным. Вопросам профилактики было посвящено несколько выступлений. А.А. Жилина представила доклад о возможностях профилактики рака желудка врачами-терапевтами, гастроэнтерологами. Большое внимание уделено инфекции HP, как канцерогену первого порядка. Рассмотрены методы диагностики хеликобактериоза и контроля лечения, возможности эрадикации с учетом оптимизации комплаентности [7].

Проблема профилактики колоректального рака (КРР) озвучена в сообщении М.Е. Солоденовой. Рак кишечника остаётся одной из наиболее распространённых форм злокачественных новообразований в России и в мире, как по уровню заболеваемости, так и по уровню смертности. В развитых странах установлено, что 1 из 18 мужчин и 1 из 20 женщин имеют риск развития КРР на протяжении их жизни. При диагностированном раке ободочной кишки у родственников 1 линии родства риск формирования опухоли составляет 70-80%. В РФ у 75% пациентов, больных раком кишечника, заболевание диагностируется на 3-4 стадии. Остро встает вопрос о раннем выявлении заболевания. Скрининговая колоноскопия в настоящее время является "золотым стандартом" в диагностике ранних стадий КРР и других заболеваний толстой кишки. Качественная подготовка кишечника к обследованию с помощью современных препаратов макрогола повышает приверженность пациентов к эндоскопическому обследованию и обеспечивает полную визуализацию толстой кишки при осмотре. В современной практике пациентам активно рекомендуется к использованию в качестве подготовки кишечника к диагностическим процедурам препарат макрогола 3350 (Мовипреп) [8].

В рамках профилактики КРР, в условиях роста аутоиммунных заболеваний, в настоящее время актуальным является вопрос диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК). В докладе А.А. Жилиной, который был посвящен данной тематике, представлены вопросы диагностики ВЗК в свете последних клинических рекомендаций. Подробно описан лабораторный метод, используемый для проведения диагностики и контроля лечения ВЗК - фекальный кальпротектин. В разделе "лечение" освящена эволюция подходов, характеризующаяся более ранним назначением биологической терапии, с учетом неблагоприятных факторов риска. Описан новый биологический препарат ведолизумаб, селективно действующий в кишечнике [9, 10].

Особое место в программе конференции было уделено вопросам детской гастроэнтерологии. В первые 1000 дней жизни происходит закладка всех основных функций человеческого организма. В фундаментальном докладе В.А. Щербака была подчеркнута важность микрофлоры кишечника для развития и будущего здоровья ребенка. Микрофлора плода и новорожденного ребенка рассмотрена в зависимости от пути родоразрешения, а в дальнейшем - от способа вскармливания [11].

И.И. Петрухина рассказывала о формировании лактазной недостаточности у детей, которая часто развивается у недоношенных младенцев, а также на фоне перенесенных кишечных инфекций, протекающих с повреждением слизистой оболочки тонкого кишечника. После сальмонеллёза или шигеллёза лактазная недостаточность различной степени выраженности развивается в 35-40% случаев, а после ротавирусной инфекции - в 100% [12].

В рамках конференции прозвучало еще несколько докладов, которые вызвали большой интерес у слушателей. В работе форума приняли участие более 100 врачей. Помимо гастроэнтерологов участниками стали врачи-терапевты, хирурги, педиатры, приехали врачи из ЛПУ края.

Юбилейные мероприятия завершились поздравлениями от всех руководителей лечебных учреждений города, Читинской государственной медицинской академии. Грамотами Министерства здравоохранения Забайкальского края были награждены заслуженные гастроэнтерологи Забайкальского края.

Примите искренние поздравления с 10-летием образования Забайкальского научного общества гастроэнтерологов! Желаем всем дальнейших успехов и новых достижений!

Литература:

1. Лузина Е.В. Забайкальская гастроэнтерологическя конференция. Забайкальский медицинский журнал. 2011. 2. 60-62.
2. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Баранская Е.К., Дронова О.Б., Зайратьянц О.В., Сайфутдинов Р.Г., Шептулин А.А., Лапина Т.Л., Пирогов С.С., Кучерявый Ю.А., Сторонова О.А., Андреев Д.Н. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. 2017. 27(4).75-95.
3. Трухманов А.С., Кайбышева В.О. pH-импедансометрия пищевода. Пособие для врачей / Под ред. Акад. РАМН, проф. В.Т. Ивашкина. М. ИД "МЕДПРАКТИКА". 2013. 32 с.
4. Маев И.В., Черёмушкин С.В., Кучерявый Ю.А. Алгоритм ведения пациентов с синдромом раздраженного кишечника. Римские критерии IV. Русс. мед. журн. 2017. 10. 718-722.
5. Матвеева Л. Дефицит железа и Helicobacter pylori: реалии современной медицины. www.helth-ua.com Дата доступа 03.02.2018.
6. Васильев С.А., Виноградов В.Л., Гемджян Э.Г. Helicobacter pylori в патогенезе, диагностике и лечении идиопатической тромбоцитопенической пурпуры. Тромбоз и гемостаз. 2008. 4 (36). 10-17.
7. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A., Gisbert J.P., Kuipers E.J., Axon A.T., Bazzoli F., Gasbarrini A., Atherton J., Graham D.Y., Hunt R., Moayyedi P., Rokkas T., Rugge M., Selgrad M., Suerbaum S., Sugano K., El-Omar E.M. European Helicobacter and Microbiota Study Group and Consensus panel. Management of Helicobacter pylori infection - the Maastricht V. Florence Consensus Report. Gut 2017. Jan. 66(1). 6-30.
8. Ponchon T. et al. A low-volume polyethylene glycol plus ascorbate solution for bowel cleansing prior to colonoscopy: The NORMO randomised clinical trial. Digestive and Liver Disease. 2013. 45. 820-826.
9. Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Ассоциация колопроктологов России. Клинические рекомендации по диагностике и лечению язвенного колита. Колопроктология. 2017. 1 (59). 6-30.
10. Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Ассоциация колопроктологов России. Клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Крона. Колопроктология. 2017. 2 (60). 7-29.
11. Шевченко С.Р., Герасимова А.А., Щербак Н.М., Щербак В.А. Значение естественного вскармливания в профилактике заболеваний. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2017. 62 (4). 141-142.
12. Мухина Ю.Г., Чубарова А.И., Кушниренко И.А., Гришина Н.И., Прилепская Е.А., Калинцева В.А. Вторичная лактазная недостаточность. Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2012. 4. 45-48.

Федорова Л.В., Туруло Е.А., Шеломенцева В.С.

РАЗВИТИЕ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

ГУЗ "Краевая клиническая больница", Чита, Россия

Гастроэнтерологическая служба начала развиваться в крае с 1970 года. Помощь больным с заболеваниями желудочно-кишечного тракта оказывалась в терапевтическом отделении Областной больницы им. В.И. Ленина, возглавляемого Елизаветой Николаевной Харламовой [1]. В связи с необходимостью расширения специализированной помощи взрослым и детям было начато строительство нового типового корпуса областной больницы. В 1975 году сдан хирургический корпус. С мая 1981 г. по март 1982 г. было развернуто 240 коек и открыты специализированные терапевтические отделения, которых не было в области ранее [2]. Были организованы эндокринологическое отделение, заведующей которого стала Н.Н. Ключерева, пульмонологическое (заведующая - Р.М. Витавер), кардиологическое (заведующая - Н.Н. Орлова, гематологическое (заведующая - Л.Б. Авдеева), нефрологическое (заведующая - Г.А. Давыдова). Гастроэнтерологическое отделение возглавила Вера Георгиевна Гришкина. Первым главным гастроэнтерологом области была Валентина Пантелеевна Фролова. Первоначально в 1981 году было открыто гастроэндокринологическое отделение на 60 коек. В 1982 году проведена реорганизация, в результате которой гастроэндокринологическое отделение разделилось на два функциональных подразделения [3]. С 1982 г. по 1993 г. в отделении работало 60 коек. В течение первых лет после образования отделения были открыты кабинеты зондирования, ректороманоскопии. С 1993 г. началось сокращение коечного фонда. Вначале количество коек уменьшилось до 40, из них 3 - для больных дневного стационара, и к

2016 г. в отделении функционировало только 28 коек круглосуточного пребывания. На сегодняшний день в крае работает 25 среднегодовых гастроэнтерологических коек для взрослых.

Первой заведующей отделением с 1982 г. по 2006 г. была Вера Георгиевна Гришкина, которая возглавила гастроэнтерологическую службу в Забайкальском крае. Это опытнейший врач, замечательный человек, врач-гастроэнтеролог высшей категории, Заслуженный работник здравоохранения Читинской области, ветеран труда, Отличник здравоохранения. Долгие годы В.Г. Гришкина свои профессиональные знания отдавала пациентам, делилась опытом с коллегами. С 2012 г. по 2014 г. она работала врачом-гастроэнтерологом в Краевой консультативной поликлинике Краевой клинической больницы (ККБ). Многие гастроэнтерологи стали учениками Веры Георгиевны.

Первыми сотрудниками отделения были Светлана Васильевна Ларина (1981-1986 г.г), Наталья Васильевна Григорьева (1981-1985 г.г.), Людмила Георгиевна Ермольева (1982-2006 г.г.) [4]. Много лет (с 1987 г. по 2014 г.) в отделении работала врач-гастроэнтеролог высшей категории, Заслуженный работник здравоохранения Читинской области Людмила Иннокентьевна Кожевникова. Гастроэнтерологическое отделение Краевой клинической больницы г. Читы - это кузница кадров! В разное время в отделении работали Оксана Петровна Вовчук, Наталья Александровна Жилина (врач-гастроэнтеролог высшей категории), Надежда Юрьевна Николаева (врач-гастроэнтеролог высшей категории), Оксана Андреевна Ромащенко.

С мая 2006 г. эстафетную палочку заведующей отделением приняла Лариса Викторовна Федорова, врач-гастроэнтеролог высшей категории, которая стала главным внештатным гастроэнтерологом МЗ Забайкальского края.

В настоящее время в подразделении работают Валентина Сергеевна Шеломенцева (с 2013 г.), Елена Александровна Туруло (с 2014 г.), Маргарита Владимировна Зверева (с июля 2017 г.).

С 1990 года, после введения в штат должности инфекциониста трудилась Марина Викторовна Орлова - врач-инфекционист высшей категории. В настоящее время консультации больных с подозрением на инфекционную патологию осуществляет заведующая кафедрой инфекционных болезней ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", д.м.н. Альвина Николаевна Емельянова.

В первые годы существования отделения курировали и консультировали пациентов с заболеваниями пищеварительной системы ассистенты кафедры госпитальной терапии Вероника Ксенофонтовна Харламова (с 1984 по 1992 г.), Александр Петрович Пергаев, Виктор Игоревич Малов, Николай Александрович Митин.

Среди консультантов отделения в настоящее время - ведущие сотрудники Читинской государственной медицинской академии, кандидаты и доктора медицинских наук. Среди них заведующая кафедрой терапии ФПК и ППС ЧГМА, д.м.н. Наталья Викторовна Ларева, доцент этой же кафедры, к.м.н. Елена Владимировна Лузина, доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии, к.м.н. Виктор Игоревич Малов, к.м.н. Николай Александрович Митин.

С октября 2008 года на базе гастроэнтерологического отделения был создан Центр патологии печени. За 10 лет в Центре было пролечено около 1500 пациентов с хроническими прогрессирующими заболеваниями печени. В 2017 году на обследовании и лечении находилось 161 человек. Пролечены 51 больной с хроническим криптогенным гепатитом (625 койко-дней), 32 - с первичным билиарным циррозом печени (417 койко-дней), 3 - с циррозом печени вирусной этиологии (36 койко-дней), 9 - с хроническим токсическим (лекарственным, алкогольным) гепатитом (140 койко-дней), 4 - с неалкогольной жировой болезнью печени (50 койко-дней), 4 - с вирусными гепатитами. На базе гепатологического центра наблюдаются 4 пациента после операции трансплантации печени. С целью морфологической диагностики с 2008 г. внедрена пункционная биопсия печени. В 2017 году проведено 16 пункционных биопсий. В этом же году заполнено пять выписок на ВМП пациентам с заболеваниями печени в центры гепатологии Санкт-Петербурга и Москвы.

Кроме гастроэнтерологического отделения ГУЗ "Краевая клиническая больница" г. Читы, 30 гастроэнтерологических коек функционировали в Краевой клинической больнице № 4 г. Краснокаменска. Однако с каждым годом происходило сокращение коечного фонда, и в 2010 г. специализированные койки перестали существовать. Помощь больным с заболеваниями желудочно-кишечного тракта оказывается в общетерапевтических отделениях.

В 1995 году было открыто отделение реабилитации для больных с патологией пищеварительной системы в Краевой больнице восстановительного лечения (КБВЛ) № 2 в п. Первомайский на 30 коек. Главным врачом КБВЛ № 2 был врач-гастроэнтеролог и эндоскопист Олег Анатольевич Клещевников. В 2005 году открыта Краевая больница восстановительного лечения № 5 в г. Чите, где в отделении общей терапии получали лечение гастроэнтерологические больные. В 2014 году эти койки также были закрыты. На сегодняшний день медицинская помощь больным с заболеваниями желудочно-кишечного тракта оказывается в других стационарах города и районов края на общих терапевтических койках. Реабилитационную помощь пациенты могут получить в МРЦ Дарасун, на курорте Кука и Шиванда.

В своей практической работе врачи-гастроэнтерологи используют современные новейшие методы обследования - компьютерную томографию, УЗИ, МРТ органов брюшной полости, эндоскопические мето-

ды исследования, пункционную биопсию, эластометрию, сцинтиграфию печени, дуплексное сканирование висцеральных сосудов, лабораторные методы исследования. Опираясь на Российские и международные рекомендации, применяются эффективные схемы лечения заболеваний органов пищеварения, физиотерапевтическое лечение, гипербарическая оксигенация, плазмаферез, аргоноплазменная коагуляция и др. В сложных случаях оказывается консультативная помощь врачам из районов края. На базе отделения проводится обучение студентов, клинических ординаторов и курсантов факультета профессиональной переподготовки специалистов ЧГМА, учащихся медицинского колледжа, фельдшеров, медицинских сестер. Проводится научно-исследовательская работа, разрабатываются методические письма для терапевтов края.

Литература:

1. Малая энциклопедия Забайкалья. Здравоохранение и медицина. Новосибирск. Наука. 2011. 628 с.
2. Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2004 год / под ред. Р.И. Цуприк. Чита. 2004. 56 с.
3. Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Забайкальского края на 2014 год / под ред. Г.И. Погодаевой, И.Л. Плотниковой. Чита. 2014. 240 с.
4. 80 лет на службе здоровья: К юбилею Областной клинической больницы / под ред. А.Г.Озорниной, И.Д. Лиханова. Чита. 2004.

Васильева О.В.[1], Солоденова М.Е.[2]

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ЗАБАЙКАЛЬСКОЙ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ

[1]Забайкальская дирекция здравоохранения - обособленное структурное подразделение Центральной дирекции здравоохранения - филиала ОАО "РЖД", Чита, Россия
[2]Инновационная клиника "Академия здоровья", Чита, Россия

Огромный творческий, профессиональный и нравственный потенциал, чуткое и внимательное отношение к пациентам, верность славным традициям своих предшественников отличают специалистов железнодорожной медицины. Все хорошо понимают, что здоровье и хорошее самочувствие железнодорожников - залог безопасности на стальных магистралях. Медицинская помощь работникам и пенсионерам железнодорожного транспорта по профилю "гастроэнтерология" непосредственно связана с негосударственным учреждением здравоохранения "Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2 ОАО "РЖД".

1 июля 1900 года, в один день с открытием постоянного движения на Забайкальском участке Транссиба, приняла своих первых пациентов больница станции Чита-1. В ней работали выпускники медицинских факультетов Московского и Казанского университетов, Санкт-Петербургской военно-медицинской академии [1]. В 1924-1925 годах в здании больницы Красного Креста на восточной окраине г. Читы была организована хирургическая больница, которая в декабре 1927 года получила статус дорожной. С этого времени и ведется летоисчисление одного из старейших лечебных учреждений Забайкальского края и Забайкальской железной дороги [2]. Сначала помощь пациентам с заболеваниями органов пищеварения оказывалась на 30 койках терапевтического отделения, которое было открыто в 1945 году. К 1950 году было развернуто уже 150 коек, что послужило началу многопрофильности больницы [2]. В терапевтическом отделении были выделены пульмонологические, гематологические, гастроэнтерологические койки. Заведовала отделением с 1966 года Янтарова Татьяна Георгиевна, в дальнейшем руководили отделением Прощаева Любовь Павловна и Емельянова Вера Борисовна. В 1974 году организован эндоскопический кабинет, вскоре выросший в эндоскопическое отделение. Первыми в больнице проводили данные исследования Богомолов Николай Иванович - профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ЧГМА, Войтенко Иван Иванович и Бочков Александр Алексеевич [2].

С постройкой нового пятиэтажного корпуса в 1988 году было развернуто специализированное гастроэнтерологическое отделение на 60 коек - единственное профильное отделение на Забайкальской железной дороге. С момента основания им руководила врач-гастроэнтеролог высшей квалификационной категории Вера Борисовна Емельянова [2].

Вера Борисовна - инициатор многих начинаний в больнице, внесла большой вклад в развитие отделения: сумела сформировать дружный коллектив специалистов, наладить четкую работу в отделении, создать психологический комфорт и взаимопонимание среди работников. Под ее руководством в разные годы работали врачи: Елена Николаевна Богдан, в дальнейшем заместитель главного врача по восстановительной медицине в Центре восстановительной медицины и реабилитации "Карповка"; Наталья Николаевна Малютина, в настоящее время заведующая терапевтическим отделением в Центре восстановительной медицины и реабилитации "Карповка"; Надежда Леонидовна Покацкая, в дальнейшем - клинический фармаколог и врач-гастроэнтеролог; Любовь Александровна Ахметова - в дальнейшем работала заместителем главного врача по организационно-методической работе в госпитале ветеранов войн; Елена Владимировна Лузина, к.м.н., в настоящее время доцент кафедры терапии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Читинской государственной медицинской академии [2].

В поликлиническом отделении оказывала медицинскую помощь пациентам с заболеваниями органов пищеварения Бакшеева Надежда Михайловна.

С 2004 года в больнице начала проводиться структурная реорганизация, вызванная необходимостью в новых экономических условиях иметь сбалансированную по задачам, объемам и финансированию медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях, ориентированную, главным образом, на работников железнодорожной отрасли [2]. Поэтому с 2007 года в гастроэнтерологическом отделении функционировало уже 30 коек круглосуточного стационара и 10 коек - дневного пребывания. Произошла смена коллектива, традиции отделения продолжили ученики опытных врачей-гастроэнтерологов отделения. Заведовала отделением Мария Евгеньевна Солодёнова, врач-гастроэнтеролог Ольга Владимировна Жмурина, врач-терапевт дневного стационара Татьяна Васильевна Скляревская. В отделении трудились квалифицированные медицинские сестры Лариса Владимировна Зайцева, Валентина Яковлевна Иванова, Жанна Мироновна Дик, Мария Валерьевна Беломестнова, Людмила Михайловна Гусева и Татьяна Дмитриевна Орлова [2].

Одним из приоритетных направлений работы гастроэнтерологического отделения являлась диагностика и лечение заболеваний, ассоциированных с инфекцией Helicobacter pylori и кислотозависимых состояний. Пациентам с язвенной болезнью и хроническим гастритом назначались современные схемы эрадикационной терапии, согласно международным консенсусам гастроэнтерологов. Прогрессирующий рост числа больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью послужил поводом для научно-исследовательской работы врачей. Гастроэнтерологами выпущен ряд научных статей и методических рекомендаций, посвященных этой проблеме. Врачи-гастроэнтерологи Дорожной больницы первыми среди лечебных учреждений города и Забайкальской дороги для диагностики моторно-эвакуаторных нарушений пищевода и желудка и оценки эффективности кислотосупрессивной терапии стали использовать суточную внутрипищеводную и внутрижелудочную pH-метрию [2].

С 2014 года гастроэнтерологическое отделение прекратило свое существование, 15 гастроэнтерологических коек вошли в состав терапевтического отделения. Специалисты-гастроэнтерологи Дорожной больницы - единственные врачи данного профиля среди всех негосударственных учреждении здравоохранения ОАО "РЖД" на Забайкальской железной дороге. Статистические данные свидетельствуют о ежегодном росте числа больных с патологией желудочно-кишечного тракта [3]. Проблема заболеваний органов пищеварения среди работников железнодорожного транспорта остается актуальной. Это обусловлено нарушениями режима и характером питания работающих в этой профессии в результате сменного графика работы, в том числе выполнения своих обязанностей в ночное время, ненормированного рабочего дня и высокими психоэмоциональными и физическими нагрузками.

Квалифицированная помощь, внимательное отношение со стороны медперсонала и комфортные условия пребывания в стационаре создают все условия для быстрого выздоровления пациентов.

Литература:

1. Немакина О.В. Дорожная клиническая больница на станции Чита-2: история и современность здравоохранения Забайкалья. Управление здравоохранением. 2014. 2 (40). 50-55.
2. Железнодорожник - главный пациент. Информационно-справочное издание. Серия "Медицина рельсовых артерий России" / под. ред. В.В. Клышникова. Хабаровск. Частная коллекция. 2010. 120 с.
3. Сборник статистических материалов "Деятельность негосударственных учреждений здравоохранения ОАО "РЖД" в 2016 году. Показатели состояния здоровья работников ОАО "РЖД", неработающих пенсионеров ОАО "РЖД" и прикрепленного территориального населения в 2016 году". 2017. ЦДЗЛ-2/1. 5. 99

Емельянова О.Н.[1], Петрухина И.И. [1], Боровик Н.Н.[2]

СТАНОВЛЕНИЕ ДЕТСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

[1]ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", г. Чита, Россия
[2]ГУЗ "Краевая детская клиническая больница", Чита, Россия

Маленькие пациенты - это особая категория, а заболевания желудочно-кишечного тракта у них встречаются очень часто. По статистике болезни пищеварительной системы у детей стоят на втором месте после патологии органов дыхания. Лечить таких пациентов - большая ответственность.

Детская гастроэнтерологическая служба Забайкальского края формировалась на протяжении многих лет [1, 2].

