Департамент здравоохранения города Москвы

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ
«НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ»

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ»

МОСКВА 2021

УДК 61
ББК 51
Н А43

Электронная версия сборника находится в свободном доступе на сайте: www.cemp.msk.ru
Ответственные редакторы: Ученый секретарь Зотова Е.Е., научный сотр. Фесюн О.А.

В настоящий сборник включены статьи и краткие сообщения по материалам докладов научно-практической конференции «Современные аспекты внедрения инновационных технологий в медицинскую практику», состоявшейся 26-27-февраля 2021 года в г. Москве.

В работе конференции приняли участие научные и педагогические работники российских и зарубежных вузов, специалисты-практики.

Издание предназначено для широкого круга читателей, интересующихся научными исследованиями и разработками, передовыми достижениями науки и технологий в области медицины.

Статьи и сообщения прошли научное рецензирование (экспертную оценку). Материалы публикуются в авторской редакции. За содержание и достоверность статей ответственность несут авторы. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов статей.

При использовании и заимствовании материалов ссылка на издание обязательна.

© ГБУЗ "НПЦ ЭМП ДЗМ", 2021
© Коллектив авторов, 2021

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ЗА СЧЕТ ПРИМЕНЕНИЯ БЛОКАТОРА АЛЬДОСТЕРОНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ

Артемьев В.А., Ворсин О.Э., Чурсина Т.В.

Филиал №2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского» Минобороны России, г. Москва

Распространенность хронической сердечной недостаточности в различных регионах Российской Федерации варьирует в пределах 7-10%. Доля больных сердечной недостаточностью в высоких функциональных классах увеличилась с 4,9% в 1998 году до 8,8% в 2020 году.

Целью настоящего исследования стало оценить эффективность и динамику функционального класса (ФК) ХСН (NYHA) у больных, перенесших КШ при применении блокатора альдостероновых рецепторов.

Материалы и методы. В исследование включено 56 больных в возрасте от 56 до 65 лет (50 мужчин, 6 женщин), перенесших АКШ с проявлениями хронической сердечной недостаточностью. Всем пациентам проводились общеклинические исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи), электрокардиография, эхокардиография. Функциональный класс ХСН определяли по тесту физической нагрузкой (стресс ЭХО КГ). Медикаментозная терапия включала ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, В-блокаторы, статины, антиагреганты, кардиотренажеры, физиопроцедуры (лазер на область постоперационного рубца грудины). Для лечения ХСН пациенты основной группы (26 человек) использовали эплеренон (инспра) в дозе 25 мг в сутки в течение 14 дней, пациенты контрольной группы данный препарат не принимали.

Результаты. У пациентов основной группы отеки н/конечностей, застойные явления в малом круге кровообращения исчезли на 3-4 день лечения, в то время как у пациентов контрольной группы на 9±0,1 день лечения. У пациентов основной группы улучшились показатели сократительной функции миокарда ЛЖ, ФВ по Симпсону в среднем выросла с 37% до 44%, у пациентов контрольной группы с 36% до 38%. ФК ХСН составил 1,6 ±0,4. У пациентов контрольной группы ФК ХСН составил 2,1± 0,3.

Вывод. Комплексная медицинская реабилитация больных ишемической болезнью сердца с применением эплеренона обеспечивает повышение эффективности медицинской реабилитации.

РАБОТА ГБУЗ «НПЦ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЗМ» В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ COVID-19

Гуменюк С.А., Гуськова О.В.

ГБУЗ «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы»

Введение. Не только загрязнение атмосферного воздуха, питьевой воды, продуктов питания, шум, электромагнитные поля и другие явления относятся к неблагоприятным факторам окружающей среды, пагубно влияющим на здоровье человека, также к таким факторам относятся возбудители вирусных, бактериальных и паразитарных заболеваний.

2020 год стал особенным в связи с объявлением пандемии новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2. Для борьбы с распространением инфекционного заболевания перестроилась вся государственная система здравоохранения г.Москвы [1].

Материалы и методы. ГБУЗ «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – ЦЭМП), одним из первых медицинских организаций города Москвы встал на борьбу с новой коронавирусной инфекцией [2]. Созданный в 1991 году, ЦЭМП является территориальным центром медицины катастроф города Москвы и, в режиме повседневной деятельности, выполняет следующие задачи: организация ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, организация и оказания медицинской помощи; сбор, обработка и предоставление информации медико-санитарного характера в области защиты населения; прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций; информирование населения о медико-санитарной обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и принимаемых мерах; осуществление комплексных мер по противодействию возможным террористическим актам, в том числе с применением ядовитых, биологических (бактериологических) агентов.

Выездные бригады координируют медицинские силы и оказывают медицинскую помощь пострадавшим, включая медицинскую эвакуацию, в том числе с применением авиамедицинских бригад, на массовых дорожно-транспортных происшествиях, техногенных происшествиях, крупных пожарах, медицинское обеспечение мероприятий с массовым сосредоточением людей, участие в учениях и тренировках, проводимых на объектах жизнеобеспечения города Москвы, крупных транспортно-пересадочных узлах.

Однако в связи с введением режима повышенной готовности Указом Мэра Москвы от 5 марта 2020 года № 12-УМ «О введении режима повышенной готовности», ЦЭМП оперативно перестроил свою работу, что коснулось практически всех его структурных подразделений.

Результаты. С февраля 2020 года врачи и фельдшера ЦЭМП работали в аэропортах столицы и на железнодорожных вокзалах, встречая самолеты и поезда, прибывающие в Москву из эпидемиологически неблагоприятных регионов. Так, бригады контролировали железнодорожные направления Санкт-Петербург-Москва, Пекин-Москва. Во всех аэропортах, обслуживающих Москву, был организован контроль-термометрия лиц, прибывших из КНР, Италии, Франции, Испании, Великобритании, а позднее – из всех зарубежных стран. Также бригадами ЦЭМП, совместно с сотрудниками Роспотребнадзора, проводился термометрический контроль и осмотр лиц с признаками острых респираторных вирусных инфекций, проводилось анкетирование и забор биоматериала, предпринимались прочие меры по недопущению распространения новой коронавирусной инфекции Covid-19.

