

# Здравоохранение Югры 4 2018



Бюджетное учреждение  
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры  
«Медицинский информационно-аналитический центр»



ISSN 2411-7854

ВЫПУСК № 4 /17/2018

# Здравоохранение Югры

ОПЫТ И ИННОВАЦИИ



НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

● ● ● ● 16+









# ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГРЫ:

## ОПЫТ И ИННОВАЦИИ

№ 4(17) 2018

16 +

### Учредитель

Бюджетное учреждение  
Ханты-Мансийского автономного  
округа - Югры «Медицинский  
информационно-аналитический  
центр»

### Редакция

*Зав. редакцией*  
Дёмин Е.А.

### Секретарь редакции

Змановская Е.В.

### Дизайн и верстка журнала

Митрофанов М.Г.

### Корректор

Шереметьева В.В.

### Адрес издателя, редакции

628007, г. Ханты-Мансийск,  
ул. Студенческая, 15А

### Главный редактор

Чистяков С.Н.

### Зам. главного редактора

Овечкина Т.Д.

### Ответственный секретарь

Токарева И.В.,  
кандидат филологических наук

Все права защищены.

Любое воспроизведение опубликованных материалов без письменного согласия редакции не допускается. При перепечатке ссылка на журнал обязательна

Авторы несут полную ответственность за подбор и изложение фактов, содержащихся в статьях, высказываемые ими взгляды могут не отражать точку зрения редакции

Журнал зарегистрирован Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Тюменской области, Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре и Ямало-Ненецкому автономному округу  
Свидетельство о регистрации ПИ № ТУ72-01242 от 24.04.2015

**На обложке:** Казакова Валентина Алексеевна – главный врач бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника».

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования электронной библиотеки eLibrary.ru

По вопросам публикации обращаться по адресу: [zmanovskayaev@miacugra.ru](mailto:zmanovskayaev@miacugra.ru)

Дата выхода 20.12.2018 г.

Усл.печ. 9.

Тираж 100 экз.

Выходит раз в  
три месяца

Цена  
свободная

### Отпечатано

БУ «Медицинский  
информационно-аналитический  
центр»  
628007, г. Ханты-Мансийск,  
ул. Студенческая, 15А





### *Уважаемые коллеги!*

Мы рады приветствовать читателей, коллег – наших постоянных авторов, а также новых, которые добавились к нашему сообществу с данного номера – № 4 за 2018 год.

Мы признательны за то, что вы выбираете наше издание для публикации результатов своих научных и практических трудов, потому что считаете журнал своей трибуной, доверяете нам, а также потому, что публикация в нем позволяет вам решать задачи научной индексации. Последнее на сегодня стало весьма актуальным в свете новых требований к показателям эффективности работы сотрудников научной и медицинской сфер.

Очень приятно, что в подготовке номера активное участие приняли сотрудники научно-исследовательской лаборатории учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет», так вашему вниманию представлена статья Разводовского Ю.Е. «Алкоголь как фактор гендерного градиента ожидаемой продолжительности жизни городского и сельского населения Беларуси».

Также вы сможете ознакомиться с опытом внедрения программы профилактики стоматологических заболеваний у детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и работой окружной общественной организации стоматологов ХМАО-Югры.

Кроме того в этом номере журнала ряд статей посвящен исключительно важной проблеме – здоровью детей, а именно: врожденному дискератозу и комплексному лечению хронического тонзиллита у детей в условиях крайнего севера.

Актуальность представляемых статей определяется современными проблемами, которые стоят перед обществом: морфологические особенности постмортальной диагностики рассеянного склероза, гинекологическая заболеваемость и инфекции, передающиеся половым путем.

Особое внимание обращает на себя статья «Мы думаем по-югорски – на опережение», представленная в рубрике Точка зрения, рассказывающая о том, что в 2018 году кардиохирургическая служба Окружного кардиологического диспансера отметила 20-летний юбилей, его программа «Югра-кор» перешагнула десятилетний рубеж, а также о реализации регионального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», в рамках которого запланированы следующие мероприятия: приобретение высокотехнологичного оборудования в медицинские организации округа, увеличение количества первичных сосудистых отделений, привлечение квалифицированных специалистов.

Мы надеемся, что широкий обмен накопленным опытом и знаниями между ведущими специалистами в этой области, открытое и всестороннее обсуждение актуальных проблем современной медицины на страницах нашего журнала будут полезны и крайне необходимы для поиска оптимальных системных решений.

Мы благодарим наших постоянных и новых авторов, надеемся на дальнейшее плодотворное сотрудничество со всеми.

Главный редактор журнала  
«Здравоохранение Югры: опыт и инновации»  
Чистяков С.Н.,  
кандидат педагогических наук,  
заместитель директора БУ «Медицинский  
информационно-аналитический центр»  
Заслуженный работник Ханты-Мансийского  
автономного округа – Югры





## АНАЛИЗ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОЛОВЫМ ПУТЕМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, УРАЛЬСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ И ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ – ЮГРЕ ЗА 2015-2017 ГОДЫ

Армашевская О.В.,

к.м.н., ведущий научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России

Чучалина Л.Ю.,

заместитель главного врача по КЭР БУ «Нижневартовская городская больница»

Феоктистова П.С.,

к.м.н., заведующий химиотерапевтическим отделением  
ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ

*На основании анализа литературных источников, данных официальной статистики заболеваемости у женщин органов репродуктивной системы за 2015-2017 годы в Российской Федерации, Уральского федерального округа, Ханты-Мансийского автономного округа – Югры выявлен рост гинекологической заболеваемости. Сохранение репродуктивного здоровья возможно при проведении целого комплекса профилактических мероприятий, направленных на предотвращение гинекологических заболеваний и совершенствование организации оказания акушерско-гинекологической помощи в амбулаторных условиях.*

**Ключевые слова:** репродуктивное здоровье, профилактика гинекологических заболеваний, акушерско-гинекологическая помощь в амбулаторных условиях.

### Актуальность

Репродуктивное здоровье является неотъемлемой частью составляющих здоровья человека, влияющее на воспроизводство населения и его качество, что крайне важно в обеспечении стабильного развития общества, а его сохранение является самой актуальной проблемой любой страны [8].

Учитывая важность сохранения репродуктивного здоровья, мировое научное сообщество проводит постоянное изучение данной проблематики, мониторинг оказания акушерско-гинекологической помощи и разрабатывает пути ее совершенствования [9].

Результаты исследования гинекологической заболеваемости среди женщин, живущих в нефтегазоносных районах Казахстана, выявили преобладание эрозии шейки матки над нарушением менструальной функции и воспалением цервикального канала (эндоцервициты) [3].

При изучении динамики общей заболеваемости сальпингоофоритом в Белгородской области за 2009-2014 гг., выявлено максимальное увеличение общей заболеваемости в сельских районах области среди девочек школьного возраста и взрослых женщин [1].

Позднее наступление менархе, наличие нарушений менструального цикла по типу

ациклических кровотечений и гиперполименореи характерно для пациенток с миомой матки в сочетании с доброкачественными новообразованиями яичников, что является распространенной патологией у женщин репродуктивного возраста и встречается у каждой третьей пациентки с гиперпластическими процессами матки. Репродуктивная функция у них характеризуется наличием большого количества родов с коротким интергенетическим интервалом и прерыванием беременности в анамнезе [6].

Исследователи г. Санкт-Петербурга установили, что большая часть населения Российской Федерации представлена женской частью и заболеваемость воспалительными и опухолевыми новообразованиями на территории Российской Федерации постоянно растет. «Реактивные» пролиферативные воспалительные изменения в теле и шейке матки среди женщин определяются в 1,5 раза чаще, по сравнению с другими гинекологическими заболеваниями, такими как опухолевидные образования и искусственное прерывание беременности. Бета-коэффициент комбинированного влияния опухолевидных образований яичников и тела матки совместно с искусственным прерыванием беременности на реактивные пролиферативные воспалительные изменения шейки и полости матки состав-



вил  $1,35 \pm 0,22$ ,  $t=5,95$ , стандартная ошибка онкологических заболеваний –  $0,12$ , стандартная ошибка при прерывании беременности –  $0,14$ . Эпидемиологически более значимым диагнозом явились опухолевидные образования яичников и тела матки, а факторами, обуславливающих их развитие: «реактивные» пролиферативные воспалительные заболевания, искусственное прерывание беременности (аборты на ранних сроках) [4].

Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (ИППП), представляют собой одну из главных причин нарушения репродуктивного здоровья. Более 75% женщин в мире страдают ИППП, но эта статистика не учитывает так называемые «немые инфекции», следовательно, истинная частота заболеваемости значительно выше [8].

Даже после проведения адекватной антибактериальной терапии возможно развитие серьезных осложнений, в их числе бесплодие, хроническая тазовая боль, пельвиоперитонит и развитие таких серьезных осложнений беременности, как преждевременные роды. В этой связи с особой актуальностью встает вопрос не только об оптимизации лечения воспалительных заболеваний половых путей, но и о разработке адекватной программы прегравидарной подготовки для пациенток с таким анамнезом. Проведение прегравидарной подготовки у женщин, перенесших воспалительные заболевания половых органов, позволяет снизить риск воспалительных и инфекционных заболеваний урогенитального тракта во время беременности, угрозы прерывания беременности в I триместре (отношение шансов (ОШ) =  $4,38$ , 95% доверительный интервал (ДИ) =  $[1,87; 9,49]$ ,  $p=0,001$ ), угрожающих преждевременных родов (ОШ =  $10,76$  при 95% ДИ =  $[3,74; 26,16]$ ,  $p=0,000$ ), укорочения шейки матки менее 25 мм (ОШ =  $3,22$  при 95% ДИ =  $[1,35; 7,15]$ ,  $p=0,010$ ), анемии беременных (ОШ =  $2,51$  при 95% ДИ =  $[1,08; 5,54]$ ,  $p=0,045$ ) и преждевременных родов (ОШ =  $6,63$  при 95% ДИ =  $[1,42; 30,95]$ ,  $p=0,015$ ) [5].

Влияния факторов образа жизни на репродуктивное здоровье рассмотрено с учетом потенциально изменяемых факторов: возраста, курения, веса, диеты и физической активности, приведены убедительные доказательства того, что возраст, вес и курение влияют на общее

состояние здоровья и отрицательно влияют на репродуктивную функцию, а изменение образа жизни полезно для общего здоровья и для репродукции [7].

Основные задачи и пути их решения для улучшения демографической ситуации в Хабаровском крае проанализированы с учетом показателей деятельности акушерско-гинекологической службы в динамике за три года (2015-2017 гг.), определяющих проблемы сохранения и воспроизводства репродуктивного здоровья, гинекологической заболеваемости, бесплодия в браке, патологии беременности и родов, неонатального периода, материнской и младенческой смертности и «болевых точек» службы родовспоможения и детства [2].

Таким образом, сохранение репродуктивного здоровья нации является многофакторной проблемой и требует всестороннего изучения для понимания особенностей субъектов страны и дальнейшего принятия управленческих решений, направленных на совершенствование оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи с проведением профилактической работы среди населения.

### Материалы и методы исследования

Проведен анализ первичной и общей гинекологической заболеваемости, инфекций, передающихся преимущественно половым путем по данным ФГБУ «Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России по Российской Федерации, Уральскому федеральному округу, Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре за 2015-2017 гг.

Использовались статистический, аналитический и описательный методы. Статистический анализ осуществлялся с помощью программы Statistica 6,0 (StatSoftInc.).

### Результаты

На фоне повсеместной положительной динамики изменения показателя зарегистрированных пациенток с впервые в жизни установленным диагнозом сальпингита и оофорита отмечается максимальное снижение в ХМАО на  $30,6\%$ , в УФО –  $17,0\%$  и Российской Федерации –  $16,7\%$ , и в итоге в 2017 году по ХМАО этот показатель составил  $240,2$  на  $100000$  жен-



ского населения соответствующего возраста, что значимо ниже, чем в РФ (376,8) и УФО (290,5) (таблица 1).

Отмечается увеличение первичной заболеваемости эндометриозом, с наибольшим значением в УФО – 16,9% и ХМАО – 15,5%,

а в Российской Федерации – 8,2%. Значения показателя первичной заболеваемости эндометриозом за 2017 год в ХМАО – 183,0 на 100000 женского населения соответствующего возраста, что выше, чем в РФ (155,6) и УФО (122,8) (таблица 1).

Таблица 1

**Динамика показателя зарегистрированных пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом расстройства менструаций, сальпингит и оофорит, эндометриоз и женское бесплодие в Российской Федерации, Уральском федеральном округе и Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, в возрасте 18 лет и старше за 2015-2017 гг. (на 100000 женского населения соответствующего возраста)**

СУБЪЕКТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	Годы			2017/ 2015 ±%
	2015	2016	2017	
сальпингит и оофорит*				
Российская Федерация	439,6	415,4	376,8	-16,7
Уральский федеральный округ	339,8	343,6	290,5	-17,0
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	313,8	340,4	240,2	-30,6
эндометриоз*				
Российская Федерация	142,8	155,0	155,6	+8,2
Уральский федеральный округ	102,1	122,7	122,8	+16,9
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	154,6	202,2	183,0	+15,5
расстройства менструаций**				
Российская Федерация	1290,2	1305,9	1292,8	+0,2
Уральский федеральный округ	1306,2	1393,0	1383,0	+5,6
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	2679,8	2688,2	2499,4	-7,2
женское бесплодие**				
Российская Федерация	280,3	278,8	278,2	-0,7
Уральский федеральный округ	483,8	409,0	414,2	-16,8
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	801,8	796,4	760,6	-5,4

\*) Показатель исчислен на женское население

\*\*) Показатель исчислен на женское население (18-49 лет)

За анализируемый период гинекологическая заболеваемость женского населения в возрасте 18 лет и старше (на 100000 женского населения соответствующего возраста) снизилась у зарегистрированных пациенток с впервые в жизни установленным диагнозом расстройства менструаций в ХМАО на 7,2%, а в УФО и по стране наблюдалось увеличение на 5,6%, и 0,2%, соответственно, при этом значение показателя в 2017 году по ХМАО составило 2499,4 на 100000 женского населения соответствующего возраста, что кратно превышает аналогичный показатель по РФ (1292,8) и УФО (1383,0) (таблица 1).

Снижение повсеместно впервые зарегистрированных пациентов с женским бесплоди-

ем в УФО (16,8%), ХМАО (5,4%), и Российской Федерации (0,7%), с сохраняющимся превышением в 2,7 раз показателя в течение всего периода в ХМАО в отличие от страны и 1,8 раз УФО (таблица 1).

Динамика показателя зарегистрированных пациентов с установленным диагнозом сальпингита и оофорита за 2015-2017 гг. характеризуется снижением на 5,3% по ХМАО, в УФО и Российской Федерации на 12,4% и 9,3%, соответственно, за весь исследуемый период кратных различий значения показателя в исследуемых субъектах не отмечается (ХМАО – 848,9; РФ – 963,5 и УФО – 805,7) (таблица 2).



**Динамика показателя зарегистрированных пациентов с установленным диагнозом расстройства менструации, сальпингит и оофорит, эндометриоз и женское бесплодие в Российской Федерации, Уральском федеральном округе и Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, в возрасте 18 лет и старше за 2015-2017 гг. (на 100000 женского населения соответствующего возраста)**

СУБЪЕКТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	Годы			2017/ 2015 ±%
	2015	2016	2017	
сальпингит и оофорит*				
Российская Федерация	1053,0	1013,2	963,5	-9,3
Уральский федеральный округ	905,5	859,9	805,7	-12,4
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	894,3	933,7	848,9	-5,3
эндометриоз*				
Российская Федерация	462,9	488,4	508,5	+9,0
Уральский федеральный округ	309,4	343,5	383,7	+19,4
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	493,3	592,6	682,8	+27,7
расстройства менструаций**				
Российская Федерация	2537,3	2610,1	2679,6	+5,3
Уральский федеральный округ	2730,3	2851,6	2865,8	+4,7
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	4956,3	5329,4	5422,3	+8,6
женское бесплодие**				
Российская Федерация	790,0	842,7	857,4	+7,9
Уральский федеральный округ	1289,7	1368,7	1362,2	+5,3
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	2293,2	2548,7	2716,5	+15,6

\*) Показатель исчислен на женское население

\*\*\*) Показатель исчислен на женское население (18-49 лет)

Отмечен повсеместно прирост общей заболеваемости эндометриозом, с наибольшим значением в ХМАО (27,7%), УФО (19,4%) и Российской Федерации (9,0%). Значение показателя общей заболеваемости эндометриозом в 2017 году в ХМАО – 682,8 на 100000 женского населения соответствующего возраста, что превышает значение страны (508,5) и округа (383,7) (таблица 2).

Аналогичная динамика с тенденцией к росту зафиксирована для показателя расстройства менструаций: в ХМАО на 8,6%, Российской Федерации – 5,3%, менее всего в УФО на 4,7%. Следует отметить, что в ХМАО помимо выявленного роста, значение самого показателя в 2017 году (5422,3 на 100000 женского населения соответствующего возраста) превышает данные РФ (2679,6) и УФО (2865,8) более чем в 1,5 раза (таблица 2).

Зарегистрирован на фоне всеобщего прироста с максимальным в ХМАО на 15,6% пациентов с диагнозом женское бесплодие, в УФО – 5,3% и Российской Федерации – 7,9%. В 2017 году в ХМАО значения показателя общей за-

болеваемости женским бесплодием составило 2716,5 на 100000 женского населения соответствующего возраста, чтократно выше значения РФ (857,4) и УФО (1362,2) (таблица 2).

Таким образом, за трехлетний период повсеместно отмечено снижение впервые выявленной заболеваемости за исключением эндометриоза, где прирост особенно выражен в УФО, здесь же и в РФ наблюдается незначительное увеличение расстройств менструаций. Динамика показателя зарегистрированных пациентов с установленным диагнозом расстройства менструаций, сальпингит и оофорит, эндометриоз и женское бесплодие показала рост во всех нозологиях за исключением последней, где УФО имеет лучшие среди сравниваемых показатели по значению и его снижению.

За 2015-2017 годы заболеваемость инфекциями, передающимися половым путем (на 100000 женского населения соответствующего возраста) имеет четкую тенденцию к снижению.

Так, общая заболеваемость сифилисом на 100 000 населения за исследуемый период снижается максимально в ХМАО на 82,0%, УФО





(24,7%) и РФ(20,5%) показатель заболеваемости всеми формами сифилиса на 100000 населения за весь период ниже, чем в УФО и стране (таблица 3).

Таблица 3

**Динамика показателя заболеваемости инфекциями, передающимися преимущественно половым путем за 2015-2017 гг. в Российской Федерации, Уральском федеральном округе и Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (на 100 000 населения)**

СУБЪЕКТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	Годы			2017/ 2015 ±%
	2015	2016	2017	
Заболеваемость всеми формами сифилиса (все население) на 100 000 населения				
Российская Федерация	23,5	21,2	19,5	-20,5
Уральский федеральный округ	21,2	18,1	17,0	-24,7
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	18,2	12,5	10,0	-82,0
Заболеваемость гонококковой инфекцией на 100 000 населения				
Российская Федерация	18,5	14,4	11,1	-66,7
Уральский федеральный округ	23,9	18,9	11,8	-102,5
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	21,2	16,0	10,3	-105,8
Заболеваемость трихомонозом на 100 000 населения				
Российская Федерация	62,9	55,4	48,0	-31,0
Уральский федеральный округ	68,3	66,7	56,1	-21,7
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	59,5	62,0	59,0	-0,8
Заболеваемость хламидийными инфекциями на 100 000 населения				
Российская Федерация	41,3	35,3	30,4	-35,8
Уральский федеральный округ	37,8	37,6	36,4	-3,8
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	45,7	55,1	56,6	+19,3
Заболеваемость аногенитальной герпетической вирусной инфекцией на 100 000 населения				
Российская Федерация	13,5	12,6	12,2	-10,6
Уральский федеральный округ	13,2	14,5	14,6	+9,6
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	12,9	12,2	9,5	-35,8

Выявлено максимальное снижение показателя заболеваемости гонококковой инфекцией в ХМАО на 105,8%, в Российской Федерации – 66,7% и УФО – 102,5%. В 2017 году значение показателя в ХМАО составило 10,3 на 100000 населения, что ниже РФ (11,1) и УФО (11,8) (таблица 3).

Снижение заболеваемости трихомонозом за трехлетний период было повсеместно, но минимально в ХМАО на 0,8%, УФО на 21,7%, и Российской Федерации на 31,0%, а к 2017 году значение показателя в ХМАО (59,0) превалировало над УФО (56,1) и РФ (48,0).

Заболеваемость хламидийными инфекциями снизилась в УФО на 3,8% и Российской Федерации на 35,8%, повышение отмечено в ХМАО на 19,3% и данный показатель остается высоким (56,6) на протяжении всего исследования. (РФ – 30,4 и УФО – 36,4) (таблица 3).

Заболеваемость аногенитальной герпетической вирусной инфекцией характеризуется максимальным снижением в ХМАО на 35,8% и Российской Федерации на 10,6%, увеличением в УФО на 27,4%. Минимальны значения отмечены за все время исследования в ХМАО и к 2017 году составило 9,5 на 100000 населения, что ниже странового показателя (12,2) и УФО (14,6) (таблица 3).

Таким образом, заболеваемость инфекциями, передающимися преимущественно половым путем за период 2015-2017 гг. имеет четкую тенденцию к снижению за исключением ХМАО, где отмечен рост на 19,3% хламидийных инфекций по итогам 2017 года их уровень превышает общероссийские показатели в 1,9 раз и 1,6 раз УФО, где зафиксирован прирост на 9,6% заболеваемости аногенитальной герпетической вирусной инфекцией.



### Заключение

В рамках проведенного нами исследования выявлена за трехлетний период тенденция к росту первичной и общей заболеваемости эндометриозом, с максимальными значениями показателя в ХМАО, расстройств менструаций в УФО и РФ, наблюдается рост общей заболеваемости женским бесплодием, максимально в ХМАО, причем значение показателя превышает среднероссийский в 3,2 раза, а УФО в 2,0 раза, аналогичный тренд прослеживается и с впервые выявленным женским бесплодием.

Несмотря на снижение заболеваемости инфекциями, передаваемыми преимущественно половым путем, в ХМАО отмечен рост на 19,3% хламидийных инфекций с кратным превышением общероссийских показателей к концу исследования.

Вышеизложенное является основанием для принятия управленческих решений на территории субъекта Российской Федерации, подразумевающих совершенствование оказания акушерско-гинекологической помощи на основе сравнительного анализа показателей гинекологической заболеваемости, инфекций, передающихся преимущественно половым путем за предыдущие годы; определение территориальных особенностей и изучение их опыта с обязательной последовательностью и пролонгированностью действий в виде создания модели профилактических мероприятий, направленных на снижение гинекологических заболеваний и просветительскую деятельность по сохранению репродуктивного здоровья среди подрастающего поколения.

### Литература

1. Кича, Д.И. Динамика общей заболеваемости сальпингоофоритом как проблема регионального здравоохранения / Д.И.Кича, Н.М.Агарков, С.Н.Гонтарев и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – №1 – С.28-32.
2. Чиждова, Г.В. О сохранении и укреплении репродуктивного здоровья населения с целью повышения рождаемости в Хабаровском крае / Г.В. Чиждова, Н.Ю.Владимирова // Здравоохранение Дальнего востока. – 2018 – №2 – С.12 – 16.
3. Тусупкалиев, А.Б. Состояние здоровья женщин в нефтегазоносных районах Актюбинской области / А.Б.Тусупкалиев, Л.К.Сарсембаева, А.А. Абдрахманова // Медицинский журнал западного Казахстана. – 2018. – №1. – С.10-14.
4. Зенюкова, Г.В. Результаты гистологических исследований, выполненных у больных с различной патологией женской репродуктивной системы первой половины 2016 года г. Санкт-Петербурга / Г.В. Зенюкова // Журнал научных статей здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – №5. – С.54-57.
5. Хадарцева, К.А. Роль предгравидарной подготовки в улучшении пренатальных исходов у женщин с воспалительными заболеваниями половых путей / К.А. Хадарцева, Р.К. Кузибаева // РМЖ Мать и Дитя. – 2017. – №26. – С.1934 – 1937.
6. Хушвахтова, Э.Х. Репродуктивное здоровье женщин с гиперпластическими процессами эндометрия в сочетании с доброкачественными новообразованиями яичников / Э.Х. Хушвахтова, Н.Д. Абдурахманова, С.Х. Холова // Вестник Авиценны. – 2017. – №1. – С.17-20.
7. Паскарь, С.С. Некоторые характеристики образа жизни и их влияние на репродуктивное здоровье / С.С. Паскарь, А.С. Калугина // Акушерство и гинекология Санкт – Петербурга. – 2018. - №1. – С.69-73.
8. Супрунук, В.В. Инфекции, передающиеся половым путем, как причина нарушения репродуктивного здоровья у женщин: современный взгляд на актуальную проблему / В.В. Супрунук, Д.А. Цыганкова // Аллея науки. – 2018. - №5. – С.646– 649.
9. Мониторинг достижения всеобщего доступа к репродуктивному здоровью на национальном уровне. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.who.int/reproductivehealth/9789244596838/ru/>  
© Армашевская О.В., Чучалина Л.Ю., Феоктистова П.С., 2018



**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ  
КРАЙНЕГО СЕВЕРА И ПРИРАВНЕННЫХ К НЕМУ ТЕРРИТОРИЯХ**

Симакова Э.Ю.,

к.м.н., заместитель руководителя по медицинской части, врач оториноларинголог  
БУ «Покачевская городская больница»

*Одним из важных мероприятий Федеральной целевой программы «Дети Севера» было объявление о повышении качества и обеспечении доступности квалифицированной медицинской помощи для женщин и детей, проживающих в районах Крайнего Севера и приравненных к нему территориях. В рамках программы «Дети Севера» специалистами ведущих научно-исследовательских институтов России обследовано более 5 тысяч детей, проживающих в Ханты-Мансийском, Ямало-Ненецком автономных округах, северных районах Томской, Красноярской областей, республике Саха. По данным проведенных исследований было выявлено, что только 2,5% обследованных детей в возрасте от 1 до 17 лет здоровы. Свыше 70% детей имеют сочетанную патологию органов дыхания, пищеварения или остаточные явления натальных травм в форме различных синдромов.*

**Ключевые слова:** заболевания глотки, тонзиллит, детская популяция европеоидов Севера, хронические воспалительные заболевания ЛОР органов.

Заболевания глотки в детской популяции европеоидов Севера являются наиболее распространенными среди всех хронических воспалительных заболеваний ЛОР органов. Самые частые заболевания глотки у детей европеоидов – гипертрофия миндалин лимфаденоидного глоточного кольца (35 – 40%) и хронический тонзиллит (13 – 16%). Отмечается, что у детей европеоидов Севера хронический тонзиллит (ХТ) протекает более тяжело, чем у детей коренного населения, что проявляется частотой встречаемости заболевания в нозологической структуре ЛОР патологии, преобладанием декомпенсированных форм ХТ, более частыми ангинами, выраженным астеническим синдромом после перенесенной ангины (Шпарлова Г.В. и соавт., 1999, Капустина Т.А., Максимова Т.М., Погосов В.С., 1999).

В литературе имеются общие сведения об особенностях адаптивных реакций, иммунной реактивности человека на Севере. Благодаря программе «Дети Севера» в литературе появились, немногочисленные, но очень важные данные по исследованию иммунной системы детей – жителей северных широт, об особенностях адаптации как пришлого населения к Северу, так и коренных северных народностей к природным факторам средних широт. Эти данные демонстрируют, что природные условия средних широт Сибири (изменение фотопериодизма, влажности, кислородной насыщенности воздуха и т.д.) для детей коренного

населения крайнего Севера являются своеобразным стрессом и также требуют адаптации. Показано, что адаптивные реакции только сердечно-сосудистой системы этих детей делятся в среднем около полугода [14]. Поскольку иммунная система является одной из основных систем, регулирующих гомеостаз организма, можно предположить, что ее реакция на изменение внешней среды (увеличение фотонагрузки, бактериальной обсемененности и т.д.) проявляется значительными изменениями, которые могут повлечь за собой развитие нехарактерных воспалительных заболеваний или изменение течения имеющихся воспалительных заболеваний. Эта область исследований, к сожалению, в литературе освещена очень мало.

Таким образом, актуальность проблемы лечения ХТ в условиях Крайнего Севера заключается в необходимости дифференцированного подхода к реабилитации детей, страдающих ХТ, в зависимости от их принадлежности к коренному или пришлому населению и длительности проживания в условиях Севера.

Хронический неспецифический тонзиллит – инфекционно-аллергическое заболевание с местными проявлениями в виде стойкой воспалительной реакции небных миндалин, морфологически выражающейся альтерацией, экссудацией и пролиферацией [20].

В практической работе в г. Покачи оториноларингологи используют классификацию ХТ, предложенную академиком И.Б. Солдато-



вым, и принятую в 1975 г. на VII Всесоюзном съезде оториноларингологов. Согласно этой классификации хронический неспецифический тонзиллит подразделяется на компенсированную и декомпенсированную формы. При компенсированной форме имеются лишь местные признаки заболевания, барьерная функция миндалин и реактивность организма предотвращают общую реакцию организма. Декомпенсированная форма проявляется помимо местных признаков воспаления рецидивами ангины, паратонзиллитов, паратонзиллярных абсцессов и различными патологическими реакциями, сопряженными заболеваниями отделенных органов и систем.

Общепризнана целесообразность комплексного лечения ХТ – общего и местного (Исхаки Ю.Б., Кальштейн Л.И., 1984, Пальчун В.Т., Сагалович Б.М., 1995, Шеврыгин Б.В., 1996, Prim M.P., 2002, Roncevic N, Popadic J, Stojadinovic.A., 2002, Johnson B.C., Alvi A., 2003).

Местное лечение включает в себя:

- промывание лакун небных миндалин и полоскание глотки растворами антисептиков;
- введение антибактериальных и антисептических препаратов в небные миндалины;
- применение оросептиков;
- ультразвуковое воздействие на ткань миндалин в сочетании с аспирацией содержимого лакун;
- физиотерапия на область регионарных лимфоузлов;
- ароматерапия.

В мире общепризнан положительный эффект ультразвуковой терапии ХТ [26].

Новосибирская медицинская академия отмечает положительные результаты консервативной терапии ХТ с помощью ультразвуковой и озонотерапии [1].

Общая терапия включает в себя:

- антибиотики;
- нестероидные противовоспалительные препараты;
- иммуностимуляторы;
- антиоксиданты.

Из описанных методов лечения в лечении конкретного больного используется сочетание нескольких местных методик (чаще всего «Тонзиллор»+оросептики), а общее воздействие дополняет лечение. Антибиотики и противовоспалительные средства назначают при обо-

стрении заболевания или при обострении сопутствующей патологии воспалительного характера, иммуностимуляторы и антиоксиданты используются при латентном течении ХТ (Диккий И.Л., 1990). Однако, если для антибиотиков и противовоспалительных средств разработаны четкие директивы по препаратам выбора у детей и взрослых [24], то в отношении иммуномодулирующего воздействия четких указаний нет, что представляет определенную проблему для практикующих врачей, особенно в детской практике [23].

Всего под наблюдением за время исследования находились 90 детей в возрасте от 6 до 15 лет, из них – 42 мальчика, что составило 46,7% от общего числа больных, и 48 девочек, что, соответственно, составило 53,3%. Контингент пролеченных детей был неоднороден как по форме ХТ, так и по принадлежности к коренному или пришлому населению.

В группы исследования вошли: 1) дети европеоиды (преимущественно русской национальности), рожденные и проживающие в г. Покачи с рождения – 36 человек (40,1% от общего количества исследованных больных), 2) дети европеоиды (преимущественно русской национальности), приехавшие на постоянное место жительства в г. Покачи из средних и южных широт европейской части РФ, Урала, Сибири в течение одного года – 22 человека (24,3 % от общего числа больных), 3) дети коренного населения – ханты, рожденные и проживающие в г. Покачи с рождения – 32 человека (35,6% от общего числа больных).

Согласно форме ХТ по классификации И.Б. Солдатова все исследованные больные были разделены на три группы, в каждой из которых выделены подгруппы согласно принадлежности ребенка к коренному или пришлому населению (приезжие и рожденные в Ханты-Мансийском автономном округе). Схематически подразделение больных на группы можно представить следующим образом:

**I группа – хронический тонзиллит, компенсированная форма – 30 больных.**

1 подгруппа – европеоиды, рожденные в Ханты-Мансийском автономном округе – 11 человек.

2 подгруппа – европеоиды, приехавшие в г. Покачи в течение 1 года – 7 человек.

3 подгруппа – коренное население (ханты) – 12 человек.





В I группу включены дети, не имеющие жалоб на здоровье, при профилактическом осмотре которых были выявлены местные признаки хронического тонзиллита с обязательным наличием казеозных пробок в лакунах небных миндалин и регионарного лимфаденита.