В 1983 г. на базе Детской дорожной больницы, в последующем реорганизованной в Областную детскую больницу № 2, было развернуто гастроэнтерологическое отделение на 30 коек. Заведующей отделением стала Грузинцева Наталья Петровна, врач - Левина Ольга Алексеевна. Отделение эффективно функционировало, выполнялись плановые показатели. В дальнейшем коечный фонд отделения был увеличен до 60 коек. В последующие годы отделение возглавляли Щербак Владимир Александрович, Левина Ольга Алексеевна.

В разные годы в отделении работали врачи Пыжова Юлия Борисовна, Черданцева Валентина Григорь-

евна, Воробьева Марина Владимировна, Базарова Лариса Алексеевна, Воробьева Наталья Сергеевна, Федореева Наталья Михайловна, Трифонова Наталья Владимировна, Боровик Наталья Николаевна, Перегоедова Валентина Николаевна, Бочкарева Юлия Алексеевна.

Большую помощь врачам отделения оказывали сотрудники кафедры педиатрии лечебного и стоматогического факультетов Читинской государственной медицинской академии: Щербак Владимир Александрович, Безруков Константин Юрьевич, Емельянова Ольга Николаевна.

В 1994 году на базе областной детской клинической больницы было организовано отделение пульмонологии-гастроэнтерологии, заведующей которого стала Валентина Александровна Леонова. В этом отделении работали Ольга Николаевна Егорова, Ирина Кимовна Богомолова, Марина Григорьевна Устименко, Ольга Михайловна Прокопенко, Ольга Викторовна Гаврикова. С 2000 по 2016 год отделение воглавляла Гаврикова Ольга Викторовна. На базе отделения так же работали сотрудники кафедры пропедевтики детских болезней: Ирина Ивановна Петрухина, Любовь Борисовна Маюн, Инесса Никандровна Гаймоленко.

Специализированная гастроэнтерологическая помощь детям Забайкальского края в настоящее время осуществляется в гастроэнтерологическом отделении Краевой детской клинической больницы (КДКБ). С февраля 2016 г. отделение работало на 40 коек, из них 30 - гастроэнтерологических. С 2018 года коечный фонд составляет 30 коек.

С 2014 года по настоящее время заведующей отделением является врач высшей категории Боровик Наталья Николаевна, так же в отделении с 2017 года работает врач Каргаполова Софья Геннадьевна. Консультатативную помощь оказывают к.м.н., доцент Ирина Ивановна Петрухина, д.м.н., доцент Владимир Александрович Щербак. В Краевой консультативной поликлинике при КДКБ ведет прием Галимон Елена Викторовна.

В отделении гастроэнтерологии КДКБ применяются инструментальные (эндоскопические, рентгенологические, ультразвуковые) и лабораторные методы исследования, используются современные схемы лечения заболеваний органов пищеварения у детей. Отделение используется в качестве клинической базы для подготовки студентов, ординаторов, профессиональной переподготовки врачей.

Амбулаторно-поликлиническая служба представлена работой кабинетов детских гастроэнтерологов в Детском клиническом центре, диагностической поликлинике ЧГМА.

В Детском клиническом центре г. Читы работают врачи Валентина Григорьевна Черданцева, Ксения Николаевна Бейдина, Светлана Владимировна Сегодина; консультативную помощь оказывают к.м.н., доцент Емельянова Ольга Николаевна, к.м.н., доцент Щербак Наталья Михайловна.

В Диагностической поликлинике ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия гастроэнтерологический прием ведут д.м.н. Щербак Владимир Александрович, к.м.н. Петрухина Ирина Ивановна, к.м.н. Емельянова Ольга Николаевна, к.м.н. Перегоедова Валентина Николаевна.

Врачи-детские гастроэнтерологи постоянно повышают свой профессиональный уровень, регулярно обучаются на циклах повышения квалификации, принимают активное участие в работе Забайкальского научного общества гастроэнтерологов, занимаются научно-исследовательской работой; многие имеют первую, высшую квалификационную категорию.

Ежегодно проводится краевой семинар для педиатров по детской гастроэнтерологии, в котором принимают участие сотрудники Читинской государственной медицинской академии и практические врачи - детские гастроэнтерологи.

В заключение хочется высказать огромную благодарность врачам - "основателям" детской гастроэнтерологической службы в Забайкалье. Для успешной работы в благородном деле сохранения здоровья детей врачи-детские гастроэнтерологи используют бесценный опыт наших учителей, постоянно совершенствуют свои знания и умения.

Литература:

1. Малая энциклопедия Забайкалья. Здравоохранение и медицина: энциклопедия / гл. ред. Р.Ф. Гениатулин. Новосибирск. Наука, 2011. 630 с.
2. Читинская государственная медицинская академия: 60 лет : / ЧГМА ; под ред. А.В. Говорина . Чита : Экспресс-издательство, 2013. 234 с. : цв.ил.

Крысанова Н.Н., Шарапова Н.А.

ИСТОРИЯ И ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ФГКУ "321 ВКГ" МО РФ

ФГКУ "321 военный клинический госпиталь" Минобороны России, Чита, Россия

С момента организации в Чите бригадного лазарета на 26 мест, в соответствии с требованиями особого параграфа "Положения о Забайкальском казачьем войске" от 17 марта 1851 г., началась долгая и яркая жизнь медицинского учреждения, известного как 321-й военный клинический ордена Красной звезды госпиталь. Одним из подразделений этого госпиталя является гастроэнтерологическое отделение.

В 1967 г. на базе 2-го общетерапевтического отделения было организовано 3-е терапевтическое отделение, специализировавшееся на лечении гастроэнтерологических больных. В 1980 г. из общетерапевтического отделения выделяется специализированное гастроэнтерологическое отделение, которое было рассчитано на 70 коек. В 1978 г. начато и в 1983 г. закончено строительство 4-х этажного корпуса, где и было размещено гастроэнтерологическое отделение.

Отделение последовательно возглавляли офицеры Калиновский Ю.И., Папикян М.Х., Кулабухов В.Г., Томчик А.В., Просольченко А.В., Шкловский Б.Л., Шапиев М.Ш., Трухин А.И. Старшими ординаторами отделения были полковник медицинской службы Голодных Ю.В., Ивашин Л.М.

Следует отметить, что из офицеров, служивших и работавших в гастроэнтерологическом отделении, выросли несколько ведущих терапевтов. Так, полковник медицинской службы Папикян Манас Хачатурович был ведущим терапевтом в 80-е годы, в 90-е годы - полковник медицинской службы Голодных Юрий Викторович, в 2000-е годы полковник медицинской службы, кандидат медицинских наук Шкловский Борис Львович. В настоящее время полковник медицинской службы Шкловский Б.Л. является заместителем начальника госпиталя по медицинской части ФГБУ "3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского". Подполковник медицинской службы Шапиев М.Ш. после увольнения из вооруженных сил РФ работал заведующим гастроэнтерологическим кабинетом в консультативно-диагностической поликлинике ФГКУ "321 ВКГ", в настоящее время является заместителем заведующего этой поликлиники по лечебной части.

Военные медики с честью выполняют свой долг в любой точке, где необходимы их знания и умения. Так, подполковник медицинской службы Шапиев М.Ш. участвовал в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, подполковник медицинской службы Трухин А.И. проходил службу в составе российских миротворческих сил в зоне грузино-абхазского конфликта.

С 1996 г. в отделении работает Крысанова Наталия Николаевна, врач высшей категории, которая с 2011 г. возглавляет отделение.

В 2007 г. в отделение пришла Шарапова Наталия Александровна, которая проходила службу в должности старшего ординатора. В 2009 г. Наталия Александровна уволилась из рядов Вооруженных Сил РФ в звании капитана медицинской службы и продолжает работать в должности врача-гастроэнтеролога. Она имеет первую врачебную категорию.

Техническое оснащение отделения является необходимой частью для оказания квалифицированной помощи пациентам. В 1962 г. в отделении был организован зондовый кабинет. В 1976 г. введена в эксплуатацию вакуумно-аспирационная установка для проведения зондовых исследований. С 1978 по 1980 гг. на базе отделения функционировал кабинет фиброгастроскопии. С 1980 г. в штат госпиталя было введено специализированное эндоскопическое отделение. Для улучшения диагностики гастроэнтерологических заболеваний были введрены современные методы: УЗИ органов брюшной полости с 1987 г., компьютерная томография с 1995 г. С 1996 г. стала использоваться биопсия печени.

Сегодня военная медицина, как и многие другие виды деятельности, представлявшие ранее предмет отечественной гордости, переживают нелегкие времена. Изменения в жизни страны, экономический кризис не могли не сказаться на работе и деятельности как госпиталя в целом, так и его подразделений. Менялась коечная емкость, штат отделения, но, несмотря на все трудности, коллектив отделения с честью выполняет свой профессиональный долг.

В настоящее время отделение развернуто на 25 коек, на которых ежегодно лечатся и обследуются до 500 пациентов. В основном это военнослужащие по контракту и по призыву. Персонал отделения проводит большую работу по лечению и обследованию больных гастроэнтерологического профиля, а так же молодого пополнения, пребывающего в войска с дефицитом массы тела. Внедрена в практику единая концепция обследования и фармакотерапии основных гастроэнтерологических заболеваний. Большое значение в настоящее время придается реабилитации военнослужащих, в том числе после стационарного лечения, где особое место занимает санаторно-курортное лечение.

В отделении осуществляется большая работа по военно-врачебной экспертизе. Более 50% военнослужащих, находящимся в отделении, проводится медицинское освидетельствование. В настоящее время болезни органов пищеварения занимают третье место в структуре причин увольнения из Вооруженных сил РФ после психических расстройств и расстройств поведения, а также болезней системы кровообращения.

Врачи-гастроэнтерологи постоянно принимают участие в подготовке и проведении тематических и научных конференций для врачей госпиталя и гарнизона. Разработаны множественные методические рекомендации по организации медицинской помощи при заболеваниях пищеварительной системы.

Врачи и медицинские сестры отделения входят в состав специализированной врачебно-сестринской бригады, готовой в любой момент выполнить поставленную перед ними задачу.

Военно-медицинские учреждения обладают рядом особенностей, которые предъявляют особые требования к их персоналу. С учетом специфики находящегося на лечении и обследовании контингента (военнослужащие по призыву в период адаптации, военнослужащие по контракту, в том числе проходившие

службу в районах боевых действий) необходимо быть не только специалистом в своей профессии, но и хорошим организатором, психологом. Работа в экстремальных условиях и разного рода кризисных ситуациях не позволяет расслабляться и требует от военных медиков высокого профессионализма, собранности, умения быстро принимать решения.

Работа в военном лечебном учреждении - это призвание.

Дамбаева Е.В., Раднаева И.Н., Лузина Е.В.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЯМИ ГАСТРИТА И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННЫХ С HELICOBACTER PYLORI НА БАЗЕ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ККБ Г. ЧИТА

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", г. Чита, Россия

Клиническая значимость хеликобактерной инфекции (HP) определяется ее ведущей ролью в формировании хронического гастрита (ХГ), язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК), MALT- лимфомы, а также аденокарциномы желудка. Кроме того, к текущему моменту существуют достоверные данные касательно ассоциации инфекции HP с идиопатической железодефицитной анемией и идиопатической тромбоцитопенической пурпурой [1]. Клинические эффекты инфекции HP гетерогенны и включают широкий спектр патологии, доказательная база которых как на патогенетическом, так и на клиническом уровнях продолжает расширяться.

Микробиологически HP представляет собой небольшие Г-микроаэрофильные бактерии, имеющие S-образную или слегка спиралевидную форму. Длина HP колеблется от 2 до 4 мкм, ширина от 0,5 до 1 мкм. Бактерия имеет на одном из полюсов от 2 до 6 жгутиков, наличие жгутиков позволяет бактерии передвигаться, жгутики способствуют колонизации HP [2].

На начальном этапе после попадания в желудок HP быстро колонизирует слизистую оболочку. Закрепившись на её поверхности, бактерия начинает вырабатывать уреазу, благодаря чему увеличивается концентрация аммиака и повышается pH. По механизму отрицательной обратной связи это вызывает повышение секреции гастрина клетками слизистой желудка и компенсаторное повышение уровня соляной кислоты и пепсина, с одновременным снижением бикарбонатов. Муциназа, протеаза и липаза, вырабатываемые бактерией, вызывают деполимеризацию и растворение защитной слизи, в результате чего соляная кислота и пепсин получают непосредственный доступ к оголенной стенке желудка, вызывая химический ожог и воспаление. Эндотоксин, выделяемый HP, вызывает вакуолизацию и гибель клеток эпителия. Привлеченные воспалением лейкоциты вырабатывают различные медиаторы, что так же приводит к изъязвлению слизистой оболочки желудка.

Существуют разные методы выявления HP, которые подразделяются на инвазивные и неинвазивные, а также прямые и косвенные [3] (Таблица 1).

Таблица 1

Методы выявления инфекции Helicobacter pylori

Метод		Характеристика	Чувствительность	Специфичность
Быстрый уреазный тест		инвазивный	95	85-96
Бактериологический		инвазивный	50-95	>95
Гистологический		инвазивный	50-95	93-95
Серологический	Иммуноферментный анализ (ИФА) крови	неинвазивный	50-96	90-97
	ИФА кала	неинвазивный	95	95
Молекулярно-генетический	Полимеразная цепная реакция (ПЦР) биоптата	инвазивный	81-91	>95
	ПЦР кала	неинвазивный	61-96	>95
Дыхательный	Радиоизотопный (13С/ 14С мочевина) уреазный тест	неинвазивный	>95	>95
	Тест с кинетической оценкой аммиака	неинвазивный	93-95	82-94

Цель исследования. В связи с актуальностью проблемы хеликобактерной инфекции нами было проведено исследование частоты обнаружения бактерии HP с помощью быстрого уреазного теста, а также сравнение применяемых схем эрадикации у пациентов с обострениями хронического гастрита и язвенной болезни на соответствие международным рекомендациям.

Материал и методы. Проанализировано 670 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении Краевой клинической больницы в период с января по ноябрь 2017 года. Для анализа отобраны 365 историй болезни пациентов с обострением хронического гастрита, язвенной

болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, что составило 54%. Исследование на HP проводилось с помощью быстрого уреазного теста.

Результаты. Из 365 пациентов у 343 человек проведена фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), что составило 94%. Быстрый уреазный тест выполнен у 56 человек (16%). В 87,5% случаев (у 49 человек) тест оказался положительным, что соответствует данным литературы, согласно которым обсемененность бактерией HP в Российской Федерации составляет 92 % [4] Среди инфицированных HP 11 пациентов имели обострение язвенной болезни, 38 - обострение хронического гастрита. Всем пациентам с наличием инфекции проведена антибактериальная терапия. Схема эрадикации 1 линии, согласно Маастрихт V включает ингибитор протонной помпы в стандартной дозе 2 р/сут., Кларитромицин 500 мг 2р/сут., Амоксициллин 1000 мг 2р/сут. [5]. Эта схема лечения проведена у 32 человек, что составило 65%. У 17 пациентов (35% случаев) схема эрадикации не соответствовала рекомендованной. Использовался один антибиотик: Амоксициллин, Метронидазол или Кларитромицин (эти антибиотики применялись у 9,4 и 4 пациентов соответственно). Положительная динамика (рубцевание язвы), отмечалась у всех пациентов с язвенной болезнью, ассоциированной с HP, находившихся в отделении. Контроль эрадикации не проводился в связи с коротким временем пребывания в стационаре.

Обсуждение. Открытие HP внесло много нового в современное представление об этиологии и патогенезе ХГ, ЯБЖ и ДПК, рака, MALT-лимфомы желудка [3]. Установление этиологического значения HP сделало ХГ четко очерченной и клинически значимой патологией [4]. В 2014 году в Киото (Япония) состоялось совещание, посвященное выработке согласованных рекомендаций по 4 основным вопросам хронического гастрита:

1) Новая классификация хронического гастрита и дуоденита.
2) Выделение из функциональной диспепсии в качестве ее самостоятельной формы диспепсии, обусловленной HP.
3) Современные подходы к диагностике хронического гастрита, ассоциированной с HP.
4) Проведение эрадикационной терапии (ЭТ).

В заключении участники Киотского совещания подчеркнули, что гастрит, обусловленный HP, является инфекционным заболеванием, которое требует проведения эрадикационной терапии [6].

15-17 сентября 2016 г. в Магдебурге (Германия) состоялось XXIX международное рабочее совещание Европейской группы по изучении HP. В ходе совещания представлены новые алгоритмы проведения эрадикационной терапии в регионах с высокой и низкой резистентностью HP к антибиотикам. В согласительном документе Маастрихт V, приведены следующие алгоритмы антихеликобактерной терапии 1-й и 2-й линии.

• Алгоритм антихеликобактерной терапии 1-й линии:

Используется стандартная тройная терапия (ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки + Кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки + Амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки) или квадротерапия с препаратами висмута.

• Алгоритм антихеликобактерной терапии 2-й линии:

При неэффективности стандартной тройной терапии, рекомендуется квадротерапия с препаратом висмута (ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки + Висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 раза в сутки + Тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки + Метронидазол 500 мг 3 раза в сутки) или тройная терапия с фторхинолоном (ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки + Левофлоксацин 500 мг 2 раза в сутки + Амоксициллин 1000 мг 2 раза сутки) или одновременная схема. Наиболее результативным на сегодняшний день является двухнедельный курс квадротерапии с препаратами висмута [5].

Как известно, эрадикацию инфекции HP более 80% принято считать успешной. Однако, существует ряд проблем, приводящих к снижению эффективности антихеликобактерной терапии. К основным причинам, способствующим уменьшению процента успешной эрадикации, относятся:

1. Рост резистентности HP к антибиотикам.
2. Низкая эффективность эрадикационных схем.
3. Отсутствие контроля эрадикации и проблемы диагностики инфекции HP.
4. Побочные эффекты ИПП и антибактериальных препаратов.
5. Низкий комплаенс и нежелание пациента принимать антибиотики.
6. Использование дженериков в схемах эрадикации [7].

Нами выявлено, что лишь у 16% пациентов был проведен быстрый уреазный тест. Это связано с непостоянным наличием в больнице тест-систем, необходимых для обнаружения хеликобактерной инфекции.

К основным способам оптимизации и повышения эффективности стандартной антихеликобактерной терапии относятся:

➢ Использование высоких доз ИПП
➢ Увеличение сроков эрадикационной терапии
➢ Увеличение дозы традиционно используемых антибиотиков
➢ Замена антибиотиков, к которым существует высокая резистентность HP в регионе

- Назначение последовательной эрадикационной терапии
- Включение в схемы ЭТ препаратов, способствующих повышению эффективности эрадикации (пробиотики, иммуномодуляторы) [8].

Нами было выявлено, что схема эрадикации 1 линии у 35 % пациентов не соответствовала рекомендованной. Это было связано с аллергическими реакциями у пациентов на препараты, рекомендованные в схеме эрадикации, с невозможностью заменить предлагаемый антибактериальный препарат в связи с отсутствием альтернативы в стационаре. В таком случае пациентам назначался один антибиотик.

Вывод: Хеликобактерная инфекция является существенным патогенетическим фактором в развитии хронического гастрита, язвенной болезни и рака желудка. Раннее выявление и лечение имеет важное медицинское и социальное значение. Отсутствие возможности диагностики этой инфекции в ККБ и соответственно адекватного эрадикационного лечения является существенной проблемой помощи гастроэнтерологическим больным.

Литература:

1. Hagymasi K., Tulassay Z. Helicobacter pylori infection: new pathogenetic and clinical aspects. World J. Gastroenterol. 2014. 20 (21). 6386-6399.
2. Шкитин В.А., Шпирна А.И., Старовойтов Г.Н. Роль Helicobacter pylori в патологии человека. 2002. 128-130.
3. Маев И.В., Самсонов А.А. Андреев Д.Н. Инфекция Helicobacter pylori. 2016. 29. 138.
4. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., Шептулин А.А., Трухманов А.С., Абдулхаков Р.А., Алексеенко С.А., Дехнич Н.Н., Козлов Р.С., Кляритская И.Л., Курилович С.А., Осипенко М.Ф., Симаненков В.И., Хлынов И.Б. Лечение инфекции Helicobacter pylori: мейнстрим и новации (обзор литературы и резолюция экспертного совета Российской Гастроэнтерологической Ассоциации 19 мая 2017 г.) Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2017. 27 (4). 4- 21.
5. Шептулин А.А., Лапина Т.Л., Кайбышева В.О. Новое в изучении инфекции Helicobacter pylori и основные положения Согласительного совещания "Маастрихт- V". Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2017. 27 (1). 35- 43.
6. Шептулин А.А. Основные положения Киотского согласительного совещания по проблеме гастрита, ассоциированного с инфекций Helicobacter pylori. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2016. 26 (1). 59- 64.
7. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Иванов С.В., Менакер И.О. Эволюция в эрадикационной терапии HP - ассоциированных заболеваний. Выход за рамки стандартов? 2016. 17. 1144-1152.
8. Успенский Ю.П., Барышникова Н.В., Фоминых Ю.А. Лечение инфекции Helicobacter pylori: проблемы и перспективы. Гастроэтерология. 2015. 1. 8- 17.

УДК 616.3-053

Емельянова О.Н.[1], Петрухина И.И.[1], Калинкина Т.В.[1], Боровик Н.Н.[2], Бочкарева Ю.А.[2]

ОПЫТ РАБОТЫ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КРАЕВОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

[1]ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", г. Чита, Россия
[2]ГУЗ "Краевая детская клиническая больница", г. Чита, Россия

Детская гастроэнтерология является одним из актуальных направлений современной педиатрии, что обусловлено ростом болезней органов пищеварения среди детского населения. Гастроэнтерологическая патология у детей имеет важное медико-социальное значение, так как формирование многих заболеваний начинается в детском возрасте [1, 2, 5].

У детей Забайкальского края, как и Российской Федерации, болезни органов пищеварения занимают второе место в общей структуре заболеваемости, уступая только патологии органов дыхания. При этом увеличивается число новых случаев выявления таких "взрослых", как раньше считалось, болезней, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, воспалительные заболевания кишечника [1, 2, 4, 5]. Установлен ряд особенностей гастроэнтерологических заболеваний в детском возрасте: частый аллергический фон, высокий уровень нейровегетативных и психоэмоциональных расстройств, полиморбидность, высокий риск инвалидизации детей. Симптоматика многих заболеваний характеризуется большой вариабельностью, в значительной степени отличаясь от клинических проявлений у взрослых, что определяет необходимость широкого диапазона дифференциальной диагностики [1, 2, 5].