В соответствии с приказами ДЗМ о работе с пациентами с Covid-19,с февраля 2020 года и до настоящего момента ЦЭМП выполняет медицинскую эвакуацию пациентов с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции в профильные стационары города Москвы, в том числе из Московской и соседних областей, используя не только автомобильный санитарный транспорт, но и санитарные вертолеты легкого класса [2]. Оснащение бригад современной техникой, а также высокая квалификация (реаниматологи ЦЭМП владеют в том числе методикой экстракорпоральной мембранной оксигенации) и большой опыт работы персонала выездных бригад позволяет не только справляться с повышенной нагрузкой, связанной с пандемией, но и выполнять основные задачи в полном объеме.

С введением режима повышенной готовности и выходом временного ограничения на ведение образовательной деятельности в очном формате ЦЭМП был вынужден приостановить учебную деятельность: прекратились занятия по первой помощи с педагогами подведомственных Департаменту образования и науки города Москвы организаций, а также с иными категориями граждан.

Это негативно сказалось на плановой деятельности учебного отдела, педагоги, сотрудники ГИБДД, судебные приставы, и другие категории граждан не прошли в запланированные сроки обучения первой помощи и не получили документ о повышении квалификации. Положительным моментом можно назвать стимулирование работы ЦЭМП в направлении развития учебно-методической базы. В первую очередь учебно-методические материалы были дополнены и переработаны с учетом рекомендаций Министерства здравоохранения РФ по оказанию первой помощи в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 [3].

Параллельно с развитием учебно-методической базы проводится работа по созданию дистанционной образовательной платформы.

Несмотря на все трудности и ограничения, ЦЭМП с июля 2020 года возобновил работу учебного отдела. Так, с июня по октябрь 2020 года работники Центра проводили учебно-методические занятия с сотрудниками ГИБДД г. Москвы по вопросам оказания первой помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях. Эти занятия посетили 2606 сотрудников ГИБДД.

Специалисты ЦЭМП, привлеченные к проведению занятий, тщательно соблюдают все требования по безопасности участников образовательного процесса: занятия проводятся малыми группами, соблюдается социальная дистанция, пользуются антисептики для обработки манекенов, перчаток, все находятся на занятии в медицинских масках и перчатках, к занятию не допускаются лица с признаками ОРВИ и повышенной температурой тела.

Выводы. С февраля 2021 года образовательная деятельность ЦЭМП восстановилась в полном объеме. Возобновлено обучение педагогических работников, проводится обучение сотрудников силовых ведомств, работников ГБУ «Многофункциональные центры предоставления государственных услуг города Москвы».

Список литературы.

1. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (Covid-19). Временные методические рекомендации Минздрава РФ. Версия 7 от 03.06.2020.

2. Сайт Департамента здравоохранения города Москвы https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/document.html.

3. Дежурный Л.И. Особенности оказание первой помощи в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19/ https://allfirstaid.ru/system/files/COVID-19.pdf

НЕОБХОДИМОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В УСЛОВИЯХ САНИТАРНОГО ВЕРТОЛЕТА

Гуменюк С.А. [1], Зейниева С.М. [1], Петриков С.С. [2]

[1]ГБУЗ "Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы»
[2] ГБУЗ « Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В.Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы»

Введение. Расширение территории города Москвы привело к увеличению нагрузки на службу экстренной медицинской помощи [1,2]. В связи с этим многие авторы говорят о необходимости оптимизации экстренной медицинской помощи на удаленных

территориях [3,4]. В ряде случаев преимущество применения авиамедицинских бригад (АМБ) в оказании экстренной медицинской помощи неоспоримо [5,6].

Основными патологиями, которые требуют скорейшей доставки пациента в профильный стационар являются: ОКС, ОНМК, кровотечения различного генеза, ЧМТ, ТСТ различного генеза (ДТП, производственные травмы и т.п.) [7,8]. довольно часто пациенты с подобной патологией при прибытии АМБ находятся в тяжелом или крайне-тяжелом состояниях, что требует проведения реанимационных мероприятий [9,10]. Усовершенствование оснащенности АМБ и адаптация новых медицинских технологий, таких как устройства автоматических компрессий (УАК) и экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО), для работы в условиях авиамедицинской эвакуации, позволило снизить летальность пациентов на догоспитальном этапе [3,11].

Цель работы. Оценить возможность проведения сердечно-легочной реанимации и её эффективность в условиях авиамедицинской эвакуации.

Материалы и методы.Нами проведен анализ данных о 113 пациентах с ургентной патологией, доставленных до профильного медицинского учреждения с помощью АМБ. Из них с ОКС 45 человек (39,8%), с ОНМК 39 человек (34,5%), с ЧМТ 4 человека (3,5%) и с внутренними кровотечениями 25 человек (22,1%). Оценивался материал с 2016 по 2021 годы.

Для доставки в медицинское учреждение пациентов основной группы использовались вертолеты ЕС-145 или БК-117С-2. Вертолеты оснащены аппаратами для проведения СЛР. На оборудованной медицинской стенке размещены, в зависимости от борта вертолета либо два аппарата ИВЛ Dräger Oxylog 3000 Plus, либо Dräger Oxylog 1000 и LTV 1200 Pulmonetic; комбинированный аппарат Corpuls 3 со встроенным GSM спутниковым модемом и включающий в себя монитор, дефибриллятор, водитель ритма; шприцевые насосы B.Braun Perfusor Space не менее 2 штук.