**II группа – хронический тонзиллит, декомпенсированная форма, рецидивы ангины – 30 больных.**

1 подгруппа – европеоиды, рожденные в Ханты-Мансийском автономном округе – 13 человек.

2 подгруппа – европеоиды, приехавшие в г. Покачи в течение года – 10 человек.

3 подгруппа – коренное население (ханты) – 7 человек.

**III группа – хронический тонзиллит, декомпенсированная форма, сопряженные заболевания отдаленных органов и систем – 30 больных.**

1 подгруппа – европеоиды, рожденные в Ханты-Мансийском автономном округе – 12 человек.

2 подгруппа – европеоиды, приехавшие в г. Покачи в течение года – 5 человек.

3 подгруппа – коренное население (ханты) – 13 человек.

Обследование детей проведено при включении в группу исследования до лечения, сразу после лечения, через 3 месяца после лечения. Повторный курс лечения проведен всем детям через 6 месяцев, во время которого дети обследованы также как и при включении в группу исследования. Оценка отдаленного результата проведена в сроки наблюдения от 6 месяцев до 1 года.

В качестве группы контроля обследованы 15 детей в возрасте от 6 до 15 лет, проходившие плановый медосмотр в поликлинике БУ «Покачевская городская больница» г. Покачи и признанные практически здоровыми.

Основу комплексного метода лечения ХТ составила санация небных миндалин с помощью вакуум-гидротерапии, проводимой на аппарате «Chirana ORL-S01» (Словакия) два раза в год. Первый курс вакуум-гидротерапии был проведен одинаково всем детям независимо от группы/подгруппы исследования №10, ежедневно. В качестве антисептического раствора использован 0,1% раствор перекиси водорода. Лечение дополнено рассасыванием таблетированных антисептиков (небактериальных лизатов).

Второй курс лечения составил от 5 до 10 процедур. В качестве антисептика использован 0,1% раствор перекиси водорода.

Дополнительно к вакуум-гидротерапии больным было назначено полоскание горла и ротовой полости после еды настоями лекарственных трав (цветков ромашки аптечной, календулы, травы чистотела, шалфея).

Для повышения общей сопротивляемости организма больным проводилась светотерапия, общеукрепляющий курс АФК, по показаниям курс лечения иммуномодулятором ликопидом.

Ликопид назначался в дозах 1 мг ежедневно (курс 5 дней) после санации небных миндалин на аппарате «Chirana ORL-S01» в сочетании с полосканием глотки настоем лекарственных трав и затем 10 мг ежедневно курсом 10 дней.

После первого курса санации небных миндалин уже стало очевидным, что в реабилитационных мероприятиях потребуются использовать средства, благотворно влияющие на рост и развитие организма, стимулирующие обмен веществ, а также иммуностимулирующие препараты. Учитывая климатогеографические особенности региона, в качестве общеукрепляющего воздействия было решено использовать светотерапию. При этом возникла необходимость использовать не только бактерицидные свойства света при локальном освещении небных миндалин, но и общие световые ванны, обладающие многогранным действием. Описано, что облучение кожи лучами ультрафиолетового спектра вызывает перестройку нейрогуморального состояния организма, влияет на дыхательный центр и усиливает легочную вентиляцию, снижает артериальное давление, повышает содержание кальция в крови (при изначально пониженном его содержании) и снижает количество сахара крови. Общие световые ванны были применены при реабилитации детей-европеоидов, а локальное действие ультрафиолетовых лучей было использовано в санации небных миндалин у детей коренного населения региона. Из иммуностимулирующих препаратов был выбран отечественный препарат «Ликопид».

Немаловажным является то, что выбранные дополнительные к санации небных миндалин средства реабилитации ХТ доступны в условиях амбулаторно-поликлинической сети.



Так, в первой группе исследования было выявлено, что у приезжих детей при напряжении механизмов адаптации в зимне-весенний период (обследование через 3 и 6 месяцев) определяется и повышение воспалительной активности смыва небных миндалин (самое высокое в группе). Именно у детей 2 подгруппы при обследовании в зимне-весенний период выявляется самая высокая активность полиморфоядерных лейкоцитов (ПМЛ) периферической крови, указывающая, что активность воспалительного процесса очага хронической инфекции повышена. В 1 подгруппе удовлетворительная адаптация наблюдалась на протяжении всего года при достоверном повышении воспалительной активности смыва небных миндалин в зимне-весенний период.

Таким образом, можно говорить о том, что при компенсированном ХТ у детей – европеоидов, рожденных и проживающих в условиях Севера, механизмы местного неспецифического и специфического иммунитета достаточны для нейтрализации патологического воздействия ХТ на организм, и ХТ не оказывает существенного отрицательного влияния на степень адаптации организма. У детей-европеоидов, приехавших на Север в течение года, компенсированный ХТ является фактором, снижающим функциональные возможности организма адаптироваться к условиям региона. В этой связи можно рекомендовать всем детям, приехавшим в неблагоприятный климатогеографический регион до наступления зимы проводить профосмотр на наличие местных признаков хронического тонзиллита и при их выявлении проводить комплексное лечение ХТ.

В 3 подгруппе на всех этапах исследования наблюдалась стойкая удовлетворительная адаптация. Наиболее интересные результаты были получены при анализе II группы исследования, состоящей из больных ХТ, декомпенсированной формы с рецидивами ангин. Во второй группе напряжение механизмов адаптации при зачислении в группу исследования наблюдалось лишь у некоторых детей из 2 подгруппы. В схему реабилитации больных 1 подгруппы II группы был введен иммуностимулятор Ликопид. Анализ заболеваемости детей этой группы в зимне-весенний период наблюдения (6 месяцев) после комплексного лечения ХТ (1 курса) показал снижение заболеваемости ОРЗ и ан-

гинами по сравнению с прошлым годом. Ни один ребенок из II группы не был подвергнут тонзилэктомии и степень декомпенсации ХТ не возросла (то есть, больные не перешли в III группу наблюдения). Все же в зимне-весенний период все дети из первой и второй подгрупп перенесли ОРЗ или ангину и напряжение механизмов адаптации весной сохранялось. Поскольку других ХОИ у этих больных выявлено не было, можно полагать, что снижение компенсаторно-приспособительных механизмов организма связано с патологическим влиянием ХТ на сердечно-сосудистую и иммунную системы. Возможно, что определенную роль в снижении компенсаторно-защитных возможностей сыграла выраженная по сравнению с больными 3-ей подгруппы лабильность активности ПМЛ. Возможно, что в климатических условиях Севера быстрое изменение реактивности неспецифического звена иммунной системы может создать условия для реинфекции в период явного снижения активности ПМЛ (например, в период реконвалесценции). В связи с этим реабилитация ХТ с рецидивами ангин у детей европеоидов должна включать в себя санацию небных миндалин и последующую за этим общеукрепляющую, иммуностимулирующую терапию.

При анализе III группы исследования обратил на себя внимание интересный факт, что у детей коренного населения в сопутствующей патологии превалировала бронхиальная астма и аллергические заболевания, затем по частоте встречаемости отмечены хронические инфекционные заболевания и генетически обусловленная патология. У детей-европеоидов, рожденных и проживающих в регионе, наряду с бронхиальной астмой также часто встречается ревматизм - воспалительно-дистрофический сосудистый процесс. У всех детей с ревматизмом найдены метаболические изменения в сердечной мышце, в анамнезе имеются указания на перенесенный миокардит. Найденная особенность позволяет у детей европеоидов – жителей северных территорий (но не коренного населения Севера), рассматривать ХТ даже в состоянии компенсации как фактор риска развития ревматизма. А вот у детей хантов нельзя исключить инфекционно-зависимое течение бронхиальной астмы.

Представляет интерес, что у детей коренного населения ГНМ III степени встречалась



достаточно часто, но по окончании курса санации миндалина сокращались значительно – до I степени или нормального размера, что позволяет усомниться в истинной гипертрофии лимфоидной ткани небных миндалин. Изменение размера носило довольно стойкий характер. Изначальный размер миндалин восстановился в течение 3-6 месяцев. Также обратило на себя внимание, что через 6 месяцев количество детей коренного населения с ГНМ III степени даже увеличилось. При наличии ГНМ III степени у детей европеоидов курс санации миндалин практически не влиял на их размер, а в тех случаях, когда уменьшение размера миндалин все же наблюдалось, то изменение было гораздо меньшим, чем у детей хантов, и при осмотре через 3 месяца исходный размер органа был восстановлен. Тем не менее, до настоящего времени вопрос о функции лимфатического региона в условиях ХТ остается малоизученным и не позволяет полностью объяснить полученные результаты.

Анамнез заболевания, наличие оперативных вмешательств на лимфоидном глоточном кольце, а также осмотр ЛОР органов выявил еще одну интересную особенность. У детей хантов в анамнезе аденомотомия встречалась примерно в два раза реже, чем у детей европеоидов. В группы исследования входили больные в возрасте от 6 до 15 лет, среди которых у детей коренного населения гипертрофии глоточной миндаины III степени выявлено не было, даже у детей с сопутствующей бронхиальной астмой. Можно предположить, что малая степень гипертрофии глоточной миндаины у детей коренного населения Севера генетически закреплена и является проявлением адаптации верхних дыхательных путей к суровым климатическим условиям. Тогда развивающуюся ГНМ III степени при ХТ можно рассматривать и как компенсаторный защитный механизм, поскольку с увеличением поверхности миндалин возрастает и площадь контакта с чужеродными антигенами, что способствует более активной реализации защитной функции миндалин. С этой точки зрения сочетание ГНМ III степени с относительно низкой общей воспалительной активностью смыва миндалин до их санации можно объяснить тем, что инфекция достаточно активно нейтрализуется на большой площади поверхности миндалин. При этом увеличе-

ние площади способствует участию большего количества иммунокомпетентных клеток. В этом случае также уместно предположить, что реактивность иммунных клеток низка. После проведенной санации, когда инфекционных агентов на поверхности миндалин становится гораздо меньше, сокращается и размер миндалин, что косвенно подтверждает предположение о компенсаторном характере увеличения размера миндалин у хантов.

В любом случае выявленная вариабельность размера небных миндалин у детей коренного населения Севера косвенно указывает на то, что морфо-физиологические особенности миндалин у детей коренного населения и европеоидов отличаются. Также это предположение подтверждает разная у хантов и европеоидов устойчивость ткани миндалин к активной вакуум-аспирации и промыванию.

Исследование микрофлоры небных миндалин также выявило некоторые особенности, характерные для больных ХТ у коренного населения и европеоидов. Забор материала осуществлялся по стандартной методике. Оценивать приходилось полифлору, что отражало реальную или близкую к реальной картину, так как представить себе рост монофлоры при заборе мазка с миндалин, слизистой глотки или других участков верхних дыхательных путей сомнительно. Однако в этой связи возникло затруднение определить основного возбудителя, поддерживающего активность воспалительного процесса. Поскольку в современной литературе достаточно широко освещен вопрос, что условно патогенная микрофлора и сапрофиты глотки могут поддерживать течение хронического воспалительного процесса, а также быть инициаторами его обострений, вся высеваемая микрофлора рассматривалась в качестве потенциального возбудителя ХТ. Тогда стало возможным предположить, что наибольшее патологическое влияние имеет тот вид микроорганизмов, чей рост наиболее обильен, поскольку именно этот вид возбудителя можно считать наиболее устойчивым к воздействию всех защитных механизмов миндалин. Таким образом, основным возбудителем ХТ считался тот вид микрофлоры, чей рост был наиболее обильным.

До лечения, основных возбудителей по частоте встречаемости у европеоидов можно рас-



положить следующим образом: наиболее часто высевался *st. Aureus*, затем *str. Pneumonia* → *str. Pyogenes* → *st. epidermidis* → *st. virideus*. У детей коренного населения эта же последовательность выглядит иначе: *Str. Pyogenes* → *st. virideus* → *st. aureus* → *st. Suprophiticus*. После первого 10-дневного курса санации небных миндалин стали видны отличия как между группами, так и в подгруппах исследования. В I группе у европеоидов наиболее часто высевались различные виды кокков (единичные, дипло-, пептококки т.д.), затем *st. Aureus* → *Candida* → *st. epiderm.* → *str. Pneumonia*. В этой же группе у хантов наиболее часто высеяны грибки *Candida* затем *sp. Cocci* → *st. aureus* → *str. Pyogenes*. В других группах *sp. Cocci* в качестве преобладающей микрофлоры после санации миндалин встречаются реже. Так, во II группе у европеоидов наиболее часто высеян *st. Aureus*, затем *sp. Cocci* → *str. Pneumonia* → *candida* → *st. suprophiticus*. У хантов этой группы в равной мере часто высеяны *st. Aureus*, *candida*, *sp. Cocci*. В III группе различия между европеоидами и хантами практически нивелируются: наиболее часто преобладают *Candida*, затем в равной мере часто встречаются *st. Aureus* и *sp. Cocci*. Следует отметить, что степень роста микроорганизмов после санации была значительно меньшей, чем до лечения. У детей коренного населения во всех группах наиболее часто в мазках после санации преобладали *candida*.

Таким образом, проведенное исследование влияния ХТ на адаптационный потенциал системы кровообращения у детей пришлого населения Ханты-Мансийского автономного округа, оценка общей воспалительной активности смыва небных миндалин при различных формах ХТ, особенности реактивности системных ПМА у коренного и пришлого населения округа выявило значительные отличия, на основании которых стало возможным разработать эффективные схемы реабилитации больных ХТ с учетом принадлежности больного к коренному или пришлому населению округа, с учетом адаптации больного к климатогеографическим и социальным условиям региона.

Из выше изложенного можно сделать следующие выводы: в условиях Ханты-Мансийского автономного округа для реабилитации детей больных ХТ использовать следующие схемы комплексного лечения ХТ:

### Компенсированный ХТ, европеоиды:

#### Схема 1.

- вакуум-гидротерапия небных миндалин с 0,1% раствором перекиси водорода № 10, ежедневно + рассасывание антисептиков или полоскания глотки настоями лекарственных трав.

- общая УФО терапия по замедленной схеме, курс 20 процедур, в зимне-весенний период. Для приезжих детей – два курса, в осенне-зимне-весенний период, параллельно с проведение местной санации миндалин.

- в течение курса санации миндалин прием аскорбиновой кислоты, витамина Е в профилактических дозировках.

- активная физическая нагрузка – занятия подвижными видами спорта.

Приезжим детям, не занимавшимся активно спортом, в течение первого года проживания рекомендованы занятия ОФП дополнительно к школьной программе физкультуры, цель которых нормализовать прибавку массы тела.

### Компенсированный ХТ, ханты:

#### Схема 2

- вакуум-гидротерапия небных миндалин № 5 с 0,1% раствором перекиси водорода.

- в течение 10 дней рассасывание антисептиков, начиная с 1 процедуры вакуум-гидротерапии.

- местная УФО-терапия небных миндалин № 10, начиная после 5 процедуры вакуум-гидротерапии.

### Декомпенсированный ХТ, рецидивы ангины:

Европеоиды, рожденные и постоянно проживающие в регионе:

#### Схема 3

- вакуум-гидротерапия небных миндалин с 0,1% раствором перекиси водорода № 10, ежедневно + рассасывание антисептиков или полоскания глотки настоями лекарственных трав.

- иммунокоррекция препаратом «Ликопид».
- местная УФО-терапия небных миндалин № 10, начиная после 5 процедуры вакуум-гидротерапии.

- после перенесенной ангины бициллинопрофилактика ревматизма.

Европеоиды, приехавшие в регион в течение года:





#### Схема 4

- вакуум-гидротерапия небных миндалин с 0,1% раствором перекиси водорода № 10, ежедневно + рассасывание антисептиков или полоскания глотки настоями лекарственных трав.
- общая УФО терапия по замедленной схеме, курс 20 процедур, в осенне-зимне-весенний период, всего 2 курса в год.

#### Коренное население округа:

##### Схема 5

- вакуум-гидротерапия небных миндалин № 5 с 0,1% раствором перекиси водорода.
- в течение 10 дней рассасывание антисептиков, начиная с 1 процедуры вакуум-гидротерапии.
- местная УФО-терапия небных миндалин № 10, начиная после 5 процедуры вакуум-гидротерапии.
- иммунокоррекция препаратом «Ликопид» 2 раза в год на фоне санации миндалин.

#### ХТ, декомпенсированная форма, сопряженные заболевания:

#### Европеоиды:

##### Схема 6

- вакуум-гидротерапия небных миндалин с 0,1% раствором перекиси водорода № 10, ежедневно + рассасывание антисептиков или полоскания глотки настоями лекарственных трав.
- местная УФО-терапия небных миндалин № 10, начиная с 1 процедуры вакуум-гидротерапии.
- общая УФО терапия по замедленной схеме, курс 20 процедур, в осенне-зимне-весенний период, всего 2 курса в год, за исключением детей с псориазом и гломерулонефритом.
- базовая терапия сопутствующей патологии.

#### Коренное население округа:

##### Схема 7

- вакуум-гидротерапия небных миндалин № 5 с 0,1% раствором перекиси водорода.
- в течение 10 дней рассасывание антисептиков, начиная с 1 процедуры вакуум-гидротерапии.
- прием антигистаминных препаратов на фоне санации миндалин.
- местная УФО-терапия небных миндалин № 10, начиная с 1 процедуры вакуум-гидротерапии.

- иммунокоррекция препаратом «Ликопид» 2 раза в год на фоне санации миндалин.

#### Литература

1. Андамова, О.В., Рымша, М.А. Педдер, В.В. Озонотерапия и низкочастотный ультразвук в лечении хронического тонзиллита / Актуальные вопросы оториноларингологии. Мат. Региональной научно-практической конф., посвященной 60-летию кафедры оториноларингологии Новосибирского медицинского института, 21-23 декабря 1998 г. – Новосибирск. – 1998. – С. 99-102.
2. Андропова, Т.М., Пинегин, Б.В. Новый отечественный иммуномодулятор – Ликопид. // Тюменский медицинский журнал. – 1999. – №3. – С. 22-24.
3. Арефьева, Н.А., Азнабаева, Л.Ф., Цыглин, А.А., Хазифова, В.А. Иммунный ответ небных миндалин при действии бактериальных лизатов ИРС-19 и Имудон. // Российская ринология. – 2003. – №2. – С.22.
4. Бабич, Н.Ф., Арефьева, Е.С. К оценке иммунного статуса у больных хроническим тонзиллитом. Актуальные вопросы клинической оториноларингологии. М-лы научн-практ. конф. оториноларингологов. – Иркутск-Москва, 1992. – С. 11-112.
5. Бродовская, О.Б., Бачерикова, Е.А., Симбирцев, А.С. Эффективность местного применения беталейкина (рекомбинантного интерлейкина-1β) у больных хроническим тонзиллитом // Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всероссийской конф. с международным участием, посвященной 80-летию со дня рождения академика И.Б. Солдатова / Под ред. Ю.К. Янова, В.Ф. Антонива, Н.В. Ереминой. – Самара: ГП «Перспектива», СамГМУ, 2003. – С. 345-347.
6. Быкова, В.П. Миндалины лимфаденоидного глоточного кольца в системе мукозального иммунитета верхних дыхательных путей // Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всероссийской конф. с международным участием, посвященной 80-летию со дня рождения академика И.Б. Солдатова / Под ред. Ю.К. Янова, В.Ф. Антонива, Н.В. Ереминой. – Самара: ГП «Перспектива», СамГМУ, 2003. – С. 347-349.
7. Волков, А.Г., Давыдова, А.П. Использование Имудона в лечении хронического тонзиллита // Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всероссийской конф. с международным участием, посвященной 80-летию со дня рождения академика И.Б. Солдатова / Под ред. Ю.К. Янова, В.Ф. Антонива, Н.В. Ереминой. – Самара: ГП «Перспектива», СамГМУ, 2003. – С. 349-350.
8. Волосников, Д.К., Малахова, С.И., Теплова, С.Н., Ангелович, М.С., Кофанов, Р.В. Клинико-иммунологические особенности заболеваний верхних



- дыхательных путей в группе часто болеющих детей // Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всероссийской конф. с международным участием, посвященной 80-летию со дня рождения академика И.Б. Солдатова / Под ред. Ю.К. Янова, В.Ф. Антонива, Н.В. Ереминой. – Самара: ГП «Перспектива», СамГМУ, 2003. – С. 350-355.
9. Дергачев, В.С. Экспериментальное и клиническое обоснования форм хронического тонзиллита // Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всероссийской конф. с международным участием, посвященной 80-летию со дня рождения академика И.Б. Солдатова / Под ред. Ю.К. Янова, В.Ф. Антонива, Н.В. Ереминой. – Самара: ГП «Перспектива», СамГМУ, 2003. – С. 356-361.
  10. Каманин, Е.И., Панова, Н.В. Аутоиммунные реакции при хроническом гипертрофическом фарингите // Вестник оториноларингологии. – 2003. – №1. – С.42-44.
  11. Капустина, Т.А., Максимова, Т.М., Погосов, В.С. Вклад эколого-популяционных факторов в эпидемиологию хронических воспалительных заболеваний глотки у взрослых жителей Сибири / Основные направления формирования здоровья человека на Севере: Материалы науч. конф., 3-4 ноября, 1999. – Красноярск, 1999. – С.127-130.
  12. Мареев, О.В., Князев, А.Б., Лебедева, Н.Е. Фотодинамическое лечение хронических тонзиллитов // Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всероссийской конф. с международным участием, посвященной 80-летию со дня рождения академика И.Б. Солдатова / Под ред. Ю.К. Янова, В.Ф. Антонива, Н.В. Ереминой. – Самара: ГП «Перспектива», СамГМУ, 2003. – С. 376.
  13. Митин, Ю.В., Шевчук, Ю.В. Помповый механизм функционирования небных миндалин, метод коррекции его нарушений // Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всероссийской конф. с международным участием, посвященной 80-летию со дня рождения академика И.Б. Солдатова / Под ред. Ю.К. Янова, В.Ф. Антонива, Н.В. Ереминой. – Самара: ГП «Перспектива», СамГМУ, 2003. – С. 376-378.
  14. Михайлова, Л.А. Система транспорта кислорода у детей коренных национальностей Севера, переехавших в центральную Сибирь // Физиология селовека. – 1999. – Т.25. – №2. – С.127-132.
  15. Морозова, С.В. Иммуномодуляторы в лечении хронического тонзиллита: проблемы и перспективы // Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всероссийской конф. с международным участием, посвященной 80-летию со дня рождения академика И.Б. Солдатова / Под ред. Ю.К. Янова, В.Ф. Антонива, Н.В. Ереминой. – Самара: ГП «Перспектива», СамГМУ, 2003. – С. 379.
  16. Новицкая, В.П. Особенности формирования в онтогенезе энзиматической структуры популяций лимфоцитов детей коренных жителей Севера // Основные направления формирования здоровья человека на Севере: Материалы науч. конф., 3-4 ноября, 1999. – Красноярск, 1999. – С. 195-198.
  17. Пальчун, В.Т., Полякова, С.Д., Романова, О.Н. Лечебно-диагностические подходы к проблеме хронического тонзиллита / Вестник оториноларингологии. – №1. – 2001. – С.4-7.
  18. Плаужников, М.С., Левин, М.Я., Атнашева, Р.Р. Показатели местного иммунитета ротоглотки при хроническом декомпенсированном тонзиллите в сочетании с разными формами фарингитов // Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всероссийской конф. с международным участием, посвященной 80-летию со дня рождения академика И.Б. Солдатова / Под ред. Ю.К. Янова, В.Ф. Антонива, Н.В. Ереминой. – Самара: ГП «Перспектива», СамГМУ, 2003. – С. 381-382.
  19. Полевщиков, А.В., Рязанцев, С.В. Интраэпителиальные лимфоциты и их роль в защитных реакциях слизистых оболочек // Проблема реабилитации в оториноларингологии: Труды Всероссийской конф. с международным участием, посвященной 80-летию со дня рождения академика И.Б. Солдатова / Под ред. Ю.К. Янова, В.Ф. Антонива, Н.В. Ереминой. – Самара: ГП «Перспектива», СамГМУ, 2003. – С. 382-383.
  20. Руководство по оториноларингологии / Под ред. И.Б. Солдатова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1997. – 608 с.
  21. Сосин, Д.Г., Ахматов, В.Н., Кудряшов, В.П., Белов, Н.Н., Койносов, А.П. Формирование соматотипов коренного населения в условиях Крайнего Севера // Науч. Вестн. Тюмен. Мед. акад. – 2001. – № 5. – С. 80-81.
  22. Шеврыгин, Б.В. Болезни уха, горла, носа у детей: справочник. – М.: Авиценна, ЮНИТИ, 1996. – 432 с.
  23. Abdul-Baqi, KJ, Shakhatareh, FM. Effectiveness of treatment of tonsillopharyngitis: comparative study // J Laryngol Otol. 2002 Nov;116(11):917-9.
  24. Alvarez, Carrera A, Martinez, Cantarero C, Vidal Oliveras A, Saavedra Vilchez MD, Iglesias Niubo A, Forga Visa X; Grupo de Estudio de las Infecciones del Bages-Bergueda. Antibiotics prescription in ambulatory patient // Aten Primaria. 2002 Nov 15;30(8):490-5.
  25. Andre, M, Odenholt, I, Schwan, A, Axelsson, I, Eriksson, M, Hoffman, M, Molstad, S, Runehagen, A, Lundborg, CS, Wahlstrom, R. Upper respira-



- tory tract infections in general practice: diagnosis, antibiotic prescribing, duration of symptoms and use of diagnostic tests // Scand J Infect Dis. 2002;34(12):880-6.
26. Blaivas, M, Theodoro, D, Duggal, S. Ultrasound-guided drainage of peritonsillar abscess by the emergency physician. // Am J Emerg Med. 2003 Mar;21(2):155-8.
27. Kocaturk, S, Demiray, T, Incesulu, A, Kandirali, E, Erkam, U, Mert, A. Comparison of adenoid and tonsil core cultures in chronic otitis media with effusion. // Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg. 2003 Feb;10(2):61-7.
28. Kutluhan, A, Ugras, S, Kiris, M, Cankaya, H, Kiroglu, AF, Yurttas, V. Differences in clinical and histopathologic features between chronic adenotonsillitis and chronic adenotonsillar hypertrophy // Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg. 2003 Mar;10(3):105-9.
29. Suzuki, K, Nishimura, T, Baba, S. Current status of bacterial resistance in the otolaryngology field: results from the Second Nationwide Survey in Japan // J Infect Chemother. 2003.

© Симакова Э.Ю., 2018

УДК 616-006.04

## АНАЛИЗ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ХАНТЫ-МАНСЬСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ – ЮГРЕ

Гринвальд О.В.,

медицинский статистик отдела мониторинга МСид информации  
БУ «Медицинский информационно-аналитический центр»

*По данным Всемирной Организации Здравоохранения онкологические заболевания – одна из наиболее тяжёлых проблем человечества. В Российской Федерации, так же, как и во всём мире, наблюдается рост онкологических заболеваний.*

**Ключевые слова:** онкологические заболевания, злокачественное новообразование, анализ статистических данных.

Относительный показатель заболеваемости в России на 100 тыс. населения за 5 лет увеличился на 12% (2013 – 373,4, 2017 – 420,3). В Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (далее – ХМАО-Югра) данный показатель увеличился на 14% (2013 – 240,5, 2017 – 275,0), при этом остаётся на порядок ниже среднероссийского. В абсолютных цифрах прирост составляет 683 случая (2013 – 3825, 2017 – 4508). Удельный вес мужчин и женщин остаётся на одном уровне 48% и 52% соответственно.

### Заболеваемость новообразованиями (на 100 тыс. населения)



Стандартизованный показатель за 5 лет увеличился на 3% и составляет 264,2 (2013 – 255,9). Среди мужского населения показатель снизился на 1,3% (2013 – 327,1, 2017 – 322,7), среди женщин отмечается рост показателя на 7% (2013 – 222,0, 2017 – 237,6).

Структура заболеваемости новообразованиями мужского населения ХМАО-Югры распределилась следующим образом:

1. ЗНО предстательной железы в 2017 году 35,6 на 100 тыс. соответствующего населения (2013 – 28,7, рост на 24%),
2. ЗНО трахеи, бронхов, лёгкого – 49,0 (2013 – 47,5, рост на 3%),
3. ЗНО почки в 2017 – 22,2 (2013 – 17,4, рост на 27%).

Значимую группу по удельному весу злокачественных новообразований среди мужского населения формируют опухоли мочеполовой системы, составляя 27% всех злокачественных новообразований.

Злокачественные новообразования молочной железы (2013 – 60,9, 2017 – 69,8 на 100



тыс. женского населения, +15%) являются ведущей онкологической патологией среди женщин. На 2-ом месте новообразования кожи в 2017 г. – 25,3 (2013 – 18,2, рост на 39%), далее следуют новообразования ободочной кишки в 2017 году показатель на 100 тыс. составил 21,9 (2013 – 18,3, +20%), ЗНО тела матки занимают 4-е ранговое место 2017 – 21,2 (2013 – 19,0, +12%). На протяжении всего анализируемого периода удельный вес злокачественных новообразований репродуктивной системы женщин составляет 45%.

Средний возраст пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом «злокачественное новообразование» за 5 лет увеличился на 3% с 57,0 в 2013 до 58,6 в 2017 году. Разница среднего возраста между заболевшими мужчинами и женщинами в 2013 году составляла 1,3 года, в 2017 – 1,9 (по РФ разница незначительная – 0,6 лет).

Доля злокачественных новообразований, выявленных на I – II стадиях, увеличилась на 6% (2013 – 52%, 2017 – 56%, по РФ – 56%). Удельный вес запущенных случаев (IV стадия) – 22,5% от всех зарегистрированных (2013 – 21,4, РФ 20,2). Анализ случаев с запущенными стадиями (за последние 5 лет), показал чёткую тенденцию положительной миграции онкологических больных из других регионов Российской Федерации. Доля «мигрантов» в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями достигла 16,5 %.

Новообразования, выявляемые на 4-ой стадии, чаще всего локализуются:

- Печень – 77,1% (РФ 58,0),
- Поджелудочная железа – 67,0 (РФ 58,3),
- Желудок – 47,6% (РФ 39,9),
- Трахея, бронхи, лёгкое – 40,2 (РФ 40,8),
- Полость рта – 34,0 (РФ 32,5).

Снижение доли запущенных случаев отмечается при таких заболеваниях как:

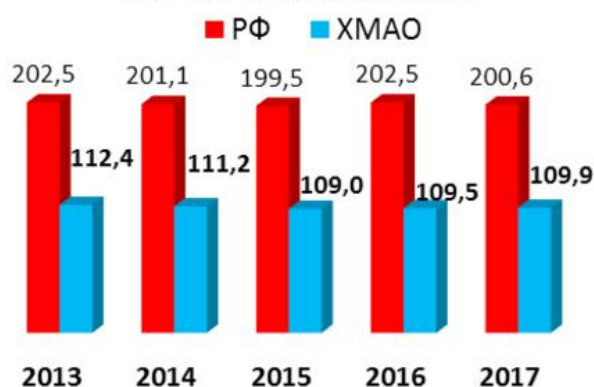
- ЗНО пищевода: -6,4% (2013 – 31,3, 2017 – 29,1, РФ – 29,9),
- ЗНО прямой кишки, ректосигмоидного соединения, ануса: -36% (2013 – 31,8, 2017 – 20,3 РФ – 22,5),
- ЗНО гортани: -25% (2013 – 38,5, 2017 – 28,5, РФ – 20,2),
- ЗНО молочной железы: -19% (2013 – 6,9, 2017 – 5,6, РФ – 7,9),
- ЗНО щитовидной железы: -19% (2013 – 7,6, 2017 – 6,1, РФ – 7,3).

Снижение данных показателей обусловлено реализацией скрининговых программ. Успешно работает на выявление в ранней стадии маммологический скрининг женщин старше 40 лет, обследование мужского населения старше 45 лет на простатспецифический антиген, с 2012 года внедрена программа скрининга колоректального рака, с 2013 года внедрён скрининг рака шейки матки методом жидкостной цитологии.

Показатель одногодичной летальности за 5 лет увеличился на 9% и в 2017 году составил 22,7 (2013 – 20,9, РФ 22,5). Наибольший процент одногодичной летальности отмечается при ЗНО печени 84,4%, наименьший при новообразованиях кожи 1,3%. Удельный вес больных, состоящих на диспансерном учёте 5 лет и более, увеличился на 10% (2013 – 47,3, 2017 – 52,0, РФ 53,9).

В ХМАО – Югре с 2007 года в структуре общей смертности новообразования занимают 2-ое ранговое место, уступая лишь смертности от болезней системы кровообращения. За анализируемый период (2013-2017 г.г.) показатель смертности от новообразований имеет положительную динамику и снизился на 2% (2013 – 112,4, 2017 – 109,9 на 100 тыс. населения), в т.ч. от злокачественных новообразований показатель так же снизился на 2% с 111,2 в 2013 до 108,6 в 2017 году. Средний возраст умерших увеличился на 1,7% (2013 – 61,51, 2017 – 62,57 лет), преимущественно за счёт мужского населения.