Лечение болезней органов пищеварения у детей опирается на опыт "взрослых гастроэнтерологов", но при этом необходимо учитывать возрастные ограничения применения лекарственных препаратов [1, 2, 5].

Это определяет необходимость ранней диагностики, внедрения новых эффективных схем лечения болезней желудочно-кишечного тракта у детей.

Целью исследования явился анализ результатов работы отделения гастроэнтерологии Краевой детской клинической больницы за 2014-2016 год.

Методы исследования. Изучение опыта работы, отчетности отделения за 2014, 2015, 2016 годы. Статистический анализ данных проводился с помощью описательной статистики, определения экстенсивных показателей.

Результаты и их обсуждение. Специализированная гастроэнтерологическая помощь детям Забайкальского края осуществляется в гастроэнтерологическом отделении Краевой детской клинической больницы. Медицинская помощь детям с патологией оргнов пищеварения проводится согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2012 г. N 906н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "гастроэнтерология"[3].

Отделение рассчитано на 30 коек. С февраля 2016 г. отделение работает на 40 коек, 30 коек гастроэнтерологических, 10 коек педиатрических.

Основными функциями отделения являются:

- оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю "гастроэнтерология" в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи больным с гастроэнтерологическими заболеваниями;
- оказание консультативной помощи врачам других подразделений медицинской организации по вопросам профилактики, диагностики и лечения больных с гастроэнтерологическими заболеваниями;
- разработка и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической работы и снижение больничной летальности от гастроэнтерологических заболеваний;
- освоение и внедрение в клиническую практику современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных;
- проведение санитарно-гигиенического обучения пациентов и их родственников;
- осуществление экспертизы временной нетрудоспособности;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

Благодаря достижениям медицинской науки, в практическое здравоохранение внедряются различные методы диагностики патологии пищеварительной системы. В отделении гастроэнтерологии КДКБ применяются инструментальные (эндоскопические, рентгенологические, ультразвуковые) методы исследования. За период 2014-2016 гг. проведено 1804 эзофагогастродуоденоскопических исследований, 569 ректороманоскопий. Широко используются методы лучевой диагностики: проведено за 3 года 407 ирригоскопий, 51 рентгенокопий желудка, 17 компьютерных томографий, 4 обзорных ренгенографии брюшной полости. За период 2014-2016 гг. пациентам проведено 3281 УЗИ абдоминальное, брюшной полости; 135 УЗИ сосудов портальной системы. Кроме этого, с целью диагностики и дифференциальной диагностики пациентам проводились такие инструментальные методы исследования, как ЭКГ, эхокардиография, определение функции внешнего дыхания, ренгенография органов грудной клетки, придаточных пазух носа, электроэнцефалография, эхоэнцефалография, УЗИ щитовидной железы, УЗИ малого таза. Так же в отделении используются различные методики определения H.pylori. Для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта применяются лабораторные методы: общеклинические анализы крови, мочи, копрограмма, биохимия крови, иммунологические методы (ИФА, ПЦР), различные методики определения гельминтозов, бактериологические методы, гистологическое исследование биопсийного материала.

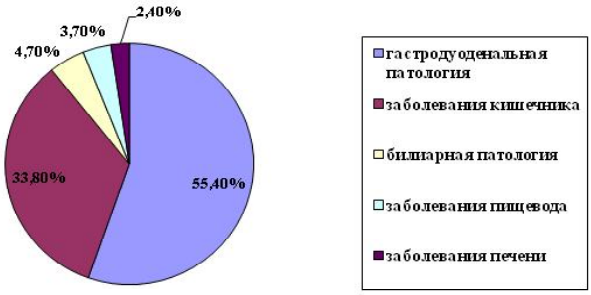


Рис. 1. Структура патологии желудочно кишечного тракта у детей, находившихся на лечении в отделении гастроэнтерологии за 2014-2016 гг.

При анализе структуры заболеваемости детей, находившихся на лечении в отделении за период 2014-2016 гг., получены следующие данные (рисунок 1). В структуре заболеваемости детей превалировала гастродуоденальная патология (55,4%), 2 место (33,8%) представлено болезнями кишечника. На 3 месте (4,7%)

в структуре заболеваемости находилась билиарная патология, на 4 месте (3,7%) - заболевания пищевода, на 5 месте (2,4%) - болезни печени. В течение 3 лет существенных различий в структуре заболеваемости не выявлено.

Гастродуоденальная патология представлена в основном хроническими гастритами, гастродуоденитами. У 7 детей диагносцирована язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки, у 4 детей - полип желудка.

Заболевания кишечника представлены в основном врожденными аномалиями развития, сопровождающимися хроническим колитом. Среди аномалий развития кишечника наиболее часто встречалась долихосигма, колоноптоз, недостаточность Баугиневой заслонки, мегаколон, долихомегаколон. Энкопрез отмечался у 40 детей. У 5 детей диагносцирован полип прямой кишки.

Билиарная патология чаще выявлялась как дисфункция желчного пузыря и дисфункция сфинктера Одди, реже регистрировались хронический холецистит и желчекаменная болезнь.

Среди заболеваний пищевода превалировала в основном гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Реже регистрировались эзофагит, ахалазия пищевода, полип пищевода.

Заболевания печени регистрировались достаточно редко. В течение 3 лет в отделении пролечены дети с аутоиммунным гепатитом, хроническим гепатитом неуточненной этиологии, циррозом печени, неалкогольным стеатогепатитом, болезнью Жильбера, внепечёночной формой портальной гипертензии. Часть пациентов была отправлена для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за пределы Забайкальского края.

Как представлено на рисунке 2, возраст более половины детей, пролеченных в отделении, составлял 7-14 лет (53,7%). 1/4 пациентов (23,7%) составили дети 3-6 лет. 3 место в возрастной структуре составили дети 1-2 лет - 14,2%. Удельный вес числа подростков 15-17 лет составил 6,8%; удельный вес детей 1-го года жизни - 1,6%. В течение 3 лет существенных различий в возрастной структуре не выявлено.

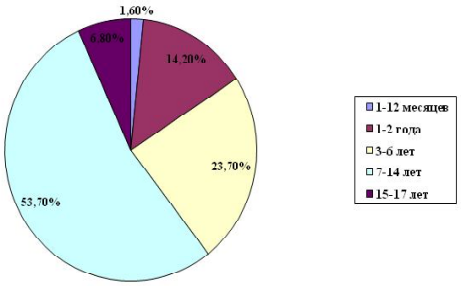


Рис. 2. Возрастной состав пациентов отделения гастроэнтерологии за период 2014-2016 гг.

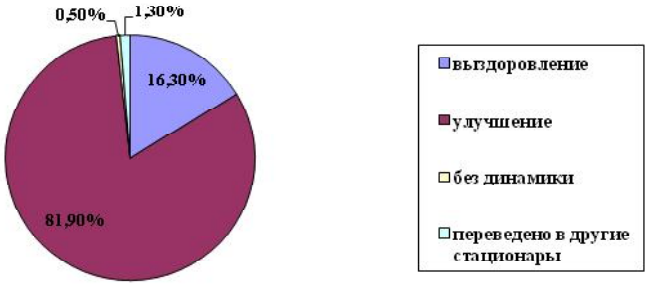


Рис. 3. Исходы лечения больных, пролеченных в отделении гастроэнтерологии, за период 2014-2016 гг.

В течение трех лет по исходам лечения отчетливо превалирует улучшение (81,9%), что обусловлено преобладанием хронической патологии у курируемых детей. Удельный вес случаев с выздоровлением составлял 16,3%, без динамики - 0,5%. 1,3% детей переведены в другие стационары.

Таблица

Использование коечного фонда отделения гастроэнтерологии за период 2014-2016 гг.

Показатель	2014 год	2015 год	2016 год
Годовой план в койко-днях	11760	10200	13332
Выполнение плана, абс. %	11485 97,7%	10075 98,7%	12109 90,8%
Работа койки: План Выполнение	 326 319	 340 336	 340 302.7
Оборот койки	26,4	32,0	27,1
Среднее пребывание на койке	12,1	10,5	11,2
Пользовано больных	949	972	1084

За 2014 год наблюдалось выполнение плана на 97,7%, в 2015 - на 98,7%, в 2016 году - на 90,8%. Это связано с увеличением плана на 2016 год. Количество пролеченных больных увеличилось на 112. Работа койки уменьшилась в сравнении с 2014 и 2015 годом. Среднее пребывание на койке увеличилось на 0,7 дня по сравнению с 2015 годом. Оборот койки уменьшился на 4,9 дня по сравнению с 2015 годом.

В отделении гастроэнтерологии проводится организационно-методическая работа. Врачи и средний медицинский персонал отделения регулярно обучались на циклах повышения квалификации, многие имеют высшую квалификационную категорию. В отделении каждую пятницу проводится обход с клиническим разбором сложных больных. Проведена общебольничная конференция по теме "Острые кишечные инфекции. Ротавирусная инфекция".

Отделение используется в качестве клинической базы для подготовки студентов, ординаторов, профессиональной переподготовки врачей.

В отделении большое внимание уделяется медицинской профилактике. Наиболее эффективно раннее начало профилактики в детском возрасте на этапе формирования факторов риска, и еще возможно изменение образа жизни. Проведены лектории здоровья на темы: "Режим и лечебная физкультура при запорах", "Лямблиоз", "Глистная инвазия", "О вреде курения", " Диета и режим дня при хронических гастритах", "Диетотерапия при запорах у детей", "Профилактика кишечных инфекций", "Энкопрез у детей". Выпущены санбюллетени на темы: "Диета при заболеваниях желудочно-кишечного тракта", "Профилактика гриппа", "Профилактика кишечных инфекций", "Вредные привычки", "Вирусный гепатит".

Заключение. В отделении гастроэнтерологии в структуре заболеваемости органов пищеварения у пациентов преобладает гастродуоденальная патология, на втором месте - заболевания кишечника, на третьем месте - билиарная патология. Большая часть больных представлена детьми школьного возраста. По исходам лечения превалирует улучшение, что связано с хронической патологией пациентов. Коечный фонд отделения используется достаточно эффективно. За прошедший период в отделении накоплен бесценный опыт диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения у детей. В дальнейшем планируется продолжить лечебную, профилактическую, организационно-методическую работу.

В современных условиях актуальным является своевременное и качественное оказание специализированной гастроэнтерологической помощи детям с использованием современных методов диагностики, эффективных схем лечения.

Литература:

1. Бельмер С.В. Перспективы детской гастроэнтерологии. Перспективы медицины. Практика педиатра 2013. Март-апрель. С. 7-10. Доступно по: http://www.gastroscan.ru/literature/authors/6444.
2. Запруднов А.М. Детская гастроэнтерология: формирование, развитие, перспективы изучения. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2016. 61(1). 7-15.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2012 г. N 906н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "гастроэнтерология". Доступно по: http://base.garant.ru/70304554/#ixzz53HmG6RiC.
4. Щербак В.А. Лечебно-профилактическая помощь детям с болезнями органов пищеварения в Забайкальском крае. Успехи современного естествознания. 2015. 9(1). 95-99. Доступно по: URL: https://natural-sciences.ru/ru/article/view?id=35535.
5. Щербаков П.Л. Вопросы педиатрической гастроэнтерологии. Доступно по: https://medi.ru/info/1474/.

УДК 616.149-008.341.1:616.33-02

Маякова Е.И.

ГАСТРОПАТИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", Чита, Россия

Цирроз печени является тяжелым заболеванием, сопровождающимся большим количеством осложнений, одним из которых является портальная гипертензионная гастропатия. Портальная гипертензионная гастропатия (ПГГ) - это синдром, характеризующий специфическое поражение слизистой оболочки желудка с присутствием или отсутствием характерной клинической симптоматики [1]. Частота ПГГ, по данным ряда авторов, колеблется от 4% до 98% [1], по другим данным среди больных ЦП ПГГ наблюдается в 20-98 % [2].

Литературные данные, посвещенные зависимости ПГГ от стадии компенсации ЦП, также противоречивы. Ряд авторов отмечает взаимосвязь между степенью ПГГ и классом тяжести цирроза печени (ЦП) по Child-Pugh, описано, что ПГГ была более распространена у пациентов с классом тяжести В, чем с А и С [1]. Некоторые исследователи выявили взаимосвязь между классом тяжести ЦП В и С по Child-Pugh и прогрессированием ПГГ от легкой степени до тяжелой [1]. В других исследованиях распространенность и тяжесть поражения слизистой оболочки желудка не была статистически связана с баллами по Child-Pugh. Наличие легкой степени гастропа-

тии наблюдалось у 32 % пациентов, а тяжелая степень - у 68 %, при этом процент наличия тяжелой гастропатии был выше у класса С (78,1 %) [2]. По мнению других авторов, из 65 % больных ЦП, имеющих признаки ПГГ, в 65-90 % случаев это была ПГГ легкой и умеренной степени тяжести, а в 10-25 % - тяжелой степени [2].

Противоречивы сведения в литературе и о распространенности сочетания ПГГ с ВРВП. Некоторые исследователи показали высокую распространенность ПГГ у пациентов с варикозным расширением вен пищевода (ВРВП) и ее корреляцию с размером варикозных вен: чем больше размер узлов, тем распространенность ПГГ была выше [1]. Отмечено также, что при наличии ВРВП любой степени частота обнаружения ПГГ возрастала [3].

Золотым стандартом диагностики ПГГ остается эзофагогастродуоденоскопия. Эндоскопическими признаками ПГГ являются утолщенные, высокие гиперемированные складки слизистой оболочки желудка (СОЖ) с очаговыми подслизистыми кровоизлияниями и наличием "сетчатого" или "мозаичного" рисунка по типу "змеиной кожи" [1]. NIEC (North Italian Endoscopic Clab) в 1992 г. выделил 4 основных элемента, характерных для поражения слизистой оболочки желудка при ПГГ: мозаичность слизистой оболочки; красные точки до 1 мм в диаметре; вишнево-красные пятна более 2 мм в диаметре; черно-коричневые пятна - нерегулярно расположенные пятна, связанные с кровоизлияниями в слизистую желудка [2, 4, 5].

Существует множество классификаций. Самая простая предполагает две степени поражения СОЖ [3, 4]. При ПГГ легкой степени эндоскопически выявляют мозаичный рисунок слизистой оболочки; мелкие красные "скарлатиноподобные" элементы, покраснение СОЖ преимущественно на поверхности складок в виде полос; зоны возвышающейся отечной слизистой оболочки красного цвета, разделенные тонкой белой сетью. При тяжелой ПГГ - увеличение количества точечных геморрагий, их слияние и появление черно-коричневых кровоизлияний в СОЖ, иногда с примесью кофейной гущи в содержимом желудка [3]. Таким образом, в литературе имеются противоречивые данные о частоте и тяжести портальной гастропатии при циррозе печени.

Цель работы. Изучить частоту и тяжесть портальной гипертензии у больных циррозами печени.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 30 больных циррозом печени различной этиологии и степени тяжести. Возраст больных составил 60-75 лет, из них 65,8 % мужчин и 34,2 % женщин, средний возраст которых составлял 62,0 ± 5,6 лет. Алкогольная этиология ЦП выявлена в 40,8 %, вирусная - в 25,8 %, смешанная форма - в 12,5 %, первичный биллиарный цирроз - в 11,6 % случаев. Всем больным, включенным в исследование, выполнялась эзофагогастродуоденоскопия по стандартной методике, при которой диагноз портальной гастропатии устанавливался при обнаружении мозаичности СОЖ, красных точек, вишневых и темно-коричневых пятен, определялась степень ПГГ.

Результаты исследования. У 75,5 % больных выявлена ПГГ легкой степени и у 24,5 % - тяжелой степени. У мужчин ПГГ выявлялась чаще, чем у женщин - в 64,2 % и 35,8 % случаев соответственно. При оценке частоты выявления ПГГ, в зависимости от стадии ЦП, отмечена более редкая встречаемость ПГГ при компенсированном ЦП - в 18,9 % случаях, хотя полученные данные оказались статистически недостоверными. Частота развития ПГГ коррелировала с наличием и степенью варикозно-расширенных вен пищевода. Отмечено, что при наличии ВРПР любой степени обнаружения ПГГ возрастала ($p < 0,05$).

Анализ зависимости степени тяжести ПГГ от стадии компенсации ЦП выявил статистически достоверные различия: ПГГ легкой степени тяжести обнаружена у 72,5 % больных ЦП класса А, у 10,0 % больных ЦП класса В и у 17,5 % больных ЦП класса С. ПГГ тяжелой степени отмечена у 38,4 % больных класса В и у 61,5 % больных ЦП класса С. У больных ЦП класса А ПГГ тяжелой степени не отмечено. При анализе взаимосвязи степени тяжести ПГГ и стадии ЦП оказалось, что ПГГ тяжелой степени не встречалась при компенсированном ЦП. При субкомпенсированном циррозе печени ПГГ легкой и тяжелой степени - в 57,5 % и 69,2 % случаях соответственно ($p > 0,05$). При декомпенсированном ЦП легкая и тяжелая степень ПГГ также отмечена в примерно одинаковых пропорциях, но с меньшей частотой, чем при субкомпенсированном ЦП - в 25,0 % и 30,1 % случаях соответственно ($p > 0,05$).

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о наличии связи между состоянием вен пищевода, частотой выявления и степенью тяжести ПГГ: при ВРПР первой степени значительно чаще обнаруживалась легкая форма гастропатии, при ВРПР третьей степени - тяжелая форма ПГГ.

Выводы. У больных циррозом печени частота выявления портальной гастропатии составила 44,2 %, из них у 75,5 % больных легкой и 24,5 % - тяжелой степени. Факторы риска развития портальной гастропатии - цирроз печени класса В и С, мужской пол, наличие варикозно-расширенных вен пищевода. Портальная гастропатия тяжелой степени значительно чаще выявлялась у больных циррозом печени класса С. При наличии варикозно-расширенных вен пищевода частота обнаружения портальной гастропатии существенно возрастала, при этом тяжесть портальной гастропатии оказалась пропорциональной степени варикозного расширения вен пищевода.

Литература:

1. Малаева Е.Г. Портальная гипертензионная гастропатия. Проблемы здоровья и экологии. 2005. 4 (6). 49-54.
2. Шерцингер А.Г., Жигалова С.Б., Семенова Т.С., Цаава Д.В. Портальная гастропатия: диагностика и лечение. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2012. 6. 62-68.

3. Совалкин В.И., Ахрамович А.П. Современные подходы к диагностике и лечению портальной гипертензионной гастропатии. Сибирский медицинский журнал. 2012. 5. 23-27.
4. Цуканов В.В., Краснова М.В., Амельчугова О.С. Клинико-морфологическая характеристика портальной гастропатии у больных циррозом печени. Терапевтический архив. 2010. 2. 34-37.
5. Svoboda P., Konecny M., Martinek A. Acute upper gastrointestinal bleeding in liver cirrhosis patients. Biomed. Pap. Med. Fac. Univ. Palacky Olomouc Czech Repub. 2012.156 (3). 266-270.

УДК: 613.22(571.55)

Михно В.А., Емельянова О.Н., Чаванина С.А.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДЕ ЧИТА

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", г. Чита, Россия

Питание является основой формирования здоровья, нормального физического и нервно-психического развития ребенка. Именно рациональное питание обеспечивает устойчивость организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды [2]. Высокие темпы роста детей раннего возраста обуславливают значимый вклад особенностей питания детей в этот возрастной период в формирование и развитие патологии в последующие периоды жизни. В возрасте от 1 до 3 лет продолжается интенсивное формирование всех органов и систем (костно-мышечной, эндокринной, нервной и других систем), в том числе и желудочно-кишечного тракта. У детей постепенно повышается активность пищеварительных ферментов, совершенствуется акт жевания, но сохраняется высокая чувствительность слизистой органов пищеварения к действию раздражающих веществ, что требует обеспечения щадящего питания [4].

К основным требованиям к рациональному питанию детей раннего возраста относятся: поступление питательных веществ в количествах, обеспечивающих потребности ребенка в энергии, - белках, жирах, углеводах, минералах, микроэлементах, витаминах; разнообразие и сбалансированность; соответствие пищи физиологическим возможностям ребенка по пищеварению и усвоению продуктов питания [3].

Питание современного человека претерпело существенные изменения. Во-первых, изменился темп жизни, на нормальный прием пищи зачастую просто не хватает времени. Во-вторых, появляются новые технологии и новые продукты питания, некоторые из которых вредны, либо нежелательны к употреблению. В-третьих, питание родителей сказывается на питании ребенка, особенно это касается детей раннего возраста. Дети - это та возрастная группа населения, для которой питание является одной из наиболее важных составляющих, обеспечивающих не только здоровое развитие организма, но и повышение адаптации к социальной и окружающей среде [1].

Цель работы. Оценить качество питания детей раннего возраста, проживающих в городе Чита.

Методы исследования. Оценка качества питания проводилась с помощью анкетирования родителей детей в возрасте 1-3 лет. По разработанной нами анкете опрошен 71 человек. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики для несвязанных между собой наблюдений с помощью пакета программ "Statistica" ver. 10 (Stat Soft Inc., США).