Распределение пациентов в исследуемой группы по полу дало следующее процентное соотношение: мужчин 67,8% и женщин 32,2%. Подавляющее большинство пациентов включенных в исследования являлись представителями возрастной группы от 61 и старше (мужчины – 32,1%, женщины – 22,4%). Средний возраст госпитализируемых по экстренным показаниям больных составил 60,6±1,08 года. Максимальный возраст пациента равен 79 годам (пациент с ОКС) и минимальный 27 годам (пациент с ЧМТ). Степень тяжести состояния при поступлении у пациентов исследуемой группы

укладывалась в 3 вида: средней тяжести-38 человек (33,6%), тяжелое 61 человек (54%) и крайне-тяжелое 14 человек (12,4%).

Результаты и обсуждение. Из 113 человек госпитализируемых с помощью санитарного вертолета понадобилось проведение реанимационных мероприятий в полете 12 пациентам (10,61%). Если рассмотреть соотношение пациентов по диагнозам при поступлении, получилось с ОКС 7 человек (58,33%), с ОНМК 2 человека (16,67%), с кровотечениями 2 пациента (16,67%) и с ЧМТ 1 человек (8,33%). Среди этих 12 пациентов мужчин 8 человек(66,67%) и 4 женщины (33,33%). Максимальное расстояние, на котором находился пациент от стационара равно 94 км, а минимальное 10 км.

Показание к проведению реанимационных мероприятий - остановка сердечной деятельности. Реанимация пациентов проводилась в условиях санитарной авиации с помощью устройства автоматических компрессий (УАК) и экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО). Наличие в комплектации медицинского вертолета этих устройств упорядочило работу авиамедицинских бригад и дало возможность эвакуировать пациентов в состоянии клинической смерти.

В условиях санавиации эффект от сердечно-легочной реанимации был 100%. Все пациенты у которых была зафиксирована остановка сердечной деятельности были доставлены в медицинские учреждения живыми. Состояние средней тяжести при поступлении имелось у 1 пациента (8,33%), тяжелое у 5 пациентов (41,67%) и крайне тяжелое у 6 пациентов (50%). Все пациенты доставлены в медицинские учреждения в промежутке от 40 минут до 157 минут.

Таким образом, современные возможности санитарной авиации позволяют выполнять СЛР в полном объеме больным требующим проведения реанимационных мероприятий на догоспитальном этапе, при этом достигая максимально положительного результата.

Список литературы.

1. Тимкин В.А., Лазарев А.Я., Финенкова Н.Н. и др. Опыт межрегионального взаимодействия при оказании санитарно-авиационной помощи и проведении санитарно-авиационной эвакуации пострадавших в дорожно-транспортном происшествии /Медицина катастроф. 2014. № 3 (87). С. 41-43.

2. Федотов С.А.,Костомарова Л.Г., Иванчин Д.В., Махнев В.Г. Опыт использования вертолетов малого класса и пути дальнейшего развития санитарно-авиационной эвакуации

больных и пострадавших от бригад смпв профильные стационары города Москвы / Московская медицина. 2016. № S1 (12). С. 199.

3. Ярыгин Н.В., Нахаев В.И., Ди Ф.И.В. и др. Первая помощь из первых рук - анализ зарубежного опыта / Хирург. 2015. № 5-6. С. 55-59.

4. Pham H, Faster on-scene times associated with decreased mortality in Helicopter Emergency Medical Services (HEMS) transported trauma patients. Pham H, Puckett Y, Dissanaike S. Trauma Surgery & Acute Care Open. 2017;2(1):e000122. DOI: 10.1136/tsaco-2017-000122.

5. Сотников В.А., Олесов И.И., Аргунова П.С. Оказание экстренной санитарно-авиационной помощи в Республике Саха (Якутия): Состояние и перспективы / Медицина катастроф .2014. № 2(86), С. 41- 45.

6. Тотоев В.С. О необходимости создания в России санитарной авиации /Военно-медицинский журнал. 2005. 326, № 11. С. 58–59.

7. Дужинская Ю.В., Ярыгин Н.В., Нахаев В.И. Влияние тяжести черепно-мозговой травмы на тактику оказания специализированной травматологической помощи пациентам с политравмой / В книге: Пироговский форум травматологов-ортопедов. Материалы. Министерство здравоохранения РФ. 2019. С. 125-126.

8. Петриков С.С., Солодов А.А., Бадыгов С.А. и др. Влияние L-лизина эсцината на внутричерепное давление у пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой, находящихся в критическом состоянии/ /Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2016; (2):31-36.

9. Потапов В.И., Бук Т.Н., Кузнецова Н.В. Смертность населения от внешних причин (по данным литературы) / ЦЭМИНФОРМ, 2014, №5(125), С.3-7

10. Третьяков Н.В., Авхименко М.М.// Эвакуация вертолетами пострадавших в дорожнотранспортных происшествиях / Медицинская сестра. 2013. № 5. С. 39-43.

11. Якиревич И.А., И.А., Попов А.С., Белинский В.В. Логистика массовых авиамедицинских эвакуаций пострадавших с тяжелой сочетанной травмой с применением медицинских модулей авиацией МЧС России / Кафедра травматологии и ортопедии. 2016. № Спецвыпуск. С. 23.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ, ПОЛУЧЕННОЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

Гуменюк С.А.[1], БорисовВ.С.[2], ПотаповВ.И.[1], Сачков А.В.[2]

[1]ГБУЗ «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы»,

[2]ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы»

Введение. Проблема организации и оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим, получившим термическую травму в результате чрезвычайных ситуаций (ЧС), продолжает сохранять свою актуальность [1,6].

На это указывает частота событий и тяжесть медицинских последствий.

Наиболее часто пожары, возникают в мегаполисах и крупных городах, становясь все более масштабными и сопровождаясь значительными медико-санитарными потерями [2]. По данным МЧС России, среди всех пожаров, происходивших в 2019 году на территории РФ, большая часть (56,4 % от общего коли¬чества пожаров), пришлась на городскую местность. Число погибших в результате пожаров в городах – 50,4%, от общего числа погибших при пожарах, получивших различные виды травм – 66,4% травмированных [3].