**Смертность от новообразований (на 100 тыс. населения)**



В структуре смертности от онкологических заболеваний I ранговое место по-прежнему занимают ЗНО трахеи, бронхов, лёгкого 21%, II место – ЗНО желудка 10,4%, III место – ЗНО молочной железы 7,8%, IV и V место обо-





дочная и прямая кишка (6,5% и 6,2% соответственно). В Российской Федерации структура смертности от новообразований отличается от структуры смертности в ХМАО-Югре тем, что на III месте находятся ЗНО ободочной кишки 16%, IV и V место занимают ЗНО молочной и поджелудочной железы (15,3 и 13% соответственно).

Таким образом, анализ статистических данных за период с 2013 года по 2017 год свидетельствует о росте онкологических заболеваний на фоне снижения показателя смертности. Данная тенденция обусловлена более ранним выявлением онкологических заболеваний в результате ведения скрининговых программ, маршрутизации пациентов для получения диагностической и лечебной помощи в установленные порядком сроки, проведения дополнительной диспансеризации отдельных групп населения.

Для сохранения и улучшения достигнутых результатов, для формирования приверженности населения к здоровому образу жизни необходимо обратить особое внимание на ин-

формирование населения об основных факторах риска возникновения злокачественных новообразований, на первичную и вторичную профилактику. Для пациентов, впервые обратившихся за медицинской помощью в текущем году, применять принцип онкологической настороженности.

### Литература

1. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в 2017 году – Ханты-Мансийск, 2018. – 95 с.
2. Состояние онкологической помощи населению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в 2017 году – Ханты-Мансийск, 2018. – 111 с.
3. Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М., 2014. – 235 с.
4. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М., 2018. – 236 с.  
© Гринвальд О.В., 2018

УДК 616.31

## ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ НА ПРИМЕРЕ КУ «УРАЙСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ДОМ РЕБЕНКА»

Тамадаева Ю.В.,

гигиенист стоматологический АУ «Урайская городская стоматологическая поликлиника»,  
победитель V Регионального чемпионата профессионального мастерства гигиенистов  
стоматологических

*Кариес зубов продолжает оставаться серьезной проблемой для многих детей и наиболее распространенным инфекционным заболеванием детства. Дети в возрасте до двух лет страдают от этого патологического процесса все чаще и чаще. В настоящее время 80% детей дошкольного возраста имеют по крайней мере один пострадавший зуб.*

**Ключевые слова:** уроки гигиены, кариес молочных зубов, показатели индекса налета Кузьминой.

### Актуальность темы.

Известно, что каждое повторное лечение запломбированного зуба требует дополнительного удаления примерно 20% тканей, что уменьшает прогноз функционирования зуба (Леус П.А., 2000). После многократного, чаще всего, несвоевременного лечения, из-за слишком позднего обращения к стоматологу зубы у детей удаляются уже после нескольких лет со дня прорезывания. Выход из замкнутого круга

все возрастающей стоматологической заболеваемости состоит в первичной профилактике, когда все зубы еще здоровы.

Ранее существовало множество определений, характеризующих кариес молочных зубов, что неминуемо приводило к некоторой путанице в критериях диагностики и многофакторности причин заболевания. Согласно последнему пересмотру термина (AAPD, 2008), ранний детский кариес (Early Childhood Caries)



(РДК) характеризуется наличием одного или более кариозного дефекта, удаленного или запломбированного временного зуба у ребенка в возрасте до 72 месяцев.

По данным зарубежных и отечественных авторов показатель распространенности данного заболевания сильно варьируется: от 17% в развитых и до 94% в развивающихся странах. Несмотря на некоторое снижение числа детей, пораженных кариесом за счет мер, направленных на раннюю профилактику и лечение, интенсивность и тяжесть кариозного процесса, особенно у детей раннего возраста, во многих странах остается на прежнем уровне.

Ранний детский кариес это опасная форма зубного кариеса, которая может разрушить зубы детей дошкольного возраста - малышей. Кариес раннего детства также можно определить как появление любых признаков зубного кариеса на любой поверхности зуба в течение первых 3 лет жизни ребенка.

### **Краткий обзор литературы.**

Профилактика – это система государственных, социальных, гигиенических и медицинских мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждение заболеваний.

Основной целью профилактики является устранение причин и условий возникновения и развития заболеваний, а также повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды.

Проведение профилактики тесно связано со знанием этиологии и патогенеза кариеса. Знание причин и развития заболевания является необходимым условием для осуществления профилактических мероприятий (Гомеюк Т.Н., 1995).

Возрастающая частота и интенсивность поражения зубов кариесом приводит к перегрузке имеющих стоматологических учреждений в любой стране. Объем работы, необходимый для возмещения разрушенных зубов кариесом, ныне превосходит возможности обеспечения кадрами специалистов и средствами, которые могут быть выделены для стоматологической помощи населению (Федоров Ю.А. и др., 1987).

По данным ВОЗ (Терехова Т.Н. и др., 2004), в настоящее время во всем мире стоматологи не в состоянии обеспечить лечение миллиардов

пораженных кариесом зубов и его последствий. Даже экономически развитые страны нуждаются в 3-8 кратном увеличении объема стоматологической помощи. Становится все более ясным, что эффективная борьба с кариесом зависит от профилактики. ВОЗ включила кариес зубов в число 6-ти болезней современности, профилактика которых является наиболее актуальной задачей медицинской науки и органов здравоохранения.

Общепризнанным механизмом возникновения кариеса (Лукиных Л.М., 1998) является прогрессирующая деминерализация твердых тканей зубов под действием органических кислот, образование которых связано с деятельностью микроорганизмов. В возникновении кариозного процесса принимает участие множество этиологических факторов, что позволяет считать кариес полиэтиологическим заболеванием.

Киселева Е.Г. (1999) выделяет один из ключевых моментов в оценке риска развития кариеса – частоту приема сладостей. Даже небольшой перекус – пирожное или конфета – в интервалах между основными приемами пищи содействует продуцированию кислот. Поэтому риск развития кариеса повышается.

Алимова Н.В. (1994) отмечает, что питание детей существенно зависит от культурных факторов, включающих социальные и семейные нормы. Если родители пациента и врач относятся к различным социальным группам, то рекомендации врача относительно изменения привычек питания в семье игнорируются. Так, 78% родителей детей, страдающих ранним кариесом, несмотря на то, что были проинформированы о вреде кариесогенных продуктов и напитков, все же продолжали давать ребенку яблочный сок в бутылочке либо перед засыпанием, либо во время сна.

Федоровым Ю.А. и др. (1987) установлено, что кариес зубов и заболевания пародонта у лиц, регулярно чистящих зубы, встречаются существенно реже. Гигиена полости рта не только играет роль в профилактике стоматологических заболеваний, но и способствует снижению некоторых хронических заболеваний, реже обостряются хронические тонзиллиты, заболевания слизистой оболочки полости рта и губ.

Проведенные Королевой Г.М. (1997) обследования показали, что систематический уход за зубами значительно снижает показатели пора-



жения кариесом зубов. У детей 7-9 лет, которые не чистили зубы или делали это нерегулярно, распространенность заболевания достигала 43-44%, а у школьников, которые соблюдали правила гигиены полости рта, распространенность кариеса зубов составила всего 28,7%.

Клиническими наблюдениями Гнетовой И.В. (1999) установлено, что только длительная, в течение ряда лет проводимая гигиена полости рта дает существенные профилактические результаты. При этом особое значение она имеет именно в детском возрасте.

### **Цель работы.**

Экономически неблагополучные дети являются наиболее уязвимыми для раннего детского кариеса. Формирование резистентности эмали зубов у детей обусловлено комплексом факторов антенатального и постнатального периода, включая соматические заболевания и психологические моменты, влияющие на развитие ребенка. Дети из неблагополучной социальной среды, дети-сироты и дети, оказавшиеся в тяжелой жизненной ситуации, как правило, имеют хроническую соматическую патологию разной тяжести, что обуславливает повышенный риск развития кариеса. Ответственность за здоровье детей обычно несут родители. Что же касается детей-сирот, то состояние их здоровья во многом определяется организацией медицинской службы и профессиональными качествами врачей и педагогов. Отсутствие систематической стоматологической помощи детям-сиротам и явилось предпосылкой для разработки программы своевременного выявления стоматологических заболеваний, их лечения и профилактики у таких детей.

### **Этапы проведения программы.**

- Ситуационный анализ факторов риска кариеса.

- Изучение исходного уровня санитарной грамотности детей, медицинских работников и воспитателей.

- Определение индекса гигиены для оценки зубного налета у детей раннего возраста (от прорезывания временных зубов до 3-х лет) (Э.М. Кузьмина, 2000). Оценка гигиенического состояния ротовой полости производится после прорезывания молочных зубов. Во время осмотра у ребенка производится осмотр прорезавшихся единиц. Осмотр осуществляется визу-

ально либо с использованием зонда. Состояние ротовой полости оценивается в зависимости от наличия налета.

Отсутствие отложений соответствует оценке 0, а любое количество налета соответствует 1 баллу.

Для оценки индекса налета у детей необходимо разделить количество баллов на количество всех прорезавшихся зубов. Это позволяет определить качество гигиенических процедур.

Показатели индекса налета Кузьминой:

- 0 – оптимальная гигиена рта;
- От 0,1 до 0,4 – гигиена на удовлетворительном уровне;
- От 0,5 и выше – неудовлетворительная.

- Разработка и реализация программы санитарного просвещения, направленной на повышение уровня стоматологических знаний детей, воспитателей и медицинских работников.

- Оценка эффективности программы по уровню санитарно-гигиенических знаний, динамика индекса гигиены и поражаемости зубов кариесом.

### **Материалы и методы.**

Нами обследовано 17 детей в возрасте от 3 до 4 лет, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, у которых оценивали состояние твердых тканей зубов с вычислением показателей распространенности и интенсивности кариеса зубов, состояние гигиены полости рта по методике Э.М. Кузьминой, а также определяли влияние различных факторов на заболеваемость кариесом. Обследование проводили на базе Урайского специализированного дома ребенка.

Для мотивации медицинских работников и воспитателей была представлена мультимедийная лекция-презентация о причинах возникновения кариеса и способах его профилактики. Лекция завершена дискуссионным «круглым столом». В ходе личной беседы была оценена готовность к сотрудничеству воспитателей и медицинских работников, но выявлен недостаточный уровень их знаний об уходе за полостью рта детей и отношении к проводимой профилактической программе. Также проведено воспитателям и медицинским работникам обучение чистке зубов на модели челюсти, мотивация к проведению гигиенических мероприятий в Урайском специализированном доме ребенка (рис.1)



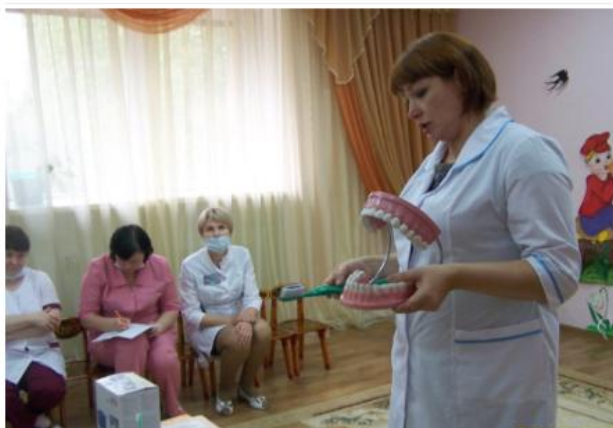


Рис. 1. Урок гигиены для сотрудников  
КУ «Урайский специализированный дом ребенка»

Предварительно проведенный опрос сотрудников подтвердил наше предположение о том, что гигиена полости рта осуществляется не в системе, то есть ребенок чистит зубы утром и вечером, но ему не прививается привычка полоскать рот после каждого приема пищи. Кроме этого после вечерней чистки зубов, дети на ночь пили кефир, который увеличивает PH полости рта в кислую сторону, что приводит к карисогенной ситуации, хотя в детском доме есть педиатры и диетологи, которые занимаются правильным питанием детей. Опять же воспитатели и медицинские работники не могут на собственном опыте показать и приобщить ребенка к культуре ухода за зубами (не рассказывают как они сами, когда были маленькими, познакомились с зубной щеткой и зубной пастой, как первый раз ходили в стоматологический кабинет и т.д.), потому что эти дети являются их воспитанниками, а не родными детьми.

Исходя из этого, нами была разработана профилактическая стоматологическая программа «Улыбка», длительность 1 год, для детей в возрасте 3-4 лет, находящихся в трудной жизненной ситуации, направленная на повышение уровня санитарно-гигиенических знаний детей, медицинских работников, воспитателей, на нормализацию гигиенического состояния полости рта и снижение распространенности и интенсивности кариеса у детей. Где мы учитывали особенности состояния здоровья детей вообще и здоровья зубов в частности, а также уровень развития гигиенических навыков ухода за зубами детей в группе, наличие мотивации к здоровому образу жизни в трудных жизненных ситуациях; где были спланированы и определенным образом подобраны эмоционально

насыщенные дидактические игры, разные мероприятия (опытно-экспериментального, познавательного характера), которые не оставят равнодушными ни одного ребенка, научат ухаживать за своими зубами и полостью рта, помогут сохранить здоровье зубов.

Проблемы при работе с детьми выражались в физиологической незрелости психики и моторики в раннем возрасте, трудностях с адаптацией их к коллективу и новым условиям, различном отношении детей к средствам гигиены.

Изучение уровня гигиенических знаний по уходу за полостью рта показал, что те элементы навыка, которые должны быть сформированы у детей в возрасте 3-4 лет, отсутствовали. Элементы гигиенического навыка не только не сформированы, но и не осознавались, никто из детей не мог передать правильной методики чистки зубов словами. В основном дети проводили щеткой по передней группе зубов, в среднем уходило на чистку зубов от 2 до 6 сек. При чистке зубов осуществляли горизонтальное движение, ни один ребенок не выполнял элементы навыка в полном объеме, последовательно, правильно.

На первом этапе в группах проводились уроки гигиены, каждое занятие длилось в течение 30 минут. Занятия проводились с учетом возрастных особенностей детей, участвующих в программе, направленные на формирование мотивации к гигиеническому обучению и воспитанию, включающие сочетание различных методов и форм учебно-воспитательной и просветительской работы. Совместная работа в рамках данного проекта строилась как цепочка задач, где сохраняется определенная логика, позволяющая проверить качество приобретенных детьми умений и навыков, уровень развития способности переносить их в самостоятельную деятельность.

В беседах с детьми мы преследовали несколько целей:

1. Дать представление детям о разных видах щеток. Мы демонстрировали детям различные виды щеток: зубную, для обуви, для одежды, для расчесывания домашних животных и т.д. Предлагали детям найти среди многообразия щеток на столе именно зубную щетку.

2. В стихотворной форме научить детей распределять продукты питания на полезные и вредные для зубов. Демонстрируя детям кар-





тинки с продуктами питания – «полезными» и «вредными» для зубов. Сопровождали каждую картинку небольшим стихотворением. Картинки с продуктами питания сортировали и раскладывали с помощью детей в две коробочки: на одной прикреплена фотография ребенка с плохими (подверженными кариесу) зубами, на другой – фото ребенка с красивыми, белыми зубами.

3. Научить классифицировать предметы для личного пользования и предметы, которыми можно делиться (например, зубная паста, зубная щетка, расческа, машинка, кукла, полотенце, носовой платок и т.д.). Объясняли детям, что есть такие вещи у каждого из нас, которыми мы ни с кем не можем поделиться, например, зубная щетка, расческа т.д.

4. Активизировать внимание детей к тому, что не только у человека есть зубы, но и у животных и их детенышей. С помощью картинок с изображением животных акцентировали внимание детей на том, что как у человека, у животных (и их детенышей) тоже есть зубы, но в отличие от человека, животные не чистят зубы, т.к. у них нет зубных щеток, пасты и рук. Поскольку человек – это не животное, и у него есть руки, зубная щетка и паста, то зубки чистить надо.



Рис.2. Демонстрация детям КУ «Урайский специализированный дом ребенка» стандартного метода чистки зубов

5. Дать знания о зубах, что приводит к кариесу. Рассказывали сказку про кариозного монстра.

Обучение индивидуальной гигиене осуществлялось на втором этапе реализации программы. Объяснение стандартной методики гигиены полости рта проводилось на моделях. После этого непосредственно приступили к чистке зубов детей, фиксируя все положительные моменты в приобретении гигиенических навыков, поощряя малышей за старание и успех. Отработка движения «сверху-вниз», «снизу-вверх», «слева – направо». Сначала мы демонстрировали сами, как надо выдавить зубную пасту на щетку и как нужно правильно чистить зубы. Далее дети пробовали повторить эти же действия самостоятельно.



Рис.3. Закрепление навыков чистки зубов правильными движениями

Уделялось особое внимание обеспечению психологического комфорта во время гигиенических процедур. Чистка зубов детям проводилась с использованием мягкой зубной щетки и зубной пасты R.O.C.S. baby как одной из безопасных средств гигиены полости рта детям в этом возрастном периоде. Каждый ребенок был обеспечен индивидуальным стаканчиком для полоскания рта.

Контрольное занятие проводилось через 1 год, включало в себя урок гигиены, а также контролируемую чистку зубов и определение индекса гигиены по Кузьминой Э.М. для уточнения степени укрепления навыков гигиены полости рта после проведения уроков гигиены.

Немаловажным мероприятием явилось проведение повторного стоматологического обследования детей, участвующих в программе, с регистрацией основных показателей стоматологического статуса.





В ходе реализации проекта мы пришли к выводу, что подобные занятия, игры, продуктивная деятельность объединяют детей общими впечатлениями, переживаниями, эмоциями, способствуют формированию потребности беречь зубы. У детей появился интерес к самостоятельному поиску ответов, повысилась мотивация к сохранению зубов. Дети узнали, что здоровые зубы необходимы не только для того, чтобы быть здоровым, но и для того чтобы правильно говорить и красиво улыбаться.

#### Результаты обследования.

На основании проведенного ситуационного анализа были выявлены следующие этиологические факторы риска кариеса: дефицит фторидов, микробный зубной налет (после вечерней чистки зубов, дети пили кефир), зубные щетки и зубные пасты, не соответствующие возрасту ребенка.

#### Результаты обследования до проведения программы профилактики стоматологических заболеваний

Номер	Индекс КП	ИГ	Стоматологический статус
1.	0	0 хороший	Здоров
2.	0	0,5 плохой	Здоров
3.	0	0,4 удовлетворительный	Здоров
4.	1	0,3 удовлетворительный	Нуждается в санации
5.	8	0,4 удовлетворительный	Нуждается в санации
6.	3	1,0 плохой	Нуждается в санации
7.	5	0,7 плохой	Нуждается в санации
8.	9	0,4 удовлетворительный	Нуждается в санации
9.	1	0,6 плохой	Нуждается в санации
10.	2	0,4 удовлетворительный	Ранее санирована
11.	2	1,0 плохой	Нуждается в санации
12.	13	0,8 плохой	Нуждается в санации
13.	5	0,5 плохой	Нуждается в санации
14.	1	0,4 удовлетворительный	Нуждается в санации
15.	5	0,2 удовлетворительный	Нуждается в санации
16.	6	1,0 плохой	Нуждается в санации
17.	0	0 хороший	Здоров

Обследование показало, что распространенность кариеса у детей составила 76%, при низкой интенсивности по индексу «кп» 3,58. В структуре

индекса «кп» отмечено преобладание компонента «к» (кариозные зубы) – 2,5; число пломбированных временных зубов составило 1,14.



Анализ гигиенического состояния полости рта обследованных детей выявил плохой уровень гигиены, среднее значение индекса по Кузьминой Э.М составило 0,47.

### Результаты стоматологического обследования после проведения программы профилактики стоматологических заболеваний

Номер	Индекс КП	ИГ	Стоматологический статус
1.	0	0 хороший	Здоров
2.	0	0,3 удовлетворительный	Здоров
3.	0	0,4 удовлетворительный	Здоров
4.	1	0 хороший	Санирован
5.	8	0,4 удовлетворительный	Санирован
6.	3	0 хороший	Санирован
7.	5	0,2 удовлетворительный	Санирован
8.	9	0,4 удовлетворительный	Санирован
9.	1	0,3 удовлетворительный	Нуждается в санации
10.	2	0,4 удовлетворительный	Ранее санирована
11.	2	0,3 удовлетворительный	Санирован
12.	13	0,1 удовлетворительный	Санирован
13.	5	0,2 удовлетворительный	Санирован
14.	1	0 хороший	Нуждается в санации
15.	5	0,2 удовлетворительный	Санирован
16.	6	1,0 плохой	Нуждается в санации
17.	0	0 хороший	Здоров

Через год после реализации программы отмечено снижение показателя индекса гигиены по Кузьминой Э.М. до хорошего уровня, среднее значение индекса равно 0,15.

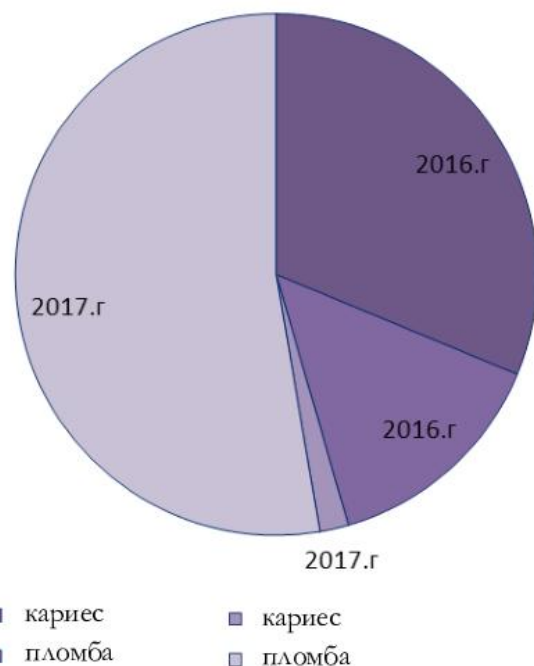
Кроме того, нами был проведен анализ интенсивности поражения зубов кариесом временных зубов у обследованных детей и характер изменений структуры индексов «кп». Более выраженные изменения произошли в структуре индексов у детей, отмечена тенденция к росту числа запломбированных и снижение числа кариозных временных зубов.

У детей при первичном обследовании компонент «к» был равен - 2,5, а компонент «п» - 1,14. Через год реализации программы отмечено значительное увеличение компонента «п» до 4,21 и снижение компонента «к» до 0,14.

Хотелось бы отметить, что у детей проводилась плановая санация полости рта в АУ «Урайская городская стоматологическая поликлиника», изменения структуры индексов «кп» были достигнуты за счет повышения мотивации воспитателей, медицинского персонала и детей к сохранению здоровья полости рта и более систематических обращений к врачам-стоматологам.

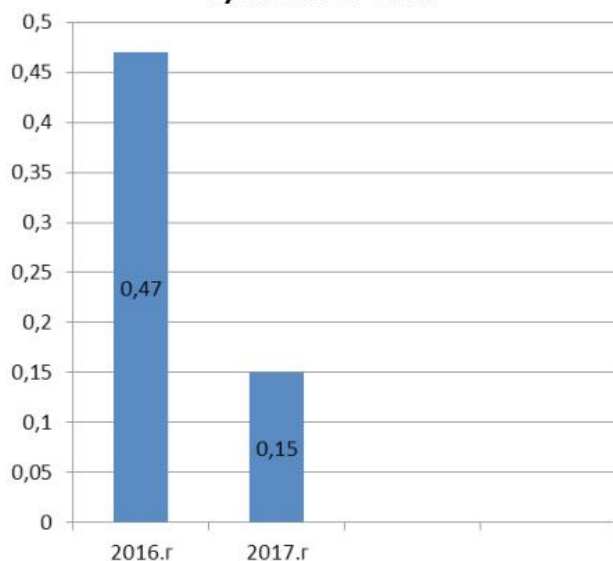
Оценка результатов реализации профилактической программы среди детей проводилась по данным изучения гигиенического состояния полости рта и интенсивности кариеса.

Индекс КП 2016 и 2017гг.





**Индекс гигиены полости рта по  
Кузьминой Э.М.**



Полученные данные свидетельствуют об эффективности стоматологической профилактической программы, проведенной среди детей, медицинских работников и воспитателей. Отмечено улучшение гигиенического состояния у детей с плохого до хорошего уровня. Кроме того, выявлено значительное увеличение количества запломбированных временных зубов на фоне незначительного прироста интенсивности кариеса временных зубов.

#### **Выводы:**

- Результаты исследования показали высокий уровень распространенности и интенсивности кариеса у детей ясельного возраста.

- Проводимые нами профилактические мероприятия позволили получить положительные результаты по предотвращению кариесогенной ситуации в полости рта: у детей достигнут высокий уровень формирования мотивации к гигиеническим мероприятиям, значительно (более чем в 4 раза) улучшилось гигиеническое состояние полости рта по индексу.

- Развитие у ребенка позитивного отношения к здоровому образу жизни и сохранению своего стоматологического здоровья возможно только совместными усилиями детских стома-

тологов, воспитателей и медицинского персонала, при использовании различных форм санитарно-просветительской работы: лекции-презентации, дискуссионные «круглые столы», мотивационные стенды.

- Создание по-настоящему комфортной обстановки при проведении профилактики и лечения ребенка раннего возраста, способствует обеспечению реальной перспективе сохранения молочных зубов до их естественной смены, а для сохранения будущих постоянных зубов создает необходимое позитивное отношение малыша к любым стоматологическим вмешательствам.

Групповые программы профилактики являются наиболее доступным, экономически выгодным и эффективным средством профилактики основных стоматологических заболеваний.

#### **Литература**

1. Здоровье и физическое развитие детей в дошкольных образовательных учреждениях: проблемы и пути оптимизации / Материалы Всероссийского совещания. – М.: Издательство ГНОМ и Д, 2001. – 320 с.
2. Кисельникова, Л.П. Роль гигиены полости рта в профилактике стоматологических заболеваний у детей. – М.: МГМСУ, 2008. – 27 с.
3. Козловская, Л.В., Яцук, А.И. Динамика показателей стоматологического статуса у дошкольников – участников программы профилактики кариеса зубов и болезней пародонта // Мониторинг качества педагогического образования: теоретико-методологические основы и пути решения: Материалы научно-практической конференции; 21-22 марта 2007 г.; Барановичи; Респ. Бел. / Ред. кол.: Е.И. Пономарева (гл. ред.) [и др.]. – Барановичи: РИО БарГУ, 2007. – С. 276-278.
4. Попруженко, Т.В. Рожковый кариес // Современная стоматология. – 2004. – №1. – С.37-43.
5. Сарап, Л.Р. и др. Новый подход к созданию средств гигиены для разных возрастных групп. Зубные пасты R.O.C.S. // Современная стоматология. – 2006. – №3. – С.45-47.

© Тамадаева Ю.В., 2018





## НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТМОРТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

**Кузьмичев Д.Е.,**

заведующий Восточным отделом, врач – судебно-медицинский эксперт,  
секретарь Научно-организационного совета КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,

**Скребов Р.В.,**

временно исполняющий обязанности начальника, врач – судебно-медицинский эксперт,  
председатель Научно-организационного совета КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,

**Вильцев И.М.,**

заведующий филиалом «Отделение в городе Мегионе» Восточного отдела,  
член Научно-организационного совета КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»,

**Шакиров И.И.,**

заместитель начальника по организационно-методической работе  
КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

*В статье описаны патоморфологические особенности рассеянного склероза, особенности работы судебно-медицинского отделения.*

**Ключевые слова:** рассеянный склероз, патоморфология.

Рассеянный склероз является хроническим аутоиммунным заболеванием нервной системы. В основе заболевания лежит повреждение оболочек нервных волокон активированной иммунной системой, что приводит к нарушению проведения импульсов и развитию разнообразных неврологических симптомов. Выделяют следующие клиничко-патоморфологические варианты заболевания: диффузный миелино-кластический склероз Шильдера; болезнь Марбурга – стремительно развивающееся демиелинизирующее заболевание головного мозга, предположительно, является очень тяжелым течением рассеянного склероза; миелокортикальный рассеянный склероз – способствует потере нейронов, не атакуя миелин.

Рассеянный склероз обычно дебютирует в молодом возрасте, например, в лет 15 и до 40, реже в 50, хотя известны случаи заболевания в детском возрасте и в среднем, например, после 50. Описаны случаи возникновения рассеянного склероза в 2 года и после 70 лет. Традиционно выделяли три географические зоны, различающиеся по показателю распространенности РС. Зона высокого риска (распространенность более 50 случаев на 100 000 населения) включает северную и часть центральной Европы, северные районы США, юг Канады, юг Австралии и Новую Зеландию. Зона среднего риска

(от 10 до 59 случаев на 100 000 населения) – некоторые области центральной и северной Европы, восточную и южную Европу, юг США и остальную территорию Австралии. Зона низкого риска РС (менее 10 случаев на 100 000 населения) – большинство регионов центральной и южной Америки, Азии, Африки и Океании. Частота заболевания в нашей стране колеблется в пределах 1,3-6,7 на 10 000 населения.

В обоих полушариях распространенность его возрастает по мере удаления от экватора, причем такой характер изменения распространенности сходен для Европы и Северной Америки. Данные миграции разных этнических групп подтверждают влияние географических факторов на риск возникновения этого заболевания.

И в нашей повседневной деятельности встретился случай рассеянного склероза. Из скудной медицинской документации известно, что мужчина 53 лет в течение последних пяти лет страдал данным заболеванием. Ухудшение состояния в течение последнего года жизни в виде снижения зрения, появления отечности нижних конечностей, нарастания слабости в конечностях до невозможности самостоятельного передвижения. Поступил на секционное исследование из дома.



**Морфология.**

В ходе исследования установлены следующие изменения. Твердая мозговая оболочка головного и спинного мозга утолщена. Мягкая мозговая оболочка отечна, мутноватая, местами спаяна с подлежащей мозговой тканью, с мелкими субарахноидальными кровоизлияниями, расположенными преимущественно на базальной поверхности. Извилины больших полушарий заметно сужены. В белом веществе головного и спинного мозга, в том числе в продолговатом мозге, в мосту и в ножках мозга преимущественно симметрично расположены множественные мелкие дрябловатые очаги (бляшки) бледно-розовато-белого цвета и плотноватые мелкоочаговые сероватые бляшки, с четкими контурами от точечных до крупноточечных. Головной мозг несколько уменьшен в размерах, массой 905 грамм, отечный, желудочки головного мозга расширены, с большим количеством ликвора. Микроскопически склероз мягкой мозговой оболочки с очаговой облитерацией субарахноидального пространства, в бляшках выявлена картина периаксиальной демиелинизации нервных волокон, сосуды окружены лимфоцитами и мононуклеарными клетками, множественные очаговые некрозы, выраженная пролиферация глиальных элементов, разрастание микроглии, соединительной ткани с формированием глиозных рубцов, некоторые бляшки с глиально-волокнистыми разрастаниями в центре и клеточной пролиферацией на периферии. Кроме того, нижние доли легких были уплотнены, маловоздушные, серовато-синего цвета, в бронхах разного калибра преобладала выраженная лейкоцитарная инфильтрация, с некрозами стенок бронхов.

**Выводы.**

Таким образом, обнаружив в ходе секционного и микроскопического исследований специфическую морфологическую картину, характерную для данного заболевания, с учетом известного анамнеза и методом дифференциальной диагностики, была установлена причина смерти «Рассеянный склероз», осложнившийся «Двусторонней нижнедолевой пневмонией», последняя и послужила непосредственной причиной смерти. Как видно из вышесказанного

го, постмортальная диагностика складывалась преимущественно из морфологических методов с крайне скудной медицинской информацией, которая выражалась в исследовании посмертного эпикриза. Тем самым, знание патоморфологических особенностей рассеянного склероза необходимо для работы врачей – судебно-медицинских экспертов.

Скудность медицинской информации объясняется особенностями работы судебно-медицинской службы, как известно, работа с правоохранительными органами связана в первую очередь на выявление насильственной смерти, к тому же зачастую на исследования доставляются умершие, которые наблюдались с заболеваниями в других регионах, и предоставить информацию о них не представляется возможным.

Хотя бесспорно, только тесное взаимодействие между клиницистами и морфологами, которое должно выражаться в своевременном предоставлении необходимой медицинской документации к моменту исследования, присутствии врачей разного профиля на исследованиях, сопоставлении клинического и морфологического диагнозов, составлении клинко-анатомического эпикриза с обоснованным указанием категории расхождения диагнозов и последующей совместной работе в рамках поликлинико-; клинко-анатомических конференциях. По итогам такой работы и будут рождаться пути совершенствования здравоохранения.