Результаты и их обсуждение. Опрошен 71 родитель в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст 28,25±5,9 лет), имеющих детей от 1 до 3 лет (средний возраст 24,16±5,5 месяца). С помощью анкетирования было выявлено, что частота приёмов пищи у детей составила 1-3 раза в 4,2% случаев, 4 -5 раз - в 71,8%, 6-8 раз - в 24%. Пищу с "общего стола" дети стали получать: до 1 года - 2,8% детей, с 1-1,5 лет - 63,4%, позже 1,5 лет - 28,2%, 5,6% детей не получают продукты с "общего стола". В 74,7% случаев отмечено разнообразие рациона ребенка. Полноценно завтракает (каши, запеканки, омлет) 47,9% детей, 39,4% едят бутерброды, совсем не завтракают 12,7%. У 47,9% детей в рационе преобладают гарниры из разных каш, у 29,6% - картофельное пюре, у 22,5% - макаронные изделия. Вареной, паровой, запеченной пищи отдают предпочтение родители 84,5% детей. Частота употребления рыбных блюд составила: 1 раза в неделю - 21,1%, 2 и более раз в неделю - 56,3%, 1-2 раза в месяц - 16,9%, не употребляют рыбу 5,7% детей. Мясные блюда (гуляш, фрикадельки, котлеты) ежедневно употребляют 66,2% детей, 3-4 раза в неделю - 19,7%, менее 3 раз в неделю - 14,1%. Кроме того, 60,6% родителей используют в питании ребенка колбасные изделия, а мясоовощные консервы для детского питания - 18,3% опрошенных. 54,9% детей едят свежие фрукты и овощи ежедневно, 45% - редко. Молочные продукты (включающие сыр, творог, йогурт, кефир) ежедневно употребляют 63,4% детей, 25,4% - реже 4 раз в неделю, не получают - 11,2% детей. Стерилизованное молоко для детского питания используют 22,5% женщин, цельное коровье молоко - 71,8%, козье - 1,4%. Получают грудное молоко 4,2% детей. 18,3% респондентов наряду с цельным молоком используют специальные молочные напитки в виде сухих смесей. 61,9 % детей предпочитают белый хлеб и булочки, 25,4% хлеб с отрубями и зерновой, совсем не употребляют хлеб 12,7% детей. Из напитков предпочтение отдаётся соку, компоту и киселям (74,7% детей), из них 19,7% - используют специализированные детские напитки промышленного производства (сок, компот, кисель). 15,5% детей употребляют сладкие газированные напитки, чай и кофейные напитки. Кондитерские изделия употребляют 90,1%

детей, из них 67,6% - торты, пирожные, пряники. Отмечено, что 56,3% респондентов дают детям 2-3 раза в неделю "недетские" продукты, среди которых субпродукты, соусы, фаст-фуд, чипсы, "кириешки". При этом 76,1% женщин считают рацион ребенка соответствующим его потребностям и функциональным возможностям желудочно-кишечного тракта, и только 23,9% оценивают питание ребёнка как не рациональное.

Выводы. По результатам опроса можно сказать, что более половины детей рано начали получать пищу с "общего стола" (в 1-1,5 года). Треть детей недостаточно потребляют мяса, овощей, фруктов, специализированных продуктов для детского питания. Большинство женщин дают детям продукты, которые не рекомендуется использовать в питании детей до 3 лет (торты, колбасы, сосиски, рыбные деликатесы, соусы, фаст-фуд, сладкие газированные напитки, кофе), при этом считая питание ребёнка правильным.

Всё выше сказанное является фактором риска развития у детей алиментарно-зависимых заболеваний и патологии органов пищеварения, что обусловливает необходимость профилактической работы с родителями по вопросам рационального питания детей от 1 года до 3 лет.

Рекомендации правильного питания для детей:

- В течение дня ребенок должен питаться 4-5 раз;
- Дома, за 1-2 часа до завтрака в детском дошкольном учреждении, можно давать молоко или молочнокислый продукт (йогурт);
- Необходимо обеспечить полноценное разнообразное питание, включающие рыбные и мясные блюда, свежие фрукты, овощи;
- Исключить употребление чипсов, газированных напитков, "фаст-фуд".

Литература:

1. Абрамова Т.В., Георгиева О.В. Использование новых видов продуктов промышленного производства в питании детей раннего возраста. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2012. 57 (2). 118-121.
2. Булатова Е.М., Маталыгина О.А. Особенности питания детей раннего и дошкольного возраста Санкт-Петербурга, поддерживающие негативные природно-экологические влияния региона. Вопросы современной педиатрии. 2013. 12 (6). 36-47.
3. Мулюкова Г. А., Шурыгина В. В. Особенности питания детей раннего возраста. Научные исследования: от теории к практике. 2015. 1(23). 130-131.
4. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 15 мая 2013 г. N 26 "Об утверждении СанПиН 2.4.1.3049-13 "Санитарно эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций".

Перегоедова В.Н., Богомолова И.К.

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ЗАПОРОМ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", Чита, Россия

Высокая распространенность хронических запоров является одной из актуальных проблем гастроэнтерологии. По данным разных авторов, запорами страдают от 10 до 40% детей с патологией желудочно-кишечного тракта. В последние годы уделяют особое внимание изучению роли соединительной ткани в формировании и течении различной хронической патологии, в том числе и запора.

Цель исследования: изучить особенности анамнеза у детей, страдающих хроническим запором, в зависимости от наличия дисплазии соединительной ткани.

Методы исследования. В исследование включены 96 детей в возрасте от 5 до 15 лет, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ГУЗ "Краевая детская клиническая больница". В зависимости от наличия признаков дисплазии соединительной ткани (ДСТ) сформированы 2 группы: 1 группа - 36 (37,5%) пациентов с хроническим запором, ассоциированным с ДСТ, и 2 группа - 60 (62,5%) больных хроническим запором без признаков ДСТ.

Анализу подлежали сведения о длительности запора, состоянии здоровья родственников первой и второй линии родства по хроническому запору, особенностях вскармливания детей в раннем возрасте, аллергической отягощенности.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ "STATISTICA 10" (StatSoft, USA). При сравнении показателей пользовались критерием χ^2. Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$. Описательная статистика для качественных показателей вычислялась как количество и процент больных для каждого значения показателя.

Полученные результаты. Диагноз хронического запора выставлен впервые 52,8% больным первой и 75% второй групп ($p=0,02$), при этом необходимо отметить, что симптомы заболевания наблюдались у пациентов на протяжении от 1 до 5 лет, что подтверждает важность проблемы. Установлено, что длитель-

ность хронического запора у детей 1 группы продолжалась 1-3 года - у 12 (33,3%), 4-6 лет - у 7 (19,4%), 7-10 лет - у 17 (47,3%) пациентов. Во 2 группе продолжительность течения болезни от 1 до 3 лет составила 26 (43,4%), 4-6 лет - 20 (33,3%), 7-10 лет - 14 (23,3%, $p<0,05$) случаев.

Тяжелое осложненное течение хронического запора, проявляющееся ежедневным каломазанием, отсутствием самостоятельной дефекации и необходимостью регулярного проведения очистительных клизм для опорожнения кишечника регистрировалось в 1 группе у 8 (22,2%) пациентов и во второй - у 2 (3,3%) детей с установленным ранее диагнозом ($p<0,05$).

Наследственная предрасположенность к хроническому запору подтверждалась большой частотой данного заболевания у родственников в двух поколениях. Так, в первой и второй группах этот показатель составил соответственно 16,7% и 18,3% ($p>0,05$).

Аллергическую отягощенность в первой группе имели 27,8% пациентов, во второй - 35% детей ($p>0,05$).

В ранний период детства грудное молоко получали 19 (52,8%) пациентов, на искусственном вскармливании находились 17 (47,2%) обследуемых первой группы. Естественное и искусственное вскармливание во 2 группе встречалось с одинаковой (50%) частотой. Доля детей, принимавших коровье молоко, составила 8,3% и 6,7% соответственно ($p>0,05$). Сроки введения новых продуктов в рацион питания в 72,2% и 81,7% наблюдений совпадали с рекомендациями "Национальной программы питания детей первого года жизни". При этом дети 1 группы в 1,5 раза чаще начинали получать прикормы в возрасте старше 6 месяцев ($p>0,05$). Раннее введение прикорма отмечено у 3 (5%) детей 2 группы ($p>0,05$). В качестве первого прикорма 63,9% детей 1 группы использовались продукты на зерновой основе (каши), а 36,1% - овощи, тогда как в группе сравнения аналогичные показатели составили 50% и 50% ($p>0,05$).

Выводы. Хронические запоры на фоне дисплазии соединительной ткани характеризуются тяжелым осложненным течением при наличии более длительного стажа заболевания. Установлена несвоевременная обращаемость за медицинской помощью при наличии хронического запора, ассоциированного с ДСТ, у детей. Родители поздно консультировались со специалистами, несмотря на длительное время от начала появления симптомов запора у ребенка, что обосновывает актуальность проблемы и необходимость ранних профилактических мероприятий, направленных на выявление данной патологии.

Таким образом, при проведении обследования детей с хроническими запорами наряду с общепринятыми методиками целесообразно определять наличие дисплазии соединительной ткани.

УДК 616.-367-009.2-053.2

Петрухина И.И.[1], Емельянова О.Н.[1], Боровик Н.Н.[2]

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ "ШИВАНДА" В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА

[1]ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", г. Чита, Россия
[2]ГУЗ "Краевая детская клиническая больница", г. Чита, Россия

В последние десятилетия наблюдается рост частоты желчнокаменной болезни (ЖКБ), которая выявляется у 13-20% населения России. При этом исследования начальной формы ЖКБ-билиарного сладжа (БС) и его профилактика в литературе отражены недостаточно.

"Билиарный сладж" представляет собой суспензию лецитин-холестериновых жидких кристаллов моногидрата холестерина или гранул билирубината кальция в смеси муцина и белка, продуцируемой слизистой желчного пузыря [4,5,6]. У детей наиболее значимыми факторами риска формирования синдрома билиарного сладжа (СБС) являются: семейная предрасположенность; аномалии ЖП и билиарных путей; женский пол; пища с высоким содержанием углеводов и бедная растительными волокнами; ожирение, сахарный диабет, заболевания печени, нарушения моторики тонкой кишки, инфекции билиарного тракта и другие [3,7,8].

Для образования БС и желчных конкрементов необходимым условием является снижение эвакуаторной функции желчного пузыря. Холестерин нерастворим в водной среде и экскретируется из печени в виде смешанных мицелл. Эти мицеллы содержат холестерин в соединении с желчными кислотами и фосфолипидами и являются уже водорастворимыми. Смешанные мицеллы способны удерживать холестерин в стабильном состоянии. Такое состояние желчи характеризуется низким индексом насыщения холестерином [1,2]. При высоком индексе насыщения холестерином весь холестерин не может быть транспортирован в виде смешанных мицелл. Избыток его транспортируется в фосфолипидных пузырьках, которые являются нестабильными, легко агрегируются, и такая желчь называется литогенной [3,7,8,9,10,11].

В настоящее время уделяется большое внимание нелекарственным методам лечения. В Забайкальском крае насчитывается около 300 минеральных источников, вода которых используется в лечении заболеваний органов пищеварения. Реабилитационный центр "Шиванда" находится вблизи минерального источника,

поэтому одним из направлений в деятельности больницы является лечение патологии органов пищеварения, с использованием, в частности, минеральной воды Шиванда. Одним из свойств минеральной воды является её ощелачивающий эффект, в двенадцатиперстной кишке всасывается вода и её минералы, под влиянием чего выделяются пищевые гормоны, способствующие стабилизации мицеллы и уменьшающие вязкость желчи.

Цель исследования. Определить уровень холестерина у здоровых и детей с СБС, влияние минеральной воды "Шиванда" на состояние билиарной системы и уровень холестерина при СБС.

Материалы и методы исследования. В качестве модели сравнения использована группа здоровых детей 7-8 лет (п=49), коренных жителей Забайкальского края, без клинических и ультразвуковых признаков нарушения оттока желчи. Для оценки степени возможных нарушений обмена холестерина нами была выбрана группа детей соответствующего возраста (п=22), с оценкой физического развития как среднее гармоничное, у которых наблюдались клинические проявления дисфункции желчевыводящих путей (наличие болевого и диспепсического синдромов; при УЗИ - наличие легко смещаемого осадка мелких частиц в желчном пузыре, либо неоднородность желчи с наличием сгустков, умеренное снижение сократительной функции желчного пузыря), сопутствующих заболеваний не было. Для определения показателей обмена холестерина (ХС), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), липопротеины очень низкой плотности (ЛПОНП) использовалась единая унифицированная методика. Полученные результаты были обработаны методом описательной вариационной статистики с вычислением средних значений показателей, среднего квадратического отклонения, с использованием критерия Стьюдента, вычислен показатель достоверности (Р).

Результаты и обсуждение. Проведенные исследования выявили повышение уровня общего холестерина в группе детей с СБС (5,4±0,31 мкмоль/л) по сравнению с группой здоровых детей (3,78±0,29), а так же повышение уровня ЛПНП у детей с СБС (2,7±0,02мкмоль/л), в контроле этот показатель составил 0,96±0,01 мкмоль/л. Данные показатели можно рассматривать в качестве начальных признаков нарушения холестеринового обмена, которые ведут к изменению архитектоники мицеллы, выпадению холестерина в осадок.

Таблица 1

Показатели липидного обмена у здоровых и детей с СБС, мкмоль/л (M±m)

Группы обследованных детей	ОХ	ЛПВП	ЛПНП	ЛПОНП
Здоровые дети n=49	3,78±0,2*	2,14±0,1	0,96±0,01*	0,66±0,01
Дети с СБС n=22 (до лечения)	5,4± 0,31*	2,2±0,21	2,7±0,02*	0,76±0,02
Дети с СБС n=22 (после лечения + мин. вода)	4,9±0,2*	2,0±0,15	1,8±0,02*	0,7±0,02

*- статистическая значимость различий P<0,05; T>2

Детям с клиническими проявлениями дискинезии желчевыводящих путей, ультразвуковыми признаками билиарного сладжа, биохимическими изменениями (повышение уровня общего холестерина, его фракции с низкой плотностью) в качестве дополнительного лечения была назначена минеральная вода "Шиванда". В результате проведенной терапии отмечалась положительная динамика в виде отсутствия болевого, диспепсического синдромов, при УЗ-исследовании содержимое желчного пузыря стало прозрачным, улучшился отток желчи; положительная динамика отмечена и в биохимическом анализе крови: уменьшился уровень ОХ, ЛПНП, они не соответствуют показателям здоровых детей, но отмечается хорошая тенденция к их снижению. Средний срок лечения в реабилитационной больнице составляет около 20 дней, что недостаточно для полноценного лечения минеральной водой (использование минеральной воды должно быть не менее 2-х месяцев). Возможно, при более длительном лечении минеральной водой не исключена нормализация биохимических показателей.

Выводы: одной из причин формирования СБС у детей является изменение липидного спектра, проявляющееся повышением уровня ОХ, ЛПНП, что в свою очередь, может привести к повышению литогенных свойств желчи и формированию ЖКБ. Забайкальский край можно считать зоной риска по развитию СБС и раннего атеросклероза, в связи с особенностями питания (пища с высоким содержанием жиров животного происхождения, легкоусвояемых углеводов, бедная растительными волокнами). В данном случае, в качестве дополнительной биохимической диагностики СБС у детей и подростков можно рекомендовать исследование уровня липидов крови. Использование минеральной воды “Шиванда” в лечении СБС у детей способствует улучшению биохимических показателей крови, исчезновению болевого и диспепсического синдромов, восстановлению характеристик желчи при ультразвуковом исследовании.

Литература:

1. Андреев Д.Н., Заборовский А.В., Тухманов А.С., Маев И.В., Ивашкин В.Т. Эволюция представлений о функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта в свете Римских критериев IV пересмотра (2016 г.). Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017. 27 (1). 4-11.

2. Бельмер С.В., Печкуров Д.В. Римский Консенсус IV: Современный взгляд на функциональные расстройства пищеварения. Вопросы детской диетологии. 2016. 5. 42-49.
3. Вахрушев Я.М., Хохлачёва Н.А. Факторы, способствующие образованию желчных камней и их взаимодействие. Терапевтический архив. 2010. 1. 8-11.
4. Ерёмина Е.Ю., Кондратенко Ю.Н. Билиарная патология: возможность профилактики. Медицинский альманах. 2011. 2. 130-133.
5. Запруднов А.М.,Царькова О.Н. Клинико-патологическое значение билиарного сладжа как начальной стадии желнокаменной боезни в детском возрасте. Клиническая медицина. 2010. 89 (2). 40-45.
6. Мандров С.И., Жданова И.С. Билиарный сладж как начальная форма желчнокаменной болезни у детей . Земский врач. 2014. 1 (22). 1- 23.
7. Мехтиев С.Н., Гриневич В.Б., Кравчук Ю.А., Богданов Р.Н. Билиарный сладж: нерешённые вопросы. Лечащий врач. 2007. 6. 24-28.
8. Суринов В.А.Синдром билиарного сладжа у подростков и детей. Материалы юбилейного 15 Международного Конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ. 2008. 385-396.
9. Шептулин А.А. Римские критерии функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди: спорные и нерешенные вопросы. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2015. 3. 70-74.
10. Attasaranya, S., Fogel E.L., G.A. Lehman Choledocholithiasis, ascending cholangitis, and gallstone pancreatic. Med. Clin. North Am. 2008. 92 (4). 925 - 960.
11. Bili lithogenity and gallblandder emptying in patients with microlithiasis: effect of bile acid therapy. G. Brijesh [et al.]. Gasnroenterology. 2008. 115. 124-128.

Петрухина И.И., Панченко А.С.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", Чита, Россия

Под лактазной недостаточностью понимают сниженную активность кишечной лактазы - фермента пристеночного пищеварения, расщепляющего дисахарид лактозу до моносахаров - глюкозы и галактозы. Фермент синтезируют зрелые энтероциты, расположенные на вершине кишечных ворсинок. В физиологических условиях до 90% лактозы, поступающей с грудным молоком, расщепляется в тонком кишечнике с образованием моносахаридов (глюкозы и галактозы), которые всасываются в кровь. У здоровых детей не более 8-10% лактозы достигает толстого кишечника, где она подвергается бактериальному брожению с образованием короткоцепочечных жирных кислот (КЦЖК), молочной кислоты (МК), пировиноградной кислоты (ПВК), водорода, углекислого газа, воды. Поступление небольших количеств лактозы в толстую кишку у здоровых детей обладает пребиотическим эффектом, стимулируя пролиферацию бифидобактерий, и повышает колонизационную резистентность. Колоноциты используют КЦЖК в качестве энергетического субстрата, сохраняя для организма большую часть энергии углеводов. При лактазной недостаточности гораздо большая доля лактозы остается нерасщепленной в тонком кишечнике. Накопление лактозы сопровождается гиперосмолярностью кишечного содержимого, транспортом жидкости в просвет кишечника, разжижением и ускорением пассажа химуса.

Выделяют следующие виды недостаточности лактазы:

1. Функциональная транзиторная лактазная недостаточность у недоношенных и маловесных детей, связанная с особенностью созревания лактазапродуцирующих клеток.
2. Первичная - младенческий тип. Относительно редкий синдром, протекающий обычно в виде алактазии. Клиника болезни развивается очень быстро после рождения и протекает в тяжёлой форме с поражением внутренних органов. Характерной особенностью является упорная рвота после каждого кормления и наличие лактозы в моче.
3. Первичная, конституциональная - взрослый тип. Относительно распространённый синдром, особенно среди цветного населения, связанный с постепенным (с возрастом) снижением активности лактазы у предрасположенных лиц.

Низкая активность лактазы вторичного характера, или вторичная лактазная недостаточность. Это самая частая форма болезни. Причины вторичной недостаточности многочисленны, на первом месте стоят перенесённые острые кишечные инфекции, протекающие с повреждением слизистой оболочки тонкого кишечника. После сальмонеллёза или шигеллёза лактазная недостаточность различной степени выраженности развивается в 35-40% случаев, а после ротавирусной инфекции - в 100%. Лактазная недостаточность появляется также при патологических состояниях, сопровождающихся атрофическими изменениями сли-

зистой оболочки тонкого кишечника - целиакии, непереносимости белков коровьего молока, лямблиозе, аллергических энтеритах, различных интоксикациях и лекарственных воздействиях (анаболические стероиды, вмешательства с наркозом), синдроме короткого тонкого кишечника.

Цель работы. Оценить клиническую картину лактазной недостаточности в группах, выделенных в соответствии с генотипами детей.

Материалы и методы. Проведен анализ 30 историй болезни новорожденных детей, находившихся на стационарном лечении в Краевой детской клинической больнице (КДКБ). Генотипирование проводилось из ДНК буккального эпителия с помощью полимеразной цепной реакции (тест-система для определения генетического полиморфизма MCM6 13910T>C, MCM6 22018T >C (ООО "ДНК-Технология", Москва) с детекцией продукта в режиме реального времени - PCR-RT. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерных программ "Statistica 6.1.", Microsoft Excel 2010; исследуемые параметры приведены в виде средних величин со стандартными отклонениями (M±SD).

Результаты. По результатам генетического анализа все дети разделены на 3 группы: 1 группа детей, имеющие сдвоенную мутацию в гомозиготном состоянии (MCM6 13910 CC:MCM6 22018 CC) - 5 детей; 2 группа детей, имеющие сдвоенную мутацию в гетерозиготном состоянии (MCM6 13910 TC:MCM6 22018 TC) - 12 детей; 3 группа детей, не имеющие искомых мутаций - нормальный генотип (MCM6 13910 TT:MCM6 22018 TT) - 13 детей. При анализе акушерского анамнеза отмечено, что во всех группах отмечался осложненный акушерский анамнез, в 70% случаях встречалась хроническая фетаплацентарная недостаточность, хроническая внутриутробная гипоксия плода отмечалась в 60%, в 50% случаях женщины имели Ig G к внутриутробным инфекциям, с латентным течением. Анализ полученных данных показал, что большую часть детей составили недоношенные дети. В 1-ой группе средний возраст 36 недель, во 2-ой - 37 недель и 35 недель в 3 группе младенцев. При рождении средняя масса детей составила в 1 группе - 2270±833 г, во 2-ой - 2790±675 г, и в 3-й - 2500±921 г. Все дети находились в отделении патологии новорожденных КДБК на лечении и обследовании. При анализе заболеваемости отмечено, что во всех исследуемых группах детей в 100% случаях имело место перинатальное поражение ЦНС гипоксически-геморрагического генеза (церебральная ишемия 1-2 степени, внутрижелудочковые кровоизлияния 1-2 степени), гипоксически-травматического генеза (натальная травма шейного отдела позвоночника). Течение неонатальной пневмонии и анемии новорожденного наблюдалось как в 1 группе детей (в 40% и 20% соответственно), так и в 3 группе (38,4%, 23%). При исследовании отмечено, что у новорожденных 1 группы в клинической картине имели место дисфункции ЖКТ (метеоризм, диарея, срыгивание) в 60% случаях, во 2-ой группе детей клиника наблюдалась в 50% (у 6 детей). В 3 группе проблемы ЖКТ встречались у 5 детей (38,4%). Дети осмотрены инфекционистом, проведено копрологическое исследование кала, посев кала на условно-патогенную флору. По результатам клиники и обследования новорожденным с дисфункциями ЖКТ диагностирован дисбиоз кишечника, субкомпенсированная форма, смешанного генеза. Основная часть детей (73%) получали адаптированные молочные смеси, на грудном вскармливания ни один ребенок не находился. При анализе питания детей, отмечено, что новорожденные 1 группы чаще всего (80%) получали молочную смесь PreNAN, дети 2 группы в 41,6% случаях находились на PreNAN, в 50% (6 детей) на NAN, один (8,4%) ребенок получал лечебную смесь (безлактозный NAN). Дети 3 группы в 61,6% случаях получали смесь NAN. При оценке массы тела детей в 1 месяц жизни отмечено, что в 1 и 2 исследуемых группах прибавка соответствовала возрасту (700 г), в 3-ей группе 600 г, т.е дети, получавшие PreNAN и безлактозный NAN, имели лучшую прибавку в массе тела, чем дети на обычной смеси NAN.