В настоящее время среди ЧС, происходящих на территории Москвы, одним из наиболее распространенных видов являются пожары, характеризующиеся тяжелыми медико-санитарными последствиями и высокой летальностью. В первую очередь, на догоспитальном этапе [4,5].

Целью исследования явилось проведение анализа организации и оказания медицинской помощи пострадавшим в ЧС связанных с пожарами и взрывами, сопровождающихся возгоранием, на этапах оказания медицинской помощи в городе Москве.

Материалы и методы. В работе наряду с данными ГБУЗ «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы» (далее ЦЭМП), содержащиеся в автоматизированной информационно-аналитической системы (АИАС) «Медицина катастроф города Москвы», использованы данные ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы».

По усредненным за последние 5 лет (2016 – 2020 гг.) данным, содержащимся в АИАС «Медицина катастроф города Москвы», по количеству событий и пострадавшим в них, пожары и взрывы сопровождающиеся возгоранием, занимают в структуре ЧС одно из первых мест.

Показатели термического травматизма сохраняются на высоком уровне, хотя и уступают по общему числу пострадавших в транспортных происшествиях. При пожарах регистрируется наибольшее количество смертельных исходов в догоспитальном периоде. Так показатель летальности в догоспитальном периоде при пожарах в несколько раз превышает аналогичный показатель при ЧС на транспорте (в среднем 44,9% при пожарах, против 22,7% при ЧС на транспорте).

Структура пострадавших в ЧС связанных с пожарами имеет отличительные особенности – в 51,5% у пострадавших были термические ожоги и сочетание термических ожогов с другими видами травм. В 32,6% пострадавшие получали термические ожоги различной степени, 18,7% составляли пострадавшие с различными видами комбинированной травмы – сочетание термической травмы с механической травмой, термической травмы с отравлениями и термической травмы с механической травмой и отравлениями. В 46,7% у пострадавших были отравления, и в 2% пострадавшие получали различные виды механической).

В городе Москве ликвидация медицинских последствий ЧС возложена на Службу экстренной медицинской помощи (СЭМП) – функциональное объединение сил и средств городского здравоохранения участвующие в ликвидации медицинских последствий ЧС и головное учреждение Службы ЦЭМП.

В период ликвидации медицинских последствий ЧС в оперативное подчинение ЦЭМП переходят все медицинские организации городского здравоохранения (МО).

При возникновении ЧС на место происшествия направляется бригада экстренного реагирования ЦЭМП, координирующая деятельность бригад скорой медицинской помощи (СМП), организующая на месте события взаимодействие с экстренными службами принимающими участие в ликвидации последствий ЧС, информационное обеспечение.

Для оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим с термической травмой в госпитальном периоде одним из учреждений, включенным в структуру Службы, является отделение термических поражений ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» (далее НИИ СП) - городской ожоговый центр. По усредненным данным за последние 5 лет, в городской ожоговый центр поступало до 60,5% всех пострадавших с термическими травмами, полученными в результате ЧС связанных с пожарами и взрывами, сопровождавшихся возгоранием.

Был проведен анализ историй болезни госпитализированных в НИИ СП пострадавших в ЧС связанных с пожарами в период с 2016 - 2018 гг. Всего в приемные отделения НИИ СП за данный период по разным каналам были доставлены 428 пациента, из них госпитализировано 389 пострадавших (90,9%). С мест ЧС, сопровождающихся

пожарами и взрывами с последующим горением, с термической травмой (ожоги, ингаляционная травма, в сочетании с отравлениями продуктами горения и СО) было доставлено 134 пациента. Был проведен анализ поступающих и их количество, каналы поступления, характер термической травмы, действия бригад СМП, особенности маршрутизации и движения пациентов в пределах института, структуру летальности.

Результаты и обсуждение. В ожоговый центр было госпитализировано 133 пациента, что составляет в среднем 31% от общего количества всех доставленных пострадавших из ЧС в НИИ СП. Средний возраст пострадавших с термической травмой составил 44,3+19,3 года (медиана 42). Мужчин было 79 (59,3%), женщин – 54 (40,7%). Каналы поступления: СМП –95,5%, самотек или перевод из другого ЛПУ - 4,5%. При анализе пострадавших, доставленных в НИИ СП с отметкой «массовое поступление» за последние 7 лет, было установлено, что одновременно в приемные отделения поступали не более 18 пострадавших. При этом в обычном, штатном режиме НИИ СП принимает одновременно до 20 больных и пострадавших. Подобный режим работы позволяет принимать пострадавших с «массового поступления», практически не прекращая штатную работу по приему пациентов. Анализ нашей работы показал, что в 60,9% случаев бригады СМП одновременно доставляли 3 и более пациентов одновременно, а в рассматриваемый период максимальное количество одновременно поступивших с термической травмой не превышало 10 пострадавших. Наличие в структуре НИИ СП трех приемных отделений позволяет проводить эффективную сортировку и распределение пострадавших, не снижая уровень оказания медицинской помощи. Одной из важных особенностей у пострадавших с термической травмой в условиях мегаполиса при ЧС является высокая частота встречаемости сочетанной и комбинированной травмы. В 49,6% случаев травма была комбинированной: у 34,6% пациентов - сочетание термоингаляционной травмы (ТИТ) различной степени с отравлением продуктами горения, у 15% - ожоги кожных покровов в комбинации с ТИТ, отравлением продуктами горения, повреждениями опорно-двигательного аппарата, черепно-мозговой травмой и т.д. В 21,8% случаев наблюдали только отравление продуктами горения и СО. У 19,5% пострадавших было только поражение кожных покровов, у 9,1% диагносцирована изолированная ТИТ. О тяжести полученной травмы говорит тот факт, что 95 пациентов с термической травмой (71,4%) поступили в реанимационные отделения института. Распределение потоков реанимационных больных было следующим: в ожоговую реанимацию первично госпитализировано 64,2%, в шоковый зал и токсикологическую реанимацию по 17,9%. Летальность среди ожоговых больных, госпитализированных в НИИ СП в результате ЧС и массового поступления составила 9,8%, что почти в 3 раза

превышает летальность у травматологических больных, однако значительно ниже общемировой летальности, что подтверждает необходимость наличия ожогового центра в структуре медицины катастроф. Таким образом, пациенты с термической травмой, пострадавшие в результате ЧС, нуждаются в оказании специализированной помощи в условиях оснащенного ожогового центра.