Что касается рассеянного склероза, отметим, что заболевание может протекать бессимптомно или проявляться неспецифическими нарушениями, а характерные гистологические изменения случайно обнаруживаются на аутопсии. Танатогенез при рассеянном склерозе может идти разными путями, при локализации массивных очагов демиелинизации в стволе мозга, приводящих к нарушениям глотания и дыхания – может возникнуть смерть непосредственно от самого заболевания и связанных с рассеянным склерозом осложнений (инфекции мочевыводящих путей и органов дыхания и, как следствия этого, почечной недостаточности, пневмонии и сепсиса в случае наличия пролежней у обездвиженных больных), как в нашем примере.



### Литература

1. Гусев, Е.И., Демина, Т.Л. Рассеянный склероз. / *Consilium Medicum*, 2000. – № 2.
2. Рассеянный склероз. /Под редакцией Гусева Е.И., Завалишина И.А., Бойко А.Н. – М.: Реал Тайм, 2011.
3. Чикуров, А.А. Варианты течения и типы очагов рассеянного склероза (клинико-патоморфологическое исследование). / Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – СПб, 2011.
4. Марковская, Е.В., Шапкин, А.С. Патоморфологические изменения периферической нервной системы при рассеянном склерозе. / Харьковский национальный медицинский университет.
5. Недзьведь, М.К., Недзьведь, Т.М. Морфологическая диагностика рассеянного склероза. / Белорусский государственный медицинский университет.
6. Кузьмичев, Д.Е., Скребов, Р.В., Вильцев, И.М., Диордица, Д.В. Комбинированное травма и заболевание. К вопросу оформления диагноза. / *Проблемы экспертизы в медицине*. – Ижевск, 2015. – № 3-4 (59-60). – С.48-50.
7. Кузьмичева, Т.Г. К вопросу расхождения диагноза. // *Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Взгляд молодых ученых*. – Пермь, 2016. – С. 133-142.
8. Кузьмичев, Д.Е., Вильцев, И.М., Скребов, Р.В. Роль судебно-медицинской экспертизы в повышении качества лечебно-профилактической помощи населению. Водосбережение, мелиорация и гидротехнические сооружения как основа формирования агрокультурных кластеров России в XXI веке. – Тюмень, 2016. – том 3. – С.140-145.  
© Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Вильцев И.М., Шакиров И.И., 2018



## ОКРУЖНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГОВ ХМАО-ЮГРЫ. ДВАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ

**Рецлова Ю.А.,**

ответственный секретарь ООС ХМАО-Югры,  
заместитель главного врача по организационно-методической работе  
БУ «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника»

**Казакова В.А.,**

Президент ООС ХМАО-Югры,  
главный врач БУ «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника»

*В системе организации здравоохранения важная роль отводится органам самоуправления медицинских работников и прежде всего профессиональным общественным организациям, основной задачей которых становится поддержка профессиональной репутации медицинских работников и содействие в обеспечении благоприятных экономических условий их работы. Одной из старейших профессиональных общественных организаций, действующих на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, является окружная общественная организация стоматологов (ООС ХМАО-Югры), которая является одной из 73 региональных организаций Стоматологической Ассоциации России (СтАР). Таким образом, все члены ООС ХМАО-Югры являются членами СтАР.*

**Ключевые слова:** общественная организация стоматологов, Стоматологическая Ассоциация России (СтАР).

29 марта 1997 году было принято решение о создании ООС ХМАО-Югры. Тогда ученики и последователи академика РАМН, доктора медицинских наук, профессора бионеорганической и биофизической химии, профессора стоматологии, заслуженного деятеля науки России Валерия Константиновича Леонтьева, на тот момент времени являющегося обязанности Президента Стоматологической Ассоциации России, представители окружной стоматологической поликлиники (главный врач Любовь Александровна Этцель, заведующая лечебно-профилактическим отделением Валентина Алексеевна Казакова и заведующий ортопедическим отделением Сергей Викторович Могильников) стали учредителями ООС ХМАО-Югры. Первый Устав разработали Лариса Михайловна Алпатова, Николай Борисович Павлов и Геннадий Петрович Мирошниченко.

Основными целями организации на тот момент стали: содействие профессиональной деятельности специалистов стоматологического профиля, снижение заболеваемости населения и укрепление его здоровья.

У каждого периода существования ООС были свои лидеры.

Л.А. Этцель – особая эпоха в летописи ООС ХМАО-Югры. Помимо инициативы создания общественной организации, она

была её бессменным Президентом более 10 лет. Именно она первой представляла интересы специалистов стоматологического профиля в ОТМУ, а позже его правопреемника – в Департаменте здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, территориальном фонде обязательного медицинского страхования, СтАР. Все эти годы она являлась членом Совета СтАР, а позже членом ревизионной комиссии СтАР. За время ее руководства на территории округа:







- стали проводиться всероссийские и региональные научно-практические конференции ежегодно на базе ведущих стоматологических поликлиник Ханты-Мансийска, Сургута, Нижневартовска и Мегиона; чемпионаты профессионального мастерства зубных техников, победители которых занимали призовые места в финале всероссийских чемпионатов;

- было разработано первое «Положение об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи».

Все течет, и все изменяется. С начала двухтысячных наступила новая эра в российском здравоохранении – его модернизация: изменение нормативно-правовой базы, в том числе в системе обязательного медицинского страхования, развитие стандартизации медицинской помощи, которая требовала нового взгляда и новых решений. В 2008 году Президентом ОООС ХМАО-Югры, главный врач БУ «Сургутская городская стоматологическая поликлиника №1», Президент Сургутской общественной организации стоматологов ХМАО-Югры Л.М. Алпатова. Много лет Лариса Михайловна была верным соратником и партнером Л.А. Этцель. Потому общественная организация доверила ей руководство. Основным трендом работы Л.М. Алпатовой и члена Совета ОООС ХМАО-Югры А.И. Рамбовского стало формирование единого методологического подхода стоматологической ответственности Югры к разработке и систематиза-

ции имеющихся нормативно-правовых актов, регламентирующих работу стоматологической службы РФ. Во время ее руководства были пересмотрены Устав организации, Положения о комиссиях, проведена инвентаризация численности членов ОООС ХМАО-Югры. Совместно с главным внештатным специалистом-стоматологом Депздрава Югры В.А. Казаковой была продолжена работа по стандартизации стоматологической помощи, основанной на медико-технологических стандартах и действующих классификаторах. Для информационного освещения работы был создан официальный сайт ОООС.

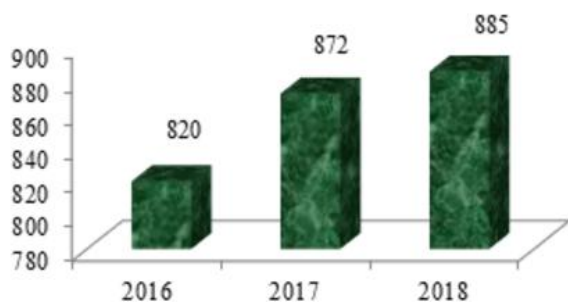


С 2013 года Президентом ОООС ХМАО-Югры выбрана вице-президент ОООС ХМАО-Югры, главный врач БУ «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника», главный внештатный специалист-стоматолог Депздрава Югры В.А. Казакова. В.А. Казакова – человек новой формации и неумной энергии. Ее жизненная позиция – нет ничего невозможного, если мы вместе! Валентина Алексеевна стала инициатором расширения состава Совета ОООС ХМАО-Югры – в него стали входить не только представители стоматологических поликлиник, но и представители стоматологических отделений медицинских организаций. В состав ОООС ХМАО-Югры стали вступать представители частных стоматологий Югры.

Сегодня членами ОООС ХМАО-Югры являются 885 специалистов стоматологического профиля: врачи-стоматологи всех специально-



**Число членов ООС ХМАО-Югры в динамике за 2016-2018 гг (по состоянию на 31.10.2018)**



стей, зубные врачи, зубные техники, гигиенисты стоматологические и организаторы здравоохранения, входящие в руководящий состав стоматологических поликлиник. Это составляет 77% всех специалистов стоматологического профиля ХМАО-Югры. Учет членов ООС ХМАО-Югры ведется в специально разработанной информационной системе «Реестр членов ООС ХМАО-Югры», в которой помимо специальности и места работы внесена и оплата членского взноса.

**Структура членов ООС ХМАО-Югры в разрезе по специальностям (по состоянию на 31.10.2018)**



Руководство осуществляется Президентом, которого выбирают из числа членов Совета на 5 лет. Высшим органом является Конференция.

Между Конференциями координацию работы осуществляет Совет ООС ХМАО-Югры, в состав которого входят 27 человек (из них 5 вице-президентов и один ответственный секретарь). Для оперативности согласования и решения актуальных проблем впервые была внедрена система заочного голосования членов Совета. В течение года практически ежеквартально проводятся совместные совещания руководителей стоматологической службы ХМАО-Югры и Совета ООС ХМАО-Югры.

Основной задачей нашей общественной организации является решение актуальных вопросов развития и функционирования стоматологической службы автономного округа. Для этого мы активно на протяжении многих лет взаимодействуем с:

1. Правительством ХМАО-Югры,
2. органами управления здравоохранения,
3. органами управления образования ХМАО-Югры,
4. ТФОМС ХМАО-Югры,
5. профессиональными общественными организациями.

Результатом этого взаимодействия становится разработка нормативно-правовых актов для единого методологического подхода в деятельности стоматологической службы ХМАО-Югры.



За прошедшие годы были приняты:

- Рекомендации по распределению посещений по виду при оказании стоматологической помощи на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры;
- Стандарт оформления и заполнения амбулаторной истории болезни стоматологического пациента;
- Методические рекомендации по применению на территории ХМАО-Югры классифи-





катора и медико-технологических стандартов простых и сложных платных медицинских услуг стоматологического профиля;

- Алгоритмы оказания неотложной помощи в условиях стоматологического кабинета;
- Положение о проведении регионального чемпионата зубных техников;
- Положение о проведении регионального чемпионата гигиенистов стоматологических;
- Положение о Почетной грамоте ООС ХМАО-Югры;
- Положение о Благодарственном письме ООС ХМАО-Югры.

Югорская стоматология идет в ногу со здравоохранением округа. Поэтому 2016-2017 годы для окружной общественной организации стоматологов стали особенными: необходимо было разработать новый классификатор медицинских услуг, клинико-статистические группы. Работа осложнялась противоречивостью федеральных документов и регулярным внесением в них изменений. Ведущие стоматологические поликлиники автономного округа, изучая опыт Свердловской и Пермской областей, на основании действующих клинических рекомендаций, утвержденных СтАР, разрабатывали

необходимый пакет документов, проводя еженедельное моделирование реестров совместно с ТФОМС ХМАО-Югры. Благодаря совместной сплоченной работе с марта 2017 года стоматология Югры начала формировать реестры в системе ОМС в соответствии с требованиями тарифного соглашения.

Общими усилиями несколько лет назад, именно благодаря нашей общественной организации, создана отдельная экспертная группа №7 для аттестации специалистов стоматологического профиля, куда вошли члены ООС ХМАО-Югры. Рецензентами аттестационных работ также являются только члены ООС ХМАО-Югры.

На сегодняшний день одним из направлений работы ООС ХМАО-Югры является последипломное образование. Ежегодно в городах автономного округа проводятся научно-практические конференции, мастер-классы, чемпионаты профессионального мастерства. С 2011 года ООС ХМАО-Югры стала активно сотрудничать с Всероссийским обществом гигиенистов стоматологических. Начиная с 2013 года на территории автономного стали проводиться чемпионаты профессионального мастерства гигиенистов стоматологических. Школьная стоматология и профилактика стоматологических заболеваний у детей вышла на новый уровень развития.

Начиная с 2017 года югорские научно-практические конференции аккредитованы в системе НМО. Уровень развития государственного сектора югорской стоматологии заслуженно считается одним из самых высоких в РФ. Поэтому в 2015, 2016 и 2018 годах СтАР выбрало площадкой для проведения финалов Всерос-





сийских чемпионатов профессионального мастерства ХМАО-Югры. Югорчане выступили самым лучшим образом, став победителями.



С момента своего создания ООС ХМАО-Югры всегда активно контактировало с руководством СтАР. Югорскую землю с официальными визитами посещали все возглавляющие СтАР Президенты: в 2005 году – В.К. Леонтьев, в 2011 году – В.Д. Вагнер, 2014, 2015, 2016, 2017 и 2018 гг – В.В. Садовский. Необходимо отметить, что весомость деятельности общественных стоматологических организаций подчеркивает и тот факт, что с их лидерами встречались руководители органов управления югорского здравоохранения.

Члены Совета ООС ХМАО-Югры принимают участие в заседании Всемирной стоматологической федерации (FDI).



Активная профессиональная позиция ООС ХМАО-Югры в решении острых проблем всегда была высоко отмечена руководством СтАР. БУ «Ханты-Мансийская клиниче-

ская стоматологическая поликлиника» и 7 человек награждены орденом «За Заслуги перед стоматологией I степени», БУ «Ханты-мансийская клиническая стоматологическая поликлиника», БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника» и 13 человек награждены орденом «За Заслуги перед стоматологией II степени», 47 человек отмечены медалью «Отличник стоматологии».

02.11.2018 в г. Сургуте прошла очередная Конференция ООС ХМАО-Югры, на которой были определены новые векторы работы:

- увеличить долю членов ООС ХМАО-Югры от физических лиц специалистов стоматологического профиля до 87%;
- продолжить сотрудничество с Правительством ХМАО-Югры, органами управления здравоохранения и образования ХМАО-Югры, ТФОМС ХМАО-Югры, профессиональными общественными организациями;
- поддерживать в актуальном состоянии НПА, регламентирующих работы стоматологической службы автономного округа;
- совершенствовать работу по повышению квалификации специалистов стоматологического профиля;
- включить специалистов стоматологического профиля в состав аккредитационной комиссии в Югре для возможности проведения аккредитации специалистов стоматологического профиля на территории Югры;
- продолжить работу в системе НМО – создание симуляционного центра по профилю «Стоматология» в Югре;
- защищать интересы специалистов стоматологической службы;
- взаимодействовать с частными медицинскими организациями;
- поддерживать высокий уровень ООС ХМАО-Югры среди профессиональных общественных объединений и здравоохранения ХМАО-Югры.

© Рецлова Ю.А., Казакова В.А., 2018





УДК 615.12

## ДОСТУПНЫЕ МЕДИКАМЕНТЫ ДЛЯ ЛЬГОТНЫХ КАТЕГОРИЙ

Калинина Д.А.,

специалист по связям с общественностью БУ «Няганская городская поликлиника»

*Аптечный пункт работает в стенах Няганской городской поликлиники с января текущего года. Его открытие состоялось в рамках реализации федерального проекта «Бережливая поликлиника» для повышения доступности лекарственного обеспечения льготных категорий граждан.*

**Ключевые слова:** Бережливая поликлиника, аптечный пункт, отсроченные рецепты.



Аптечный пункт для получения лекарственных препаратов по льготным рецептам располагается в головном здании учреждения по ул. Уральской. Здесь получают необходимые лекарственные препараты почти две с половиной тысячи федеральных льготников и почти двенадцать тысяч региональных. Для удобства пациентов аптека расположена на первом этаже рядом с регистратурой. Она работает по будням, с 08.00 до 18.00, без перерыва (суббота и воскресенье - выходные дни). В аптечном пункте представлен широкий перечень самых востребованных препаратов – для лечения заболеваний эндокринной системы, сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, бронхиальной астмы и прочих заболеваний.

В первые недели работы аптечного пункта было налажено продуктивное сотрудничество с БУ «Региональный аптечный склад» и КУ «Центр лекарственного мониторинга» по вопросам обеспечения необходимыми лекарственными препаратами и их оперативной доставки. Постепенно сформировалась цепочка взаимодействия «врач – пациент – аптека – врач», позволяющая решить любой вопрос, возникший у пациента, провизора или врача в течение нескольких минут – по внутренней связи. Благодаря прозрачности аптечных запасов для врачей значительно уменьшилось коли-

чество отсроченных рецептов: ознакомившись с перечнем имеющихся в наличии льготных препаратов врач может оперативно заменить отсутствующий препарат на аналог или скорректировать дозировку. Еще один немаловажный фактор – значительное сокращение количества необслуженных рецептов. Согласитесь, сложно забыть о необходимости заглянуть в аптеку, если, покидая поликлинику с выписанным рецептом, обязательно пройдешь мимо аптечного пункта. Кстати, потерять рецепт или испортить бланк в таких условиях также маловероятно.

Посетителей аптечного пункта неизменно встречают улыбками, ведь провизорам, как никому другому, известно, что положительные эмоции способны скрасить жизнь и ускорить выздоровление. Работать здесь – большая ответственность: от своевременного приема лекарств может зависеть здоровье, а порой и жизнь человека. Неудивительно, что все лекарственные средства в аптечном пункте находятся под строгим учетом и хранятся в соответствии с санитарными требованиями. Кстати, за текущий год в аптечном пункте был расширен ассортимент и установлена новая мебель; указанные меры были приняты в соответствии с полученными пожеланиями и предложениями горожан. В перспективе – пополнение ассортимента аптеки сопутствующими товарами.

Коллективу аптечного пункта БУ «Няганская городская поликлиника» есть чем гордиться: за 11 месяцев 2018 года было обслужено 102 564 рецепта. Для сравнения: за 2017 год в г. Нягани были выданы лекарственные препараты по 77 293 рецептам. Открытие аптечного пункта на территории поликлиники – это еще один шаг в реализации проекта «Бережливая поликлиника», который позволит беречь не только здоровье, но и время пациентов, обеспечивать удобство и комфорт получения медицинских услуг.

© Калинина Д.А., 2018



**ИРИНА УРВАНЦЕВА: «МЫ ДУМАЕМ ПО-ЮГОРСКИ – НА ОПЕРЕЖЕНИЕ» ...**

*В 2018 году кардиохирургическая служба Окружного кардиологического диспансера отметила 20-летний юбилей. За два десятилетия клиника стала одной из лучших в России. Благодаря усилению мультидисциплинарной команды специалистов всех медицинских служб Югры входит в пятерку регионов с самым низким уровнем смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Огромная заслуга в этом коллектива Кардиоцентра. Останавливаться на достигнутом врачи не собираются. Об итогах уходящего года и перспективах – в нашей беседе с главным врачом Окружного кардиодиспансера, Заслуженным врачом РФ, кандидатом медицинских наук, депутатом Думы ХМАО-Югры Ириной УРВАНЦЕВОЙ.*



**Ирина Александровна, позвольте Вас и коллектив Кардиоцентра поздравить со знаковой датой. История кардиохирургической службы – это история успеха?**

- История успеха, история преодоления. Мы сделали все, чтобы пациенты могли получить кардиохирургическую помощь мирового уровня, не выезжая за пределы региона. Это наша гордость и радость. Когда мы начинали работать, у многих были сомнения, сможем ли мы оказывать помощь на высоком уровне. Наш коллектив справился! Вдумайтесь в эти цифры - количество прооперированных паци-

ентов за 20 лет работы возросло в 74 раза! За минувшее десятилетие показатель первичной инвалидизации по причине сердечно-сосудистых заболеваний снизился почти на половину. Это говорит не только о доступности высокотехнологичной медицинской помощи, но и о высочайшем профессионализме кардиохирургов. Внедрять операции высшего пилотажа без команды специалистов такого же уровня невозможно!

**Юбилей команда Кардиоцентра отметила по-особенному. Послание будущим коллегам, на мой взгляд, весьма символично отражает истинную цель общего дела, которое когда-то вы начинали – спасение человеческих жизней...**

- В каждом слове, которое было адресовано будущим коллегам, заложена мощная энергетика, сила и талант поколения первых югорских кардиохирургов, чей вклад в развитие общего дела неоценим! Многим своим пациентам они не просто вернули здоровье – спасли жизнь. Письмо в будущее, уверена, станет своеобразным символом развития новых профессиональных идей и начинаний, которые в предстоящее десятилетие реализуют последователи сердечной хирургии. Надеюсь, каждый из наших коллег будет так же безоговорочно предан общему делу! Главный результат нашей работы – снижение смертности и увеличение продолжительности жизни населения Югры!

**В одном из своих интервью Вы рассказали, что юбилей службы кардиохирургии отметили, как и положено, в операционной. Даже в праздник у врачей нет выходных?**

- Мы работаем 24 часа в сутки, 7 дней в неделю и 365 дней в году! (улыбается). В юби-



лейный день бригада детских кардиохирургов спасала жизнь четырехмесячному малышу с врожденным пороком сердца, рентгенохирурги оперировали больных с инфарктом миокарда, сердечно-сосудистых хирурги выполняли протезирование аортального клапана с аортокоронарным шунтированием – наша работа не останавливается ни на минуту. Ежегодно в нашем стационаре получают лечение свыше 5 500 пациентов. Более половины из них (60%) проходят через этап хирургической коррекции сердечной патологии.

### **СПРАВКА:**

Ежедневно Югре регистрируется около 6 случаев инфаркта миокарда.

### **А начинали с каких показателей?**

- В 1998 году кардиохирурги прооперировали всего 48 человек, в 1999 году – 258 пациентов, а в 2017 году это число возросло уже до 3 563 человек. Современные разработки в области медицины позволяют кардиохирургам проводить вмешательства через небольшой прокол или с использованием минимального доступа. Когда-то это считалось фантастикой. Многолетний опыт и безупречное владение хирургической техникой позволяет команде кардиохирургов успешно выполнять самые сложные и уникальные для нашего региона операции. Тенденция касается не только «взрослой хирургии».

**Вспоминается рассказ о маленьком мальчике Яне с редким пороком сердца. В конце лета во многих информагентствах прозвучала история о его спасении...**

- Действительно, у малыша был редкий врожденный порок сердца. Правый желудочек в процессе внутриутробного развития не сформировался. Сразу после рождения, вся нагрузка по перекачиванию крови в организме легла на левую часть сердца. Как результат – недостаточность кровообращения. Жить полноценно и качественно малыш смог бы только после серии операций. Маленький Ян стал первым югорчанином, которому врачи Кардиоцентра выполнили операции Гленна и Фонтена.

### **Если вернуться к юбилейному году, какжется, у проекта «Югра-кор» тоже знаменательная дата?**

- Наша программа перешагнула десятилетний рубеж. В середине 2000-х годов борьба с болезнями системы кровообращения стала одним из приоритетов государственной политики, что позволило дать начало масштабной работе по модернизации системы оказания медицинской помощи больным с острыми формами ишемической болезни сердца. Каждый пациент с подозрением на инфаркт миокарда должен был получить своевременную высокотехнологичную медицинскую помощь. В те времена она была доступна лишь 5% наших больных. Мы поставили перед собой задачу - максимально повысить доступность этого вида помощи. Проект получил название «Югра-кор». Успех был ошеломительным.

### **Ирина Александровна, а что позволяет поддерживать высокий уровень оказания помощи?**

- Поиск новых решений, постоянное развитие и внедрение в практику передовых технологий – это требование времени. Наши специалисты ежегодно проходят стажировку в ведущих российских и мировых клиниках, кроме того являются авторами уникальных методик и внедряют их в работу коллег. Специально к юбилею в нашем центре состоялись мастер-классы. Замена сердечных клапанов на современные биологические протезы, операции при нарушениях ритма, радикальная коррекция врожденных пороков сердца у новорожденных – мы оперируем пациентов с рождения и до 100 лет!

### **Неужели это возможно?**

- Возраст самого пожилого пациента, который был прооперирован в нашей клинике – 97 лет – ему имплантировали электрокардиостимулятор. За последние 10 лет в нашей стране доля численности населения старше трудоспособного возраста увеличилась с 21% до 25% – это 36 миллионов человек. Каждый второй пациент в России, который получает высокотехнологичную медицинскую помощь, это пред-



ставитель старшей возрастной группы. Если говорить о Югре, то профессионализм и опыт наших специалистов, оснащение клиник позволяет оперировать людей любого возраста.

**Именно поэтому сегодня так актуальны вопросы, связанные с развитием «медицины старшего поколения»?**

- Президент России Владимир Путин неоднократно говорил о необходимости увеличения средней продолжительности жизни. Долгожители – это наше достояние. К концу 2020-х годов Россия должна войти в число стран, где продолжительность жизни превышает 80 лет. Будущее – за профилактикой. Чтобы старость была в радость, необходимо начинать заботиться о здоровье еще в детстве.

**Как пример – ваши профилактические проекты для детей Музей сердца и «Я могу спасти жизнь!»?**

- Только создав увлекательную и универсальную образовательную среду, можно в раннем возрасте сформировать интерес к своему здоровью. Более 2 000 школьников стали участниками наших социально-просветительских проектов. В первую неделю сентября в Челябинске состоялась Всероссийская выставка-форум «Вместе-ради детей. Вместе 10 лет». В рамках дискуссионной площадки мы презентовали наши проекты. Эксперты в области социальной политики, представители системы образования и здравоохранения высоко оценили эффективность работы Музея сердца. Рассматривая модели сердца и сосудов, примеряя на себя «пьяные очки», социальные педагоги, руководители школ и представители некоммерческих организаций в один голос твердили о том, что именно такие, наглядные методы профилактики и пропаганды здорового образа жизни, в действительности работают. Мы думаем по-югорски – на опережение. Наш проект Музей сердца является примером для многих регионов страны, как эффективно можно наладить диалог со школьниками, как сформировать в них культуру здоровья, не прибегая к навязчивым и скучным лекциям.

**19 мая Окружной кардиодиспансер присоединился к Всероссийскому Дню детского сердца. Ирина Александровна, почему так важно говорить о детском сердце?**

- Именно детские сердца – самые хрупкие на планете. По частоте встречаемости среди всех врожденных аномалий, они являются лидерами. Между тем, вовремя выполненная хирургическая коррекция порока позволяет детям прожить долгую, здоровую и счастливую жизнь. 19 мая в городах страны прошли масштабные торжественные мероприятия. Главными героями праздника стали дети, чьи сердца когда-то нуждались в особой заботе. Идея проведения торжества принадлежит Национальному медицинскому исследовательскому центру сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева.

**Праздник получился очень трогательным и душевным. Проведение Дня детского сердца станет для Кардиоцентра традиционным?**

- Безусловно! «Счастьетерапия», которую мы вместе с сотнями коллег по всей стране в День детского сердца подарили своим маленьким пациентам, является эффективным инструментом в борьбе с плохим настроением и хандрой. Вместе мы можем сделать детство наших маленьких пациентов счастливым. 3 000 спасенных жизней – именно столько малышам помогли врачи Окружного кардиоцентра за 20 лет существования детской кардиохирургической службы.

**Всемирный день сердца так же отметили с размахом?**

- По-другому не умеем! (смеется) Флешмоб, зарядка на свежем воздухе под руководством профессионального фитнес-тренера, прогулка в парке «За Саймой» по так полюбившемуся сургутянам терренкуру, кардиоскрининги и Школы здоровья – мы стремимся как можно больше жителей города познакомить с нашими профилактическими и образовательными проектами.





### **СПРАВКА:**

За два десятилетия работы кардиохирургической службы в ОКД было прооперировано более 33 тысяч пациентов, из них чуть более 3 тысяч – дети.

**Ирина Александровна, не могу не спросить об идеях волонтерства. В рамках Года добровольца, объявленного президентом РФ, в Окружном кардиоцентре решили расширить масштаб работы. Расскажите об этом подробнее.**

- В нашу команду вступили будущие коллеги. Помощь медицинскому персоналу, профориентация школьников, популяризация здорового образа жизни и профилактика заболеваний – ежегодно волонтеры-медики принимают самое непосредственное участие во многих социально-значимых мероприятиях. Безусловно, ребята хотят получать навыки и опыт работы в сфере здравоохранения. Идеи добровольчества, основанные на всесторонней помощи и милосердии, стоят для них на первом месте. Мы обязательно поддержим их в этом благом намерении и будем способствовать их вовлечению во все наши мероприятия.

**Чем еще для Вас запомнился уходящий 2018 год?**

- Акцией «95 добрых дел». Медицинский десант Окружного кардиодиспансера обследовал жителей отдаленных территорий Сургутского района. Мы побывали в Ульт-Ягуне, деревне Рускинской, Сытомино, Угута и Локосово. Приезд наших кардиобригад сельчане воспринимали с большой благодарностью. Пенсионерку из Локосово даже пришлось экстренно госпитализировать – прогрессирующая стенокардия является предвестником инфаркта. Проект «95 добрых дел», который мы поддержали, доказал свою высокую социальную значимость.

**Экспресс-обследования – добрая традиция Кардиоцентра. Акция «Красное платье» по-прежнему популярна среди сургутян?**

- Да, это действительно так. В преддверии Всемирного дня сердца наш кардиодесант дежурил в Аквакомплексе Ледового дворца спорта. Мы получили огромное количество поло-

жительных откликов от людей, которые считают, что пенсия – это время, когда можно наслаждаться полноценной жизнью. Мы обследовали участников специализированной группы здоровья. Объединение уже более 5 лет существует на базе Ледового дворца спорта. Кардиоскрининги не занимают много времени, однако имеют значительный социальный эффект. В Ледовом дворце спорта в акции приняли участие 69 человек – каждый второй пенсионер получил красный флаер. Их «сердечный светофор» просигнализировал о высоком риске развития сердечно-сосудистых заболеваний.

**Ирина Александровна, если вернуться вновь к медицине, то каким третьим важным событием, помимо юбилея кардиохирургической службы и проекта «Югракор», запомнился 2018 год?**

- Совсем недавно медицинскому сообществу Югры презентовали государственную программу развития отрасли до 2024 года. Потенциал развития югорского здравоохранения на ближайшие 6 лет связан с преобразованием 7 приоритетных направлений. Одно из них осуществится в рамках регионального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», в рамках которого запланированы следующие мероприятия: приобретение высокотехнологичного оборудования в медицинские организации округа, увеличение количества первичных сосудистых отделений, привлечение квалифицированных специалистов. Программа направлена на снижение смертности населения от болезней системы кровообращения.

**На совещании, в рамках которого была презентована программа, Вы также выступили с докладом. Какой теме он был посвящен?**

- Проект по использованию клинических рекомендаций в работе врачей первичного звена – еще одно из перспективных направлений, разработкой и внедрением которого мы сегодня занимаемся. Программа направлена на раннюю диагностику и своевременное лечение болезней системы кровообращения. В разработке рекомендаций принимали участие эксперты Кардиоцентра и ведущие специалисты



кафедры кардиологии Медицинского института СурГУ. Данные положения основываются на принципах доказательной медицины. Пособия станут настольными для врачей, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи. Все материалы будут размещены в электронно-сетевых базах медицинских организаций.

### **Дополнительные инновационные практики будут применены?**

- Хочется подчеркнуть, что на базе Окружного кардиологического диспансера будет организован кардиологический дистанционно-консультативный пункт для связи врачей первичного звена с кардиологами ОКД по вопросам оказания помощи пациентам. Кроме того, сотрудниками кафедры кардиологии будут подготовлены программы обучения для врачей общей практики и терапевтов, а также планируется проведение семинаров по использованию в работе методических рекомендаций.

### **СПРАВКА:**

В Югре зарегистрировано 274 000 человек с сердечно-сосудистыми заболеваниями, т.е. каждый шестой житель.

**Мы так много говорим о проектах, медицинских и профилактических, которые отражают различные направления в работе команды Кардиоцентра. А сами югорчане охотно заботятся о своем сердце?**

- Вопрос весьма дискуссионный. В настоящий момент не только югорчане, но и россияне пока не научились рассматривать свое здоровье с экономической точки зрения. Чем дольше мы будем сохранять активное долголетие, заботясь о себе сегодня, тем качественнее наша жизнь будет на пенсии. Положительная тенденция уже наметилась – по нашим прогнозам, доля граждан, приверженных к здоровому образу жизни, к 2024 году увеличится до 60%. До 45% возрастет и число югорчан, регулярно занимающихся физкультурой и спортом (более 150 минут в неделю).

### **Ирина Александровна, приближается Новый год. Что пожелаете югорчанам?**

- Пусть 2018 год запомнится только радостными и яркими событиями. Будьте здоровы, заботьтесь о близких и берегите себя!



**ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОСОБИЙ У ПАЦИЕНТОК С ОЖИРЕНИЕМ В АКУШЕРСТВЕ**

Хоробрых О.С.,

врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации  
БУ «Нижневартковский окружной клинический перинатальный центр»

*Проблема ожирения в настоящее время приняла широкое распространение во всем мире. Данное заболевание является пусковым механизмом многих патологических состояний и осложняет их течение, в том числе в гинекологии и акушерстве, включая применение анестезиологических пособий у данной категории женщин. В статье описан опыт ведения и применения анестезиологических пособий у пациенток с ожирением.*

**Ключевые слова:** ожирение, индекс массы тела (ИМТ), общая анестезия (ОА), регионарная анальгезия/анестезия (РА).

Всемирная организация здравоохранения даёт определение ожирения как мультифакторальное хроническое заболевание, имеющее в основе своего развития социальные, культурные, психологические, физиологические, метаболические, эндокринные, генетические и поведенческие причины. Ожирение проявляется избыточным накоплением жировой ткани в организме. Важно отметить, что в настоящее время ожирение это не только проблема развитых стран, но и, в одинаковой степени, развивающихся государств. В экономически развитых странах мира примерно четверть населения имеет массу тела, превышающую норму на 15%. По прогнозам экспертов Всемирной организации здравоохранения, при сохранении существующих темпов роста ожирения к 2025 году в мире будет насчитываться более 300 млн человек с диагнозом «ожирение». Результаты ряда эпидемиологических исследований свиде-

тельствуют о том, что в Европе число пациентов с ожирением в популяции составляет около 30%, а с избыточной массой тела – около 25%. Аналогичные показатели зарегистрированы и в России.

На основании чего можно заключить имеет ли пациент ожирение или нет? Для диагностики ожирения у взрослых в настоящее время применяется показатель индекса массы тела (ИМТ), который рассчитывается как отношение массы тела (в кг) к квадрату роста человека (в м<sup>2</sup>) - Индекс Кетле – это индекс массы тела, с помощью которого можно определить степень ожирения и оценить возможный риск развития заболеваний, связанных с избыточной массой тела (табл.1). ИМТ рассматривается как один из пяти основных показателей жизнедеятельности, наряду с артериальным давлением, частотой сердечных сокращений, частотой дыхания и температурой тела.

Таблица 1

**Оценка массы тела по ИМТ (ВОЗ, 1998)**

Диагноз	ИМТ (кг/м <sup>2</sup> )	Риск сопутствующих ожирению заболеваний
Недостающая масса тела	<18,5	Низкий
Нормальный диапазон массы тела	18,5-24,9	Средний по популяции
I степень (избыточная масса тела)	25,0-29,9	Несколько повышен
IIa степень (ожирение)	30,0-34,9	Умеренно повышен
IIb степень (выраженное ожирение)		
III степень (резко выраженное ожирение)	>40,0	Очень высокий

Необходимо знать, что ИМТ не является достоверным для детей с незаконченным периодом роста, лиц старше 65 лет, спортсменов и

лиц с очень развитой мускулатурой, а также беременных женщин.



Ожирение у беременных диагностируется на основании показателя индекса массы тела (ИМТ), рассчитанного по росту и весу женщины до беременности, либо в первые 4-6 недель гестации.

$$\text{ИМТ} = \text{Вес (кг)} / (\text{Рост (м)})^2.$$

В России ожирением страдает более 30%, а его тяжелыми формами – до 4-8% взрослого населения. Соответственно, увеличивается число беременных женщин с ожирением. Социальная значимость проблемы ожирения определяется угрозой инвалидности пациенток молодого возраста, снижением общей продолжительности жизни на 7-10 лет, увеличением смертности после 40-летнего возраста в два раза, в связи с частым развитием тяжелых сопутствующих заболеваний.

Ожирение при беременности осложняет ведение данной категории пациенток – это связано с ростом количества таких осложнений, как гестационная гипертензия, преэклампсия, гестационный диабет и увеличением частоты экстренных кесаревых сечений. У пациенток с ожирением, перенесших кесарево сечение, отмечается высокая частота следующих операционных и послеоперационных осложнений: удлиненное время операции (более 2 часов), массивная кровопотеря, инфицирование раны, эндометрит.

Наличие ожирения также создает существенные трудности при проведении анестезиологического пособия. Ожирение, высокий процент сопутствующей патологии, экстренность операции и общая анестезия (ОА) – факторы, приводящие к анестезиологическим осложнениям с материнской смертностью. В сообщениях Комиссии по материнским смертельным случаям в Великобритании [Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom, 2014 г.] указано, что 35% умерших женщин страдали ожирением, по сравнению с общим процентом ожирения в общей популяции беременных (менее 17%). Материнская смертность, прежде всего, была связана с аспирацией во время индукции, аспирационным пневмонитом, неэффективной реанимацией после гемодинамического коллапса. Реанимационные мероприятия у беременных с ожирением более трудны и менее эффективны, чем у пациенток с нормальным весом.

В Российской Федерации существуют клинические рекомендации и протоколы лечения [издание третье, дополненное и переработанное, «Анестезиологическое обеспечение

беременных женщин с ожирением», рассмотрены и рекомендованы к утверждению Профильной комиссией по анестезиологии и реаниматологии 2013 г, и утверждены решением Президиума Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов» 15.09.13 г. при участии Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов – проф. Шифман Е.М., проф. Куликов А.В., к.м.н. Маршалов Д.В.]. Такие протоколы должны быть доступны для каждого родовспомогательного учреждения. С учетом роста ожирения в популяции, особенно среди женщин репродуктивного возраста, требуется иметь соответствующее оборудование, позволяющее оказывать квалифицированную медицинскую помощь этому контингенту, начиная с манжет для измерения артериального давления и кончая операционным столом, средствами для перекладывания пациенток и кроватями.

Данные по распространенности ожирения среди беременных в Российской Федерации в литературе практически отсутствуют. Однако в 2014 году было опубликовано одно исследование, в котором на основании данных регионального регистра рождаемости было установлено, что из 29709 женщин, которых включили в исследование за период с 2006 по 2011 гг. – 7,1% имели недостаточный вес, 67,6% были с нормальным весом, 18,3% имели избыточный вес и 7,1% страдали ожирением.

Из 1204 пациенток, прошедших через отделение анестезиологии и реанимации БУ «Нижегородский окружной клинический перинатальный центр» за 9 месяцев 2018 г. (I-III кв.) – 174 пациентки (15%) с ожирением, из них 24 (14%) с ожирением 3-4 степени. В клиническом плане именно эта группа представляет интерес специалистов. Из 24 пациенток, 23 родоразрешены оперативным путем в плановом или экстренном порядке и 1 – срочные роды под продленной эпидуральной анальгезией.

Показаниями для кесарева сечения явились: рубец на матке, после оперативного родоразрешения в анамнезе, умеренная преэклампсия, отслойка плаценты, дистресс плода, слабость родовых сил, симфизит. По видам анестезиологические пособия распределились следующим образом: общая анестезия (ОА) – 3 /по поводу: 1 – отслойки нормально расположенной плаценты; 2 – раннем излитии околоплодных вод





у женщины, получающей низкомолекулярные гепарины (НМГ) в терапевтических дозах по поводу антифосфолипидного синдрома (АФС) с рубцом на матке; 3 – попытка пункции спинального, эпидурального пространства не удалась технически/; регионарная анальгезия/анестезия (РА) – 21 (15 - СА, 5 - ЭА и 1 - ЭА в родах), что укладывается в общемировую тенденцию. По мнению большинства современных авторов, учитывая свой личный опыт и опыт работы нашего отделения, число регионарных методов анестезии/анальгезии увеличилось с 50,3% в 2015 г. до 62,4%, в 2017 г., а количество ОА наоборот снизилось с 19,4% в 2015 г. до 12,2% в 2017 г. Методом выбора анестезиологического обеспечения при кесаревом сечении у женщин с ожирением является спинальная анестезия (СА).

В связи с этим считаю важным представить описание 3-х случаев проведения оперативных вмешательств в акушерстве пациенткам с ожирением в условиях регионарной анестезии/анальгезии.

*Случай 1.* Пациентка, 31 год, поступила в акушерский стационар БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» по направлению врача женской консультации на оперативное родоразрешение в плановом порядке с Д-з: Беременность 38,1 неделя. ОАА. Ягодичное предлежание. Рубец на матке. Гестационный сахарный диабет. Ожирение III степени, экзогенно-конституциональное (ИМТ 43,3 кг/м<sup>2</sup> исходного), АГ, отеки, вызванные беременностью, варикозная болезнь н/конечностей, внутриутробная гипоксия плода. Пациентка родоразрешена оперативным путем в плановом порядке, вид анестезии – спинальная (СА). СА выполнена на уровне L3-L4 в положении сидя, иглой Pencil 25Gx4 0,5x103мм прямым доступом. В качестве МА использовался гипербарический 0,5% раствор бупивакаина (Маркаин Спинал Хэви «AstraZeneca», Швеция). Аджювант не использовался. Преинфузия проводилась кристаллоидами. С целью профилактики артериальной гипотензии превентивно внутривенно вводилась болюсная доза мезатона (50 мкг). Выполнено кесарево сечение в нижнее-маточном сегменте поперечным разрезом. На 2-й минуте после начала операции извлечен мальчик массой тела 4027 г, длиной 52 см, оценка по шкале Апгар 8–9 баллов. После пережа-

тия пуповины введен антибиотик широкого спектра действия для антибиотико-профилактики. Общая продолжительность операции составила 27 мин, кровопотеря – 500 мл, мочи выделилось 100 мл. Гемодинамика в течение всей операции стабильна. Инфузия 1000 мл сбалансированных кристаллоидных растворов. Ранний послеоперационный период без особенностей. В условиях ОАиР (12.07.-13.07.18г.) проводилась инфузионная, гипотензивная, утеротоническая терапия, послеоперационное обезболивание, профилактика ТЭО (компрессионный трикотаж, ППК, п/к клексан 0,4 через 12 часов после операции, в последствии 2 раза в день). Переведена в послеродовое отделение и на пятые сутки после родов выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача ЖК.

*Случай 2.* Пациентка, 28 лет, доставлена в акушерский стационар БУ «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр» бригадой СМП из г. Мегион, на каталке с венозным доступом. Из анамнеза: обратилась в родильное отделение «Городской больницы» г. Мегион в связи с началом родовой деятельности и излитием о/вод. Зафиксирован подъем АД до 170/100 мм.рт.ст., в/в введен р-р магния сульфат 25%-16 мл, начата инфузия магния сульфата 25% в дозе 1 г/час; таб. нифедипина 10 мг + таб. допегита 250 мг внутрь. *Диагноз при поступлении:* Беременность III, роды I, 41 неделя, головное предлежание. Умеренная преэклампсия. Первый период родов. Крупный плод? Раннее излитие околоплодных вод. Ожирение 3 степени (ИМТ- 42 кг/м<sup>2</sup> исходного). Гестационный сахарный диабет.

Роды велись под продленной эпидуральной анальгезией по стандарту оказания медицинской помощи при самопроизвольных родах с отеками, протеинурией и гипертензивных расстройствах во время беременности и в родах. Учитывая первичную слабость родовых сил, умеренную преэклампсию, ОАА (в анамнезе преждевременные роды в 22-23 недель), гестационный сахарный диабет, ожирение III степени – решено отказаться от схемы родоусиления и завершить роды путем операции кесарево сечения. Согласие пациентки получено. Выполнено поперечное нижнее-срединное чревосечение, кесарево сечение в нижнее-маточном сегменте, вид обезболивания – эпидуральная анестезия. На 4-й минуте извлечен мальчик массой



тела 3098 г, длиной 49 см с оценкой по шкале Апгар 8–8 баллов. Операция длилась 54 мин, кровопотеря составила 700 мл, диурез – 200 мл. Пациентка во время операции находилась в сознании. Инфузия 1000 мл сбалансированных кристаллоидных растворов. После операции пациентка переведена в палату ОАиР, где проводился мониторинг жизненно важных функций. Через 90 мин после окончания операции наблюдалось восстановление чувствительности в области операции, движение в нижних конечностях восстановлено в полном объеме. Проводилось мультимодальное обезболивание (инфузия 0,2% раствора ропивакаина в ЭДК; НПВС). Через 4 часа пациентка активизирована, переведена в сидячее положение. Через 20 часов переведена в послеродовое отделение. Осложнений послеоперационного периода не было. На пятые сутки после операции выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача женской консультации по месту жительства.

*Случай 3.* Пациентка, 35 лет, поступила в отделение патологии беременности акушерского стационара БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» с диагнозом: Беременность III, роды II, 39 недель, головное предлежание, хроническая артериальная гипертензия, умеренная преэклампсия. Морбидное ожирение: масса тела 160 кг при росте 160 см, ИМТ 62,5 кг/м<sup>2</sup>. Через 6 часов с момента поступления у пациентки развилась регулярная родовая деятельность. Отмечалось повышение АД до 160/100 мм рт. ст. Известно, что пациентка находилась на комбинированной терапии гипотензивными препаратами. В моче отмечалась протеинурия до 0,5 г/л. В родильном зале начата инфузия магнезии 25% в дозе 1 г/ч. На фоне проводимой терапии гемодинамика стабилизировалась, но через 2 часа на фоне болезненных схваток, вновь стали наблюдаться гипертензивные гемодинамические реакции. Через 2 часа с начала родовой деятельности в условиях родильного зала проведена эпидуральная анальгезия. Для обезболивания использовался 0,2% раствор ропивакаина в дозе 20 мг. На этом фоне, через 7 мин., наблюдалась адекватная анальгезия. Отсутствие жалоб на болезненные схватки, в течение 30 мин, АД стабилизировалось до 130/80–140/90 мм рт. ст. Повторные болюсы 0,2% раствора ропивакаина (20 мг) вводили через 2 и 4 часа.

Через 7 часов от начала родовой деятельности у пациентки произошли роды через естественные родовые пути. Ребенок массой тела 3100 г, рост -51см, оценка по шкале Апгар 7–9 баллов. Кровопотеря 500 мл. Повреждений мягких тканей в результате родов не было. В послеродовом периоде пациентке проведена коррекция антигипертензивной терапии. На 5-й день после родов в удовлетворительном состоянии, со стабильной гемодинамикой выписана под наблюдение врача женской консультации.

Итак, у пациента, страдающего ожирением, имеются трудности при вентилиции маской и обеспечении проходимости дыхательных путей, увеличенный риск легочной аспирации, уменьшенный кардиопульмональный резерв, хроническая гипоксемия и гиперкапния. В протоколах предоперационной оценки пациент с ожирением, как считают некоторые авторы, должен изначально классифицироваться по более высокой степени по шкале ASA. Необходимо провести диагностику трудных дыхательных путей (ТДП), выявить сопутствующую сердечно-сосудистую и дыхательную патологию. По данным исследований, частота ТДП при ИМТ более 40 кг/м<sup>2</sup> достигает 24%. Интубация в сознании требуется у 8% пациентов. Известно, что стандартные шкалы прогноза трудной интубации, типа шкалы Mallampati, тироментального и тироцитовидного расстояния часто не в состоянии предсказать ТДП. Кроме того, у пациентов с ожирением при анестезии значительно увеличивается легочный шунт. Необходимо учитывать, что ФОЕЛ снижается с увеличением ИМТ. Известно, что само оперативное вмешательство при ИМТ более 30 кг/м<sup>2</sup> приводит к снижению ЖЕЛ на 40%. Увеличение массы грудной стенки снижает растяжимость грудной клетки и экскурсию диафрагмы. Изменение легочных объемов приводит к закрытию мелких дыхательных путей во время дыхания и нарушению вентилиционно-перфузионных отношений. У пациентов с ожирением уровень внутрилегочного шунтирования может достигать 10–25%, что может приводить к стойкой гипоксемии во время анестезии. Пациенты с ожирением часто страдают гипертонией, которая ведет к гипертрофии сердца и левожелудочковой недостаточности.

Все вышеперечисленные сложности доказывают преимущества регионарной анестезии



при анестезиологическом обеспечении пациенток с ожирением, но и тогда можно столкнуться с проблемами. Отсутствие анатомических ориентиров значительно усложняет манипуляции. Согласно статистике, в 86% случаев расстояние от кожи до эпидурального пространства более 8 см ( $10 \pm 0,6$  см) у пациенток с ИМТ более 30 кг/м<sup>2</sup> (при норме в 5–7 см). Существуют рекомендации по использованию специальных средств для визуализации (УЗИ), которых, к сожалению, мы не имеем. Пациентки с ожирением требуют специфической аппаратуры и инструментария, в частности использования более длинных игл для проведения пункций, что мы и используем. Все наши пациентки находились на самостоятельном дыхании, что позволило избежать многих осложнений. Во время операции мы не применяли седативные препараты, в связи с высоким риском гиповентиляции, как указывает большинство авторов, необходимо осторожное применение препаратов, угнетающих сознание и дыхательную систему. В послеоперационном периоде у пациенток с ожирением в разы увеличивается вероятность таких грозных осложнений, как обструкция дыхательных путей, венозные тромбоэмболические осложнения, инфекции послеоперационной раны. Мы применяем комплексную профилактику тромбоэмболических осложнений, включающую компрессионный трикотаж, перемежающуюся пневмокомпрессию и НМГ. Продолжение профилактики тромбоэмболических осложнений рекомендовано проводить пациенткам до 6 недель после родов или операции.

### Вывод

Таким образом, проведение регионарной анестезии/агальгезии наиболее предпочтительно у пациенток с ожирением, в связи с высоким

риском ТДП, дыхательных и сердечно-сосудистых осложнений в периоперационный период.

### Литература

1. Джеймс, Р. Рафмелл, Джозеф, М. Нил Регионарная анестезия. Самое необходимое в анестезиологии / М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 272 с.
2. Линде, В.А., и соавт. Роль про- и контринсулярных факторов в формировании акушерской патологии / Акушерство и гинекология, – 2017. – №2. – С.32-38.
3. Овечкин, А.Ю., Пырегов, А.В. Применение регионарной анестезии у пациенток с морбидным ожирением в акушерстве и гинекологии / Анестезиология и реаниматология. – М. – 2014. – №6. – С.15-19.
4. Пырегов, А.В., Шифман, Е.М., Кан, Н.Е., Петров, С.В. Трудные дыхательные пути в акушерстве – М.: ООО «ИнтелТекМедиа», 2012. – 47с.
5. Савельева, И.В. Пути профилактики тяжелых осложнений у беременных с метаболическим синдромом // Сибирский медицинский журнал. – 2012. – т. 112. – №5. – С.59-61.
6. Шифман, Е.М. Филиппович, Г.В. Спиналомозговая анестезия в акушерстве – Петрозаводск: ИнтелТек, 2005. – 558с.
7. Эпштейн, С.Л. Особенности анестезии и аналгезии при хирургическом лечении пациентов, страдающих морбидным ожирением. Региональная анестезия и лечение острой боли / Анестезиология и реаниматология, – 2014. – т. 59. – №6. – С.15-18.
8. Клинические рекомендации и протоколы лечения, утвержденные Общероссийской общественной организацией «Федерация анестезиологов и реаниматологов». Издание третье, дополненное и переработанное.
9. ВОЗ. Информационный бюллетень № 311. Ожирение и избыточный вес. 2011г.

© Хоробрых О.С., 2018



## ВРОЖДЕННЫЙ ДИСКЕРАТОЗ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Нечаевских В.И.,

врач гематолог первой категории ЦКД гематологии БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

Зинина Е.Е.,

врач гематолог высшей категории, руководитель ЦКД гематологии

БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

Попова Н.Б.,

врач гематолог ЦКД гематологии БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

*Врожденный дискератоз (синдром Цинссера-Энгмана-Коула) относится к группе редких генетических синдромов, реализующихся проявлениями аномалий кожи, слизистых оболочек, костномозговой недостаточностью и склонностью к развитию злокачественных заболеваний. Данная патология встречается крайне редко, до настоящего времени точных данных нет, приблизительно распространенность составляет 1:1 000 000 человек в год, при этом, болеют преимущественно лица мужского пола (в соотношении 3:1). Всего, по данным литературы, описано около 60 пациентов с данной патологией.*

*В статье описан клинический случай врожденного дискератоза у ребенка 5-ти лет, его основные клинические проявления, особенности диагностики и методы лечения.*

**Ключевые слова:** гетерогенное заболевание, дискератоз.

Врожденный дискератоз – генетически гетерогенное заболевание с разными типами наследования. На данный момент известны более 10 генов (DKC1; RTEL1; TERC; TERT; NOP10; NOLA1,2,3; WRAP53; NHP2; TINF2; TCAB1 др.), ответственных за развитие врожденного дискератоза (ВДК). Все они играют важную роль в поддержании длины теломер, что и является основным звеном механизма развития заболевания.

Один из генов ВДК картирован на Xq28 и получил название «дискерина» DKC1. В настоящий момент доказана роль дискерина в ингибировании апоптоза экспрессирующих его клеток. Так, Филипп Дж. Мейсон и др. показали, что мутации в DKC1 вызывают врожденный дискератоз с различной степенью тяжести, при этом у мальчиков развивается классическая триада (сетчатая пигментация кожи, аномальный рост ногтей, лейкоплакия слизистых оболочек) и аплазия костного мозга.

При исследовании больных с врожденным дискератозом T. Vulliamy et al. было установлено, что ген, кодирующий РНК-компонент теломеразы TERC, расположенный в 3q, был выбран в качестве гена-кандидата, и обнаружена делеция 3'74 оснований кодирующей области TERC. Укорочение теломеры вызывает хромосомную нестабильность, которая может приводить к гибели клеток и истощению пула ство-

ловых клеток. При этом заболевание, связанное с мутациями TERC, имеет менее тяжелое течение. Так, в исследованиях было показано, что низкая частота мутаций TERC была обнаружена у группы детей с тяжелой апластической анемией и миелодиспластическим синдромом, которые получили трансплантацию костного мозга. Манифестация заболевания происходит в возрасте от 5 до 15 лет, поэтому первым с ним сталкивается педиатр. Симптомы развиваются постепенно, около 85% пациентов в дебюте разворачивают картину апластической анемии. Классическими кожными проявлениями, составляющими триаду симптомов, являются: дистрофические изменения ногтей, характеризующиеся ломкостью, продольной исчерченностью, вплоть до полного исчезновения ногтевой пластины на 5 пальце стопы; сетчатая гиперпигментация кожи с характерной локализацией (лицо, шея, верхняя часть грудной клетки), которая проявляется как мелкими участками гиперпигментации в виде сетчатого рисунка кожи, так и крупными депигментированными участками (4-8 мм) на темном гиперпигментированном фоне; лейкоплакия слизистых оболочек, в большинстве случаев полости рта, особенно среднего отдела языка и неба. Часто возникают поражения глаз (конъюнктивит, блефарит, эктропион, катаракта, глаукома). К другим дерматологическим клиническим симптомам можно





отнести атрофические ладонно-подошвенные эритемы и гиперкератоз, гипотрихоз ресниц, изъязвления слизистой полости рта, трещины вокруг ануса и в уретре. Характерной чертой всех эктодермальных проявлений является усугубление их с возрастом пациента и развитие раньше гематологических. У трети больных наблюдается умственная отсталость. Однако самым частым первым описанным клиническим симптомом являются рецидивирующие носовые кровотечения вследствие развития тромбоцитопении. Гематологические характеристики ВДК не имеют специфических черт – наряду с панцитопенией выявляется макроцитоз и повышение концентрации НВФ. В ранней фазе заболеваний исследование костного мозга выявляет повышение его клеточности, в более поздних стадиях – усугубляется панцитопения, что ведет к неизбежному падению клеточности костного мозга. Среди аномалий, описанных при ВДК, отмечен тяжелый, прогрессирующий иммунодефицит, сочетающийся в некоторых случаях с гипоплазией мозжечка, склонность к развитию фиброза и цирроза печени и легких и предрасположенность к злокачественным новообразованиям, которые, по данным различных авторов, были зарегистрированы у 20% пациентов. При этом чаще поражалась полость ротоглотки и желудочно-кишечного тракта. Единственным методом лечения костномозговой недостаточности при ВДК является аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток. Альтернативой ее является применение анаболических стероидов – оксиметолон (даназол или нилевар) в дозе 0,25 мг/кг/сутки, максимальная доза 2-5 мг/кг/сутки с хорошим ответом в 65%.

### Клиническое наблюдение

Девочка, 5 лет, от возрастных здоровых родителей. Семейный анамнез не отягощен. Ребенок родился от 1 беременности, протекавшей без патологии, роды путем кесарева сечения, весом 4350. Находилась на грудном вскармливании до возраста 3 месяцев.

Поступила с жалобами на синячки на коже, кровоточивость из перфорированной барабанной перепонки, бледность кожных покровов.

Из анамнеза известно, что первые изменения в анализах крови появились в возрасте 3-х лет на фоне ОРВИ: тромбоцитопения до  $30 \cdot 10^9 / \text{л}$ , анемия до 110 г/л, увеличение

MCV до 106 ед. По поводу ОРВИ получала антибактериальную терапию, симптоматическую, жаропонижающие средства. В динамике в ОАК сохранялась тромбоцитопения до  $110 - 20 \cdot 10^9 / \text{л}$ . Госпитализирована впервые в гематологическое отделение в 2016 году. При осмотре умеренно выраженный геморрагический синдром на коже. По органам б/о. В ОАК – гемоглобин в пределах нормы, тромбоциты –  $56 \cdot 10^9 / \text{л}$ . Иммунограмма – без патологии. Обмен железа, б/химические показатели крови – в пределах нормы. ПЦР на ЦМВ, герпес, токсоплазмоз, вирус ЭБВ – отриц. Ревмопробы – отриц. В миелограмме – недифференцируемые бласты – 4,0%. Костный мозг умеренно клеточный, тип кроветворения нормобластический. Мегакариоциты многолопастные без сохранения отшнуровки тромбоцитов; генетическое исследование клеток костного мозга – без патологии – 46,XX. Выставлен диагноз: иммунная тромбоцитопения среднетяжелой степени. Учитывая наличие геморрагического синдрома проведен курс терапии дексаметазоном в дозе 16 мг четыре дня с положительным эффектом, геморрагический синдром купирован. Далее наблюдалась гематологом амбулаторно. В течении 2-х лет уровень тромбоцитов в пределах  $30-40 \cdot 10^9 / \text{л}$ .

Ухудшение в январе 2018 года, когда на фоне острого отита появилось кровотечение из перфорированной барабанной перепонки, развился геморрагический синдром на коже. Экстренно госпитализирована в гематологическое отделение. При первичном осмотре в стационаре: физическое развитие соответствует возрасту (Вес 16 кг, Рост 103 см), кожные покровы выражено бледные, умеренно обильная геморрагическая сыпь на коже рук, ног, передней поверхности грудной клетки по типу экхимозов, петехий. Неяркая гиперпигментация концевых фалаг на верхних конечностях. Обращают на себя внимание койлонихии и явления дистрофии на ногтевых пластинах рук, пойкилодермия (рис. 1-3), лейкоплакия на слизистой оболочке полости рта, слезоточивость обоих глаз, явления блефарита. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 98 в мин. Живот мягкий, болезненности при пальпации не выявлено. Печень пальпируется по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и диурез в норме.



В общем анализе крови – гиперхромная анемия среднетяжелой степени, тромбоцитопения тяжелой степени. Ферритин – 275.4 нг/мл. Гормоны щитовидной железы в норме. Ревмопробы – отриц. Миелограмма из двух точек: костный мозг в обеих точках скудной клеточности полиморфный. Подсчет произведен ориентировочно. Тип кроветворения нормобластический. Эритроидный росток в обеих точках представлен клетками различной степени зрелости, встречаются признаки дизэритропоэза в виде единичных двуядерных нормоцитов, макроцитоза на (+), полихроматофилии на (+), единичных нормоцитов с полиморфизмом ядра (форма «восьмерки»). Во 2-й точке имеются фигуры митоза клеток эритропоэза до 0,2%. В просмотренных препаратах обнаружен единственный мегакариоцит с необильной цитоплазмой серо-розового цвета со скудной азурофильной зернистостью и множеством мелких ядер. Свободнолежащие тромбоциты в достаточном количестве. Содержание витамина В 12 и фолиевой кислоты, ретикулоциты – в пределах нормы. Сидеробласты 20%, кольцевидные сидеробласты не найдены. Антитела к вирусным гепатитам – не обнаружены. Проба Кумбса – положительная. Рентгенологические и ультразвуковые исследования без патологии.

Трепанобиопсия подвздошной кости – костномозговые лакуны практически полностью замещены жировой тканью (количество клеток миелопоэза вместе с лимфоидными клетками составляет не более 1-2%, оценить клеточный состав ростков миелопоэза не представляется

возможным). Морфологическая картина наиболее соответствует аплазии костного мозга.

Учитывая клинико-лабораторные данные заподозрен врожденный дискератоз. Пробы костного мозга и периферической крови были отправлены в ФГБУ НПЦ ДГОИ им. Д. Рогачева: Цитогенетическое исследование: нет митозов, ПНГ клон не определен.

Определение относительной длины теломер – значительно снижен – 10.8 (контроль 20-39).

ДЭБ тест – отрицательный. Результаты NGS-исследования – обнаружена патогенная мутация в гене TINF2. Таким образом, поставлен диагноз: врожденный дискератоз (мутация TINF2).

С целью купирования костномозговой недостаточности ребенку показано проведение аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. Учитывая отсутствие совместных родственников доноров, в настоящий момент проводится поиск неродственного донора.

Таким образом, у данной пациентки имеет место тяжелое проявление врожденного дискератоза – прогрессирующая костномозговая недостаточность кроветворения, требующая проведения радикальной терапии – трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. Однако эффективность данной методики, по данным литературы, не дает полного исцеления: даже при успешном приживлении донорского костного мозга, подавляющее число пациентов умирают от реакции «трансплантат против хозяина» в связи с уже имеющимися изменениями в органах и иммунодефицитом.



Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.

### Литература

1. Ершов, Н.М., Овсянникова, Г.С., Хачатрян, Л.А., Цетлина, В.А., Сунцова, Е.В. и соавт. Врожденный дискератоз: анализ клинических случаев // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2014. – Т. 93. – № 6. – С. 90-95.

2. Aalfs, C.M., van den Berg, H., Barth, P.G., Hennekam, R.C. The Hoyeraal-Hreidarsson syndrome: the fourth case of a separate entity with prenatal growth retardation, progressive pancytopenia and cerebellar hypoplasia // Eur J Pediatr. – 1995. – Vol. 154, № 4. – P. 304-308.



3. Alter, B.P., Baerlocher, G.M., Savage, S.A., Chanock, S.J., Weksler, B.B., Willner, J.P., Peters, J.A., Giri, N., Lansdorp, P.M. Very short telomere length by flow fluorescence in situ hybridization identifies patients with dyskeratosis congenita // *Blood*. – 2007. – Vol. 110, N 5. – P. 1439-1447. – DOI: 10.1182/blood-2007-02-075598.
  4. DKCA1 – dyskeratosis congenita, autosomal dominant 1 [Electronic resource] // OMIM – Online Mendelian Inheritance in Man. – Access mode: <http://omim.org/>, free (02.07.2018)
  4. DKCA1 - dyskeratosis congenita, autosomal dominant 1 [Electronic resource] // OMIM - Online Mendelian Inheritance in Man. - Access mode: <http://omim.org/>, free (02.07.2018)
  5. Dokal, I. Dyskeratosis congenita // *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. - 2011. - Vol. 2011. - P. 480-486. - <https://doi.org/10.1182/asheducation-2011.1.480>.
  6. Dokal, I. Dyskeratosis congenita in all its forms // *Br J Haematol*. - 2000. - Vol. 110, N 4. - P. 768-779.
  7. Drachtman, R.A., Alter B.P. Dyskeratosis congenita: clinical and genetic heterogeneity. Report of a new case and review of the literature // *Am J Pediatr Hematol Oncol*. - 1992. - Vol. 14, N 4. - P. 297-304.
- © Нечаевских В.И., Зинина Е.Е., Попова Н.Б., 2018

УДК

## АЛКОГОЛЬ КАК ФАКТОР ГЕНДЕРНОГО ГРАДИЕНТА ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ БЕЛАРУСИ

Разводовский Ю.Е.,

к.м.н., старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории  
УО «Гродненский государственный медицинский университет» МЗ Беларуси, г. Гродно

*В Беларуси уровень связанных с алкоголем проблем среди сельского населения существенно выше, чем среди городского населения. Целью настоящего исследования было изучение связи между алкогольными проблемами и разницей ОПЖ (ожидаемая продолжительность жизни) городского и сельского населения Беларуси. В сравнительном аспекте изучена динамика уровня смертности от острого алкогольного отравления (независимая переменная) и динамика разницы ОПЖ городского и сельского населения (зависимая переменная) в период с 1970 по 2015 гг. В рассматриваемый период разница ОПЖ городского и сельского населения выросла для мужчин на 4,4 года (с 0,3 до 4,7 года), а для женщин на 4,1 года (с -1 до 3,1 года). Согласно результатам корреляционного анализа Спирмана уровень смертности от острого алкогольного отравления тесно связан с разницей ОПЖ городских и сельских мужчин ( $r=0,86$ ;  $p<0,000$ ), а также с разницей ОПЖ городских и сельских и женщин ( $r=0,88$ ;  $p<0,000$ ). Результаты настоящего исследования указывают на алкоголь как один из факторов роста разницы ОПЖ городского и сельского населения Беларуси.*

**Ключевые слова:** ожидаемая продолжительность жизни, алкогольные проблемы, сельское и городское население, Беларусь.

### Введение

Демографическая ситуация в Беларуси продолжает оставаться сложной. В 1993 г. в Беларуси начался процесс депопуляции, т.е. уменьшения численности населения за счет роста уровня смертности и снижения рождаемости [1]. Современный демографический кризис в особенности затронул сельское население. Анализ демографической ситуации в сельской местности позволяет говорить о «вымирании» деревни [2]. За период с 1960 по 2017 гг. численность сельского населения сократилась в 2,6 раза (с 68,0% до 22,1% от общей численности населения). В период с 1960 по 2016 уровень рождаемости в сельской местности снизился в 1,9 раза

(с 24,3 до 12,7 на 100 тыс. населения), в то время как уровень общей смертности вырос в 3 раза (с 7,2 до 21,6 на 100 тыс. населения). Отставание села от города в социально-демографическом отношении продолжает увеличиваться [1].