Выводы. 1. Дисфункция ЖКТ у новорожденных детей 1 группы обусловлена наличием первичной лактазной недостаточности, подтвержденная генетическим анализом (наличие сдвоенной мутации в гомозиготном состоянии (MCM6 13910 CC:MCM6 22018 CC). 2. Наличие сдвоенной мутации в гетерозиготном состоянии (MCM6 13910 TC:MCM6 22018 TC) у детей 2 группы не исключает лактазную недостаточность в 50 % случаях. 3. Большая часть детей с признаками лактазной недостаточности не имела генетических мутаций, в основном это дети, рождённые преждевременно, дети от матерей с отягощённым акушерским анамнезом.

Солодёнова М.Е.[1], Васильева О.В.[2]

РЕШЁННЫЕ И НЕРЕШЁННЫЕ ВОПРОСЫ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА

[1]Инновационная клиника "Академия здоровья", Чита, Россия
[2]Забайкальская дирекция здравоохранения - обособленное структурное подразделение Центральной дирекции здравоохранения - филиала ОАО "РЖД", Чита, Россия

Синдром раздраженного кишечника (СРК) является наиболее распространённым функциональным расстройством желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и занимает 3-е место в структуре гастроэнтерологической патологии.

В мире СРК страдает в среднем 20% населения (9-48% в различных популяциях) [1]. Заболевание развивается преимущественно в молодом трудоспособном возрасте; пик заболеваемости отмечается в 30-35 лет [2]. Часто СРК является причиной длительной нетрудоспособности пациентов, а от врача требуется проведение тщательной дифференциальной диагностики с другой соматической патологией. Многие актуальные на сегодняшний день вопросы этиопатогенеза, диагностики и лечения синдрома раздраженной кишки, широко обсуждаемые в литературе и среди практических врачей, остаются нерешёнными.

Первая проблема - вопросы этиологии и патогенеза СРК. В литературе широко обсуждаются такие факторы как нарушение режима питания, высокая "рафинированность" современных продуктов питания, недостаточная доля пищевых волокон в рационе, гиподинамия. Актуальной и ведущей на сегодняшний день остается биопсихосоциальная теория, согласно которой триггером в формировании данной патологии кишечника является психоэмоциональный стрессовый фактор [1]. Выделяют и отдельную форму СРК, так называемый постинфекционный вариант, развивающийся у 20% пациентов, перенесших острую кишечную инфекцию [3].

Согласно Римским критериям IV (2016), сформулировано несколько ведущих патогенетических механизмов СРК. Во-первых, это нарушения взаимодействия между ЦНС и энтеральной нервной системой кишки, спровоцированные стрессом и реализующиеся по оси "кишка-мозг" [2]. Вследствие этой дисфункции формируются спастические явления в области сфинктерного аппарата кишки (12 сфинктеров!), висцеральная гиперчувствительность рецепторов кишки к нейромедиаторам, гастроинтестинальным гормонам и растяжению, снижается порог болевой чувствительности. В стенке кишки формируется субклиническое воспаление (low-grade-воспаление), основными составляющими которого являются дисфункция мастоцитов и энтерохромафинных клеток кишки, дисбаланс цитокинов, включая ФНО-α, гистамин, серотонин, ИЛ-1β, 6 [4]. Обязательным компонентом этиопатогенеза СРК являются изменения количественного и качественного состава кишечной микрофлоры [3].

Вторая проблема, с которой очень часто сталкиваются практические врачи - несоответствие между объективными клиническими данными, полученными при полном обследовании пациента с СРК, и его субъективными жалобами.

Римские критерии IV внесли свои коррективы в трактование клинических критериев СРК. Во-первых, на сегодня главный отличительный симптом СРК - боль в животе в неразрывной связи с нарушением кишечной привычки [1]. Во-вторых, убран термин "абдоминальный дискомфорт" в связи с неоднозначностью трактовки его пациентами [2]. В-третьих, увеличена частота появления симптомов - не менее 1 дня в неделю (в предыдущих критериях 3 дня в месяце). Термин "облегчение боли после дефекации" заменён на "ассоциацию с дефекацией" в связи с тем, что у ряда пациентов дефекация не сопровождается уменьшением болей, а усиливает их [2].

Третья проблема. В настоящее время не существует эффективной схемы лечения СРК, обеспечивающей длительную ремиссию заболевания [5]. Медикаментозная терапия данного заболевания симптоматическая, и выбор препарата определяется ведущим клиническим симптомом СРК. В лечении пациентов с СРК рекомендованы следующие группы препаратов [5].

I. Гладкомышечные миорелаксанты различных групп:
1) селективные М-холинолитики - гиосцина бутилбромид;
2) ингибиторы фосфодиэстеразы (папаверин, дротаверин, альверин);
3) блокаторы Na-каналов - препараты мебеверина;
4) блокаторы Са-каналов - пинаверия бромид;
5) агонисты опиоидных рецепторов - тримебутин;
6) препарат растительного происхождения STW 5.

II. Прокинетики (Нормокинетики):
1) агонисты опиодных рецепторов - тримебутин;
2) агонисты 5-НТ-серотониновых рецепторов - прукалоприд;
3) препарат растительного происхождения STW 5;

III. Антидиарейные средства - агонисты опиоидных рецепторов.

IV. Сорбенты (полифепам, полисорб, белая глина, невсасывающиеся антациды).

V. Пробиотики и пребиотики.

VI. Кишечные антисептики нерезорбтивного внутрипросветного действия (рифаксимин, энтерофурил, метронидазол и др.).

VII. Слабительные средства (препараты лактулозы, лактитола и полиэтиленгликоля, пищевые волокна).

Четвёртая проблема. Римским консенсусом IV рекомендовано несколько групп лекарственных препаратов для возможного купирования преобладающего симптома СРК. К сожалению, российские врачи не могут поделиться опытом применения антагонистов 5-НТ3-серотониновых рецепторов (алосетрон, ондасетрон, рамосетрон), комбинированного агониста μ-опиоидных рецепторов/агониста δ - опиоидных рецепторов

(элюксадолин) или секвестрантов желчных кислот (холестирамин, колестипол, колесевелам), потому что они, как и многие другие препараты, не зарегистрированы в России и недоступны для российских пациентов [5].

Пятая проблема: низкая приверженность российских пациентов лечению, в особенности к назначению анксиолитиков и антидепрессантов. Большинство больных не выдерживают рекомендованные врачом сроки лечения.

Шестая проблема. Частое сочетание СРК с другими функциональными расстройствами ЖКТ. Перекрест СРК и функциональной диспепсии имеют от 13 до 87 % пациентов [4]. Это создает определенные трудности в выборе лекарственного препарата. Например, сочетание СРК и функциональной диспепсии в виде постпрандиального дистресс-синдрома, требует назначения, с одной стороны, спазмолитика, с другой - прокинетика. Для купирования таких сочетанных разнонаправленных моторных нарушений перспективным считается использование препаратов, способных нормализовать моторику независимо от её исходного состояния в различных отделах ЖКТ ("эффект по требованию"), влияющих на висцеральную чувствительность и участвующих в реализации механизмов контроля боли [4, 5]. Одним из таких препаратов, действующих по принципу мультитаргетной терапии, является рекомендованный Римским консенсусом IV препарат растительного происхождения STW 5 (Иберогаст) [2].

Немаловажным компонентом лечения СРК, по современным представлениям, является коррекция микробиоценоза кишечника, которая проводится в 3 этапа:

1) подавление роста условно-патогенных микроорганизмов (селективная деконтаминация);
2) заселение кишечника нормальными симбионтами с помощью пре- и пробиотиков;
3) селективная стимуляция, направленная на активацию роста эндогенной флоры [3].

В практике хорошо зарекомендовал себя новый английский мультивидовый пробиотик Бак-Сет Беби, содержащий 7 штаммов пробиотических бактерий и рекомендованный к применению у детей с рождения, и Бак-Сет форте, состоящий из 14 штаммов живых бактерий, рекомендованный к применению у детей с 3-х лет и взрослых [6].

В заключение необходимо отметить, что в статье перечислены далеко не все проблемы СРК, которые приходится решать практическому врачу. Гастроэнтерологам и терапевтам, курирующим больных СРК, нельзя не учитывать и стоимость диагностических процедур, и стоимость лекарственных препаратов на рынке медицинских услуг. Таким образом, СРК остаётся актуальнейшей проблемой современной гастроэнтерологии, заслуживающей самого пристального внимания науки и практики.

Литература:

1. Маев И.В., Черёмушкин С.В., Кучерявый Ю.А. Алгоритм ведения пациентов с синдромом раздраженного кишечника. Римские критерии IV. Русский мед. журн. 2017. 10. 718- 722.
2. Маев И.В., Черёмушкин С.В., Кучерявый Ю.А., Черёмушкина Н.В. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии IV. Consilium Medicum. 2016. 8 (18). С. 79-85.
3. Шумихина И.А., Соловьёва О.И., Симаненков В.И. Профилактика постинфекционного синдрома раздраженной кишки: возможности пробиотической терапии. Мед. алфавит. 2016. 4 (34). 24-26.
4. Агафонова Н.А., Яковенко Э.П. Комплексный подход к терапии синдрома раздраженной кишки. Фарматека. 2017. 2. 17-21.
5. Ахмедов В.А., Орлов И.Н., Гаус О.В. Современные методы реабилитации пациентов с синдромом раздраженного кишечника. Терапия. 2017. 3 (13). С. 49-55.
6. Харитонова Л.А., Кучеря Т.В. Применение пробиотика в педиатрической практике: результаты клинического исследования. Доктор.ру. Педиатрия. 2016. 6 (123). 47-52.

Солодёнова М.Е., Юнцева О.А., Жилина Н.А.

ОЦЕНКА ОРГАНОЛЕПТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ И ЧАСТОТЫ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРЕПАРАТОВ МАКРОГОЛА В ПОДГОТОВКЕ КИШЕЧНИКА К ОБСЛЕДОВАНИЮ

Инновационная клиника "Академия здоровья", Чита, Россия

Колоректальный рак остаётся одной из наиболее распространённых форм злокачественных новообразований в России и в мире, как по уровню заболеваемости, так и по уровню смертности. Группу высокого риска по данному заболеванию составляют пациенты с полипозом кишечника и лица с отягощенной семейной наследственностью. Скрининговая колоноскопия в настоящее время является "золотым стандартом" в диагностике ранних стадий колоректального рака и других заболеваний толстой кишки. Качественная подготовка кишечника к обследованию с помощью современных препаратов макрогола повышает приверженность пациентов к эндоскопическому обследованию и обеспечивает полную визуализацию толстой кишки при осмотре.

Цель: оценить вкусовые качества и частоту побочных эффектов у пациентов, принимающих различ-

ные препараты макрогола для подготовки кишечника к рентгенологическому и эндоскопическому обследованиям.

Материалы и методы. У 60 пациентов, обратившихся к гастроэнтерологу инновационной клиники "Академия здоровья" и направленных на обследование кишечника проведена оценка вкусовых качеств и частоты диспепсии в виде тошноты и рвоты на фоне приема препаратов ФОРТРАНС и МОВИПРЕП. Исследование проведено в течение второго полугодия 2017 года. Возраст обследуемых варьировал от 30 до 60 лет, в среднем составил 46,7±3,8 года. Количество мужчин составило 20 человек, женщин 40 человек. Все пациенты были распределены на 2 группы. Больные первой группы (n=30) в качестве препарата для подготовки кишечника к обследованию принимали ФОРТРАНС (Макрогол 4000, хлорид натрия, хлорид калия, гидрокарбонат натрия, сульфат натрия, сахаринат натрия) из расчёта 1 литр приготовленного раствора на 15-20 кг массы тела. Пациенты второй группы (n=30) принимали препарат МОВИПРЕП (Макрогол 3350, сульфат и хлорид натрия, хлорид калия, аскорбатный комплекс) в расчёте 2 литра раствора на подготовку. Все пациенты проводили одноэтапную вечернюю подготовку накануне обследования. Органолептические свойства препаратов и явления диспепсии пациенты оценивали в день проведения подготовки. Для сравнения качественных признаков использовался критерий "хи-квадрат" с поправкой Йейтса.

Результаты исследования. Вкусовые качества используемого для подготовки препарата как удовлетворительные оценили 6 человек первой группы (20%) и 20 человек второй группы (66,7%) ($p<0,001$). Диспепсические явления в виде тошноты на фоне приема препарата отметили 18 пациентов первой группы (60%) и 6 больных второй группы (20%) ($p<0,001$). Рвота на фоне приема препарата ФОРТРАНС наблюдалась у 5 человек (16,7%). В группе больных, принимающих МОВИПРЕП, случаев рвоты зарегистрировано не было. При опросе 9 пациентов (30%) первой группы в будущем планируют использование препарата ФОРТРАНС для подготовки к обследованию. Во второй группе 15 больных (50%) выразили готовность вновь применять препарат МОВИПРЕП при необходимости повторного обследования ($p<0,001$).

Выводы. Препарат макрогола МОВИПРЕП с аскорбатным комплексом обладает лучшими органолептическими свойствами. При его использовании в качестве препарата для очищения кишечника побочные эффекты в виде диспепсии встречаются реже. Применение препарата МОВИПРЕП существенно повышает готовность пациентов к проведению диагностических процедур.

МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ "СИМУЛЯЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ" 22-23 МАРТА 2018 г., г. Чита

УДК 371.21

Бердяева И.А., Ходус С.В. Борзенко Е.С., Сундукова Е.А.

СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

Кадры являются ключевой составляющей любой сферы деятельности, обеспечивающей процесс ее функционирования. В медицинском секторе особенно важна роль кадровых ресурсов, обладающих достаточным уровнем знаний и практических навыков, позволяющих следовать критериям надежности, качества и эффективности. Последнее формирует профессиональное сознание медицинского работника, а, следовательно, ответственность за самое дорогое - жизнь пациента. Очевидно, что эта ответственность должна быть самой высокой пробы. Врач отвечает за жизнь пациента перед самим собой, обществом, государством. Поэтому подготовка высококвалифицированных кадров в медицинских вузах страны является задачей первостепенной важности.

Переход на Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования предусматривает новый компетентностный подход в обучении, включающий не только оценку теоретических знаний, но и достаточную практическую подготовку. Это требует использования новых форм и методов обучения, включающих электронные, дистанционные технологии, симуляционные методики. Уже доказан факт высокого потенциала и эффективности Симуляционно-аттестационного центра в развитии клинической компетентности обучающихся. Кроме того, с переходом на систему непрерывного медицинского образования главным критерием оценки профессиональной квалификации является уровень владения клиническими навыками [1,2]. Симуляционное обучение - это форма организации учебного процесса, при которой студент действует в имитированной обстановке [3]. Под симуляцией в высшем медицинском образовании мы подразумеваем современную технологию обучения и оценки практических навыков, умений и знаний, которая основана на реалистичном моделировании, имитации клинической ситуации или отдельной организационной системы с использованием биологических, механических, электронных или виртуальных моделей.

Накоплен значительный опыт использования симуляционного обучения для освоения клинических дисциплин, в процессе изучения которых студент должен выучить и довести до автоматизма большое количество практических навыков. Однако, при изучении теоретических дисциплин использование интерактивных и симуляционных методов обучения является не только желанным, но и рекомендованным, поскольку они позволяют применить полученные теоретические знания в искусственно созданных ситуациях из медицинской практики, сформировать основы клинического мышления, стимулировать студентов к более глубокому изучению и пониманию предмета и выработать у них стремление к саморазвитию.

С целью проверки эффективности интерактивных и симуляционных методов обучения в процессе преподавания теоретических дисциплин, коллективом кафедры общественного здоровья и здравоохранения были поставлены и выполнены следующие задачи: создание имитационных модулей для изучения отдельных тем дисциплины "Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения"; проведение внутрикафедральных семинаров повышения квалификации преподавателей кафедры по использованию данных модулей; проведение практических занятий по дисциплине "Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения" с введением интерактивных и симуляционных методов обучения на базе разработанных модулей; оценка конечного уровня знаний студентов после проведения занятий с применением данных методов обучения. Каждый имитационный модуль включает в себя клиническую ситуацию с позиции организационных и правовых основ оказания медицинской помощи. В соответствии с классификацией симуляционных методик Дэвида Габа (David Gaba), проф. Стэнфордского университета, на основе используемых технологий нами применяются вербальные (ролевые) игры и стандартизированные пациенты (актеры). Последняя методика применяется в формате тренингового занятия, который включает несколько этапов: входной контроль, брифинг, основной этап, дебрифинг и обратную связь [4]. Тренинговое занятие предусматривает самостоятельную подготовку по указанной теме с использованием лекционного материала, нормативной документации и методических рекомендаций. Обязательным условием проведения тренингового занятия является достаточный уровень теоретической подготовки. Входной контроль проводится в форме дистанционного тестирования с целью определения уровня знаний аудитории в целом, что дает возможность преподавателю акцентировать внимание на наиболее проблемных моментах. Если по результатам входного контроля уровень знаний обучающихся недостаточный, то занятие проводит-

ся в традиционной форме. С учетом высокого интереса студентов к необычной форме проведения занятия, наличия подготовленных актеров, возрастает мотивация к высокому уровню самостоятельной подготовки. Далее в рамках брифинга студентам озвучиваются цели проведения тренингового занятия, актуальность выбранной темы, практическая значимость, ход занятия, основные правила тренинга, инструктаж по технике безопасности при работе с оборудованием. Основная часть занятия посвящена самому тренингу. В зависимости от разработанного сценария используются следующие виды тренингов: отработка коммуникативных навыков, командный тренинг, междисциплинарный тренинг. В профессиональной деятельности врача важным аспектом является правильное общение врача с пациентом, родственниками, коллегами. Для отработки навыков общения, основанных на принципах медицинской этики и деонтологии, включая общение с тяжелобольными, в состоянии стресса или алкогольного (наркотического) опьянения используются стандартизированные пациенты (актеры). Роль тяжелобольного пациента выполняет манекен.

В ходе проведения командного тренинга студенты выполняют роль сотрудников медицинской организации, с набором должностных обязанностей. Модератор назначает главного врача, с последующей оценкой лидерских качеств и способностей, с определением формального и неформального лидера в группе. Моделируется критическая, кризисная ситуация, требующая командного взаимодействия с принятием правильного решения в соответствии с действующими юридическими нормами, сопровождающаяся оформлением медицинской учетно-отчетной документации. В рамках студенческого научного общества нами был апробирован междисциплинарный тренинг, включающий отработку практических навыков по оказанию экстренной и неотложной помощи и отработку коммуникативных навыков и юридических аспектов медицинской деятельности.

Следующим элементом тренингового занятия является дебрифинг, включающий анализ, разбор опыта, приобретенного участниками в ходе выполнения симуляционного сценария. В ходе дебрифинга выполняется ретроспективный анализ действий всех участников тренинга в формате обсуждения.

Завершающим этапом тренингового занятия является формирование обратной связи, позволяющей сделать вывод о результатах тренинга. В нашем случае это реализуется путем проведения анкетирования, позволяющего сделать вывод о степени удовлетворенности участниками тренинга его результатами. По сравнению с традиционными формами обучения (устный опрос, реферативные сообщения) использование симуляционных методов формирует у студентов большую активность и неподдельный интерес.

Безусловно, использование методик симуляционного обучения требует дополнительной подготовки преподавателей для работы с ними, больших затрат времени и ресурсов на создание и проведение подобных практических занятий и определяет невозможность использования подобных методов в условиях недостаточной подготовки студентов к соответствующей теме занятия. С учетом эффективности, интерактивные и симуляционные технологии обучения должны развиваться, совершенствоваться и вводиться в процесс преподавания как клинических, так и теоретических дисциплин высшего медицинского учебного заведения для подготовки высоковалифицированных, компетентных врачей, обладающих творческим мышлением, способностью к рефлексии и стремлением к саморазвитию.

Литература:

1. Арженевская Т.В., Ходус С.В., Заболотских Т.В. Симуляционные методики на этапе постдипломной подготовки// Дистанционные и симуляционные технологии в подготовке врача:материалы учебно-методической конференции. - Благовещенск, 2017. - 7 с.
2. Войт Л.Н., Бердяева И.А., Ходус С.В. Применение дистанционного и симуляционного обучения в медицинском образовании // Дистанционные и симуляционные технологии в подготовке врача:материалы учебно-методической конференции. - Благовещенск, 2017. - 8 с.
3. Пропедевтическая медицина в XXI веке: проблемы и перспективы / под ред. Ж.Д. Семидоцкой. - Харьков: ХНМУ, 2016. - 132 с.
4. Специалист медицинского симуляционного обучения: учебное пособие /А.А.Андреенко, А.Н.Архипов, О.Р. Баев[и др.]. - М.: РОСОМЕД, 2016. - 320 с.

УДК 371.388

Денисов Е.К., Пузырёв З.Н., Коннов В.А., Дуров Е.А.

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ НАВЫКУ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Навык базовой сердечно-лёгочной реанимации требует его оценки через определённые интервалы времени после обучения, используя при этом возможности симуляционного оборудования [3, 4, 5].

Цель работы. Оценить навык базовой сердечно-лёгочной реанимации с помощью управления над визуализацией обучающимся основных её параметров.