Выводы. Совершенствование организации ликвидации медицинских последствий пожаров сохраняет актуальность и практическую значимость.

Результаты проведенного анализа показывают, что предупреждение и снижение тяжести медицинских последствий пожаров являются серьезной медико-социальной проблемой, решение которой будет способствовать снижению тяжести травматизма и смертности населения города Москвы от внешних причин.

Пострадавшие с термической травмой имеют определенную специфику повреждений и способа оказания медицинской помощи, что накладывает определенную нагрузку как на бригады СМП, так и на реанимационное отделение и стационар ожогового центра.

Взаимодействие ЦЭМП и НИИ СП при возникновении ЧС, сопровождающегося массовым поступлением пострадавших является наиболее эффективным при организации оказания специализированной медицинской помощи.

Список литературы.

1. Соколов В.А., Адмакин А.Л., Петрачков С.А., и др. Ожоги после террористических актов и чрезвычайных ситуаций мирного времени. / Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2014; 2 : 24-32.

2. Федотов С.А., Гуменюк С.А., Теряев В.Г., Потапов В.И., и др. Оказание медицинской помощи пострадавшим от ожоговой травмы на догоспитальном и раннем стационарном этапах / 18-й Всероссийский конгресс – Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Скорая медицинская помощь – 2019», посвященная 120-летию службы скорой медицинской помощи в России. Скорая медицинская помощь – 2019 [Электронное издание]: Материалы 18-го Всероссийского конгресса (Всероссийской научно-практической конференции с международным участием), посвященного 120-летию скорой медицинской помощи в России. СПб.,30-31 мая 2019 года. с. 148.

3. О состоянии защиты населения и территорий Российской Федерации от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера в 2019 г.: государственный доклад. – М.: МЧС России; ФГБУ ВНИИ ГОЧС (ФЦ), 2020. – 259 с.

4. Хубутия М.Ш., Смирнов С.В., Спиридонова Т.Г., Борисов В.С. и др. Особенности оказания специализированной медицинской помощи в многопрофильном скоропомощном стационаре при массовом поступлении обожженных / Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2012; 4: 30-33.

5. Борисов В.С., Сачков А.В., Федотов С.А., Гуменюк С.А., и др. Перспективы использования авиамедицинских бригад при оказании медицинской помощи пострадавшим с ожогами / Московская медицина. 2019; 4 (32): С. 48.

6. Полехин П.В., Чебуханов М.А., Долаков Т.Б. [и др.]. Пожары и пожарная безопасность в 2018 году: стат. сб. / под общ. ред. Д.М. Гордиенко. М.: ВНИИПО, 2019. 125 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Дежурный Л.И.[1], Гуменюк С.А.[1], Закурдаева А.Ю.[2]

1 ГБУЗ «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы»

2 ФГБУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения" Министерства здравоохранения РФ.

Введение. Неблагоприятные факторы внешней среды могут привести к травмам и развитию неотложных состояний. Быстрота развития патологического состояния определяет необходимость оказания первой помощи до начала оказания медицинской помощи, в том числе и в медицинском учреждении. Это необходимо в связи с тем, что, например, реанимационные и иные мероприятия первой помощи очень важно начать в самые кратчайшие сроки. Оказание первой помощи регламентировано Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1]. Однако проблемы нормативного регулирования и сложившаяся правоприменительная практика обуславливают то, что зачастую персонал медицинских организаций не готов к ситуациям, требующим оказания первой помощи.

Цель работы. Рассмотреть нормативно-правовое регулирование организации оказания первой помощи в медицинских учреждениях и предложить первоочередные меры по совершенствованию организации оказания первой помощи.

Материалы и методы. При формировании базы научного исследования применялся обширный аналитический материал с целью изучения нормативной базы, регламентирующей организацию оказания первой помощи в медицинских учреждениях, а также программ обучения оказанию первой помощи, учебно-методических материалов.

Проведен комплексный и сравнительный анализ нормативно-правовых актов в сфере организации оказания первой помощи в медицинских учреждениях, изучены

программы обучения и учебные пособия по первой помощи на предмет их соответствия действующему законодательству и современным правилам оказания первой помощи.

Результаты и обсуждение. В случае возникновения ситуации, угрожающей жизни и здоровью пациента, помощь необходимо начать оказывать незамедлительно. В лечебном учреждении в окружении медицинского персонала у пациента, безусловно, значительно выше шанс получить квалифицированную медицинскую помощь, чем в каком-либо другом месте. Рассмотрим, как соотносится установленный порядок оказания медицинской помощи в экстренной форме с необходимостью организации обучения оказанию первой помощи и почему актуальность обучения персонала медицинского учреждения оказанию первой помощи крайне высока.

Представим ситуацию, что пациент, находясь на лечении в медучреждении, подавился во время приема пищи и не может дышать. Простые и эффективные мероприятия по извлечению инородного тела из верхних дыхательных путей в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 № 477н [2] может начать выполнять любой сотрудник медицинского учреждения, не дожидаясь прибытия бригады неотложной помощи.