В ряде исследований было убедительно показано, что основным виновником вымирания деревни является алкоголь [3-5]. В работах, посвященных изучению особенностей алкоголизации сельского населения был показан высокий уровень связанных с алкоголем проблем среди жителей деревень [6-8]. Причем, с удалением от районных центров возрастает удельный вес лиц, страдающих алкогольной зависимостью, а также растет распространенность



алкоголизма среди женщин [7]. Разрушение патриархального уклада жизни в деревне, отказ от традиций, ограничивающих употребление алкоголя, низкий социальный контроль, низкий уровень антиалкогольной профилактики, феномен «замкнутого круга», когда уволенный за пьянство работник ввиду нехватки рабочей силы быстро находит работу, обуславливает массовый характер пьянства в деревне [2]. Высокий уровень алкоголизации сельского населения опосредует высокий уровень связанной с алкоголем смертности, в том числе от внешних причин и суицидов [9-11]. Так, уровень смертности от хронического алкоголизма среди сельского населения в 1,8 раза (среди населения трудоспособного возраста в 2,3 раза) выше, чем среди городского, а уровень смертности от острого алкогольного отравления среди сельского населения в 2 раза (среди населения трудоспособного возраста в 2,7 раза) выше, чем среди городского [6]. Связанная с алкоголем смертность занимает значительный удельный вес в структуре общей смертности сельского населения [12].

**Целью настоящего исследования** было изучение связи между алкогольными проблемами и разницей ОПЖ городского и сельского населения Беларуси.

### **Материалы и методы**

В сравнительном аспекте изучена динамика уровня смертности от острого алкогольного отравления (независимая переменная) и динамика разницы ОПЖ городского и сельского населения (зависимая переменная) в период с 1970 по 2015 гг. Данные уровня смертности от острого алкогольного отравления и ОПЖ получены из ежегодных отчетов Министерства статистики и анализа Беларуси. Уровень смертности от острого алкогольного отравления является одним из наиболее надежных косвенных индикаторов уровня связанных с алкоголем проблем [12]. Потенциальным методологическим ограничением данного исследования является использование общего уровня смертности от алкогольного отравления для городского и сельского населения.

Для оценки и удаления тренда из временного ряда использовался метод простых разностных операторов, суть которого заключается в переходе от исходного ряда к ряду разностей

соседних значений ряда [13]. Статистическая обработка данных (описательная статистика, корреляционный анализ Спирмана) проводилась с помощью программного пакета «Statistica 12. StatSoft».

### **Результаты исследования**

В период с 1970 по 2015 гг. разница ОПЖ городского и сельского населения выросла для мужчин на 4,4 года (с 0,3 до 4,7 года), а для женщин на 4,1 года (с -1 до 3,1 года). В среднем за весь рассматриваемый период разница ОПЖ городских и сельских мужчин составила  $4,1 \pm 1,6$ , в то время как разница ОПЖ городских и сельских женщин составила  $1,9 \pm 1,3$ .

Графические данные, представленные на рисунке 1 свидетельствуют о линейном росте разницы ОПЖ городского и сельского населения практически на протяжении всего рассматриваемого периода. Разница ОПЖ городских и сельских мужчин росла вплоть до 2005 г., достигнув своего пика (6,7 года), после чего стала снижаться. Рост разницы ОПЖ городских и сельских женщин продолжался вплоть до 2010 г., достигнув максимального уровня за весь рассматриваемый период (3,8 года), после чего данный показатель стал снижаться. Линейный тренд роста разницы ОПЖ городского и сельского населения прерывался короткими периодами снижения: в конце 1970-х гг., в середине 1980-х гг., в конце 1990-х гг. В середине 1980-х гг. уменьшение разницы ОПЖ городского и сельского населения произошло за счет более значительного прироста ОПЖ сельского населения. Так, в период с 1984 по 1987 гг. ОПЖ городских и сельских мужчин увеличилась соответственно на 0,9 и 1,7 года, а ОПЖ городских и сельских женщин увеличилась соответственно на 0,1 и 0,3 года.

Визуальный анализ данных свидетельствует о схожей динамике разницы ОПЖ городских и сельских жителей и уровня смертности от острого алкогольного отравления. Согласно результатам корреляционного анализа Спирмана уровень смертности от острого алкогольного отравления тесно связан с разницей ОПЖ городских и сельских мужчин ( $r=0,86$ ;  $p<0,000$ ), а также с разницей ОПЖ городских и сельских и женщин ( $r=0,88$ ;  $p<0,000$ ). Кросс-корреляционный анализ преобразованных временных рядов после удаления тренда выявил существо-





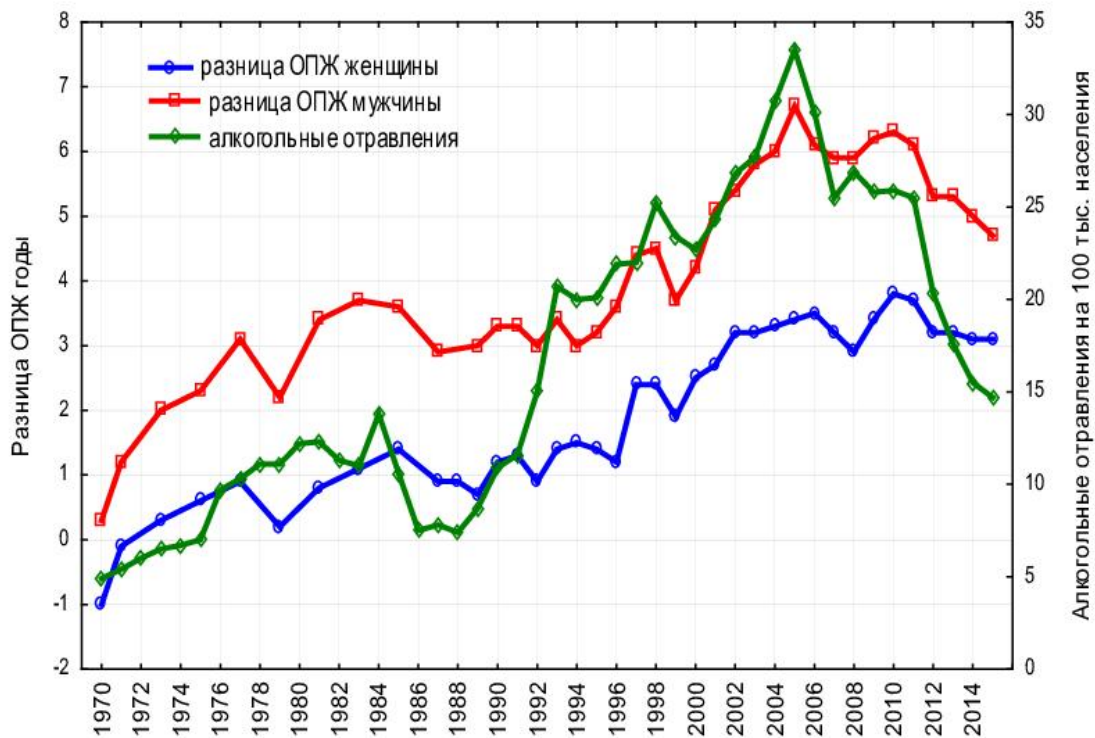


Рис. 1. Динамика уровня смертности от острых алкогольных отравлений и разницы ОПЖ городских и сельских мужчин и женщин

вание статистически значимой положительной связи между смертностью от алкогольного отравления и разницей ОПЖ городских и сельских мужчин на первом лаге ( $r=0,50; SE=0,149$ ). Связь между уровнем смертности от острого алкогольного отравления и разницей ОПЖ городских и сельских женщин также положительная, хотя она статистически не значима ( $r=0,26; SE=0,149$ ).

### Обсуждение

Практически линейный рост разницы ОПЖ городского и сельского населения на протяжении рассматриваемого периода указывает на накопительный характер эффекта негативных факторов, ответственных за ухудшение показателей здоровья сельского населения. Причем, влияние этих факторов в определенные периоды снижалось, что приводило к снижению разницы ОПЖ городского и сельского населения. Предположительно, одним из таких факторов является алкоголь, уровень потребления которого на протяжении рассматриваемого периода значительно колебался. Косвенным подтверждением этой гипотезы является снижение разницы ОПЖ городского и сельского населения в середине 1980-х гг., которое соотносится с

резким снижением доступности алкоголя в период антиалкогольной кампании [6]. Тот факт, что в середине 1980-х гг. наибольший прирост ОПЖ отмечался среди сельских мужчин говорит о том, что, во-первых: уровень алкогольных проблем наиболее высок среди сельских мужчин; во-вторых: неучтенный алкоголь не смог компенсировать снижение уровня продажи алкоголя государственной торговлей.

Существенное снижение разницы ОПЖ городского и сельского населения в последние пять лет рассматриваемого периода, в значительной степени, объясняется снижением экономической доступности алкоголя вследствие роста акцизов [14]. Выраженный saniрующий эффект в плане снижения уровня алкогольных проблем сыграло снижение производства и продажи крепленых плодово-ягодных вин, пользующихся популярностью среди сельских жителей [15].

Эмпирические предпосылки относительно ведущей роли алкоголя в существенном росте разницы ОПЖ городского и сельского населения на протяжении рассматриваемого периода подтверждаются результатами анализа временных серий, показавших наличие положительной связи между уровнем фатальных



алкогольных отравлений и разницей ОПЖ городского и сельского населения на популяционном уровне. При этом следует обратить внимание на то обстоятельство, что сила связи между уровнем фатальных алкогольных отравлений и разницей ОПЖ городского и сельского населения была более выражена у мужчин. Данный факт является дополнительным свидетельством в пользу алкогольной гипотезы, поскольку уровень потребления алкоголя среди сельских мужчин значительно выше, чем среди женщин. Согласно результатам анонимного опроса, сельские мужчины и женщины выпивают соответственно 21,4 и 11,6 литра алкоголя (в пересчете на 100% алкоголь) в год [6]. При этом 57% мужчин и 29,2% женщин признали наличие похмельного синдрома, который является одним из основных диагностических признаков алкогольной зависимости [6].

#### Выводы:

Результаты настоящего исследования указывают на алкоголь как один из факторов роста разницы ОПЖ городского и сельского населения Беларуси. Представленные данные говорят о том, что ограничение физической и экономической доступности алкоголя является необходимым условием улучшения здоровья сельского населения.

#### Литература

1. Национальный статистический комитет Республики Беларусь. Социальное положение и уровень жизни населения Республики Беларусь: статистический сборник. – Минск. 2017.
2. Гулицкая, Н.И., Ломать, Л.Н. Медико-демографические проблемы здоровья сельского населения Республики Беларусь. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2006. – № 1. – С. 27-32.
3. Разводовский, Ю.Е. Анализ структуры смертности городского и сельского населения Республики Беларусь. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2004. – № 1. – С. 78-80.
4. Разводовский, Ю.Е. Заболеваемость алкогольными психозами среди городского и сельского населения Беларуси. // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. – № 3. – С. 34-38.
5. Разводовский, Ю.Е. Алкогольные отравления и гендерный градиент ожидаемой продолжительности жизни в Беларуси. // Девиантология. – 2017. – № 1 (1). – С. 19-24.
6. Разводовский, Ю.Е. Продажа алкоголя и смертность городского и сельского населения Беларуси. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2009. – № 3. – С. 45-50.
7. Разводовский, Ю.Е. Распространенность потребления алкоголя и его суррогатов среди населения гродненской области. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2014. – № 2. – С. 57-61.
8. Разводовский, Ю.Е. Сравнительный анализ уровня смертности городского и сельского населения Беларуси. Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2008. – № 1. – С. 72-76.
9. Родяшин, Е.В., Зотов, П.Б., Габсалямов, И.Н., Уманский, М.С. Алкоголь среди факторов смертности от внешних причин. // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 21-23.
10. Сахаров, А.В., Говорин, Н.В. Суицидальное поведение и потребление алкоголя: оценка взаимосвязей на популяционном уровне. // Суицидология. – 2015 – № 6 (2). – С. 35-46.
11. Разводовский, Ю.Е. Потребление алкоголя и градиент уровня суицидов среди городских и сельских жителей Беларуси. // Суицидология. 2018; 9 (1): 67-72.
12. Stickley, A., Razvodovsky, Y.E. Alcohol poisoning in Belarus: a comparison of urban-rural trends. Alcohol & Alcoholism. 2009; 44(3): 326-331.
13. Box, G.E.P., Jenkins, G.M. Time Series Analysis: forecasting and control. London. Holden-Day Inc. 1976.
14. Разводовский, Ю.Е. Алкогольная ситуация в Беларуси в контексте алкогольной политики. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2016. – № 1. – С. 35-42.
15. Разводовский, Ю.Е. Медико-социальные корреляты потребления самогона. // Наркология. – 2016. – № 3. – С. 31-35.

© Разводовский Ю.Е., 2018



## ОБНАРУЖЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ МЕТАБОЛИТОВ В БИОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДАХ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ СИНТЕТИЧЕСКИМ КАННАБИМИМЕТИКОМ MDMB(N)-BZP И СИНТЕТИЧЕСКИМ КАТИНОНОМ ALPHA-PVP. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

**Жевелик О.Д.,**

главный врач БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница»

**Ризванова Л.Н.,**

заведующая клинико-диагностической лабораторией  
БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница»

**Работин Р.А.**

заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии  
БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница»

*Появление в последнее десятилетие новых синтетических психоактивных соединений становится порой неразрешимой проблемой для рутинных химико-токсикологических лабораторий, в которых исследуются биологические образцы, взятые от пациентов в состоянии интоксикации или в рамках проводимых медицинских освидетельствований на состояние опьянения.*

*Вновь появляющиеся психоактивные вещества практически мало изучены: неизвестны клинические признаки интоксикации, пути метаболизма в организме человека, фармакокинетические и фармакодинамические свойства. Большинство этих соединений нельзя обнаружить иммунохроматографическими тестами, поэтому каждое химико-токсикологическое исследование становится ненаправленным и выполняется с применением хромато-масс-спектрометрического оборудования.*

**Ключевые слова:** синтетические психоактивные соединения, иммунохроматографические тесты, интоксикация.

Двое мужчин, 29 лет и 32 года, были госпитализированы в январе 2018 года в состоянии острой интоксикации после курения небольшого количества неизвестной им растительной смеси и интраназального употребления альфа-PVP. Оба внезапно почувствовали себя плохо, их поведение стало неадекватным, возникла рвота, супруга одного из них вызвала скорую помощь.

Кроме психического и поведенческого расстройств, симптомами интоксикации были: тошнота, рвота, нарушение координации, тремор, мидриаз, тахикардия, тахипноэ, гипертония, гипертермия. Диурез был снижен у обоих пациентов. Лабораторные исследования показали: лейкоцитоз, гипергликемию, повышение уровня аминотрансфераз, респираторный ацидоз с высоким анионным интервалом. Показатели свёртывающей системы крови была в норме. Алкоголь в биологических средах у обоих пациентов не был обнаружен.

Один из пациентов на момент госпитализации впал в кому, из которой в результате лечения вышел на вторые сутки. У обоих пациентов на третий день лечения отмечались:

заторможенность, выраженная мышечная слабость, сонливость, замедленное мышление, дизартрия. Наблюдалось снижение когнитивных функций. Через семь дней пребывания в стационаре: поведение, психическое и соматическое состояния обоих мужчин нормализовались.

### **Цель исследования**

Выявить маркеры новых психоактивных веществ, вызвавших изменения психического и соматического состояния пациентов в биологических средах организма человека (моча, кровь).

### **Методы**

Согласно принятым в учреждении Стандартным Операционным Процедурам (СОП), образцы крови и мочи пациентов для химико-токсикологических исследований были собраны в первые 2 часа госпитализации. Для изолирования продуктов метаболизма из мочи и крови применялась жидкость-жидкостная экстракция. Скрининговый анализ выполнялся на газовом хроматографе Agilent 7890A (Agilent Technologies) с моноквадрольным масс-селективным детектором Agilent 5975C (Agilent



Technologies). Подтверждение выполняли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-селективным детектированием на аналитической системе Toxtyper Bruker с масс-спектрометром типа ионная ловушка Amazon Speed (Bruker) и жидкостным хроматографом Dionex Ultimate 3000 (Thermo Scientific).

### Результаты

В образцах крови и мочи были выявлены маркеры психоактивных веществ, ставших причиной тяжелой интоксикации:

- альфа-пирролидинопентиофенон (синоним: alpha-PVP) и его метаболиты,
- метаболиты метилового эфира 3,3-диметил-2-[1-(4-фторбензил)-1*H*-индазол-3-карбоксамидобутановой кислоты (синоним: MDMB(N)-Bz-F).

### Выводы

В биологических средах пациентов удалось выявить маркеры употребления синтетического каннабимиметика MDMB(N)-Bz-F и синтетического катинона alpha-PVP. Каждое из этих новых психоактивных веществ само по себе обладает мощными галлюциногенными свойствами. Очевидно, тяжесть психоневрологических и соматических нарушений у госпитализированных больных была вызвана не только повышенной дозировкой, но и сочетанным воздействием MDMB(N)-Bz-F и alpha-PVP, а также продуктов их биотрансформации.

### Литература

1. Васильев, А.Б., Ризванова, Л.Н., Булыгина, И.Е., Жевелик, О.Д. и другие. Опыт определения MDMB(N)-Bz-F в моче методами газовой хроматографии с моноквадрупольным масс-селективным детектированием и высокоэффективной жидкостной хроматографии с тандемным масс-селективным детектированием в случае массовых отравлений в г.г. Сургут, Чебоксары, Киров. // Наркология. – 2014. – № 12 (156). – С.49-55.
2. Печников, А.А., Катаев, С.С., Лабутин, А.В., Васильев, А.Б., Савчук, С.А., Шитов, Л.Н., Ризва-

нова, Л.Н. и другие. Идентификация синтетических каннабимиметиков MDMB-CMINACA, MDMB-FUBINACA и их метаболитов. // Наркология. – 2015. – № 2 (158). – С.29-49.

3. Ризванова, Л.Н., Савчук, С.А., Апполонова, С.А. Опыт оптимизации процедур химико-токсикологического анализа при проведении медицинских осмотров в связи с вступлением в силу Федерального закона от 13 июля 2015 г. № 230-ФЗ. // Наркология. – 2015. – № 10. – С. 72-86.
4. Савчук, С.А., Изотов, Б.Н. Идентификация наркотических и психоактивных веществ в биологических жидкостях и волосах методом газовой хроматографии с масс-селективным детектированием. Информационное письмо. – М: ФГБУ ННЦ Наркологии МЗ России, 2014.
5. Савчук, С.А. Обнаружение синтетических каннабимиметиков, наркотических, психоактивных веществ и их метаболитов в моче, волосах и ногтях методами жидкостной хроматографии с масс-селективным детектированием. Информационное письмо. – М: ФГБУ ННЦ Наркологии МЗ России, 2014.
6. Шевырин, В.А. Синтетические каннабиноиды в качестве новых психоактивных соединений. Установление структур, аналитические характеристики, методы определения и идентификация в объектах анализа наркотических средств. – М.: Перо, 2015. – 608 с.
7. Drummer, O.H. Chromatographic screening techniques in systematic toxicological analysis. Review. // Journal of Chromatography B. 1999. Vol. 733. P. 27 – 45.
8. Hasegawa, K., Wurita, A., Minakata, K., Gonmori, K., Yamagishi, I., Nozawa, H., Watanabe, K., Suzuki, O. Identification and quantitation of 5-fluoro-ADB, one of the most dangerous synthetic cannabinoids, in the stomach contents and solid tissues of a human cadaver and in some herbal products. // Forensic Toxicol. Japanese Association of Forensic Toxicology and Springer. 2014. - DOI 10.1007/s11419-014-0259-0.
9. Maurer, H.H., Pfeleger, K., Weber, A.A. Mass Spectral and GC Data of Drugs, Poisons, Pesticides, Pollutants and Their Metabolites. Vol.1: Methods and Tables. // 4th, reserved and enlarged edition. - WILEY-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA. - Weinheim, Germany. – 2011. Vol.1. P. 4 - 21.

© Жевелик О.Д., Ризванова Л.Н., Работин Р.А., 2018





## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Дарвин В.В.,**

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней БУ ВО ХМАО-Югры СурГУ,  
главный внештатный хирург БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

**Краснов Е.А.,**

к.м.н, заместитель главного врача по хирургической помощи  
БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

**Варганова А.Н.,**

заведующий отделением клинической фармакологии  
БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

**Абунагимов В.М.,**

заведующий онкологическим отделением (маммология),  
БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

**Бондаренко О.А.,**

врач – клинический фармаколог, отделения клинической фармакологии  
БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

**Волкова Т.В.,**

врач – клинический фармаколог, отделения клинической фармакологии  
БУ «Сургутская окружная клиническая больница»

*Рак молочной железы (РМЖ) на сегодняшний день занимает лидирующее положение в структуре злокачественных заболеваний у женщин во всем мире и составляет одну из наиболее важных медицинских и социально-экономических проблем [3]. Статистические данные последних лет свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости и смертности от рака молочной железы в разных странах [5]. Несмотря на рост заболеваемости, в связи с совершенствованием скрининга, методов диагностики данной патологии процент локализованных стадий с хорошим прогнозом значительно увеличился [5]. Наилучшие эстетические, функциональные и психоземональные результаты можно получить при одномоментной реконструкции молочной железы [4].*

**Ключевые слова:** скрининг, онкопластическая хирургия, рак молочной железы.

В настоящее время все больше стало развиваться новое направление в онкологии – онкопластическая хирургия. Онкопластическая хирургия молочной железы – это операция по восстановлению объема, формы и контура молочной железы после мастэктомии или органосохраняющей операции, с сохранением симметрии между двумя молочными железами в отношении размера, формы и положения [4]. Но при использовании этой инновационной технологии значительно увеличивается риск развития ИОХВ. До 40% осложнений в послеоперационном периоде приходится на инфекции области хирургического вмешательства, две трети из которых связаны с областью операционного разреза и одна треть затрагивает орган или полость [2]. Важную роль в решении этой проблемы играет применение рациональной периоперационной антибиотикопрофилактики (ПАП) с соблюдением режима дозирования,

времени введения препарата относительно начала операции и продолжительности введения в послеоперационном периоде [1]. Отсутствие адекватной антибиотикопрофилактики или необоснованная антибиотикотерапия оборачиваются увеличением количества ИОХВ, ростом антибиотикорезистентности госпитальных штаммов и дополнительными расходами на лечение инфекционных осложнений [1].

### Цель исследования

Оценить эффективность антибиотикопрофилактики у больных, оперированных по поводу рака молочной железы, в зависимости от ее продолжительности (24 часа и 5 суток).

### Материалы и методы

В течение последних 2-х лет в онкомаммологическом отделении прооперировано 386 больных женского пола с диагнозом рак



молочной железы. Средний возраст составил  $54,4 \pm 7,4$  г. I стадия заболевания имела место у 185 (47,9%) больных, II стадия у 80 (20,7%), III стадия – у 59 (15,4%) пациенток, IIIВ стадия – у 38 (9,8%), IV стадия – у 24 (6,2%). Больные оперированы в плановом порядке после амбулаторного обследования и подготовки. Объем выполненного вмешательства: отсроченная реконструкция молочной железы кожно-мышечным лоскутом (торакодорзальным лоскутом), с использованием эндопротеза – 7 (1,8%), биквадрантэктомия при раке молочной железы с вертикальной маммопластикой – 10 (2,6%), радикальная резекция молочной железы – 54 (14%), радикальная мастэктомия по Мадден – 197 (51%), отсроченная реконструкция молочной железы кожно-мышечным лоскутом TRAM лоскутом – 8 (2%); подкожная мастэктомия с одномоментной маммопластикой большой грудной мышцей в комбинации с эндопротезом (имплантатом-экспандером Беккера 35) – 7 (1,8%), радикальная мастэктомия по Маддену с пластикой подмышечно-подключично-подлопаточной области композитным мышечным трансплантатом – 57 (15%), подкожная мастэктомия с одномоментной маммопластикой большой грудной мышцей в комбинации с эндопротезом (полиуретановые имплантаты с 2016 г.) – 16 (4,1%), подкожная мастэктомия с одномоментной маммопластикой большой грудной мышцей в комбинации с эндопротезом (экспандером) – 26 (6,7%), простая санитарная мастэктомия – 4 (1%).

Учитывая объем проводимого оперативно-вмешательства, первичную этиологическую роль в развитии раневой инфекции микрофлоры кожи (стафилококки, стрептококки), послеоперационные раны отнесены к I классу – «чистые операции». С целью проведения периоперационной антибиотикопрофилактики всем больным за 30 минут до операции вводили цефалоспорины I поколения – цефазолин 2 грамма внутривенно струйно. В зависимости от продолжительности введения антибиотика в послеоперационном периоде, больные разделены на две группы. I группу составили 184 пациентки, прооперированные в 2016 г, введение антибиотика в послеоперационном периоде продолжалось 5 суток, II группу составили 202 пациентки, прооперированные в 2017 г, срок

введения антибиотика после операции составил 24 часа.

### **Обсуждение результатов**

Частота послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде в I группе составила 2,75%, из них у 1,2% отмечено возникновение диастаза послеоперационной раны на фоне длительной лимфорреи, у 0,56% – послеоперационное кровотечение на фоне введения антикоагулянтов, у 0,64% случаев – частичный некроз перемещенного кожно-мышечного лоскута прямой мышцы живота. Во II группе частота послеоперационных осложнений составила 2,68% ( $p > 0,05$ ), из них у 0,88% отмечено возникновение диастаза послеоперационной раны, у 0,88% – послеоперационное кровотечение, у 0,44% – экструзия имплантата на фоне серомы ложа имплантата, у 0,44% – частичный некроз перемещенного кожно-мышечного лоскута прямой мышцы живота. Инфекционных осложнений в области хирургического вмешательства в послеоперационном периоде в обеих группах не зарегистрировано.

### **Выводы**

1. Периоперационная антибиотикопрофилактика является эффективной мерой профилактики инфекции области хирургического вмешательства.

2. Сокращение продолжительного введения антибиотиков в послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу рака молочной железы, до 24 часов не приводит к достоверному снижению эффективности периоперационной антибиотикопрофилактики, но снижает риск антибиотикорезистентности госпитальных штаммов и снижает материальные затраты на лечение.

### **Литература**

1. Асланов, Б.И., Зуева, А.П., Колосовская, Е.Н. Принципы организации периоперационной антибиотикопрофилактики в учреждениях здравоохранения: федеральные клинические рекомендации – М., 2014. – 7 с.
2. Гельфанд, Б.Р., Кубышкин, В.А. и другие Хирургические инфекции кожи и мягких тканей. Российские национальные рекомендации – 2-ое переработанное и дополненное издание. – М., 2015. – 109 с.



- Каприн, А.Д. //Злокачественные новообразования в России в 2013 году / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М., 2014. – 251 с.
- Каприн, А.Д., Рожкова, Н.И. //Маммология. Национальное руководство.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 496 с.
- Senkus, E., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rutgers, E., Zackrisson, S. &

Cardoso, F. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up.// Annals of Oncology 26 (Supplement 5): v8–v30, 2015 doi:10.1093/annonc/mdv298 [http://annonc.oxfordjournals.org/content/26/suppl\\_5/v8.full.pdf+html](http://annonc.oxfordjournals.org/content/26/suppl_5/v8.full.pdf+html)

© Дарвин В.В., Краснов Е.А., Варганова А.Н., Абунагимов В.М., Бондаренко О.А., Волкова Т.В., 2018

УДК 616.665-002.28

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ И МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

**Касенова Б.Ж.,**

врач-уролог урологического отделения  
БУ «Нижевартовская окружная клиническая больница»

**Нотов И.К.,**

клинический ординатор кафедры урологии  
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»

**Борвин Е.А.,**

заведующий урологическим отделением БУ «Нижевартовская окружная клиническая больница»

**Еркович А.А.,**

д.м.н., профессор кафедры урологии  
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»

*В работе представлены актуальные обзорные данные по эпидемиологии, этиопатогенезу, консервативным и хирургическим методам лечения болезни Пейрони.*

**Ключевые слова:** Болезнь Пейрони, фибропластическая индукция полового члена, эректильная деформация, фармакотерапия, хирургическое лечение.

Болезнь Пейрони (БП) – это заболевание соединительной ткани, в основе которого лежит фиброзное поражение полового члена с образованием бляшек в белочной оболочке. Данное заболевание впервые было описано в 1743 году французским хирургом Франсуа Пейрони, однако, спустя более чем 250 лет фибропластическая индукция полового члена (ПЧ) остается актуальной проблемой, ведь в настоящее время нет единого представления об этиологии, патогенезе и тактики ведения пациентов.

Помимо физических и физиологических проявлений данного заболевания: искривление, укорочение длины ПЧ, болезненная эрекция, невозможность ведения полноценной половой жизни, имеют место и психологические расстройства у пациентов с БП. Все эти аспекты, в совокупности, значительно снижают уровень качества жизни как мужчины, так и его полового партнера.

### Эпидемиология

Встречаемость БП составляет 0,3% - 13,1% среди мужчин, причем доля мужчин старшего возраста превалирует. Наличие сахарного диабета, артериальной гипертензии, рака простаты, гипогонадизма, злоупотребление алкоголем, курение и многое другое лишь увеличивают риск развития данного заболевания, а контрактура Дюпюитриена и вовсе считается ассоциированным коллагенозным заболеванием [1,2,3,7].

**Этиология и патогенез.** В настоящее время нет четкого представления об этиологии и патогенезе данного заболевания, однако, имеется несколько теорий индукции и прогрессии фибропластической индукции белочной оболочки ПЧ. Не исключено, что патогенез БП имеет полиэтиологический характер.



### Анатомическая теория

Данная теория основывается на том, что причиной образования бляшки, и как следствие все проявления данного заболевания, является микротравматизация сосудистого русла белочной оболочки. Вены имеют прямой контакт с фиброзной частью туники, в отличие от артерий, которые покрыты свободной тканью и отграничены от нее. Во время эрекции происходит повторяющаяся травматизация сосудов оболочки, что приводит к возникновению воспалительного процесса. Воспаление в свою очередь приводит к нарушению эластичности волокон и индуцирует процессы превращения фибриногена в фибрин и его отложения. Фибрин – хемоаттрактант, который локально увеличивает количество провоспалительных клеток и медиаторов: нейтрофилов, макрофагов, тучных клеток, фибробластов, цитокинов. Учитывая то, что по артериальным сосудам поступает большое количество провоспалительных агентов, а венозное русло ограничено за счет воспаления, отека и не способно обеспечить адекватный отток, происходит локальное увеличение количества цитокинов, которые обуславливают синтез коллагеновых волокон и внеклеточного матрикса. Все эти факторы приводят к снижению эластичности волокон [5].

Таким образом, данная теория объясняет патогенез развития бляшки, искривления, и как следствие, эректильной дисфункции (ЭД), как процесс нарушения репарации ран, вызванных повторяющейся травматизации сосудов белочной оболочки.

### Теория оксидативного стресса, аутоиммунная теория, генная теория

Теория фиброгенеза, обусловленного оксидативным стрессом, находит свое место во многих хронических дегенеративных заболеваниях (печени, легких и других), в том числе и при БП. Свободные радикалы вызывают перекисное окисление липидов, повреждение тканей, а также повышенную активность фибробластов, в результате стимулируя процессы фиброгенеза. Оксид азота является мощным свободным радикалом, который участвует в процессах тумесценции, но его избыточная продукция приводит к эндотелиальной дисфункции, недостаточной вазорелаксации [11].

Помимо всего вышеперечисленного, имеются данные об аутоиммунном компоненте в патогенезе данного заболевания. Антитела к эластину имеются у каждого человека, однако у пациентов с БП отмечается повышенное количество антител к тропоэластину и анти- $\alpha$ -эластину. Воспалительный процесс индуцирует чрезмерную активность фибробластов и производство эластина [4].