Материалы и методы. Проведено исследование проспективное, нерандомизированное, неконтроли-

руемое на базе Центра медицинской симуляции, аттестации и аккредитации ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" Минздрава РФ в январе-феврале 2018 г. В исследование вошли клинические ординаторы ФГБОУ ВО ЧГМА первого года обучения, возраст которых составил от 23 до 28 лет. Объектом исследования являлись люди. Критерии включения в исследование: обучение по специальности Анестезиология-реаниматология, 4-хмесячный интервал времени после обучающего симуляционного курса. “Критерии исключения из исследования”: испытуемые с признаками острой стадии какого-либо заболевания, ночное дежурство накануне исследования, беременные II-го и III-го триместра. Все участники (n = 19) выполняли базовую СЛР с визуальным контролем компрессий грудной клетки, правильного положения рук, дыхательного объёма, попадания воздуха в желудок и без возможности визуализации данных параметров циклами по 2 минуты. Оценивались 6 критериев: минутный объем вентиляции (MV) в л/мин., интервал времени между циклами СЛР в секундах, отношение компрессий грудной клетки к её декомпрессии в %, частота компрессий в 1 минуту, глубина компрессий в мм, количество расправлений грудной клетки за 2 минуты. Использовались симуляционные манекены Ambu CPR Software, версия 3.1.2, BuildSep 13.01.13.,оценивающая компьютерная программа Ambu CPR Software, версия 3.1.2 BuildSep 13.01.13. и ручной дыхательный аппарат Chirana.Для статистической обработки применялись программы PrimerofBiostatistics Version 4.03 и Microsoft Excel 2010. Результаты представлены медианой и интерквартильным отрезком с указанием точного значения статистической значимости (p).

Результаты. При 2-хминутном цикле СЛР в MV с визуальным контролем 2,8 (2,5; 6,3) л/мин и без контроля 3 (2,35; 7) л/мин. различий не выявлено (p=0,499). Соотношение компрессий грудной клетки к её декомпрессии с визуальным контролем 49 (44; 50) % и без контроля 44 (43; 47) %, установлено без различий (p=0,083). При сравнении интервала времени между циклами СЛР, выполненной с визуальным контролем 7 (7; 8) сек. и без контроля 7 (7; 8,5) сек. различий также не наблюдается (p=0,388). При сравнении частоты компрессий с визуальным контролем 124 (120; 128,5) и без контроля 124 (119; 128) различий также не выявлено (p=0,695). В глубине компрессий с визуальным контролем 54 (51,5; 56,5) мм и без визуального контроля 52 (50,5; 57) мм различий не установлено (p=0,320). При сравнении количества расправлений грудной клетки за 2 мин. с визуальным контролем 14 (0; 67,5) и без визуального контроля 9 (0; 33,5) различий также не наблюдается. Следует отметить, что выявленное умеренное превышение частоты компрессий 100-120/мин, рекомендуемых ERC, и малое число расправлений грудной клетки за 2 мин., при оптимальном числе не меньше 150, диктуют выделение в симуляционном обучении дополнительного времени для освоения навыка СЛР.

Выводы. Через 4 месяца после обучающего симуляционного курса отсутствие визуального контроля со стороны обучающихся над основными параметрами базовой СЛР не снижает навык её выполнения. Все это отвечает новым тенденциям в развитии образования [1, 2].

Литература:

1. Лопанова Е.В. Профессионально-педагогическая подготовка преподавателя вуза. - Саарбрюккен: LAPLAMBERT AcademicPublishing, 2017. - 373 с.
2. Романцов М.Г., Мельникова И.Ю. Инновации в медицинском образовании посредством внедрения педагогических технологий // Успехи современного естествознания. - 2015. - № 2. - С. 189-194.
3. Степанов. А.В., Шаповалов К.Г. Некоторые проблемы преподавания анестезиологии и реаниматологии в медицинском вузе // Анестезиология и реаниматология. - 2009. - № 6. - С. 29-30.
4. Степанов А.В. Сердечно-легочная реанимация. - Чита : ИИЦ ЧГМА, 2002. - 52 с.
5. Шаповалов К.Г., Шильников В.А., Шильникова Н.Ф. Проблемы реализации порядка оказания медицинской помощи по профилю "анестезиология и реаниматология" на уровне региона РФ // Дальневосточный медицинский журнал. - 2015. - № 1. - С. 70-73.

УДК 371.384

Латышов А.А., Лозовский Е.В., Сафронов М.В., Коннов В.А.

МНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ГБУЗ “СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ” Г. ЧИТА О СИМУЛЯЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Современная медицина диктует непрерывность повышения квалификации медицинских кадров [5]. В реализации комплексного подхода при подготовке медицинских специалистов применяется система симуляционного обучения (СО) как в основной общеобразовательной программе специалитета [3, 6], так и в дополнительном профессиональном образовании персонала медицинских организаций [7].В то же время СО не является традиционным, и для его дальнейшего методического сопровождения требуется обратная связь с обучающимися [1].

Цель работы. Оценка мнения медицинского персонала ГБУЗ "Станция скорой медицинской помощи"

(ССМП) г. Чита о симуляционном обучении на примере учений Министерства здравоохранения Забайкальского края от 03.10.2017 г. по разработке единого алгоритма оказания медицинской помощи (МП) при массовых дорожно-транспортных происшествиях (Учения ДТП).

Материалы и методы. Проведено проспективное, нерандомизированное, неконтролируемое исследование в ГБУЗ ССМП г. Чита в период декабрь 2017 г. - январь 2018 г. Объектом исследования явились люди. Висследовании приняло участие 70 медицинских работников: 17 врачей (что составило 24% от общего числа опрошенных), 31 фельдшер (44%) и 22 медицинских сестры/брата (32%). Критерии включения в исследование: нахождение в штатном расписании ГБУЗ ССМП в период проведения Учений ДТП [2, 4]. Критерии исключения из исследования: стаж работы по специальности “Скорая медицинская помощь” меньше 1 года. В ходе работы использовался метод анкетного опроса. Анкета состояла из 12 вопросов с предложенными вариантами ответа. Анкетируемым предлагалось ответить на 5 вопросов, связанных с СО медицинских работников в целом и 7 - непосредственно с Учениями ДТП. Данные учения проходили с участием 20 пострадавших, роль которых исполняли волонтёры - ординаторы ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", и задействованных врачей, медицинских сестёр, фельдшеров и других специалистов. Оценивалось время, затраченное на оказание МП. При этом участниками выполнялся полный объём экстренной и неотложной скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации и стационарно. Результаты обрабатывались вручную.

Результаты. С необходимостью проведения регулярных мероприятий по СО согласились 98% опрошенных. 28% респондентов посчитали, что сценарии с СО нужно проводить с периодичностью один раз в год, 70% - чаще одного раза в год, 2% - реже одного раза в год. Из 70 опрошенных 18 человек участвовало в Учениях ДТП, что составило 40%, из них - 4 врача (24%), 7 фельдшеров (38%) и 7 медицинских сестер/братьев (38%). 95% участвовавших оценило, что проведенные учения соответствовали реальному положению вещей при массовых ДТП и что данное мероприятие способствовало улучшению качества оказания МП при массовых ДТП. 80% респондентов когда-либо принимали участие в оказании МП при чрезвычайных ситуациях. При этом, 70% опрошенных посчитали, что готовы оказывать помощь при массовом количестве пострадавших.

Выводы. Регулярное симуляционное обучение имеет практическую пользу для специальности “Скорая медицинская помощь”. Подавляющее большинство медицинских работников ГБУЗ ССМП г. Чита положительно оценило реалистичность сценария симуляционных учений МЗ Забайкальского края от 03.10.2017 г., и больше половины из них заявляют о своей готовности к массовым чрезвычайным ситуациям.

Литература:

1. Горшков М.Д., Федоров А.В. Симуляционный тренинг базовых медицинских и хирургических навыков // Виртуальные технологии в медицине. - 2014. - Т. 11, № 1. - С. 34-39.
2. Любин А.В., Степанов А.В., Малежик М.А., Перепелицын Н.И. Инновационные технологии преподавания медицины катастроф // Инновации в образовании. - 2016. - № 1. - С. 56-61.
3. Лопанова Е.В., Лалов Ю.В. Интеграция медицинских и педагогических технологий в профессиональной подготовке будущего врача // Проблемы современной науки и образования. -2017. - № 14 (96).- С.72-77.
4. Мирошниченко А.Г., Руксин В.В., Шайтор В.М. Скорая медицинская помощь: краткое руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа,2010. - 312 с.
5. Романцов М.Г., Мельникова И.Ю., Шамшева О.В. Российское национальное медицинское образование на этапе его реформирования // Медицинское образование и профессиональное развитие. - 2014. - Т.15, № 1. - С. 32-41.
6. Степанов. А.В., Шаповалов К.Г. Некоторые проблемы преподавания анестезиологии и реаниматологии в медицинском вузе // Анестезиология и реаниматология. - 2009. - № 6. - С. 29-30.
7. Шаповалов К.Г., Шильников В.А., Шильникова Н.Ф. Проблемы реализации порядка оказания медицинской помощи по профилю "анестезиология и реаниматология" на уровне региона РФ // Дальневосточный медицинский журнал. - 2015. - № 1. - С. 70-73.

УДК 371.311

Пустовит К.В., Григорьева Ю.А., Завьялов А.А.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ТРЕНИНГИ В СИМУЛЯЦИОННОМ ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБУЧЕНИИ ВРАЧЕЙ

Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

При проведении симуляционных тренингов с врачами отрабатывается взаимодействие внутри одной команды, например, анестезиолого-реанимационной бригады. Но зачастую при интенсивной терапии критических состояний обнаруживается пересечение интересов нескольких специалистов, и доказано, что плохая коммуникация может поддерживать развитие неблагоприятных событий в 24-70% инцидентов, а в ряде

случаев даже являться первичным источником многих отрицательных исходов. Применение в обучении специалистов междисциплинарных тренингов можно считать одним из приоритетных направлений симуляционного обучения в медицине, так как не существует более простого способа выявления проблем как на организационном, так и на персональном уровне.

Материалы и методы. Было отмечено, что наиболее эффективно проводить занятия у обучающихся на втором, заключительном этапе цикла. Необходимость полного понимания пропедевтики манекена-симулятора позволяет исключить недостаток полной реалистичности, что улучшает показатели восприятия и запоминания клинической ситуации. Для реализации командного тренинга нами был разработан сценарий по теме "Послеродовое кровотечение", на основании Федеральных клинических рекомендаций "Профилактика, лечения и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях" МЗ РФ, письмо от 29 мая 2014 г. N 15-4/10/2-3881. В качестве участников: врачи-анестезиологи-реаниматологи, врачи акушеры-гинекологи. Был разработан простой клинический сценарий с этапами, которые характеризовали клиническую картину в зависимости от степени кровопотери. Чек лист был единый, но с выделенными компетенциями и навыками для каждой команды. В качестве роженицы использовали манекен-симулятор "Виктория". Во время проведения сценария были задействовано два инженера для контроля за манекеном, голосовым ведением и два преподавателя с чек-листами для объективной оценки каждой из команд. Занятие было разделено на общепринятые этапы: раздельный междисциплинарный брифинг с позиции каждой специальности, основной этап, совместный дебрифинг и обратная связь.

Выводы. При проведении междисциплинарных тренингов можно отметить, что идеального и единственно верного способа проведения тренинга не существует, несмотря на наличие общих рекомендаций. При построении междисциплинарного тренинга необходимо учитывать, что придёт очень неоднородная команда, члены которой в реальных условиях имеют свои установки, уровни образования, мотивы обучения и мнения. Данный вид симуляционного тренинга является достаточно трудоемким в подготовке и в проведении, но очень высококачественным и высокоэффективным в процессе обучения.

УДК 616.12-008

Ребрикова Ю.Г., Сошников Ф.С., Коннов В.А., Дуров Е.А.

ПАРАМЕТРЫ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДЕВАЙСОВ КОМПРЕССИИ И ВЕНТИЛЯЦИИ

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Использование специальных инструментов для компрессии грудной клетки и искусственного дыхания при проведении базовой сердечно-легочной реанимации (СЛР) может сказаться на её эффективности в рамках рекомендаций 2015 г. Европейского совета по реанимации (ERC) [1, 2, 3].

Цель работы. Сравнить параметры базовой сердечно-легочной реанимации, выполняемой одним спасателем, при применении дополнительных специальных инструментов.

Материалы и методы. Проведено исследование проспективное, нерандомизированное, неконтролируемое на базе Центра медицинской симуляции аттестации и аккредитации ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" в январе-феврале 2018 г. В исследование вошли клинические ординаторы ФГБОУ ВО ЧГМА первого года обучения, возраст которых составил от 23 до 28 лет. Объектом исследования являлись люди. Критерии включения в исследование: обучение по специальности “Анестезиология-реаниматология” [4, 6]. Критерии исключения из исследования: острая стадия какого-либо заболевания, ночное дежурство накануне исследования, беременность II-III триместра. Испытуемые в количестве 19 человек принимали участие в 3-х тестах продолжительностью по 2 минуты. В первом тесте базовая СЛР проводилась одним спасателем с искусственным дыханием методом "рот в рот". Во втором случае базовая СЛР выполнялась одним спасателем, а искусственные вдохи проводились ручным дыхательным аппаратом (РДА) - "мешком Амбу". Третий тест включал базовую СЛР одним спасателем с искусственным дыханием с помощью РДА и с применением ручного реанимационного насоса (РРН) - кардиопомпы. Использовались симуляционные манекены Ambu CPR Software, версия 3.1.2, BuildSep 13.01.13. и одноимённая компьютерная программа. Специальными инструментами являлись реанимационный насос AmbuCardioPump, версия 490.262.005 и ручной дыхательный аппарат Chirana. Рассматривалось 5 параметров: минутный объем вентиляции (MV) в л/мин., интервал времени между циклами СЛР в секундах, отношение компрессии грудной клетки к её декомпрессии в %, расправление грудной клетки в количестве раз, частота в 1 минуту и глубина компрессий грудной клетки в мм. Для статистической обработки анализировался критерий Уилкоксона, результаты представлены медианой и интерквартильным размахом с указанием точного значения статистической значимости (p). Использовались программы Primerof Biostatistics Version 4.03 и Microsoft Excel 2010.

Результаты. Выявлено, что частота 125 (117; 128) в 1 мин. и глубина 53 (50; 57) мм компрессий при

проведении одним спасателем 2-минутного цикла базовой СЛР с вентиляцией способом "рот в рот" не отличаются от частоты 124 (120; 128,5) в 1 мин. и глубины 54 (51,5; 56,5) мм при использовании РДА (p = 0,343 и p = 0,527), а также от частоты 124 (111; 128) мин. и глубины 54 (49; 57) мм. компрессий с применением РРН (p=0,075 и p=0,569). При сравнении соотношения компрессий грудной клетки к её декомпрессии способом "рот в рот" 46 (44; 48) % и с применением РДА 48 (44; 50) % различий не наблюдается (p=0,118), как и при использовании РРН 46 (43; 48) % (p=0,119). При сравнении расправления грудной клетки методом "рот в рот" 8 (2; 33,5) с использованием РДА 14 (0; 67,5) и с применением РРН 14 (0; 67,5) различий также нет (p = 0,177). С вентиляцией способом "рот в рот" MV 3,7 (2,3; 8,2) л/мин больше (p = 0,017), чем с применением РДА 2,8 (2,55; 6,3) л/мин. В MV без использования РРН 2,8 (2,55; 6,3) л/мин. и с применением РРН 2,4 (1,75; 3,7) л/мин различий не выявлено (p = 0,327). При сравнении интервала времени между циклами СЛР при методе "рот в рот" 7 (6,5; 8) сек. и с применением РДА 7 (7; 8) сек. различий нет (p = 0,410), а тот же параметр с использованием РРН 8 (7; 9) сек. больше (p = 0,018), чем без применения РРН 7 (7; 8) сек.

Выводы. При проведении базовой СЛР искусственные вдохи методом "рот в рот" сопровождаются более высокой минутной вентиляцией лёгких, чем при вдохах "мешком Амбу", что не всегда соответствует рекомендуемым ERC параметрам минутного объёма дыхания [5]. Использование кардиопомпы удлиняет время между циклами СЛР, но не выходит за рамки рекомендуемых ERC 10 секунд.

Литература:

1. Горшков М.Д., Федоров А.В. Симуляционный тренинг базовых медицинских и хирургических навыков // Виртуальные технологии в медицине. - 2014. - Т. 11, № 1. - С. 34-39.
2. Любин А.В., Степанов А.В., Малежик М.А., Перепелицын Н.И. Инновационные технологии преподавания медицины катастроф // Инновации в образовании. - 2016. - № 1. - С. 56-61.
3. Лопанова Е.В., Лалов Ю.В. Интеграция медицинских и педагогических технологий в профессиональной подготовке будущего врача // Проблемы современной науки и образования. - 2017. - № 14 (96).- С. 72-77.
4. Степанов А.В., Шаповалов К.Г. Некоторые проблемы преподавания анестезиологии и реаниматологии в медицинском вузе // Анестезиология и реаниматология. - 2009. - № 6. - С.29-30.
5. Степанов А.В. Сердечно-легочная реанимация. - Чита: ИИЦ ЧГМА, 2002. - 52 с.
6. Шаповалов К.Г., Шильников В.А., Шильникова Н.Ф. Проблемы реализации порядка оказания медицинской помощи по профилю "анестезиология и реаниматология" на уровне региона РФ // Дальневосточный медицинский журнал. - 2015. - № 1. - С. 70-73.

УДК 371.315

Стукалов А.А., Барабаш И. В.

ОБУЧЕНИЕ ОРДИНАТОРОВ МЕТОДИКЕ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ

Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

Интубация трахеи является одной из опасных манипуляционных действий в практической анестезиологии и реаниматологии, особенно в руках начинающихся врачей-ординаторов. Безопасная интубация трахеи требует обширных знаний этой проблемы. Предварительно необходимо анамнестически и физикально оценить состояние верхних дыхательных путей (ВДП) и прогнозировать степень возможности трудной интубации трахеи, подготовиться и выбрать алгоритм безопасной интубации, принять меры к предупреждению возможных осложнений интубации трахеи, нередко несущие прямую угрозу жизни пациентов.

Обучение безопасной интубации трахеи ординаторов анестезиологов-реаниматологов - одна из главных составляющих анестезиологии, призванной сформировать основные профессиональные компетенции у будущих врачей. При физикальном обследовании верхних дыхательных путей ординатор должен потратить достаточный объём времени на осмотр и проведение проб соответствия ВДП безопасной интубации. Это требует хороших знаний ординатором анатомии ВДП, техники проведения проб и оценки результатов обследования, преподавателю внимательно и детально оценить действия обучаемого. Учитывая цели преподавания раздела и специфику проведения занятий, ординаторы регулярно отрабатывают на достоверной, реалистической имитации модели пациента с использованием симуляционных технологий. Для обучения ординаторов используются как простейшие муляжи и тренажеры, так и сложные, приближенные к реальным условиям манекены с компьютерным контролем проводимых действий. Они способны предоставить реальную клиническую ситуацию и выполнение практического навыка, как неосложненной интубации, так и в условиях трудной интубации. Занятия проводятся на базе симуляционно-аттестационного центра АГМА в присутствии преподавателя центра или кафедры. Неоднократное повторение симуляции позволяет достигнуть высокого качества выполнения этой жизненно опасной манипуляции. При проведении отработки навыков интубации ординатором преподаватель оценивает правильность и последовательность действий обучающихся, их способность к нахождению правильного решения в случаях возникших трудностей и осложнений. Прошедшие занятия на базе САЦ с применением тренажеров и манекенов по теме: "Интубация

трахеи" ординаторы быстрее и увереннее переходят к методам физикального обследования ВДП на пациенте, а главное, их действия при интубации трахеи становятся в значительной степени безопасными.

Таким образом, применение симуляционных технологий по теме "Интубация трехеи" на базе САЦ способствует формированию профессиональному мышления у ординаторов, самостоятельного, а главное, безопасного применения этой технологии у пациентов, вырабатывает самостоятельное и правильное решение выхода из создавшего сложного клинического положения. Это является важным приоритетом в подготовке будущего высококомпетентного врача-анестезиолога-реаниматолога.

Литература:

1. Габа Д.М. Критические ситуации в анестезиологии: монография. - М.: Медицина, 2000. - 440 с.
2. Горшков М.Д. Классификация симуляционного оборудования //Виртуальные технологии в медицине. - 2012. - № 2. - С. 21-30.
3. Евдокимов Е.А. Ошибки, опасности и осложнения общей анестезии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 345 с.
4. Роль современных симуляционных технологий в подготовке анестезиологов-реаниматологов с учетом пропедевтики и квазифизиологических особенностей роботов-симуляторов / И.Н.Пасечник, Е.И.Скобелев, И.Ф.Алексеев [и др.] // 1-я Всероссийская конференция по симуляционному обучению в медицине критических состояний с международным участием: тезисы докладов, 1 ноября 2012., М. - С.73-77.

УДК 371.313

Степанов А.В.

РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТРЕНИНГОВ ДЛЯ ВРАЧА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Содержание образования формирует качества, характеризующие развитие индивидуальности личности обучаемого. Метод обучения обеспечивают дидактические технологии (технологии проблемного обучения, модульного обучения, технологии индивидуализации обучения и др.), при которых достигается усвоение знаний, умений, формирование навыков. Главной задачей обучения врачей является формирование клинического креативного мышления, углубленного подхода к трактовке каждого случая заболевания. Обладая этим умением и определенными навыками, врач может изучать частные вопросы патологии и разбираться в них [2, 4].

Одной из инновационных технологий в процессе обучения врачей скорой медицинской помощи является использование различных симуляционных методов. Главное достоинство их в том, что они в высокой степени мотивируют врачей и обеспечивают им простую, непосредственную и быструю обратную связь относительно последствий их действий. При хорошей организации и проведении симуляций они неизменно им нравятся, так как они втягиваются в них и долго вспоминают, когда уже забыты многие другие знания, которые они ранее приобрели [3].

Требуется новый взгляд на этот метод обучения как на один из способов интерактивного взаимодействия, целью которого является, в первую очередь, содействие врачам в обретении практических ориентиров при развитии тех или других ситуаций, что особенно актуально для восприятия предмета медицины критических состояний. Но, будучи эффективным средством обучения, симуляционные техноногии являются сложным педагогическим приемом и предъявляют определенные требования в первую очередь к группе медицинских работников. Они должны иметь достаточно широкий уровень знаний в различных областях медицины [4, 7].