Штат медицинского учреждения формируется в соответствии с номенклатурой должностей медицинских работников и фармацевтических работников, утвержденной Приказом Минздрава России от 20.12.2012 N 1183н [3]. Данная номенклатура относит к медицинским работникам должности руководителей, должности специалистов с высшим профессиональным (медицинским) образованием (врачи), должности специалистов с высшим профессиональным (немедицинским) образованием (например, биолог), должности специалистов со средним профессиональным (медицинским) образованием (средний медицинский персонал, например, медицинская сестра), иные должности медицинских работников (младший медицинский персонал, например, сестра-хозяйка). Кроме того, в штате медучреждения могут числиться немедицинские работники: например, сотрудники бухгалтерии, отдела кадров, службы охраны и др. Таким образом, целый ряд категорий работников медучреждения не имеет медицинского образования.

Для некоторых специальностей медицинских работников установлена обязанность по оказанию первой помощи в соответствии с квалификационными характеристиками, утвержденными Приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 N 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»; Приказом Минздрава России от 08.10.2015 N 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим

работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»; Приказ Минздрава России от 10.02.2016 N 83н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием».

Например, в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 N 541н обязанность по оказанию первой помощи установлена для врача по спортивной медицине, врача-дерматовенеролога, акушерки, фельдшера и других специальностей.

Здесь же отметим, что дополнительно у медицинского работника есть необходимые компетенции для оказания медицинской помощи в экстренной форме. Таким образом, для медицинских работников объем мероприятий по оказанию первой помощи и медицинской помощи в экстренной форме пересекается. За счет этого объем действий в экстренной ситуации может быть расширен в зависимости от установленных профессиональными стандартами компетенций для конкретных специальностей медицинских работников. Для немедицинского персонала лечебного учреждения объем оказания первой помощи строго ограничен законодательно Приказом Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 № 477н. [2].

При обучении персонала медицинского учреждения первой помощи необходимо руководствоваться Трудовым кодексом Российской Федерации. Согласно абз. 8 ч. 2 ст. 212, абз. 4 ст. 214, абз. 7 ч. 1 ст. 219, ч. 2 ст. 225 ТК РФ [4] медицинское учреждение как работодатель обязано обеспечить за свой счет, а работник учреждения обязан пройти обучение оказанию первой помощи пострадавшим. Данные нормы устанавливают одинаковое обучение первой помощи как для медицинских работников, так и для иных работников медицинского учреждения. Уровень подготовки всех работников должен обеспечивать оказание первой помощи в объеме, регламентированном приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 4 мая 2012 г. № 477н [2].

Если руководитель медучреждения не организовал обучение первой помощи, это влечет административную ответственность (ст. 5.27 КоАп РФ) [5]. Максимальный штраф – 50 000 руб.

Обучение оказанию первой помощи должно проводиться в соответствии с Порядком обучения по охране труда и проверки знаний требований охраны труда работников организаций, утвержденным постановлением Минтруда России и Минобразования России от 13.01.2003 N 1/29, согласно которому, в частности, предусмотрено прохождение такой подготовки не реже одного раза в год для работников рабочих профессий и один раз в три года для руководителей и специалистов организаций в рамках специального обучения по охране труда [6].

Обучение может проходить непосредственно в медучреждении или в образовательных учреждениях профобразования. Рабочая программа состоит из теоретической и практической части. Обучать оказанию первой помощи может любой медработник или преподаватель после получения сертификата (удостоверения), подтверждающего прохождение обучения по первой помощи (16 часов) и обучение преподаванию первой помощи (24 часа).

Минздравом России разработан учебно-методический комплекс по оказанию первой помощи, который включает, в том числе, Примерные образовательные программы, одобренные Координационным советом по области образования «Здравоохранение и медицинские науки». Учебно-методической комплекс размещен на сайте ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России по ссылке https://mednet.ru/umk и на сайте «Всё о первой помощи» по ссылке http://allfirstaid.ru/node/875.

Выводы. На основании входящей в данный Учебно-методический комплекс примерной образовательной программы медицинское учреждение вправе разработать и утвердить рабочую программу подготовки по первой помощи, актуализировать материалы для проведения инструктажа по охране труда и технике безопасности в части обучения первой помощи.

Список литературы.

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» / СЗ РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.

2. Приказ Минздравсоцразвития России от 04 мая 2012 г. № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи» / Российская газета. 2012. № 115.

3. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» / Российская газета. 2013. N 65.

4. Трудовой кодекс Российской Федерации" от 30.12.2001 № 197-ФЗ / СЗ РФ. 2002 № 1 (ч. 1). Ст. 3.

5. Кодекс РФ об административных правонарушениях от 30.12.2001 N 195-ФЗ // СЗ РФ. 2002. № 1 (ч. 1). Ст. 1.

6. Постановление Минтруда России, Минобразования России от 13.01.2003 N 1/29 «Об утверждении Порядка обучения по охране труда и проверки знаний требований охраны труда работников организаций» / Российская газета. 2003. № 35.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ. ПРОБЛЕМЫ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Г.В. Неудахин, Л.И. Дежурный, О.В. Гуськова

ГБУЗ «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы».

Введение. Травмы и неотложные состояния являются значимой проблемой здравоохранения. Оказание первой помощи способно снизить негативные последствия травм и неотложных состояний. Организация оказания первой помощи в Российской Федерации требует совершенствования. Основными направлениями развития является совершенствование нормативно-правой базы, и создание на ее основе эффективной системы обучения правилам оказания первой помощи.

Цель исследования. Рассмотреть нормативно-правовое регулирование оказания первой помощи, подготовить предложения по его совершенствованию.

Материалы и методы. Проведен комплексный и сравнительный анализ 11 нормативно-правовых актов в сфере оказания первой помощи.