Кроме всего, имеются данные о генетических факторах БП. Повышенная экспрессия TGF- $\beta$ , генов отвечающих за продукцию про- и антифиброзных белков, гена MCP-1 (отвечает за белок-хемоаттрактант моноцитов и макрофагов), протоколагеназы IV (отвечает за разрушение коллагеназы) обуславливают образование бляшки [12].

**Роль TGF- $\beta$  патогенезе БП.** TGF- $\beta$ 1 является фактором роста тканей, который относится к надсемейству TGF- $\beta$ . Воспалительные клетки, такие как тромбоциты, макрофаги, миофибробласты, синтезируют TGF- $\beta$ 1. Посредством связывания с определенными рецепторами, которые экспрессированы на поверхности клеток, вызывается каскад реакций, индуцирующих клеточную пролиферацию, дифференцировку и ингибированию коллагеназы. Кроме этого, TGF- $\beta$ 1 способен индуцировать собственную продукцию. Всё это приводит к непрерывному циклу синтеза соединительной ткани, патологическим фиброзным изменениям и образованию бляшек. Миостатин (GDF-8 – фактор роста дифференцировки) является важным членом данного семейства, который так же играет роль в патогенезе БП. Данный белок вызывает пролиферацию миофибробластов, индуцируя образование новых бляшек, а также уплотняет бляшку, уже образованную за счет TGF- $\beta$ 1. Повышенная экспрессия миостатина обнаруживается в большинстве бляшек при данной патологии [9]. Кроме этого, обнаружено, что синтез и высвобождение профибротических факторов, таких как ингибитор активатора плазминогена-2, активные формы кислорода, вместе с TGF- $\beta$ 1 усиливают фиброгенез бляшки. В стадии стабилизации заболевания в бляшке обнаруживаются остеобласты. Бляшка подвергается кальцификации и окостенению, тем самым становится более плотной [10].





## I. Хирургические методы лечения

Хирургическое лечение является золотым стандартом лечения эректильной деформации ПЧ у пациентов со стабильным течением БП. Хирургическая коррекция рекомендована при продолжительности заболевания более 12 месяцев и стабильной фазы заболевания более 6 месяцев, а также при отсутствии болевого синдрома.

### 1. Пликационные техники

Пликация белочной оболочки: операции, укорачивающие белочную оболочку.

При кривизне ПЧ меньше 60-70 градусов, достаточной длине, ригидности и адекватной эректильной функции (ЭФ) до операции, отсутствии дефектов в виде песочных часов или в виде углубления, укорочение более длинной стороны ПЧ (стороны противоположной искривлению) скорректирует эректильную деформацию, т.к. длина белочной оболочки становится одинаковой с обеих сторон [13].

Техника Nesbit была впервые описана Несбитом в 1965 для лечения врожденных деформаций, называемых хордами: выполняется поперечное иссечение белочной оболочки на выпуклой части ствола ПЧ, приблизительно 1 мм на каждые 10 градусов кривизны. И только в 1979 данная техника была использована для лечения БП.

В дальнейшем последовало множество модификаций оригинальной классической операции Nesbit. В 1997 году Rehman описал новую технику с частичным удалением поверхностного слоя белочной оболочки вместо традиционного клиновидного иссечения, что уменьшило кровотечение, повреждение пещеристых тел, улучшило адгезию прицируемых слоев [14]. Техника Yachia включает скальпирование ПЧ, продольное рассечение белочной оболочки на стороне противоположной бляшке, края сопоставляются горизонтально (соответственно принципу HeinekeMikulicz), что приводит к укорочению стороны противоположной бляшке и выпрямлению пениса.

Обе техники Nesbit и Yachia ассоциированы с некоторой потерей тактильной чувствительности и ЭД. Считается, что это может быть связано с повреждением сосудисто-нервного пучка или нарушением целостности пещеристых тел [15]. Менее инвазивные методики были разра-

ботаны Essed и Schroeder в 1985 году, которые заключаются в наложении плотных нерезорбируемых швов на выпуклую часть белочной оболочки для эффективной пликации и выравнивания пениса без необходимости иссечения или рассечения оболочки или мобилизации сосудисто-нервного пучка и с уровнем удовлетворенности косметическим и функциональным эффектами от 81% до 95% [16]. Другая пликационная техника была популяризирована Gholani и Lue в 2002 году - 16-24 точечный шов. Методика заключается в распределении одиночных узлов натяжения вдоль ствола пениса, это снижает риск разрыва оболочки и обеспечивает уменьшение дискомфорта для пациента, а также снижает частоту рецидивов [17].

### 2. Графтинг техники

В наиболее тяжелых случаях (кривизна ПЧ более 60 градусов), графтинг техники применяются с целью сохранения или восстановления длины ПЧ [18]. При данном методе требуется рассечение бляшки или частичное ее иссечение в точке максимального искривления ПЧ. При натяжении возникает дефект белочной оболочки, который может быть закрыт различными аутологичными или неаутологичными трансплантатами. В сущности, выпрямление достигается посредством растяжения или удлинения вогнутой стороны ПЧ.

**Хирургический доступ.** Хирургические доступы схожи для всех графтинг техник при БП. Производится субкоронарный циркулярный разрез с последующим скальпированием до основания ПЧ с целью обнажения ствола. Также для выведения ствола возможен срединный вентральный или дорзальный доступы. Фасция Бука вскрывается билатерально параллельно уретре, производится тщательная диссекция и мобилизация сосудисто-нервного пучка. Также возможен медиальный доступ для диссекции сосудисто-нервного пучка с лигированием дорзальной вены. При наличии деформации в виде песочных часов, латеральная диссекция сосудисто-нервного пучка является предпочтительной для лучшей визуализации белочной оболочки. Для того, чтобы точно определить место максимального искривления, инициируется искусственная эрекция посредством введения физиологического раствора в пещеристые тела или



назначения вазоактивных препаратов. Далее производится рассечение или парциальное иссечение бляшки в точке максимального искривления на вогнутой стороне. Рассечение бляшки может быть выполнено посредством простого поперечного разреза белочной оболочки. Однако наиболее часто выполняется Н- или двойной Y-образный разрез, особенно у пациентов с деформацией в виде песочных часов [19]. При частичном иссечении бляшки обычно выполняется иссечение части белочной оболочки в форме эллипса в месте максимального искривления, что приводит к раскрытию дефекта в латеральном направлении [20]. Очень важно не повре-

дить подлежащую пещеристую ткань и вено-окклюзивный механизм, т.к. в послеоперационном периоде есть риск развития ЭД. Далее определяется размер выбранного трансплантата, который должен соответствовать размеру дефекта, а затем выполняется фиксация трансплантата непрерывным швом. Если в качестве трансплантата используется коллагеновая губка, то ушивания дефекта не требуется [21]. Искусственная эрекция повторяется для проверки герметичности и надлежащей коррекции эректильной деформации. Фасция Бука и кожа ушивается обычным способом. Виды трансплантатов представлены в Таблице 1.

Таблица 1

<b>Аутологичные трансплантаты</b>	Вена
	Кожа
	Влагалищная оболочка
	Белочная оболочка
	Буккальная слизистая
	Слизистая языка
	Fascia lata
<b>Аллогенные трансплантаты</b>	Кожа
	Перикард
	Fascia lata
	Твердая оболочка
	Амниотическая мембрана
<b>Ксенотрансплантаты или синтетические трансплантаты</b>	Бычий перикард
	Подслизистый слой тонкого кишечника свиньи
	Свиная кожа
	Коллагеновая губка

**Характеристики трансплантата.** Поиск идеального трансплантата для БП продолжается и в настоящее время. На сегодняшний день, ни один из доступных трансплантатов не признан лучшим вариантом для хирургической коррекции болезни БП. Идеальный трансплантат для реконструктивной хирургии БП должен обладать следующими свойствами: доступность, резистентность к инфекциям, отсутствие тенденции к сокращению, обеспечение гемостаза, сохранение ЭФ, рентабельность. К сожалению, пока нет достоверных данных для определения лучшего вида трансплантата для хирургической коррекции при БП.

**Реабилитация.** В послеоперационном периоде пациентам показан половой покой в течение 4-6 недель [22]. На данный момент нет

достоверных данных по оптимальному протоколу реабилитации в послеоперационном периоде. Несмотря на ограниченное количество данных, послеоперационная реабилитация рекомендуется с целью профилактики послеоперационной ЭД, усиленное восстановление ЭФ уменьшает риск уменьшения длины ПЧ после операции [23]. Рекомендовано начинать массаж и вытяжение ПЧ на 2-4 неделе после операции с продолжительностью от 4 недель до 3 месяцев. Назначение ингибиторов ФДЭ-5 на ночь снижает риск послеоперационной ЭД, вытягивает половой член и улучшает оксигенацию в области трансплантата [24]. Данную терапию следует назначать на 7-10 день после операции и продолжать в течение как минимум 6 недель. Считается, что использование вакуум-экстенде-



ров снижает риск укорочение ПЧ после операции. Тракционную терапию рекомендовано начинать на 2-3 неделе после операции, проводить ежедневно в течение 2-8 часов на протяжении 8 месяцев [25].

### 3. Фаллоэндопротезирование

Пациентам с рефрактерной ЭД и/или сложной деформацией показано фаллоэндопротезирование с возможными дополнительными интраоперационными процедурами (ремоделирование, пликация или графтинг) [20].

## II. Нехирургические методы лечения

### 1. Пероральная терапия

**Витамин Е** – жирорастворимый витамин, обладающий антиоксидантными свойствами, который, как считается, ограничивает оксидативный стресс. При БП в острую и пролиферативную фазы формирования бляшки происходит чрезмерное высвобождение активных форм кислорода, эта точка приложения делает витамин Е идеальным вариантом медикаментозной терапии [26]. Однако, Gebard и соавт. выявили, что витамин Е не оказывает влияние на естественное течение заболевания. В настоящее время витамин Е не рекомендован в качестве лечения БП [27].

**Колхицин.** Механизм действия включает связывание колхицина с тубулином, что приводит к ингибированию полимеризации микротрубочек. посредством ингибирования микротрубочек нейтрофилов колхицин предотвращает фиброз и отложение коллагена [28]. Деполимеризация тубулина приводит к ингибированию митоза, лейкоцитарной адгезии и трансмембранного транспорта коллагена; колхицин также играет роль в активации коллагеназы, а значит, инициирует фибринолиз и дегенерацию бляшки. Начальные исследования эффективности колхицина при БП были многообещающими, но в настоящее время из-за нежелательных побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта и кровяной системы клинические исследования с применением данного препарата прекращены.

**Парааминобензоат калия** обладает как противовоспалительным, так и антифибротическим эффектами и используется для лечения таких фиброзирующих состояний как контрак-

тура Дюпюитриена. Парааминобензоат калия стабилизирует тканевую серотонинмоноаминоксидазу и обладает прямым ингибирующим воздействием на гликозаминогликановый скелет фибробластов [29]. В настоящее время нет доказательств клинической эффективности данного препарата при БП, поэтому он не рекомендован для лечения у данных пациентов. [28]

**Тамоксифен** – селективный модулятор рецепторов эстрогена, применяемый в лечении рака молочной железы, обладает ингибирующим эффектом как на высвобождение TGF фибробластами, так и на TGF-рецепторы. Современные исследования не показали значительных преимуществ в лечении БП тамоксифеном в сравнении с плацебо [30].

**Пентоксифилин** – неселективный ингибитор ФДЭ с противовоспалительными и антифиброгенными свойствами, угнетает выработку TGF- $\beta$  и TNF и увеличивает фибринолитическую активность. Не рекомендован для лечения БП [29].

**Карнитин** способствует проникновению длинноцепочечных жирных кислот в митохондрии мышечных клеток, позволяет их использованию в качестве энергетического субстрата, является ингибитором ацетил коэнзима-А, помогает репарации ДНК и предотвращает формирование свободных радикалов [31]. В настоящее время не рекомендован для лечения БП [29].

**Ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа.** Активация оксида азота посредством ИФДЭ-5 играет роль в улучшении ЭФ, супрессия синтеза коллагена и инициации апоптоза миофибробластов [32]. Рандомизированное клиническое исследование показало, что ударно-волновая терапия в сочетании с тадалафилем в дозировке 5 мг, 1 раз в день улучшает показатели ЭФ, но не имеет значительного воздействия на выраженность деформации ПЧ и размер бляшки [33].

**Нестероидные противовоспалительные средства.** Клиницисты могут назначать нестероидные противовоспалительные средства пациентам с активной фазой БП, которые нуждаются в купировании болевого синдрома.

### 2. Инъекционная терапия

По сравнению с пероральной терапией инъекционная терапия позволяет достичь адекватной концентрации действующего вещества



во внеклеточном пространстве белочной оболочки, пораженной БП.

**Интерферон альфа-2бета (ИФНа-2b).** В 1991 году Dupon и соавт. показали, что ИФН стимулирует фибринолиз посредством угнетения пролиферации фибробластов, уменьшая уровень коллагена в экстрацеллюлярном матриксе, и увеличивая содержание коллагеназ в бляшке [34]. Также были опубликованы результаты плацебо контролируемого многоцентрового исследования, в котором приняли участие 117 мужчин с БП, которым дважды в неделю проводились инъекции ИФН в течение 12 недель. В данной группе среднее уменьшение девиации составило 13 градусов по сравнению с 4 градусами в плацебо группе. Купирование болевого синдрома было зафиксировано в 67 % случаев в терапевтической группе и в 28 % случаев в плацебо группе [35]. В недавних исследованиях предположено, что ИФНа-2b улучшает гемодинамику, что было подтверждено улучшением ЭФ [36], доказано влияние на размер бляшки. ИФН также продемонстрировал хорошую переносимость пациентами, самыми частыми нежелательными явлениями являются гриппоподобные симптомы, продолжающиеся до 36 часов после введения препарата [35]. Таким образом, ИФН обоснованно является безопасной эффективной альтернативой для инъекционной терапии БП.

**Верапамил.** В исследованиях *in vivo* было выявлено, что верапамил локально ингибирует продукцию внеклеточного вещества путем угнетения пролиферации фибробластов, усиливая коллагеназную активность [37]. Блокаторы кальциевых каналов (БКК) изменяют высвобождение цитокинов, ИЛ-6, ИЛ-8, а также фактора роста бляшки (ФРБ), и тем самым снижают синтез фибрина и замедляют формирование стабильной бляшки. Верапамил был впервые использован для лечения БП Levine и соавт. в 1994 [38]. В 2009 было проведено рандомизированное, плацебо-контролируемое исследование, где сравнивалась эффективность инъекций верапамила и физиологического раствора; группа верапамила не показала значительных изменений кривизны ПЧ.

**Клостридиальная коллагеназа (КК).** Коллагеназа *Clostridium histolyticum* является первым методом лечения, одобренным FDA. КК также зарегистрирована как препарат для ле-

чения контрактуры Дюпюитриена, состояния, имеющего общий патогенез с БП. КК применяется у мужчин со стабильной стадией БП и девиацией от 30 до 90 градусов.

Коллагеназы это ферменты класса протеаз, которые в нормальных условиях гидролизуют коллагеновые волокна. КК состоит из смеси коллагеназ I и II класса в заданной пропорции. Коллагеназы продуцируются *C. histolyticum*. Коллагеназа каждого класса представлена одиночной полипептидной цепочкой. Коллагеназы I и II класса воздействуют на различные части молекулы коллагена, что позволяет им работать им синергично. Было обнаружено, что КК селективно воздействуют на коллаген типа I и III, которые играют ведущую роль в развитии БП. Инъекции КК приводят к разрушению коллагена в бляшке при БП [39]. Maximal Peyronie's Reduction Efficacy and Safety Studies I и II (IMPRESS I и IMPRESS II) - масштабные, рандомизированные, контролируемые клинические исследования III фазы с идентичным дизайном, в которых исследовалась инъекционная терапия КК у мужчин с БП. Всего в исследование было включено 832 мужчины, 417 в IMPRESS I и 415 в IMPRESS II. Критерии включения: мужчины с дорзальной, латеральной или дорсолатеральной эректильной деформацией от 30 до 90 градусов, стабильной стадией БП и продолжительностью заболевания более 12 месяцев. В группе исследования пациентам было проведено 4 курса с интервалом 6 недель, каждый курс включал две инъекции КК (0,58мг) в область поражения с интервалом 24-72 часа. Среднее уменьшение девиации составило 17 градусов в группе исследования и 9 градусов в группе контроля, также было зафиксировано достоверное улучшение ЭФ. Иммунологических или аллергических реакций выявлено не было [40, 41].

КК это первый зарегистрированный препарат для нехирургического лечения БП, способствующий значительному уменьшению эректильной деформации.

**Кортикостероиды.** Ранние исследования применения инъекционных кортикостероидов для лечения БП показали объективное уменьшение угла деформации ПЧ, однако, аналогичные данные были получены и в плацебо группе [42], данный эффект был вероятнее связан





с механическим воздействием инъекции, чем фактическим действием препарата на бляшку.

Russo и соавт. в своем систематическом обзоре показали, что только инъекции КК и ИФНа-2b уменьшает кривизну ПЧ у мужчин с БП. Кроме того, КК могут также положительно влиять на длину ПЧ, а ИФНа-2b может уменьшить размер бляшки. Отсутствуют строгие рекомендации по другим методам лечения, включая БКК, гиалуроновую кислоту и тракционную терапию.

**Стволовые клетки (СК)** – На сегодняшний день существуют только доклинические исследования, изучающие местную инъекционную терапию мезенхимальными стволовыми клетками (МСК) на экспериментальных моделях БП. В одном из таких исследований были использованы аллогенные СК из жировой ткани (ЖК) и генетически модифицированные аллогенные СК, экспрессирующие человеческий ИФНа-2b с целью профилактики и лечения фиброза белочной оболочки. Терапия СК из ЖК достоверно уменьшила фиброз и улучшила ЭФ на 6-й неделе после инъекции как в группе профилактики (немедленная инъекция СК из ЖК), так и в группе лечения (инъекция СК из ЖК после 4-й недели) [43]. Предполагается, что местная инъекционная терапия СК из ЖК уменьшает экспрессию тканевых ингибиторов металлопротеиназ, стимулируя продукцию и активность матричных металлопротеиназ, тем самым останавливая медленный рост бляшки [44].

### 3. Тракционная терапия

Общеизвестно, что механическая тракционная и экспанзионная терапии приводит к альтерации соединительной ткани, которая происходит в результате клеточной пролиферации и расширения внеклеточного матрикса. В некоторых исследованиях эффективности тракционной терапии при эректильной деформации ПЧ у мужчин с БП было продемонстрировано уменьшение девиации до 25 градусов, улучшение сексуальной функции и значительное снижение риска дальнейшего хирургического лечения. Наиболее вероятно, что в будущем тракционная терапия будет играть более важную роль как составляющая комбинированной терапии на ранних стадиях БП.

### 4. Ударно-волновая терапия

Точный механизм воздействия ударной волны на живые организмы пока не известен. За исключением нескольких теорий, описывающих воздействие литотриптеров, но они не раскрывают напрямую эффект ударной волны на мягкие ткани. Механо-трансдукторная теория описывает процесс ответа живых клеток на механическую стимуляцию посредством синтеза оксида азота и снижения уровня сосудистого эндотелиального фактора роста. В комбинации с другими терапевтическими опциями, такими ИФДЭ-5 для мужчин страдающих БП и ЭД, были получены положительные результаты в отношении ЭФ и уровня качества жизни. Ударно-волновая терапия эффективна для купирования болевого синдрома, стабилизирует размер бляшки, однако значимый положительный эффект на размер бляшки и степень девиации ПЧ не доказан.

**Заключение.** На сегодняшний день, фиброплатическая индукция ПЧ остается актуальной проблемой, так как нет определенного представления о этио- и патогенетических механизмах развития данного заболевания. Учитывая всё вышеизложенное, основополагающим является ранняя диагностика, потому что лечение в дебюте заболевания улучшает как прогноз, так и качество жизни пациента. Таким образом, нехирургические методы лечения направлены на купирование болевого синдрома и стабилизацию бляшки в острой фазе. Инъекционная терапия, на данный момент, является наиболее эффективным методом консервативной терапии. Хирургические методы лечения БП показаны пациентам со стабильной фазой, выраженной деформации, а также в случаях неэффективности консервативной терапии. В виду большого спектра видов лечения, выбор следует делать персонализировано, исходя из индивидуальных особенностей пациента, течения заболевания, и желаемого результата, а также сопутствующих заболеваний.

### Литература

1. A Population-Based Study of Peyronie's Disease: Prevalence and Treatment Patterns in the United State / D.B. Dibenedetti, D. Nguyen, L. Zografos // *Advances in Urology*. – 2011. – 2011:282503, doi: 10.1155/2011/282503.



2. Self-report and Clinical Response to Peyronie's Disease Treatment: Peyronie's Disease Questionnaire Results From 2 Large Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Phase 3 Studies / W.J. Hellstrom, R.A. Feldman, K.S. Coyne, G.J. Kaufman // *Urology*. – 2015. – Vol. 86, № 2. – P. 291-98, doi: 10.1016/j.urology.2015.04.047.
3. Subjective and objective analysis of the prevalence of Peyronie's disease in a population of men presenting for prostate cancer screening / J.P. Mulhall, S.D. Creech, S.A. Boorjian, S. Ghaly, E.D. Kim, A. Moty, R. Davis, W. J. Hellstrom // *Urology*. – 2004 – Vol. 171, №6(1). – P. 2350-53.
4. Increased serum levels of anti-elastin antibodies in patients with Peyronie's disease / S. Stewart, M. Malto, L. Sandberg, et al // *Urology*. – 1994. – Vol. 152. –P. 105-106, doi.org/10.1016/S0022-5347(17)32828-8.
5. Lue, T.F. Peyronie's disease. An anatomically-based hypothesis and beyond / T.F. Lue // *International Journal of Impotence Research*. – 2002. – №14. – P. 411–13.
6. Novel rat model for Peyronie's disease that demonstrates durability and functional detriments / G. Francisco, D.Y. Ling, E. Chung, M. Brock, G.A. Brock // *Canadian Urological Association Journal*. – 2012. – 6 (Suppl. 1) [Abstract, MP-06.02].
7. WNT2 locus is involved in genetic susceptibility of Peyronie's disease / G.H. Dolmans, P.M. Werker, I.J. de Jong, et al. // *Journal of Sexual Medicine*. – 2012. – №9. – P. 1430-1434.
8. Gene expression in Peyronie's disease / N.F. Gonzalez-Cadavid, T.R. Magee, M. Ferrini, A. Qian, D. Vernet, J. Rajfer // *International Journal of Impotence Research*. – 2002. – №14. – P. 361–374.
9. Profibrotic role of myostatin in Peyronie's disease / L.P. Cantini, M.G. Ferrini, D. Vernet, et al. // *Journal of Sexual Medicine*. – 2008. – №5. – P. 1607-22.
10. The pathophysiology of Peyronie's disease / A.I. El-Sakka, E. Salabas, M. Dinçer, et al. // *Arab Journal of Urology*. – 2013. – №11. – P. 272-277.
11. Evaluation of nitric oxide synthase and arginase in the induction of a Peyronie's-like condition in the rat / T.J. Bivalacqua, H.C. Champion, S. Leungwattanakij, et al. // *Journal of Andrology*. – 2001. – №22. – P. 497-506.
12. Transforming growth factor beta regulates the levels of different fibronectin isoforms in normal human cultured fibroblasts / E. Balza, L. Borsi, G. Allemanni, et al. // *FEBS Letters*. – 1988. – №228. – P. 42-44, doi: 10.1016/0014-5793(88)80580-5.
13. US imaging in Peyronie's disease / K. Kalokairinou, C. Konstantinidis, M. Domazou, T. Kalogeropoulos, P. Kosmidis, A. Gekas // *Journal of Clinical Imaging Science*. – 2012. – №2 – P. 27-35.
14. Results of surgical treatment for abnormal penile curvature: Peyronie's disease and congenital deviation by modified Nesbit plication (tunica having and plication) / J. Rehman, A. Benet, L.S. Minsky, A. Melman // *Journal of Urology*. – 1997. – №157. – P. 1288–91.
15. Serefoglu, E.C., Treatment of Peyronie's disease: 2012 update / E.C. Serefoglu, W.J. Hellstrom // *Current Urology Reports*. – 2011. – №12. – P. 444–52.
16. Al-Shaiji, T.F., Peyronie's disease: evolving surgical management and the role of phosphodiesterase 5 inhibitors / T.F. Al-Shaiji, G.B. Brock // *Scientific World Journal*. – 2009. – №9. P. 822–45.
17. Gholami, S.S., Correction of penile curvature using the 16-dot plication technique: a review of 132 patients / S.S. Gholami, T.F. Lue // *Journal of Urology*. – 2002 – №167. – P. 2066-9.
18. The management of Peyronie's disease: evidence-based 2010 guidelines / D. Ralph, N. Gonzalez-Cadavid, V. Mirone, et al. // *Journal of Sexual Medicine*. – 2010. – №7. – P. 2359-74.
19. Egydio, P., A single relaxing incision to correct different types of penile curvature: surgical technique based on geometrical principles / P. Egydio, A.M. Lucon, S. Arap // *BJU International*. – 2004. – №94. – P. 1147-57.
20. Evidence-based management guidelines on Peyronie's disease / E. Chung, D. Ralph, A. Kagioglu, et al. // *Journal of Sexual Medicine*. – 2016. – №13. – P. 905-23.
21. Long-term results of reconstructive surgery for Peyronie's disease / G. Garaffa, F.E. Kuehhas, F. De Luca, et al. // *Sexual Medicine Reviews*. – 2015. – №3. – P. 113-21.
22. Five-year follow-up of Peyronie's graft surgery: outcomes and patient satisfaction / E. Chung, E. Clendinning, L. Lessard, et al. // *Journal of Sexual Medicine*. – 2011. – №8. – P. 594-600.
23. Miranda, A., Sampaio FJ. Practical computerized solution for incision and grafting in Peyronie's disease / A. Miranda, F.J. Sampaio // *Sexual Medicine*. – 2016 – №4. – P. 73-82.
24. Correction of Peyronie's disease: plaque incision and grafting / W. Brant, A.J/ Bella, M.M. Garcia, et al. // *Surgical atlas. BJU International*. – №6(97). – P. 1353-60.
25. Levine, L.A., Standard operating procedures for Peyronie's disease / L.A. Levine, A.L. Burnett // *Sexual Medicine*. – №13(10). – P. 230-44.
26. Sikka, S.C., Role of oxidative stress and antioxidants in Peyronie's disease / S.C. Sikka, W.J. Hellstrom // *International Journal of Impotence Research*. – 2002. – №14. – P. 353-60.
27. Gelbard, M.K., The natural history of Peyronie's



- disease / M.K. Gelbard, F. Dorey, K. James // *Journal of Urology*. – 1990. – №144. – P. 1376-9.
28. Furst, D.E., Munster T. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, disease-modifying anti-rheumatic drugs, non-opioid analgesics & drugs used in gout. In: Bertram G (ed) / D.E. Furst, T. Munster // *Basic and Clinical Pharmacology*. Katzung Lange: New York. – 2001.
29. Peyronie's Disease: AUA Guideline / A. Nehra, R. Alterowitz, D.J. Culkin, M.M. Faraday et al. // *Journal of Urology*. – 2015. – №194. – P. 745-53.
30. A critical analysis of nonsurgical treatment of Peyronie's disease / E.W. Hauck, T. Diemer, H.U. Schmelz, W. Weidner // *European Urology*. – 2006. – 49. – P. 987-97/
31. Tamoxifen versus placebo in the treatment of Peyronie's disease / C. Teloken, E.L. Rhoden, T.M. Grazziotin, et al. // *Journal of Urology*. – 1999. – №162 – P. 2003-05.
32. Bremer, J., Carnitine--metabolism and functions. *Physiological Review*. – 1983. – №63. – P. 1420-80.
33. Effect of nitric oxide on the differentiation of blasts into myofibroblasts in the Peyronie's fibrotic plaque and in its rat model / D. Vernet, M.G. Ferrini, E.G. Valente, T.R. Magee, G. Bou-Gharios, J. Rajfer, et al // *Nitric Oxide*. – 2002. – №7. – P. 262-76.
34. Tadalafil once daily and extracorporeal shock wave therapy in the management of patients with Peyronie's disease and erectile dysfunction: Results from a prospective randomized trial / A. Palmieri, C. Imbimbo, M. Creta, et al. // *International Journal of Andrology* – 2012. – 35. – P. 190-195.
35. Duncan, M.R., Regulation of the proliferation and biosynthetic activities of cultured human Peyronie's disease fibroblasts by interferons-alpha, -beta and -gamma / M.R. Duncan, B. Berman, U.O. Nseyo // *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*. – 1991. – №25. – P. 89-94.
36. Single-blind, multicenter, placebo controlled, parallel study to assess the safety and efficacy of intralesional interferon alpha-2B for minimally invasive treatment for Peyronie's disease / W.J. Hellstrom, M. Kendirci, R. Matern, Y. Cockerham et al. // *Journal of Urology*. – 2006. – №176. – P. 394-8.
37. The impact of intralesional interferon alpha-2b injection therapy on penile dynamics in men with Peyronie's disease / Mro Kendirci, M.F. Usta, R.V. Matern, S. Nowfar, S.C. Sikka, W.J. Hellstrom // *Journal of Sexual Medicine*. – 2005. – №2. – P. 709-15.
38. Clinical efficacy, safety and tolerability of collagenase clostridium histolyticum for the treatment of Peyronie's disease in 2 large double-blind, randomized, placebo controlled phase 3 studies / M. Gelbard, I. Goldstein, W.J. Hellstrom, et al. // *Journal of Urology*. – 2013. – №190. – P. 199-207.
39. Baseline characteristics from an ongoing phase 3 study of collagenase clostridium histolyticum in patients with Peyronie's disease / M. Gelbard, W.J. Hellstrom, C.G. McMahon, et al. // *Journal of Sexual Medicine*. – 2013. – №10. – P. 2822-31.
40. Betamethasone versus placebo in Peyronie's disease / G. Cipollone, M. Nicolai, G. Mastroprimiano, et al. // *The Archives of Italian Andrology*. – 1998. – №70. – P. 165-168.
41. Russo, G.I., Clinical Efficacy of Injection and Mechanical Therapy for Peyronie's Disease: A Systematic Review of the Literature / G.I. Russo // *European Urology*. – 2018. – Vol. 2, №6. – P. 767-81.
42. Gokce, A., Adipose tissue-derived stem cell therapy for prevention and treatment of erectile dysfunction in a rat model of Peyronie's disease / A. Gokce // *Andrology*. – 2014. – №2. – P. 244-51.
43. Wang, N., Mechanotransduction at a distance: mechanically coupling the extracellular matrix with the nucleus / N. Wang, J.D. Tytell, D.E. Ingber // *Nature Reviews Molecular Cell Biology*. – 2009. – №10(1). – P. 75-82.
44. Russell, S., Systematic evidence-based analysis of plaque injection therapy for Peyronie's disease / S. Russell, W. Steers, K.T. McVary // *European Urology*. 2007. – №51. – P. 640-7.

© Касенова Б.Ж., Нотов И.К., Борвин Е.А.,  
Еркович А.А., 2018



## КЛИНИКА, МОРФОЛОГИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА АОРТЫ С РАЗРЫВОМ

Кузьмичев Д.Е.,

заведующий Восточным отделом – врач – судебно-медицинский эксперт  
секретарь Научно-организационного совета КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Скребов Р.В.,

временно исполняющий обязанности начальника, врач – судебно-медицинский эксперт,  
председатель Научно-организационного совета КУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

*Атеросклероз (определение ВОЗ) – это изменения внутренней оболочки артерий (интимы), включающие накопление липидов, сложных углеводов, фиброзной ткани, компонентов крови, отложение солей кальция и сопутствующие изменения средней оболочки (медии) в артериальной стенке. Сужение просвета артерий за счет прогрессирования атеросклероза и последующая закупорка сосудов, сопровождающаяся ишемией тканей, является ведущей причиной заболеваемости и смертности людей во всем мире.*

**Ключевые слова:** внутренняя оболочка артерий (интима), средняя оболочка (медия), гиперлипидотеинемия.

«...Современные болезни  
мало похожи на болезни прошлого,  
если не считать того,  
что мы от них также умираем...»  
Реплиер

Начало атеросклеротических изменений артерий, если учитывать только развитие соединительнотканых бляшек на внутренней оболочке, оставляя в стороне липоидные пятна, относится ко второму десятилетию жизни. С возрастом по статистике атеросклероза частота этих изменений возрастает, особенно в пятом и шестом десятилетии. Резко выраженный атеросклероз встречается в возрасте старше 40 лет, судя по сводным патологоанатомическим данным статистики атеросклероза 11 крупных европейских и американских городов в 21,7-36,8%, в среднем в 25% случаев всего секционного материала (но даже среди людей 70-80-летнего возраста атеросклероз отсутствует у 5-10%, хотя у них имеются возрастные изменения артерий). По данным американского патолога McHill интенсивное развитие атеросклероза наблюдается уже в 16-летнем возрасте. Россия занимает одно из первых мест среди развитых стран по смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Начиная с середины 1960-х гг. XX века этот показатель неуклонно растет. В России на долю сердечно-сосудистых заболеваний приходится 57% смертей, большинство летальных случаев связаны с болезнями, обусловленными атеросклерозом. Сегодня двое из трех мужчин в Рос-

сии умирают от последствий атеросклеротических заболеваний сердца и сосудов. Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения от заболеваний органов кровообращения ежегодно умирает более 16 млн. человек. Факторы риска, относящиеся к атеросклерозу: курение (наиболее опасный фактор), гиперлипидотеинемия, артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, малоподвижный образ жизни, эмоциональное перенапряжение, неправильное питание, социально-экономические и урбанизационные факторы, генетическая предрасположенность.