Основным условием формирования устойчивых знаний и умений при дополнительной подготовке врачей, которые очень часто без возможности каких либо дополнительных методов обследования должны принять правильное решение, является сочетание знаний базисных дисциплин со знаниями и умениями, приобретаемыми на симуляционных тренажерах. Создавая обстановку творческой дискуссии, проводится обсуждение наиболее сложных вопросов изучаемого материала в целях углубления и закрепления знаний врачей, полученных ими на лекциях и в процессе самостоятельной работы [1, 5].

При проведении симуляционных тренингов особое внимание уделяется формированию мышления врача, работающего в условиях чрезвычайных ситуаций, и привитию ему понятий, практических навыков и умений медико-психологической коррекции, необходимых им для работы по предназначению. Симуляции отрабатываются в ходе единой комплексной задачи, в которой создается определенная тактическая и медицинская обстановка, приближенная к реальным условиях. Они способствуют привитию врачам творческого мышления, в том числе умения решать медико-тактические задачи по медицинскому обеспечению населения в чрезвычайных ситуациях мирного времени и вырабатывают необходимые практические умения по оценке медицинской обстановки, формулированию решений, докладов, распоряжений по медицинскому обеспечению [1, 6].

Для достижения высокого качества подготовки врачей СМП у нас создана соответствующая материальная база, включающая роботы-симуляторы пациента: Victoria, Susie, Hal (Gaumard США), реанимационные системы с возможностью дефибриллянииAmbuMan (Дания) и реальное медицинское оборудование и

расходные материалы, а также средства индивидуальной защиты, медицинские средства индивидуальной защиты, приборы радиационной и химической разведки, учебные фильмы, схемы, тематические аппаратно-программные комплексы, комплекты руководящих документов, инструкции, памятки и др.

Выводы. Было показано, что достоинства симуляционных технологий и проведения учений мотивируют медицинских работников к быстрому и правильному принятию решений, от которых зависит жизнь и здоровье пострадавших. При правильной организации они надолго запоминаются медикам и будет служить матрицей в реальной жизни.

К основным достоинствам симуляционных технологий и проведения учений относятся: целостность восприятия масштабов ЧС, адекватное распределение сил и средств между различными группами пораженных, также учитываются временные показатели по доставке пораженных на следующие этапы оказания медицинской помощи, правильная работа в команде.

Безусловно, симуляционные технологии и учения являются инновационной формой обучения врачей, в том числе и по программе медицины катастроф. Они требуют совершенствования и более широкого внедрения в образовательные технологии.

Литература:

1. Дисциплина "Безопасность жизнедеятельности и медицина катастроф" в свете новых образовательных стандартов/А.В. Любин, А.В.Степанов, М.А.Малежик[и др.]// Стандарты и мониторинг в образовании. - 2016. - Т. 4, № 1. - С. 46-50.
2. Лопанова Е.В. Профессионально-педагогическая подготовка преподавателя вуза. - Саарбрюккен: LAPLAMBERT AcademicPublishing, 2017. - 373 с.
3. Мирошниченко А.Г., Руксин В.В., Шайтор В.М. Скорая медицинская помощь: краткое руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 312 с.
4. Романцов М.Г., Мельникова И.Ю., Шамшева О.В. Российское национальное медицинское образование на этапе его реформирования // Медицинское образование и профессиональное развитие. - 2014. - Т.15, № 1. - С. 32-41.
5. Степанов А.В., Шаповалов К.Г. Некоторые проблемы преподавания анестезиологии и реаниматологии в медицинском вузе // Анестезиология и реаниматология. - 2009. - № 6. - С. 29-30.
6. Организация медицинского обеспечения при ликвидации чрезвычайных ситуаций/ А.В.Степанов, А.В.-Любин, М.С. Малежик [и др.]. - Чита: ИИЦ ЧГМА, 2015. - 142 с.
7. Шаповалов К.Г., Шильников В.А., Шильникова Н.Ф. Проблемы реализации порядка оказания медицинской помощи по профилю "анестезиология и реаниматология" на уровне региона РФ // Дальневосточный медицинский журнал. - 2015. - № 1. - С. 70-73.

УДК 371.693

Шешукова С.Д., Стазаева Т.Н., Татаренко С.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ТРЕНИНГОВЫХ ЗАНЯТИЙ ПО НАПРАВЛЕНИЯМ "ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ" В РАМКАХ ПОДГОТОВКИ К ПРОХОЖДЕНИЮ ПЕРВИЧНОЙ АККРЕДИТАЦИИ

Кировский государственный медицинский университет, г. Киров.

Актуальность симуляционного обучения в современном медицинском образовании обусловлена многими причинами, в том числе, переходом на систему аккредитации медицинских специалистов, одним из этапов которой является проверка практических навыков в рамках объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) в симулированных условиях [4,5,7]. Одними из ведущих формируемых в процессе обучения в медицинском вузе и оцениваемых при первичной аккредитации в рамках ОСКЭ компетенций является овладение навыками физикального обследования и проведения диспансеризации в поликлинических условиях [4,9,12].

Цель исследования: оценка эффективности проведения тренинговых занятий по направлениям "Физикальное обследование пациентов и диспансеризация" в симулированных условиях.

Задачи: 1) провести оценку исходного уровня овладения навыками физикального обследования и проведения диспансеризации у студентов 6-го курса специальности "Лечебное дело"; 2) оценить уровень практических знаний и умений после проведения тренинговых занятий и сопоставить его с исходным уровнем.

Материалы и методы: исследование было выполнено в отношении 52 студентов 6-го курса специальности "Лечебное дело" с фиксацией результатов по 5-ти балльной шкале исходного и итогового овладения навыками проведения физикального обследования и диспансеризации. Категории оцениваемых навыков: аускультация легких и сердца, измерение артериального давления, регистрация ЭКГ, анализ ЭКГ, постановка диагноза с определением группы здоровья и составление рекомендаций пациенту [1,2,3]. Используемое симуляционное оборудование: тренажер диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы и легких

с возможностью снятия ЭКГ, тренажер для измерения артериального давления, стетоскоп и документация: бланки информированного согласия, результаты анализов крови, мочи, распечатки ЭКГ, бланки амбулаторных медицинских карт, бланки диспансерного наблюдения в поликлинике [6,8,11]. Обработка данных проводилась непараметрическими методами статистического анализа с выявлением значимых ($p<0,05$) различий. Данные представлены в форме медианы и значений границ верхнего и нижнего квартилей.

Результаты и их обсуждение: при анализе результатов (таблица 1) исходного уровня наиболее низкая оценка была получена по разделу "постановка диагноза с определением группы здоровья и составление рекомендаций пациенту" - 3 (3÷4) балла.

По остальным разделам медианная оценка равнялась 4-м баллам, при этом ни один из студентов не набрал 5 баллов по разделам "измерение артериального давления", "регистрация ЭКГ" и "постановка диагноза с определением группы здоровья и составление рекомендаций пациенту". После выполнения оценки исходного уровня знаний проводилось занятие с использованием симуляционного оборудования и объяснением дефектов выполнения навыков по каждому студенту, демонстрацией алгоритма правильного выполнения. При повторной оценке студентами по всем разделам был продемонстрирован значимо ($p<0,05$) более высокий уровень владения оцениваемыми умениями. По всем разделам был зафиксирован отличный медианный балл [от 5 (4÷5) до 5 (5÷5)] при практически полном отсутствии 3-х балльных значений.

Таблица 1

Результаты исходного контроля и контроля после проведения тренингового занятия

Навык	Исходная оценка			Оценка после тренингового занятия		
	Оценка	Минимальная оценка	Максимальная оценка	Оценка	Минимальная оценка	Максимальная оценка
Аускультация сердца и лёгких	4 (4÷4)	3	5	5 (4?5)	4	5
Измерение артериального давления	4 (3÷4)	3	4	5 (5?5)	4	5
Регистрация ЭКГ	4 (3÷4)	3	4	5 (5?5)	4	5
Анализ ЭКГ	4 (4÷4)	3	5	5 (4?5)	4	5
Постановка диагноза с определением группы здоровья и составление рекомендаций пациенту	3 (3÷4)	3	4	5 (5?5)	4	5

Заключение: студенты выпускного 6-го курса в целом имеют исходно неплохую подготовку (ни у кого из студентов не было неудовлетворительных значений), но при этом в целом уровень "выживаемости" знаний не представляется оценить достаточным. Одна из причин этого - недостаточный объём обучения на симуляционном оборудовании в процессе обучения в вузе. Тем не менее, после проведения тренингового занятия с разбором погрешностей выполнения практических навыков подавляющее большинство студентов продемонстрировало отличные результаты. Представляется необходимой более активная в ходе обучения студентов старших курсов реновация ранее полученных знаний, наиболее оптимальным может являться включение в образовательный процесс симуляционного курса как отдельной официальной дисциплины.

Литература:

1. Бойцов С.А. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения: методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 3 февраля 2015 г. № 36ан "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения". М., 2015.- 134 с.
2. Гребенев А.Л. Пропедевтика внутренних болезней: учебник. - 6-е издание, перераб. и доп. - М.: Медицина, 2013. - 592 с.
3. Диспансерное наблюдение больных с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития: методические рекомендации [Электронный ресурс] /под ред. С.А. Бойцова, А.Г. Чучалина. - Режим доступа: ttp://minzdrav.midural.ru/uploads/document/1896/dispansernoe-nablyudenie-bolnyh-hniz-sa-chuchalin.pdf. - (Дата обращения: 01.03.2017).
4. Методического центра аккредитации специалистов Минздрава России: сайт [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://fmza.ru. - (Дата обращения: 14.03.2017).
5. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: федеральный закон [принят Гос. Думой 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ: с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017]. - Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/. - (Дата обращения: 01.03.2017).
6. Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцразвития России 23 апреля 2012 г. N 390н. - Режим доступа: http://base.garant.ru/70172996/. - (Дата обращения: 01.03.2017).

7. Об утверждении Положения об аккредитации специалистов [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России [02 июня 2016 г. № 334н: по состоянию на 23.01.17; с изм. и доп., вступ. в силу с 30.12.2016]. - Режим доступа: http://ivo.garant.ru/. - (Дата обращения: 01.03.2017).
8. Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России 20 декабря 2012 г. № 1177н (ред. от 10.08.2015). - Режим доступа: http://base.garant.ru/70407654/. - (Дата обращения: 01.03.2017).
9. Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России 21 декабря 2012 г. № 1344н. - Режим доступа: http://base.garant.ru/70321224/. - (Дата обращения: 01.03.2017).
10. Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России [05 февраля 2016 г. №127н: по состоянию на 25.04.16]. - Режим доступа: http://ivo.garant.ru/. - (Дата обращения: 01.03.2017).
11. Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению [Электронный ресурс]: приказ Минздрава России 15 декабря 2014 г. № 834н . - Режим доступа: http://base.garant.ru/70877304/. - (Дата обращения: 01.03.2017).
12. Основы семиотики заболеваний внутренних органов: учебное пособие /А.В. Струтынский, А.П. Баранов, Г.Е. Ройтберг [и др.]. - 11-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2017. - 304 с.

УДК 371.21

Ходус С.В., Олексик В. С.

РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННОГО И ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

Отличительной чертой нового времени является не только большой объем накопленной информации, но также интенсивно растущие темпы накопления новых знаний. По оценкам экспертов общий объем знаний, накопленных человечеством, удваивается каждые пять лет. Все это радикальным образом меняет суть процесса образования: оно становится непрерывным, гораздо более интенсивным и динамичным. Соответственно меняются и образовательные технологии. Традиционные педагогические методы "с мелом у доски" все менее соответствуют новым требованиям [2]. Формирование ключевых компетенций врача возможно только при использовании инновационных методик обучения, к которым смело можно отнести симуляционные и дистанционные технологии [1]. Помимо этого, для повышения качества медицинского образования необходимо обеспечить нормальную обратную связь со студентом. Это позволит выявить ключевые проблемы и недочеты в процессе преподавания.

Цель исследования: провести оценку качества симуляционного и дистанционного обучения на 4 курсе по дисциплине "Неотложные состояния в терапии".

Задачи исследования:

• выявить уровень самооценки теоретических и практических знаний до и после прохождения курса;
• определить отношение студентов к симуляционному и дистанционному обучению;
• выявить оценку преподавания на курсе;
• проанализировать компоненты занятий, позволяющие получить больше знаний;
• определить темы, вызывающие наибольший интерес у студентов.

Материалы и методы. Нами был проведен анонимный опрос студентов 4 курса после окончания изучения дисциплины "Неотложные состояния в терапии". Всего в опросе приняло участие 109 человек. Анкетирование проводилось посредством заполнения электронных опросных листов, созданных на базе Google Form. Анализ результатов проводился с использованием программы IBMSPSS Statistic 22.0.

Результаты исследования. До прохождения курса свои знания студенты оценили: на отлично - 9,3%; хорошо - 23,1%; удовлетворительно - 45,4%; плохо - 22,2%. После окончания курса уровень самооценки знаний увеличился и составил: отлично - 21,3%; хорошо - 66,7%; удовлетворительно - 10,2%; плохо - 1,9%. Средняя оценка теоретических знаний составила 3,2 до прохождения курса и 4,1 - после ($p<0,005$).

Уровень самооценки практических навыков до прохождения курса - отлично - 7,4%; хорошо - 26,9%; удовлетворительно - 38%; плохо - 27,8%, по окончании курса - отлично - 33,3%; хорошо - 51,9%; удовлетворительно - 13%; плохо - 1,9%. Среднее значение самооценки практических навыков до прохождения курса составил 3,1, после 4,2 ($p<0,005$).

Качество преподавания теоретической составляющей студенты оценили преимущественно на отлично

и хорошо (60,2% и 32,4% соответственно). 75,9% респондентов оценили проведенные симуляционные занятия на отлично, 17,6% - на хорошо.

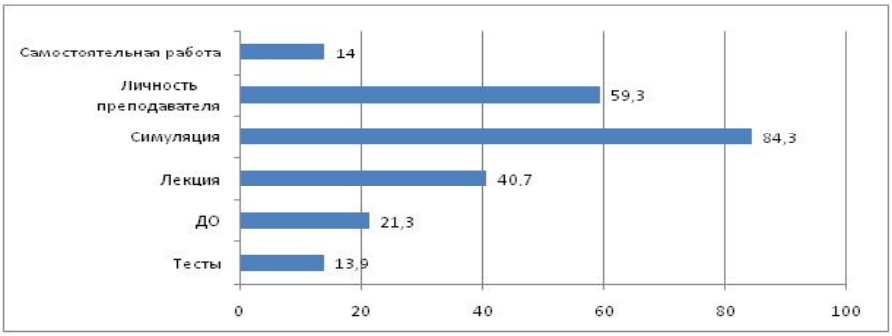
Немаловажным компонентом преподавания на курсе является дистанционное обучение. Несмотря на кажущееся негативное отношение к нему, 71,35% респондентов считают его необходимым и достаточно удобным методом обучения и контроля знаний.

На вопрос о наиболее понравившихся занятиях 47,2% ответили - Сердечно-легочная реанимация, 35,2% - Нарушения ритма. Именно эти занятия включали симуляционный компонент обучения.

На вопрос "Назовите фактор, позволяющий получить больше знаний," студенты ответили следующим образом: симуляция - 84,3%; личность преподавателя - 59,3%; лекция - 40,7%; дистанционное обучение - 21,3%; самостоятельная работа - 14%; тестирование - 13,9%. (Диаграмма 1.)

Диаграмма 1

Факторы, позволяющие получить больше знаний по дисциплине



Выводы. В результате анкетирования было выявлено, что большее количество студентов положительно относятся к симуляционному и дистанционному обучению и считают данные компоненты обязательными в программе освоения дисциплины. Кроме того, нами был зарегистрирован значительный рост самооценки теоретических знаний (на 38,1%) и практических навыков (на 31,2%) после прохождения курса "Неотложные состояния в терапии" с применением симуляционных и дистанционных технологий обучения.

Литература:

1. Инновационные технологии в подготовке медицинских кадров / Л.Н. Войт, И.А. Бердяева, С.В. Ходус [и др.] // Проблемы управления качеством подготовки специалистов в медицинском вузе: материалы II республиканской учебно-методической конференции с международным участием. - Махачкала, 2017. - С. 188-191.
2. Электронное образование на платформе MOODLE [Электронный ресурс]. URL: http://artageless.com/e-learning-platform-moodle. - (Дата обращения: 25.03.2017).

УДК 371.314

Чечина И.Н., Николаева М.Г., Ельникова С.А.

"ШКОЛА МАСТЕРСТВА" В СИМУЛЯЦИОННОМ ЦЕНТРЕ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Довузовское обучение и профориентационная работа со школьниками и абитуриентами является одним из важных и перспективных направлений работы симуляционного центра медицинского университета. Процесс обучения на симуляторах складывается из нескольких составляющих: созерцание ситуации, ее оценка, освоение практического навыка оказания помощи, как индивидуально, так и работая в команде. Это общие задачи, но в зависимости от контингента обучающихся, они могут видоизменяться и быть более конкретными.

В рамках Российского фестиваля науки, на площадках симуляционного центра АГМУ была проведена "Школа мастерства" для школьников выпускных классов. Цель данного мероприятия - обучение оказанию первой помощи при неотложных состояниях - и это не только пункт в школьной программе, но и часть профориентационной работы, важность которой сегодня нельзя недооценивать. Площадка "акушерство" поставила перед собой следующие задачи: познакомить школьников с основными направлениями современного акушерства и гинекологии (лекция с использованием видеоматериалов); показать, в аспекте реального времени, с использованием симуляторов азы акушерской практики: признаки беременности, физиологические роды, первый туалет новорожденного, т.е. то, что в реальной жизни они увидеть пока не могут.

В работе площадки приняли участие более 150 школьников города Барнаула и близлежащих районов. Тесное сотрудничество медицинского сообщества вуза с общеобразовательными учреждениями позволяет привлечь к поступлению в АГМУ многих абитуриентов, в том числе тех, кто принял участие в организованных на базе симуляционного центра "Школах мастерства". Таким образом, знакомство с симуляторами может начинаться с довузовского периода и быть активным инструментом профориентационной работы.

ИНФОРМАЦИЯ

Конференция акушеров-гинекологов Забайкальского края с Всероссийским участием

ВЕРСИИ И КОНТРАВЕРСИИ СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ И РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

20-21 марта 2018 года в Читинской государственной медицинской академии состоялась конференция акушеров-гинекологов Забайкальского края с Всероссийским участием "Версии и контраверсии современной гинекологии и репродуктивной медицины", организаторами которой явились Читинская государственная медицинская академия, Краевая общественная организация "Забайкальское общество акушеров-гинекологов (ЗОАГ)", Министерство Здравоохранения Забайкальского края, некоммерческое партнерство "Забайкальская медицинская палата". Конференция была организована в формате образовательного мероприятия и включала лекции профессорско-преподавательского состава, мастер-класс по прегравидарной подготовке с презентацией клинических случаев и их интерактивным разбором с участием ведущих специалистов-экспертов по обсуждаемой проблеме. Участники, прошедшие обучение, получили 12 зачетных единиц (кредитов), обеспеченных ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" Минздрава России и КОО "Забайкальское общество акушеров-гинекологов", согласно п.3 и п.4.1. Устава ЗОАГ об образовательной деятельности организации.

Основной задачей данного образовательного мероприятия было формирование профессиональных компетенций для оказания пациентоориентированной акушерско-гинекологической помощи пациенткам с репродуктивными проблемами, в том числе на этапе преконцепционной подготовки. При презентации программных докладов все лекторы озвучили современные клинические протоколы и алгоритмы, основанные на лучших клинических практиках и сведениях доказательной медицины.

В конференции приняли участие 252 участника: врачи акушеры-гинекологи, терапевты, эндокринологи, реабилитологи медицинских организаций г. Читы и Забайкальского края, преподаватели Читинской государственной медицинской академии и Читинского медицинского колледжа, клинические ординаторы и члены Молодежного научного общества ЧГМА.

Открыл конференцию ректор Читинской государственной медицинской академии, заслуженный врач России, профессор Анатолий Васильевич Говорин, который поприветствовал участников и осветил политические, демографические и медико-социальные проблемы современной России, а также колоссальную значимость проблем репродукции и репродуктивного здоровья россиян - подростков, женщин, мужчин. Анатолий Васильевич отметил активную жизненную позицию врачей Забайкалья и России в современных сложных условиях, высокую активность медицинских работников во всех сферах деятельности общества и поблагодарил за преданность профессии врача.

Заместитель Министра здравоохранения Забайкальского края по вопросам охраны материнства и детства Наталья Геннадьевна Игнатьева в приветственном слове участникам конференции отметила достижения и перспективы развития службы материнства и детства региона, задачи, которые предстоит решить, особо подчеркнула важность непрерывного образования врачей-акушеров-гинекологов и поблагодарила ректорат и преподавателей Читинской государственной медицинской академии за высокое качество подготовки специалистов, постоянное тесное взаимодействие с Министерством здравоохранения Забайкальского края в организационно-методических вопросах и при оказании практической лечебно-консультативной помощи в медицинских организациях края.

В пленарном докладе заместителя начальника управления труда и занятости населения - начальника отдела социального партнерства и демографической политики Министерства труда и социальной защиты населения Забайкальского края Радмилы Николаевны Каргиной "Демографические тенденции и проблемы в Забайкальском крае" была представлена характеристика демографической ситуации и основных проблем в регионе, а именно: устойчивая тенденция снижения численности населения региона; в худшую сторону меняется половозрастная структура населения; уровень рождаемости не обеспечивает воспроизводство населения; достаточно высокий уровень смертности населения, сверхсмертность муж-

чин трудоспособного возраста; устойчивая миграционная убыль. Радмила Николаевна подчеркнула, что в Забайкальском крае прогрессивно снижаются численность женщин фертильного возраста (2013 г. - 273 600 чел., 2017 г. - 262 389 чел.), показатель рождаемости населения (2013 г. - 15,9; 2017 г. - 13,2 на 1000 чел.) и суммарный коэффициент рождаемости (2013 г. - 2,014; 2017 г. - 1,873), что находится в фокусе повышенного внимания политиков и демографов и придает высокую значимость медицинским аспектам решения проблем гинекологического здоровья и репродукции, которым и посвящена данная конференция акушеров-гинекологов.

Главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Забайкальского края Валентина Фёдоровна Лига выступила с докладом "Анализ работы акушерско-гинекологической службы Забайкальского края за 2017 год", в котором дала аналитическую оценку динамики возрастного состава населения Забайкальского края с позиции службы охраны здоровья матери и ребенка, отметив негативный тренд снижения численности детей в возрасте 15-17 лет и женщин фертильного возраста, которые являются основой репродуктивного потенциала популяции забайкальцев. В последние годы в крае прогрессивно снижается показатель обеспеченности врачами акушерами-гинекологами: в 2013 г. - 5,2; в 2017 г. - 4,2 на 100 тыс. населения (в 2016 г. показатель в РФ 4,66). 99,1% врачей края имеют сертификат специалиста "акушера-гинеколога", в РФ этот показатель ниже - 97,8% (2016). В крае сохраняется высоким показатель материнской смертности (2017 г. - 27,9 на 100 тысяч родившихся живыми; в СФО - 11,6). Общепризнанно, что материнская смертность - это интегральный показатель здоровья женщин, который отражает популяционный итог взаимодействий экономических, экологических, культурных, социально-гигиенических и медико-организационных факторов. С медико-организационных позиций для решения этой проблемы в крае следует продолжить дальнейшее совершенствование трехуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде, своевременную дородовую госпитализацию беременных высокого перинатального и акушерского риска в стационары третьего уровня. Необходимо эффективно использовать койки акушерского ухода, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Забайкальского края от 10.03.2017 № 94 "Об утверждении схем маршрутизации пациенток акушерско-гинекологического профиля в Забайкальском крае", распоряжения Министерства здравоохранения Забайкальского края от 06 июля 2016 года № 846 "Об открытии отделения (коек) акушерского ухода на базе ГУЗ "Городской родильный дом". Следует активно и эффективно работать в рамках программы электронного мониторинга беременных Забайкальского края на базе ГБУЗ "Забайкальский краевой перинатальный центр"; при оказании медицинской помощи на всех уровнях следовать федеральным и региональным клиническим протоколам оказания медицинской помощи, активно внедрять и разрабатывать новые клинические рекомендации и алгоритмы, основанные на сведениях доказательной медицины, и проводить строгий аудит за их исполнением. В свете требований современности необходимо непрерывно повышать квалификацию медицинского персонала с использованием образовательных конференций и семинаров, видеоинформационных технологий, симуляционно-тренингового обучения. Важной задачей межведомственного взаимодействия (педагоги, медики, психологи, социальные работники, представители конфессий и др.) является санитарное просвещение населения, воспитание ответственности за собственное здоровье, при этом необходимо уделять самое пристальное внимание мероприятиям профилактической направленности по охране репродуктивного здоровья населения.

Образовательная программа конференции включала лекции: "Истмико-цервикальная недостаточность: доказанное и сомнительное", "Гиперплазии эндометрия: современный консенсус" (профессор Белокриницкая Т.Е., г. Чита); "Гиперпролактинемия: очевидное и спорное", "Доброкачественная дисплазия молочной железы: современные протоколы и инновационные подходы", "Версии и контраверсии консервативной тактики при миоме матки" (профессор Сутурина Л.В., г. Иркутск); "Антитромботическая профилактика и терапия в акушерстве и гинекологии: уходим от полипрагмазии!", "Профилактика ВПР плода: доказательные факты" (профессор Стуров В.Г., г. Новосибирск); "Неразвивающаяся беременность: клинические рекомендации и практика" (профессор Загородняя Э.Д., г. Чита); "Персонали-

зированные органосохраняющие подходы для лечения молодых женщин с раком шейки матки" (к.м.н. доцент Каюкова Е.В., г. Чита); "Проблемы скрининга рака шейки матки в России и возможные пути их решения. Клинический протокол РОАГ и МЗ РФ 2.11.2017 г.", "Хроническая тазовая боль: версии и контраверсии, тактика ведения пациентов" (к.м.н., доцент Белозерцева Е.П., г. Чита); "Инфекции мочевыводящих путей у беременных: междисциплинарный диалог. Проект регионального клинического протокола" (к.м.н. Суворова Т.В., г. Чита); "Основы прегравидарной подготовки. Проект регионального клинического протокола" (д.м.н., доцент Тарбаева Д.А., г. Чита).

В рамках конференции прошел мастер-класс "Пациентоориентированная прегравидарная подготовка", в ходе которого модераторами были представлены сложные для практического врача клинические ситуации: полиморфизм генов тромбофилии и нарушений фолатного обмена (д.м.н., доцент Тарбаева Д.А.); привычное невынашивание беременности и хронический эндометрит (к.м.н., доцент Белозерцева Е.П.); хронический сальпингоофорит с формированием гидросальпингса (д.м.н., профессор Иозефсон С.А.); цервицит с аномальной кольпоскопической картиной, ассоциированный с ВПЧ-инфекцией, у нерожавшей пациентки (ассистент Туранова О.В.). По мере изложения клинического сценария модераторы задавали вопросы врачам по выбору диагностического алгоритма и тактики ведения конкретной пациентки - с помощью пультов для голосования участники конференции предлагали свои варианты ответов. По диаграммам, которые строились на основе интерактивного голосования и отражали мнения врачей, проводилось обсуждение правильных и неправильных ответов с аргументированными пояснениями-комментариями и презентациями экспертов: профессора Белокриницкой Т.Е., профессора Витковского Ю.А., заведующей физиотерапевтическим отделением инновационной клиники "Академия здоровья" к.м.н. Дичёвой М.А., заведующей отделением вспомогательных репродуктивных технологий ГБУЗ ЗКПЦ Лоншаковой В.Г.

По завершении образовательной части мероприятия 21 марта 2018 года состоялась очередная конференция Краевой общественной организации "Забайкальское общество акушеров-гинекологов" - высшего органа ЗОАГ. При наличии кворума (присутствовали 190 из 240 членов ЗОАГ) согласно п. 5.2., п. 5.4. "Устава ЗОАГ" состоялось обсуждение и утверждение итогов деятельности ЗОАГ за отчетный период.

С отчётным докладом о реализации целей, задач и об основных направлениях работы организации в 2017 году выступила президент ЗОАГ профессор Т.Е. Белокриницкая. Отмечено, что в 2017 году существенно выросла численность членов ЗОАГ: в 2014 состояло 145 врачей-акушеров-гинекологов (48,5% от общей численности), в 2015 году - 192 акушера-гинеколога края (75,9% от общей численности), в 2016 году членами ЗОАГ были 229 членов (94,6% от общей численности акушеров-гинекологов края); в 2017 году - 240 членов (228 человек, 95% - акушеры-гинекологи; 12 человек, 5% - анестезиологи-реаниматологи, терапевты, акушерки).

Совет ЗОАГ регулярно обеспечивал информационно-образовательную поддержку членов ЗОАГ в виде индивидуальной рассылки материалов по e-mail ЗОАГ. Все члены ЗОАГ получили на руки очередной выпуск сборника с новыми клиническими рекомендациями (протоколами лечения) и информационными письмами МЗ РФ по акушерству и гинекологии (под ред. проф. Т.Е. Белокриницкой, Чита, 2017. - 227 страниц), а также книги с региональными протоколами "Оказание скорой медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"", утвержденными ЗОАГ, ЗОАР, Заб Мед Палатой и МЗ ЗК 26 мая 2017 г., изданными за счёт членских взносов организации.

В течение 2017 года члены ЗОАГ участвовали в аудите случаев "near miss", материнской и перинатальной смертности, анализе причин гистерэктомий у молодых женщин и исходов повторных кесаревых сечений в крае, аттестации врачей, организации и проведении научно-практических конференций, семинаров и тренингов (в т.ч. с выездами в районы края), в независимой оценке качества оказания услуг медицинскими организациями, судебно-медицинской экспертизе, профориентационной и санитарно-просветительной работе (выезды в районы края с лекциями совместно с Союзом женщин Забайкалья; акции на площадках города Чита к Всемирному дню борьбы с ВПЧ-инфекцией). Члены Совета и лидеры ЗОАГ участвовали в разработке и рецензировании федеральных и региональных клинических протоколов, разработке и обсуждении региональных и федеральных порядков и приказов, реги-

ональных формализованных форм медицинской документации, чек-листов, оказывали моральную и правовую поддержку врачам при судебных разбирательствах, осуществляли многоцелевые и всесторонние связи с Российским обществом акушеров-гинекологов, с профессиональными ассоциациями (обществами) акушеров-гинекологов округов и субъектов Российской Федерации, а также с зарубежными.

Были проведены три научно-практические конференции ЗОАГ: 21-22 марта 2017 года - конференция с Всероссийским участием "Три периода жизни женщины: медицинские проблемы и современные пути решения"; 23-24 мая 2017 г. - VI конференция акушеров-гинекологов Забайкальского края "Амбулаторно-поликлиническая служба: направления, достижения и перспективы, роль в охране здоровья женщин Забайкалья"; 4-5 октября 2017 г. совместно с АААР и ЗОАР - 76 образовательный форум Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов "Теория и практика анестезии и интенсивной терапии".

Материалы конференции акушеров-гинекологов Забайкальского края с Всероссийским участием "Три периода жизни женщины: медицинские проблемы и современные пути решения", которая состоялась в г. Чите 21-22 марта 2017 года, были опубликованы в "Забайкальском медицинском журнале" № 1, 2017 г, изданном за счет средств ЗОАГ.

Председатель ревизионной комиссии ЗОАГ Л.И. Анохова представила конференции отчёт о проверке финансово-хозяйственной деятельности организации за 2017 год. Учитывая потребности практического здравоохранения региона в совершенствовании работы службы вспомогательных репродуктивных технологий и распоряжений Минздрава РФ о внедрении автоматических систем мониторинга, согласно решению Совета ЗОАГ из средств организации 07.07.2017 года закуплен сервер "Пред ЭКО" на сумму 249.561 рублей.

Отчеты президента и председателя ревизионной комиссии ЗОАГ единогласно утверждены конференцией ЗОАГ.

Президент КОО "Забайкальское общество акушеров-гинекологов", Заслуженный врач России, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета и ФПК и ППС ФГБОУ ВО ЧГМА, д.м.н., профессор Т.Е. Белокриницкая

Секретарь КОО "Забайкальское общество акушеров-гинекологов", доцент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета и ФПК и ППС ФГБОУ ВО ЧГМА, д.м.н. Д.А. Тарбаева

ЮБИЛЕЙ

23 марта 2018 года
исполняется 65 лет действительному члену
Российской академии наук,
доктору медицинских наук, профессору,
Заслуженному деятелю науки РФ,
директору Федерального государственного
бюджетного научного учреждения
"Дальневосточный научный центр
физиологии и патологии дыхания"

КОЛОСОВУ ВИКТОРУ ПАВЛОВИЧУ

Виктор Павлович родился на Дальнем Востоке и всю жизнь связал с родным краем. В 1976 году он с отличием окончил Благовещенский государственный медицинский институт. В 1983 г. защитил кандидатскую диссертацию, в 1991 году - докторскую диссертацию. В 2000 году ему присвоено ученое звание профессора, в 2011 году избран членом-корреспондентом Российской академии медицинских наук, в 2017 году - действительным членом Российской академии наук.

С 1984 г. Виктор Павлович работает в Дальневосточном научном центре физиологии и патологии дыхания (ранее - Институт физиологии и патологии дыхания СО АМН СССР): вначале на должности руководителя лаборатории дифференциально-диагностических методов исследования неспецифических заболеваний легких, с 1997 г. - заместителем директора по научной и лечебной работе. В 2005 году В.П. Колосов избран директором Центра.

В.П. Колосов внес большой вклад в развитие медицинской науки на Дальнем Востоке, став одним из лидеров отечественной пульмонологии. Научные труды Виктора Павловича отражают его эрудицию, способность генерировать новые научные идеи и успешно претворять их в конкретные исследования, имеющие фундаментальный характер и большое прикладное значение. Научные достижения В.П. Колосова связаны с изучением особенностей реакции дыхательной системы на воздействие техногенных и экстремальных природных факторов. Под его руководством выполнены широкомасштабные исследования по эпидемиологии болезней органов дыхания в Дальневосточном регионе, в результате которых установлены закономерности влияния экологических и социальных факторов на здоровье популяции и особенности клинического течения заболеваний органов дыхания. Виктор Павлович внес большой вклад в разработку и внедрение специализированной пульмонологической помощи в регионах с низкой плотностью населения, совершенствование выездных ее форм, обеспечивших развитие диспансеризации и повышение доступности специализированной пульмонологической помощи.

Виктор Павлович сформировал новое направление в пульмонологии, связанное с системным анализом и моделированием экзогенных влияний на дыхательную систему человека, в рамках которого разработаны принципиально новые подходы к прогнозированию кардиореспираторных нарушений в клинической пульмонологии, предложены технологии клинико-физиологического прогнозирования, профилактики и лечения, защищенные патентами РФ. Под руководством В.П. Колосова исследованы молекулярно-генетические механизмы действия холода на дыхательную систему человека и разработаны новые молекулярные мишени для таргетной терапии бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких.

Виктор Павлович активно развивает международное научное сотрудничество. Под его руководством в рамках межправительственного соглашения с 2011 г. совместно с учеными КНР проводятся фундаментальные медико-биологические исследования по изучению механизмов гиперсекреции слизи и формирования мукоцилиарной недостаточности при неспецифических заболеваниях легких, неоднократно поддержанные грантами РФФИ и Государственного фонда естественных наук Китая.

В.П. Колосов - автор более 500 научных публикаций, в том числе 20 монографий, 63 патентов и авторских свидетельств на изобрете-

ния и полезные модели, 17 электронных баз данных и программ для ЭВМ, 12 методических изданий. Научные исследования Виктора Павловича неоднократно отмечались грантами Российского научного фонда, Российского фонда фундаментальных исследований. Результаты исследований, выполненных под руководством академика В.П. Колосова, представлены на крупнейших научных форумах: ежегодных конгрессах Европейского респираторного общества, Американского торакального общества, Азиатско-Тихоокеанского респираторного общества, Национальных конгрессах по болезням органов дыхания, Национальном конгрессе "Человек и лекарство", Международном конгрессе по приполярной медицине и многих других.

Виктор Павлович является членом Президиума Дальневосточного отделения РАН, сопредседателем научной секции Российского респираторного общества, главным редактором журнала "Бюллетень физиологии и патологии дыхания", членом редколлегии журнала "Информатика и системы управления" и международного журнала "Респираторная медицина", членом редакционных советов журналов "Дальневосточный медицинский журнал", "Тихоокеанский медицинский журнал", "Амурский медицинский журнал". Академик Колосов В.П. является соорганизатором и организатором крупных научных форумов, проводимых на регулярной основе - Национальных конгрессов по болезням органов дыхания, съездов врачей-пульмонологов Сибири и Дальнего Востока и других.

В.П. Колосов - председатель Диссертационного совета Д 999.199.02 при Дальневосточном научном центре физиологии и патологии дыхания и Амурской государственной медицинской академии. Им создана известная в стране дальневосточная научная школа пульмонологов, которая занимается вопросами клинического моделирования и прогнозирования течения болезней органов дыхания, изучением механизмов их формирования под влиянием факторов окружающей среды. Под научным руководством В.П. Колосова защищены 8 докторских и 31 кандидатская диссертация. Виктор Павлович заведует кафедрой пульмонологии, созданной по его инициативе при Амурской государственной медицинской академии на клинической базе Дальневосточного научного центра физиологии и патологии дыхания.

Виктору Павловичу присущи целеустремленность, высокое понимание гражданского долга, большая творческая энергия и неустанное стремление к прогрессу. Он пользуется большим уважением и авторитетом в научной среде и в практическом здравоохранении. За достигнутые результаты в области научных исследований и внедрение их в практику награжден Почетной грамотой Министерства здравоохранения РФ (2000). За заслуги в области организации и оказания лечебно-профилактической помощи пульмонологическим больным В.П. Колосову присвоено почетное звание "Заслуженный врач Российской Федерации" (2004). Научные достижения В.П. Колосова отмечены почетным званием "Заслуженный деятель науки РФ" (2011).

Ректорат и коллектив ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" поздравляет Виктора Павловича с юбилеем и желает ему крепкого здоровья и новых достижений в его многогранной деятельности.

К 80-летию со дня рождения ЩЕРБАК АЛЬБИНЫ ИВАНОВНЫ

Щербак А.И. родилась 18 февраля 1938 года в городе Лубны Полтавской области Украинской ССР в семье военнослужащего. Отец Иван Георгиевич Щукин прошел всю Великую Отечественную войну и встретил День Победы, освобождая Австрию. После войны полковника авиации перевели в Забайкальский военный округ, где он стал одним из основателей ракетных войск на территории нашего края. В Чите Альбина Ивановна окончила среднюю школу и в 1955 году поступила в Читинский государственный медицинский институт, с которым связала всю свою жизнь. Когда студентка училась на четвертом курсе, отец вышел в отставку, и семья переехала в город Ставрополь. А Альбина Ивановна вышла замуж за студента пятого курса Александра Григорьевича и навечно осталась в ставшем для нее родным Забайкалье. Вместе супруги прожили около 50 лет.

После окончания лечебного факультета, а это был третий выпуск в истории ЧГМИ, Альбина Ивановна работала в almamater в течение 45 лет сначала ассистентом, затем доцентом кафедры гистологии. В её трудовой книжке имеется только одна запись "Принята в Читинский государственный медицинский институт", дополнения связаны только с переименованием вуза и получением многочисленных благодарностей. В течение короткого времени она полностью освоила преподавание дисциплины, научные методики, способы изготовления всех типов гистологических препаратов, морфометрическую технику, работу с экспериментальными животными. Её лекции и практические занятия отличались глубиной преподаваемого материала и, в то же время, доступностью для понимания. Она пользовалась заслуженным уважением у студентов и коллег по работе. Альбина Ивановна неоднократно повышала свою квалификацию на краткосрочных курсах в Ленинграде, Киеве и Москве.

В 1971 году в Курском государственном медицинском институте она защитила кандидатскую диссертацию на тему "РНК и общие белки симпатического неврона при некоторых воздействиях" под руководством профессора Зельмы Андреевны Будриной. Её научные интересы были связаны с состоянием белков и нуклеиновых кислот в норме и различных воздействиях, в том числе, при краевой патологии. Альбина Ивановна является автором 50 научных трудов, опубликованных в нашей стране и за рубежом. Она неоднократно докладывала результаты работы на Всесоюзных Съездах анатомов, гистологов и эмбриологов в Москве, Ленинграде, Тбилиси, Смоленске, Воронеже. И всегда они удостаивались высокой оценки коллег.

Альбина Ивановна проводила большую общественную работу на кафедре и в профсоюзном комитете. В течение длительного времени она была ответственной за кураторство в институте. Альбина Ивановна награждена Почетной грамотой Министра Здравоохранения РФ.

Альбина Ивановна обладала замечательными человеческими качествами. Её отличали доброта, внимательность, интеллигентность, умение понимать других, стремление всегда прийти на помощь другим людям.

Дети Альбины Ивановны и Александра Григорьевича пошли по стопам родителей. Сын Владимир и дочь Татьяна защитили сначала кандидатские, а затем докторские диссертации, и трудятся в родном вузе. Внуки также продолжают дело бабушки и деда. В династии, заложенной Альбиной Ивановной и Александром Григорьевичем, в настоящее время 7 врачей и один студент медицинского вуза, а их общий трудовой стаж составляет около 200 лет.

Ученики и коллеги с благодарностью вспоминают Альбину Ивановну. Без преувеличения можно сказать, что ее богатейший опыт гистолога стал фундаментом для многих будущих специалистов. Будучи человеком трудолюбивым, порядочным, отзывчивым, с тонким чувством юмора, Альбина Ивановна заслужила искреннюю любовь и уважение студентов и коллег. Микропрепараты, изготовленные ею, до сих пор используются в учебном процессе.

Щербак Альбина Ивановна ушла из жизни 18 октября 2006 года. Родные, близкие и коллеги кафедры хранят светлую память об этом прекрасном человеке.

Сотрудники кафедры гистологии благодарят Щербак В.А. и Аксенову Т.А. за предоставленный материал.

Зав. кафедрой гистологии, цитологии, эмбриологии, к.м.н., доцент Обыденко В.И.
Доцент, к.м.н. Баранчугова Л.М.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Уважаемые коллеги!

Редакционная коллегия ежеквартального научно-практического журнала "Забайкальский медицинский журнал" принимает материалы для публикации по следующим рубрикам:

- вопросы организации здравоохранения;
- клинические лекции;
- новые медицинские технологии;
- в помощь практическому врачу
- случаи из практики;
- краткие сообщения.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Редакция "Забайкальского медицинского журнала" просит внимательно ознакомиться с нижеследующими положениями по изданию журнальных публикаций

Статья должна быть представлена в печатном виде и на электронном носителе в формате MS Word (любой версии).

Бумажный вариант статьи должен быть напечатан на одной стороне листа А4 через 1,5 интервала, шрифт Times New Roman, кегль - 14. Размеры полей: левое - 30 мм, правое - 10 мм, верхнее и нижнее - каждое не менее 20 мм.

Объем публикаций по вопросам организации здравоохранения не должен превышать 5-7 страниц, лекций - 12-15 страниц, случаев из практики - 2-4 страницы, кратких сообщений - 2-3 страницы.

Структура оригинальной статьи.

Титульная часть статьи должна содержать: индекс УДК, название статьи, фамилию и инициалы автора(ов), наименование организации.

Основной текст статьи должен структурно строиться в следующем порядке: введение; цель исследования; методы и материалы; результаты и обсуждение; заключение; литература.

Единицы измерения, характеристики и показатели изучаемых явлений должны быть представлены в единицах единой метрической системы.

Таблицы, диаграммы и рисунки помещаются в тексте по ходу изложения. Иллюстративный материал должен быть пронумерован и снабжен подписями.

Цитируемая литература приводится в алфавитном порядке (русские, затем иностранные источники) в соответствии с действующим ГОСТом. В тексте статьи литературные источники проставляются цифрами в квадратных скобках, соответственно списку.

Вся ответственность за достоверность представленных данных возлагается на автора(ов) статьи.

Статьи, не соответствующие указанным требованиям, к опубликованию не принимаются.

Материалы для публикации отправляются или сдаются в редакцию по адресу:

672000, г. Чита, ул. Горького, 39-а, ЧГМА, редакционно-издательский центр.