Результаты и обсуждение. Анализ нормативно-правовых актов в сфере оказания первой помощи показал, что после распада СССР в России долгое время развитие первой помощи практически не выполнялось. Ситуация стала меняться после включения в Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» статьи 31 «Первая помощь» [1]. Эта статья определила участников оказания помощи, закрепила роль Министерства здравоохранения РФ в разработке ключевых вопросов и нормативных актов, регламентирующих оказание первой помощи и, что важно, определила права граждан по оказанию первой помощи, тем самым, уполномочив их на ее оказание.

В развитие ст. 31 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» приказ Минздравсоцразвития России от 4 мая 2012 г. № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи» [2] утвердил перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечень мероприятий первой помощи.

Принятие данных документов является очень важным мотивирующим фактором для участников оказания первой помощи, т.к. делает понятие первой помощи и необходимые мероприятия по ее оказанию конкретными и понятными. Приказ конкретизировал первую помощь, исключив из ее объема большое число медицинских манипуляций, мероприятий по уходу за больным, рекомендаций по здоровому образу

жизни, самолечению и других медицинских и немедицинских знаний, которые были широко представлены в учебно-методических материалах по первой помощи. Нормативное ограничение объема оказания первой помощи имело важное значение на этапе становления института первой помощи, так как позволило впервые нормативно отграничить мероприятия данного вида помощи от всех других видов охраны здоровья граждан.

Таким образом, убрав из первой помощи все лишнее, данный приказ определил базовый объем первой помощи, для всех категорий участников оказания первой помощи, т.е. для каждого гражданина Российской Федерации.

Однако, существуют категории участников оказания первой помощи, которые могут и должны оказывать помощь пострадавшим в большем объеме, например, при воздействии специфических факторов риска (опасные производства; сильнодействующие химические вещества; боевые действия; теракты; баротравма; воздействие ионизирующего излучения и многое другое) или находиться в условиях невозможности своевременного оказания медицинской помощи (катастрофы; аварии, требующие проведения аварийно-спасательных работ; лица, живущие и/или работающие в удаленных районах, например, в условиях тайги и крайнего севера, на станциях Росгидромета, на морских и воздушных судах, в шахтах и др.).

При этом для спасения жизни и сохранения здоровья людей в вышеназванных ситуациях требуются проведение таких мероприятий как, например, сортировка пострадавших, ингаляция кислорода, иммобилизация, транспортировка, а также для отдельных случаев обезболивание, восполнение кровопотери, применение антидотов и другие. Без их применения в условиях, когда выполнения мероприятий первой помощи, утвержденных Приказом Минздравсоцразвития России от 04 мая 2012 г. № 477н [2], недостаточно для спасения жизни, а прибытие скорой медицинской помощи недоступно или отсрочено, человек может погибнуть или получить значительный, иногда непоправимый вред здоровью.

В настоящее время де юре применять лекарственные средства и выполнять инвазивные методики для оказания помощи имеет право только медицинский работник.

Одним из вариантов обеспечения своевременной помощью потенциальных пострадавших является кадровое обеспечение медицинским работником каждого удаленного населенного пункта или рабочего места, поезда, воздушного и морского судна, опасного объекта, подразделения специальных служб и так далее. Однако, несмотря на высокую стоимость такого обеспечения и большие организационные трудности это все равно не решит проблему. Связано это с тем, что медицинские

работники не могут быть штатными работниками организации. Действующее законодательство требует, чтобы все эти работники были сотрудниками медицинской организации, имеющей лицензию на оказание неотложной медицинской помощи, так как в соответствии ст. 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1], медицинская помощь оказывается только медицинскими организациями, имеющими соответствующую лицензию.

В связи с этим единственный путь обеспечения пострадавших необходимыми мероприятиями помощи возможен при расширении объема первой помощи, оказываемой немедицинским персоналом при воздействии специфических факторов риска и при особых, заранее прописанных случаях, по утвержденному порядку действий и с использованием заранее приобретенного навыка.

При этом действующая редакция ст. 31 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1] не предусматривает в рамках полномочий Минздрава России возможность расширения объема первой помощи.

Поэтому включение в приказ Минздравсоцразвития России от 4 мая 2012 г. № 477н [2] мероприятий первой помощи, которые будут выполняться отдельными категориями граждан невозможно, т.к. потребовало бы обучения и оснащения для выполнения этих мероприятий всех потенциальных участников оказания первой помощи.

Это обуславливает необходимость внесения изменений и дополнений в статью 31 «Первая помощь» Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1], дифференцирующих объем первой помощи на базовую первую помощь (для широкого круга участников оказания первой помощи) и расширенную первую помощь (для заинтересованных категорий участников оказания первой помощи).

Необходимые изменения в статью 31 «Первая помощь» Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1] должны предусматривать также утверждение Правил оказания первой помощи для различных категорий участников ее оказания. Правила оказания первой помощи должны включать перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, перечень мероприятий по оказанию первой помощи, последовательность выполнения мероприятий по оказанию первой помощи, правила выполнения мероприятий по оказанию первой помощи, особенности оказания первой помощи, а также требования к подготовке участников оказания первой помощи.

Выводы. Законодательное закрепление расширения объема оказания первой помощи позволит преодолеть разрыв между видами помощи на догоспитальном этапе и повысить шансы на выживание пострадавшего до прибытия скорой медицинской помощи путем оказания первой помощи в расширенном объеме сотрудниками специальных служб, медицинскими работниками вне выполнения должностных обязанностей, специально обученными категориями граждан.

Список литературы.

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон РФ от 21.11. 2011 г. № 323-ФЗ / Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.

2. Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи: Приказ Минздравсоцразвития России от 04 мая 2012 г. № 477н / Российская Газета. 2012. № 115.