Несколько слов о классификации атеросклеротического процесса, согласно Всемирной организации здравоохранения (далее по тексту ВОЗ). По происхождению: гемодинамический; метаболический; смешанный. По периодам: доклинический период; классический латентный период; активный период. По месту локализации: болезнь коронарных сосудов поражает артерии сердца; патология аорты; нарушения проходимости сосудов головного мозга (церебральный склероз); облитерирующий атеросклероз нижних конечностей; нарушение проходимости сосудов почек; атеросклеротические бляшки в печени и желчном пузыре встречаются реже. Кроме того, по ВОЗ определяют несколько степеней атеросклероза: первая – поражается меньше 6 % площади конкретного сосуда; вторая – 12,5 %; третья – этот показатель составляет 25 %; четвертая – 50 % и пятая – более половины сосуда.





Стоит отметить и классификацию по Автандилову Г.Г. В этом случае атеросклеротические изменения тоже проходят определенные этапы развития. Так, первая стадия атеросклеротического процесса включает такие этапы: появление липоидных пятен и полосок; развитие липоидных пятен, появление фиброзных бляшек; формирование липоидных пятен и фиброзных бляшек, а также появление осложненных поражений – к ним относят изъязвления, кровоизлияния, тромбы; развитие липоидных пятен, фиброзных бляшек, осложненных поражений и обызвествлений. Для второй степени тоже характерны определенные особенности. Так, умеренно выраженная болезнь проходит такие этапы: поражение меньше 6,25 % площади сосуда; поражение меньше 12,5% площади сосуда; поражение меньше 25 % площади сосуда. Для выраженной степени болезни характерно поражение до 50 % площади сосуда. Резко выраженная стадия отличается нарушением более 50 % сосуда.

В нашем случае мы столкнулись с патологией в виде атеросклероза аорты с разрывом в месте атеросклеротической бляшки. Стоит отметить, что намного чаще в нашей практике встречается разрыв аневризмы аорты.

#### **Наблюдение.**

Мужчина 45 лет, накануне смерти, в течение последних 10 дней находился на амбулаторном лечении по поводу «Остеохондроза грудного отдела позвоночника, с выраженным болевым синдромом». Амбулаторно, по настоянию самого пациента, мужчине среди прочего проведены были КТ позвоночника и органов грудной клетки, УЗИ сердца, все показатели в пределах возрастной нормы. На 10-й день выписан в удовлетворительном состоянии в труд. Вечером, в день выписки, самочувствие ухудшилось, появилась слабость, апатия, боли в грудной клетке с иррадиацией в грудной отдел позвоночника. Была вызвана карета скорой медицинской помощи – мужчина оставлен дома с рекомендациями на следующий день обратиться в поликлинику по месту жительства. На следующий день утром мужчина, не успев обратиться в поликлинику, внезапно скончался, и был доставлен в танатологический отдел. Особенностями исследования стали морфологические находки, в профессиональном смысле ин-

тересные как для врачей морфологов, так и для врачей клиницистов. Внутренняя поверхность аорты на всем протяжении была с множественными желтоватыми и серо-зелеными возвышающимися атеросклеротическими бляшками, частично пересекающимися с трудом и с хрустом, занимающими до 40% площади, с частично изъязвленными поверхностями. В восходящей части дуги аорты на расстоянии 5 см от аортального клапана выявлен горизонтальный разрыв стенки аорты, расположенный на фоне атеросклеротической бляшки в стадии кальциноза, длиной 2 см, с разволокненными краями, с кровоизлияниями в окружающие мягкие ткани. Кроме того, в полости сердечной сорочки обнаружено 650 мл жидкой крови и кровяных свертков. Морфология сердца соответствовала атеросклеротической болезни сердца. Гистологическая картина была следующей. Стенка крупной артерии эластического типа с участками липосклероза интимы по одному краю препарата с крупной, почти через всю толщу, атероматозной со склерозом и мелкими очагами кальциноза бляшкой, со стороны адвентиции крупный участок полнокровия ваза вазорум и расслоения, разволокнения с мелкими кровоизлияниями. Какие-либо другие заболевания, а равно травмы и отравления методами дифференциальной диагностики, морфометрии были исключены.

#### **Выводы**

Таким образом, был верифицирован судебно-медицинский диагноз «Атеросклероз дуги аорты с разрывом на фоне атеросклеротической болезни сердца», закономерно осложнившиеся «Тампонадой сердца кровью», от чего непосредственно и произошла смерть мужчины трудоспособного возраста, на фоне «удовлетворительного состояния». Отметим, что нами были исследованы и медицинские документы, в которых отсутствовали какие-либо данные о наличии у мужчины атеросклероза, атеросклеротической болезни.

Данное наблюдение должно быть интересно как врачам – судебно-медицинским экспертам, патологоанатомам, так и врачам клиницистам, так как содержит в себе явные признаки ятрогенной патологии на этапе амбулаторного звена оказания медицинской помощи скорой помощью. У пациента в течение жизни обра-



щений за медицинской помощью, прохождения периодических медицинских осмотров, не были установлены заболевания – атеросклеротическая болезнь сердца, выраженный атеросклероз аорты. Соответственно вовремя не предотвращены грозные осложнения этих заболеваний – разрыв дуги аорты, кровотечение и гемотампонада.

Мы в очередной раз обращаем внимание о необходимости совместной адекватной работы врачей разных специальностей, которая бы выражалась в полноценном разборе летальных случаев, с врачами – судебно-медицинскими экспертами, которая вполне могла бы выражаться в проведение судебно-медицинских поликлинико-, клинико-анатомических конференциях, в ходе которых бы обсуждались все медицинские вопросы, связанные с диагностикой, лечением, прогнозом, причин смерти и т.д.

Больные с подобной патологией, составляют большую часть людей, которых наблюдают врачи и их судьба, и качество жизни, в том числе, зависят от адекватной диагностики и специализированного лечения на амбулаторном и госпитальном этапе. Для лечащего врача очень важны распознавание факторов риска развития заболевания и его осложнений, сравнительная оценка их значимости.

### **Литература**

1. Денисенко, А.Д. Модифицированные липопротеины и атеросклероз. Атеросклероз. // Проблемы патогенеза и терапии. – СПб, 2006. – С. 13–33;
2. Липовецкий, Б.М. Дислипидемия, атеросклероз их связь с ишемической болезнью сердца и мозга. – СПб, 2012. – С. 5-10.
3. Автандилов, Г.Г., Зайратьянц, О.В., Кактурский, А.В. Оформление диагноза. – М, 2004. – С. 1-10.
4. Кузьмичев, Д.Е., Чирков, С.В., Вильцев, И.М., Ильина, М.П. К вопросу диагностики аневризмы грудной части аорты. // Проблемы экспертизы в медицине. – Ижевск, 2013. – № 3 (51). – С. 40-42.
5. Кузьмичев, Д.Е., Вильцев, И.М., Скребов, Р.В., Кузьмичева, Т.Г. Рецидивирующий инфаркт миокарда. Амбулаторная помощь. // Проблемы экспертизы в медицине. – Ижевск, 2013. – № 4 (52). – С. 45-48.
6. Кузьмичев, Д.Е., Вильцев, И.М., Чирков, С.В., Скребов, Р.В. Трудности диагностики повторного инфаркта миокарда в клинической практике. // Проблемы экспертизы в медицине. – Ижевск, 2014. – № 4 (56) том 14. – С. 44-46.
7. Кузьмичев, Д.Е., Скребов, Р.В., Вильцев, И.М., Ильина, М.П. К вопросу дифференциальной диагностики аневризмы грудной аорты. / Медицинская экспертиза и право. – М, 2014. – 4. – С. 56-59.
8. Кузьмичев, Д.Е., Скребов, Р.В., Вильцев, И.М., Кузьмичева, Т.Г. К вопросу диагностики ишемической болезни сердца на госпитальном этапе. // Профессиональная газета «ВЕСТНИК» судебно-медицинской службы. – Пермь, 2014. – № 16-17. – С. 10-11.
9. Кузьмичев, Д.Е., Вильцев, И.М., Никулина, А.Р., Вотинцев, А.А. Проблема ятрогений в медицине. // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – Барнаул, 2015. – 21. – С. 179-184.
10. Кузьмичев, Д.Е., Скребов, Р.В., Чирков, С.В., Вильцев, И.М., Рыжова, О.Л., Раннев, А.Ю. О роли морфометрии сердца в практической деятельности врача-морфолога: методическое пособие. – Ханты-Мансийск, 2016. – 51 с.
11. Кузьмичев, Д.Е., Чирков, С.В., Скребов, Р.В., Новоселов, А.С., Вильцев, И.М. К проблеме повышения качества лечебно-профилактической помощи населению. / Расширенная научно-практическая региональная конференция «Опыт работы организационно-методических служб государственных учреждений судебно-медицинской экспертизы Уральского федерального округа». – Ханты-Мансийск, 2017. – С. 86-89.
12. <http://surgeryzone.net/info/obshhemedicinskaya-informaciya/statistika-ateroskleroza.html>.
13. <https://allvarik.ru/ateroskleroz/klassifikacija-ateroskleroza-vidy-i-formy-bolezni.html>.
14. <http://serdce.hvatit-bolet.ru/stadii-ateroskleroza.html>.

© Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., 2018



## БЕЗНАДЗОРНОСТЬ И БЕСПРИЗОРНОСТЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ!

*Беспризорность – когда у детей нет родителей, дома и они вынуждены заниматься бродяжничеством. По статистике МВД, это не актуально для России. Тревожит же нас статистика, касающаяся детей безнадзорных, тех, которые живут с родителями, но предоставлены сами себе: их воспитывает улица и, подпадая под воздействие криминальных личностей, совершают преступления и сами становятся жертвами убийц и насильников.*



### ЧТО ЭТО? ЭТО О НАШИХ ДЕТЯХ?

Только в 2017 году, по данным МВД, несовершеннолетние совершили 45 288 преступлений. Из семей в специальные учреждения каждый год попадает до 300 тысяч детей.

**Безнадзорный** – несовершеннолетний, контроль за поведением которого отсутствует вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей по его воспитанию, обучению и (или) содержанию со стороны родителей или законных представителей либо должностных лиц; **беспризорный** – это тот же безнадзорный, но не имеющий места жительства и (или) места пребывания (ФЗ РФ от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»).

Категории безнадзорных детей и подростков:

- потерявшие семейные и родственные связи;
- брошенные родителями или самовольно ушедшие из семей, не обеспечивших ребенка минимально необходимых условий для жизнедеятельности и полноценного развития, допуская жестокое обращение с ними;
- убежавшие из интернатных учреждений;
- выпускники интернатных учреждений, оказавшиеся без работы и без средств существования;
- занимающиеся бродяжничеством, попрошайничеством;
- совершающие мелкое воровство;
- употребляющие спиртные напитки, токсичные и наркотические вещества;
- получившие отсрочку отбывания наказания;
- являющиеся жертвами сексуальных преступлений;
- вовлеченные в противоправную деятельность, осужденные условно и др.

### К отличительным признакам безнадзорности относятся:

- полное прекращение всякой связи с семьей, родителями, родственниками;
- обитание в местах, не предназначенных для человеческого жилья;
- добывание средств существования способами, не признаваемыми обществом социально позитивными;
- подчинение кастовым криминальным законам, предписанным беспризорникам «авторитетами».



### Три основные группы причин возникновения безнадзорности и беспризорности несовершеннолетних.

- 1) социально-экономические;
- 2) социально-психологические;
- 3) психологические.

Каждая из них приводит к нарушению привычного уклада жизни, деформированию быта людей и, в конечном итоге, к кризису семьи, что сопровождается увеличением числа разводов, потерей одного из родителей, ухудшению климата в семье, грубому обращению с детьми, физическим наказаниям, сексуальному, физическому и эмоциональному насилию со стороны взрослых.

**Факторы семейного неблагополучия, ведущие к безнадзорности детей.**



- низкий материальный уровень жизни семьи, плохие жилищные условия;
- хронические заболевания родителей и отягощенная наследственность, антисанитария и пренебрежение санитарно-гигиеническими нормами;
- неполные и многодетные семьи, семьи с престарелыми родителями, семьи с повторными браками и сводными детьми;
- семьи с конфликтными отношениями супругов, родителей и детей, педагогической несостоятельностью родителей и их низким общеобразовательным, культурным уровнем, деформированными ценностными ориентациями;
- алкоголизм, наркомания, аморальный и паразитический образ жизни родителей, семейные дебоши, проявления жестокости и садизма, наличие судимых членов семьи, приверженных к субкультуре преступного мира.

С 2009 года в детской поликлинике БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 3» работает кабинет медико-социальной помощи, специалисты которого участвуют в системе мероприятий по защите жизни и здоровья детей и подростков, оказавшихся в социально опасном положении и /или в трудной жизненной ситуации.

Среди основных задач кабинета: формирование навыков, способствующих сохранению здоровья; предупреждение возникновения рискованного поведения и уменьшение влияния его последствий; профилактика инфекций, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ/СПИДа; формирование ответственного поведения, сохранение психического здоровья, в т.ч. в сложных жизненных ситуациях.

Основной принцип работы кабинета – доступность, добровольность, доброжелательность.

Специалист кабинета, Саламатина Оксана Владимировна, большое внимание уделяет социальной патронажу и индивидуальной работе. Так за первое полугодие 2018 года проведе-



но 43 патронажа; с 18 несовершеннолетними из 13 семей проведена индивидуальная работа. И, конечно же, много внимания ею уделено информационно-просветительской работе: более 12 семинаров, интеллектуальных игр, викторин на темы здорового образа жизни и профилактики социально – значимых заболеваний проведено с участием 650 детей и подростков в возрасте от 12 до 17 лет.

Коллегами в этой совместной работе являются МБОУ «СОШ №8 им. А.Н. Сибирцева», МБОУ «СОШ №18 им. В. Я. Алексеева», МБОУ «СОШ №25», МБОУ «Сургутский естественно-научный лицей», БУ «Сургутский колледж русской культуры им. А.С. Знаменского», Сургутский финансово-экономический колледж, БУ «Сургутский центр социальной помощи семье и детям», Управление по опеке и попечительству при администрации города Сургута, Территориальная комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав при администрации города Сургута и другие субъекты системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних. Как показывает практика, только совместный комплексный подход позволяет достичь эффективных результатов в профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

статья подготовлена Саламатиной О.В.,  
специалистом по социальной работе  
детской поликлиники  
БУ «Сургутская городская клиническая  
поликлиника № 3»

**А ВЫ ЗНАЕТЕ,  
ГДЕ СЕЙЧАС НАХОДИТСЯ ВАШ РЕБЕНОК?**

**БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ И ВМЕСТЕ!!!**







## ПОДРОСТКОВЫЙ СУИЦИД

Всемирная организация здравоохранения и Международная ассоциация по предотвращению самоубийств заявили: в результате суицидов в мире умирает столько же людей, сколько впоследствии войн и насильственных смертей. Прогнозируется, что к 2020 году суицид выйдет на второе место в мире как причина смерти, обойдя рак. Каждая оборвавшаяся в результате суицида жизнь – это невосполнимая потеря. Для того, чтобы двигаться вперед, необходимо всем заинтересованным сторонам действовать сообща и предотвращать проблему как императив.

Основные факты по данным ВОЗ:

- Ежегодно около 800 000 человек кончают жизнь самоубийством.
- На каждое самоубийство приходится значительно больше людей, которые совершают попытки самоубийства ежегодно. Для общего населения предшествующая попытка самоубийства является самым важным фактором риска самоубийства.
- Самоубийства являются второй ведущей причиной смерти среди молодых людей 15–29 лет.
- На страны с низким и средним уровнем дохода приходится 79% самоубийств в мире.

Почему дети склонны к суицидальному поведению, в чем причина их страшных поступков, какие симптомы в поведении ребенка являются тревожными знаками для родителей, обо всём этом мы поговорили с медицинским психологом БУ «Сургутская клиническая психоневрологическая больница» Ольгой Шелюк.

– **Ольга Николаевна, если проанализировать статистику по самоубийствам, то наш округ не входит в список регионов, где зафиксирован высокий уровень суицидов, а наоборот, Югра в числе зон, где низкий уровень данных проявлений. Но, проблема суицидов среди подростков существует и она актуальна, да?**

– Да, проблема есть, и она более актуальна, чем принято об этом говорить. Да, наш регион является одним из благополучных территорий, где нет безвыходных ситуаций из-за низкого уровня жизни, безработицы, нашим детям предоставлены все возможности для занятий спортом, творчеством, учебной. Но, внешнее благополучие не в состоянии заменить и обеспечить подрастающему поколению внутреннюю гармонию, любовь, доверие и уверенность в себе. Дети, в силу своего возраста и психоэмоционального состояния, наиболее уязвимы, ранимы и слабы, здесь важно понять, поддержать и принять их внутренний мир, нежели заботиться только о внешних составляющих.

Если говорить о проблемах суицидов среди подростков, то, к сожалению, вынуждена констатировать следующий факт: в последнее

время наблюдается тенденция к омоложению возраста суицидентов. Если раньше подростки чаще совершали самоубийства в возрасте от 15 до 18 лет, то сейчас цифра сместилась с 10 до 14 лет. Мы, медицинские психологи, работаем только с теми фактами, которые были заявлены, когда речь идет о совершенном суициде, либо о попытке покончить жизнь самоубийством. Много случаев, когда о суицидальных случаях принято не заявлять, родители боятся огласки и позора для себя, либо, наоборот, активно участвуют в процессе воспитания ребенка и тем самым решают проблему, или совсем не знают, что их чадо пыталось умереть: и дети молчат, и родители не знают. Таких незаявленных случаев суицида в городе намного больше, чем официально зафиксированных в медицинских службах.

– **Какие бывают виды суицидов? Как понять и вовремя распознать в поведении ребенка суицидальные мотивы?**

– Суициды бывают истинные, демонстративные и скрытые. Истинный суицид направляется желанием умереть, ребенок искренне хочет, чтобы его не стало, он редко бывает



спонтанным. Такому суициду всегда предшествует угнетенное настроение, депрессивное состояние. В таких случаях дети действуют по четко подготовленному плану: прощаются с родными и близкими, часто говорят и думают о смысле жизни, готовят предсмертную записку, объясняют причину своего ухода из жизни. Немного другие мотивы преследует демонстративный суицид, здесь ребенок не желает умереть, его поступок является способом обратить внимание окружающих на себя, на свои проблемы, позвать их на помощь, доказать свою правоту. Иногда это жесткий вид шантажа, когда подросток пытается получить от родителей желаемое, например, новый телефон, игровую приставку. Дети, подверженные такому виду суицида, подгадывают время и место самоубийства, они демонстративно пытаются манипулировать родителями.

Третий вид суицида – скрытый, здесь характерны действия, сопровождающиеся высокой вероятностью летального исхода. По сути, это игра со смертью. Здесь подростки не совершают самоубийство, они подвержены суицидально обусловленному поведению. Это занятия экстремальными видами спорта, опасные селфи на телефон, рискованная езда на мотоциклах, или употребление наркотиков, спайсов, спиртных напитков.

Как показывает практика, подростки чаще всего подвержены к демонстративному и скрытому самоубийству, чем истинному. Часто юноши и девушки хотят доказать своим близким правоту своих чувств, когда речь идет о первой любви, пытаются обратить внимание на собственное существование.

**– То есть, всему причина психоэмоциональное состояние ребенка? Какие еще причины заставляют детей совершить столь страшный грех?**

– Понимаете, есть мотивы, и есть причины, которые взаимосвязаны между собой. Мотивы, как обычно, они на поверхности, это состояние взаимоотношения в семье, в школе, в обществе, стрессы и депрессии. Более глубоко лежат причины. Люди, в силу своей природы, разные, не похожие друг на друга, различаются в индивидуально-личностных развитиях, в воспитании, традициях, мировоззрении. Часто, при возник-

новении сложных жизненных ситуаций, они опираются на жизненный фундамент и опыт, который получили в семье. Если эти основы крепкие и состоят из доверия, любви и уважения, то человек найдет в себе силу, чтобы справиться со стрессами и проблемами. Если их нет, то человек выбирает пассивное средство – уход от проблемы. Любой суицид, по сути, это уход от проблемы, из сложной ситуации, от стресса, нерешенных вопросов ценой своей жизни.

В таких случаях взрослые находят решение своих проблем в употреблении алкоголя, наркотиков, в компьютерных и азартных играх. Дети могут видеть только один выход из ситуации – это смерть.

**– Какие изменения в поведении подростка могут стать сигналом к тому, что он готовится совершить суицид?**

– В первую очередь, необходимо обратить внимание на поведение ребенка: какой он был и какой он стал. Дети, склонные к суициду, меняются в характере: становятся возбужденными, агрессивными, чересчур активными, много говорят, действуют, тем самым удивляют своих родителей. Либо, наоборот, уходят в себя, становятся замкнутыми, неразговорчивыми.

Стоит обратить внимание и на физиологические изменения, это – сон, аппетит и частые жалобы на болячки. Может пропасть аппетит, либо, начинается переседание, беспокоят бессонница, недосыпание. Поступают постоянные жалобы на здоровье, ребенка всегда что-то беспокоит, болит: он соматически переживает душевную боль, и все свои тревоги и переживания передает через эмоции. Подростки, пытавшиеся покончить жизнь самоубийством, говорят, что перед суицидом постоянно испытывали невыносимую тяжесть, боль в груди, чувство комка и першение в горле.

**– Какие меры помогут предотвратить попытку суицида? Что именно должны знать родители?**

– Как показывает практика, риск суицида меньше всего в тех семьях, где есть любовь, доверие и уважение друг другу. И где ребенок точно знает, что его любят не за оценки, не за спортивные и иные достижения, и за его внеш-



ние данные, а за то, что он есть. Он – человек, личность, дитя, которого слышат, ценят, любят и участвуют в его жизни, а не являются простыми свидетелями его жизненных событий. Многие родители сетуют, мол, я работаю целый день, зарабатываю, обеспечиваю ребенку быт и комфорт, покупаю всё, что он хочет, отправляю каждый год на море, что еще от меня надо?! Подростку не важно, на какое море вы его отправите отдыхать или сколько кофты ему купите, главное – это ваше присутствие в его жизни, ваша душевная теплота, любовь и внимание.

Научитесь разговаривать с ребенком, делиться своими чувствами и переживаниями, рассказывайте о своих делах, слушайте его новости и доверяйте друг другу. Подросток должен осознавать, что родители хотят и могут по-

мочь решить проблему, дать ему ценный совет и поддержать в сложных ситуациях.

Устройте разбор чувств и эмоций. Попросите его ответить на следующие вопросы: что с тобой сейчас происходит, ты обижен, обеспокоен, зол, назови свои чувства? Я, в свою очередь, обеспокоена, огорчена, подавлена и хочу понять твои проблемы, помочь решить их. Должен быть эффект от общения с ребенком, а не родительский монолог на тему воспитания.

И самое главное, подбадривайте его, поддерживайте во всех делах и начинаниях. Утешайте: сегодня не получилось, но, завтра ты обязательно справишься с этой задачей.

Помните, ни деньги, ни богатство не заменят вашей душевной теплоты! И напоследок, думаю, к месту вспомнить народную пословицу: «Что посеешь, то и пожнешь»!



## СУРГУТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР – НА ПУТИ К НОВЫМ ДОСТИЖЕНИЯМ В ДЕЛЕ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ

Перепелицкая А.Я.,

специалист по связям с общественностью БУ «Сургутский клинический перинатальный центр»



*«Миссия Сургутского клинического перинатального центра – непрерывное совершенствование качества оказания медицинской помощи женщине на всех этапах её жизни, ребенку – в период внутриутробного развития, в период новорожденности и младенчества, и тем самым – недопущение материнской, младенческой и перинатальной потери от управляемых причин, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин, а значит и благополучия их семей» – главный врач БУ «Сургутский клинический перинатальный центр», заслуженный врач РФ Белоцерковцева Лариса Дмитриевна.*

**Ключевые слова:** репродуктивное здоровье, перинатальный центр.

Коллеги Ларисы Дмитриевны говорят, что она не просто главный врач, а «генератор идей». Ведь благодаря ей в окружной службе родовспоможения и перинатологии было внедрено множество новых технологий – от организации центра планирования семьи, генетической помощи населению, маммологической службы до внедрения сложнейших методов малоинвазивной и пластической хирургии, эффективных гравитационных методов лечения тяжёлых больных. При её непосредственном участии в округе успешно работают региональные общественные организации «Ассоциация акушеров-гинекологов» и «Лига акушеров».

Совместно с главным врачом Ларисой Дмитриевной у истоков формирования центра стоит команда настоящих профессионалов, преданных выбранному направлению в области акушерства, гинекологии и перинатологии: Панкратов Валерий Валентинович, Киличева Инна Ивановна, Нефедов Сергей Вячеславович, Мумбер Валентина Ивановна, Салимова Таисия Ильинична, Белинская Ирина Николаевна, Пурнов Олег Юрьевич, Васечко Татьяна Михайловна, Харисова Галина Аркадьевна, Данилогорская Валентина Владимировна, Лепинских Татьяна Викторовна, Васильева Татьяна Владимировна, Побиткова Ирина Васильевна, Китаева Елена Анатольевна, Зинин Вадим Ни-

колаевич, Майер Юлия Игоревна, Коваленко Людмила Васильевна и другие.

Сургутский клинический перинатальный центр является самым крупным в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре и одним из самых ведущих в Уральском Федеральном округе центром, приоритетными направлениями которого можно назвать оказание медицинской помощи женщинам, новорожденным и детям до года. Основными задачами являются оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи беременным женщинам высокой группы риска, родильницам, гинекологическим больным и детям первого года жизни с перинатальной патологией.

«Без внедрения в практику современных технологий, а значит, и постоянного обучения специалистов всех уровней, невозможно продемонстрировать высокое качество медицинской помощи. Поэтому работа центра всегда строится на опережение, и я считаю, что только в этом случае можно говорить о развитии учреждения» – отмечает Лариса Дмитриевна.

Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Сургутского государственного университета, профессор акушерства и гинекологии, Заслуженный врач РФ Лариса Белоцерковцева имеет множество наград, среди них – грамота Всероссийского конкурса «Российская органи-





зация высокой социальной эффективности» и диплом «Евразия – лидер» ассамблеи «Женщины – лидеры новой России», почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры», Благодарственное письмо Президента Российской Федерации и т.д. Лариса Дмитриевна – большой ценитель классической музыки, балета, оперы. Любит русскую классику и экономическую литературу.

Успешным врачом способен стать далеко не каждый человек. Ему необходимо обладать особым складом характера, внимательностью, терпеливостью, спокойствием, добротой и, в то же время, твердостью, способностью быстро принимать решения, огромным чувством ответственности. Им непременно должен быть тот, кто всем сердцем предан своему делу, кто осознает всю важность и серьезность профессии, не боится трудностей и согласен всю свою жизнь посвятить людям.

«Все технологии в медицине направлены на спасение жизни каждого человека и, в первую очередь, ребенка. Те методы, которые разработаны в перинатологии – безусловно, большой прорыв. То, что сейчас делают неонатологи, еще десять лет назад было практически невозможно. Сейчас выживает около 90 из 100 детей, рожденных с весом меньше килограмма. Им оказывается современная дыхательная поддержка, вводятся специальные препараты, чтобы ребенок догнал сверстников и рос без отклонений», – рассказала заместитель главного врача по медицинской части Инна Ивановна Киличева.

Сургутский клинический перинатальный центр находится на пути к новым достижениям в деле охраны репродуктивного здоровья семьи, так как в своей деятельности активно использует современные технологии в соединении с лучшими традициями отечественного и мирового здравоохранения.

Так, 8 сентября 2018 года в городе Сочи прошла ежегодная «Переключка перинатальных центров России» под эгидой Ассоциации МАРС в рамках XI Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». Это седьмая переключка перинатальных центров, в которой приняли участие более 50 перинатальных центров России. В 2017 году по результатам 2016 года Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» вошел в тройку лучших перинатальных центров России, а уже в 2018 году занял первое место среди перинатальных центров России по версии конгресса и Ассоциации МАРС.

Именно поэтому в 2019 году коллектив центра с воодушевлением ожидает окончания строительства нового здания Центра охраны материнства и детства, отвечающего современным требованиям технологической и эпидемиологической безопасности. Достаточное количество площадей позволит расширить существующие подразделения центра, создать новые службы, развить новые направления медицинской помощи беременным и детям, создать современную концепцию комфортного пребывания в лечебном учреждении. В состав Центра охраны материнства и детства войдут несколько крупных подразделений: перинатальный центр, консультативно-диагностический центр для женщин, консультативно-диагностический центр для детей до 5 лет, лечебно-диагностические, вспомогательные и иные отделения, включая симуляционно – тренинговый центр и инновационную научную лабораторию.

Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства станет одним из крупнейших в стране среди перинатальных центров, а это означает, что и подготовка кадров к открытию столь важного объекта будет проходить на самом высоком уровне.

© Перепелицкая А.Я., 2018



## СОДЕРЖАНИЕ

### РЕГИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

**Армашевская О.В., Чучалина Л.Ю., Феоктистова П.С.** Анализ гинекологической заболеваемости и инфекций, передающихся преимущественно половым путем в Российской Федерации, Уральском Федеральном округе и Ханты-Мансийском автономном округе-Югре за 2015-2017 годы .....3

**Симакова Э.Ю.** Комплексное лечение хронического тонзиллита у детей в условиях крайнего севера и приравненных к нему территориях.....9

**Гринвальд О.В.** Анализ онкологической помощи в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре.....17

**Тамадаева Ю.В.** Опыт внедрения программы профилактики стоматологических заболеваний у детей, находящихся в трудной жизненной ситуации на примере КУ «Урайский специализированный дом ребенка».....19

**Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Вильцев И.М., Шакиров И.И.** Некоторые морфологические особенности постмортальной диагностики рассеянного склероза.....27

### ЭКОНОМИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Рецлова Ю.А., Казакова В.А.** Окружная общественная организация стоматологов ХМАО-Югры. Двадцатилетний опыт работы.....30

**Калинина Д.А.** Доступные медикаменты для льготных категорий.....35

### ТОЧКА ЗРЕНИЯ

**Ирина Урванцева:** «Мы думаем по-югорски – на опережение» .....36

### ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Хоробрых О.С.** Проблемы оказания анестезиологических пособий у пациенток с ожирением в акушерстве.....41

**Нечаевских В.И., Зинина Е.Е., Попова Н.Б.** Врожденный дискератоз: клиническое наблюдение.....46

**Разводовский Ю.Е.** Алкоголь как фактор гендерного градиента ожидаемой продолжительности жизни городского и сельского населения Беларуси.....49

**Жевелик О.Д., Ризванова Л.Н., Работин Р.А.** Обнаружение психоактивных веществ и их метаболитов в биологических средах организма человека при сочетанной интоксикации синтетическим каннабимиметиком MDMB(N)-BzF и синтетическим катиноном alpha-PVP. Случай из практики. ....53

**Дарвин В.В., Краснов Е.А., Варганова А.Н., Абунагимов В.М., Бондаренко О.А., Волкова Т.В.** Оценка эффективности периоперационной антибиотикопрофилактики в зависимости от ее продолжительности у больных, оперированных по поводу рака молочной железы.....55

**Касенова Б.Ж., Нотов И.К., Борвин Е.А., Еркович А.А.** Современные представления о патогенезе и методах лечения болезни Пейрони...57

**Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В.** Клиника, морфология атеросклероза аорты с разрывом.....66

### АКТУАЛЬНО

**Саламатина О.В.** Безнадзорность и беспризорность несовершеннолетних .....69

Интервью с медицинским психологом на тему Подростковый суицид.....71

### МЕДИЦИНА В ЛИЦАХ

**Перепелицкая А.Я.** Сургутский клинический перинатальный центр – на пути к новым достижениям в деле охраны репродуктивного здоровья семьи.....74

All rights reserved to [Tiny-Tools.com](https://Tiny-Tools.com)    [Privacy Policy](#)