ФАРМАКОПУНКТУРА ПРИ РЯДЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Дробышев В.А. [1], Агасаров Л.Г. [23], Апханова Т.В. [2]

[1]ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск,

[2]ФГБУ НМИЦ «Реабилитация и курортология» Минздрава России, Москва,

[3]ФГАОУ ВО «Первый Московский Государственный медицинский университет имени И.М.Сеченова» Минздрава России, Москва

Введение. От 20 до 65% пациентов, перенесших ишемический инсульт, указывают на формирование когнитивных расстройств и стойкой головной боли (4), снижающих настрой пациента на участие в реабилитационных мероприятиях (3). В этой ситуации оптимизация подходов, нацеленных на адаптацию к создавшимся условиям жизни, представляется актуальной и своевременной задачей.

Исходя из этого тезиса, известные схемы коррекции могут быть дополнены способами рефлексотерапии, включая фармакопунктуру – введения медикаментов в область точек рефлексотерапии (1,5). Результативность метода объясняется потенцированием лечебных звеньев, с запуском ответных рефлекторных и гуморальных реакций [2]. Среди используемых таким образом агентов выделяются комплексные препараты Церебрум и Плацента композитум (Хеель, Германия). Первый, прямо показанный при когнитивных расстройствах, также участвует в процессах регенерации тканей, а второй отличается отчетливым спазмолитическим влиянием (6).

Эти моменты определили цель работы, посвященной частной задаче - влиянию фармакопунктуры на уровень цефалгий и состояние когнитивных функций у пациентов,

перенесших ишемический инсульт. (Динамика двигательных расстройств явилась предметом рассмотрения отдельной статьи).

Материал и методы. Критерии включения в исследование: ранний восстановительный период острого нарушения мозгового кровообращения; цефалгия различной выраженности; когнитивные расстройства. Критерии исключения: заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации; сахарный диабет; когнитивные нарушения ниже 23 баллов по MMSE.

Было отобрано 96 пациентов (57 женщин и 39 мужчин в возрасте 50-65 лет), при средней давности сосудистого инцидента 3,4±0,5 месяцев. В 57,7% наблюдений ишемический очаг был определен в бассейне левой средней, 42,3% - правой средней мозговой артерии. Помимо двигательных расстройств, 77,1% лиц отмечали головную боль легкой степени, 22,9% - умеренной выраженности. 86,5% пациентов также указывали на нарушение памяти и внимания, физическую и эмоциональную истощаемость.

Обследование включало оценку неврологического статуса, тестирование по шкале MMSE, фиксацию уровня цефалгий с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), ультразвуковое дуплексное сканирование экстракраниальных отделов магистральных артерий (аппарат «Logic-400», США).

Пациенты были разделены на 4 лечебные группы (каждая из 24 лиц), получавших базовое воздействие виде антиоксидантов, препаратов ноотропного и нейротрофического действия, витаминов, магнитотерапии. Помимо этого, в трех группах выполняли фармакопунктуру, используя Церебрум композитум в 1-ой, Плацента композитум во 2-ой (основные группы) и физиологический раствор в 3-ей (плацебо). Агенты, в объеме 0,2 мл на локус, вводили подкожно в зоны проекции точек VB20, V10, VG16, характеризующихся вазоактивным и болеутоляющим влиянием (1,2). Частота процедур - 3 раза в неделю, №10. В 4-ой группе назначали только базовый комплекс. Контрольную группу составили 20 лиц без клинически значимых проявлений патологии ЦНС.

Обработку данных проводили с использованием статистического пакета SPSS 17.0, применяя ряд параметрических и непараметрических методов.

Результаты и обсуждение. Согласно полученным данным, регресс головной боли в основных группах достоверно превосходил результаты плацебо или базовой терапии. Так, на 7-е сутки уровень цефалгии в 1-ой группе снизился в 2,1 раза (p=0,0024), во 2-ой - в 1,8 (p=0,0087), а в других – в 1,2 раза (p=0,041), уступая, таким образом, показателям двух первых групп в 1,8 (p=0,026) и 1,4 (p=0,032) раза соответственно. На 14-е сутки наблюдения групповые различия наросли: интенсивность боли в 1-ой группе уменьшилась от исходного в 4,5 раза (p=0,00012), во 2-ой – в 3,8 раза (p=0,0038), тогда как в остальных

– в 1,9 (p=0,0066) и 1,8 (p=0,0084) раза соответственно. Резюмируя представленные результаты, наиболее значимые сдвиги отмечены в 1-й группе, в ответ на фармакопунктуру Церебрум композитум.

К завершению терапии отмечена тенденция к улучшению показателей церебральной гемодинамики, однако, при достоверном росте оцениваемых параметров только в системе внутренней сонной артерии. В частности, здесь объемная скорость кровотока (Vvol) возросла в основных группах в 1,25 (p=0,041) и 1,3 раза (p=0,032) соответственно, а в 3-ей и 4-ой – в 1,2 (p=0,067) и 1,1 раза (p=0,089). Кроме того, исходно повышенный во всех группах индекс резистентности (RI) по окончанию воздействия в основных группах уменьшился в 1,2 раза (p=0,048) и 1,3 раза (p=0,036), тогда как в остальных – в 1,1 раза (p>0,092). Идентичные изменения претерпевал пульсаторный индекс (PI), снизившийся в 1-ой группе в 1,25 раза (p=0,04), во 2-ой – в 1,3 раза (p=0,024), а во 3-ей и 4-ой группах – в 1,1 раза (p>0,05). Таким образом, несколько большее (вне достоверности) влияние на состояние мозгового кровообращения оказывала фармакопунктура препаратом Плацента композитум.

Тестирование по шкале MMSE, исходно свидетельствующее об умеренном когнитивном дефиците у наблюдаемых лиц, также отразило сопоставимо большую результативность фармакопунктуры комплексными препаратами. В качестве подтверждения, в основных группах наблюдалось увеличение общей суммы баллов на 6,1% и 4,5% соответственно (т.е., с преимуществом Церебрум композитум), достоверно превосходя сдвиги в двух других группах.

Вывод. Таким образом, дополнение базовой терапии фармакопунктурой комплексными медикаментами в раннем восстановительном периоде мозгового инсульта обеспечивает значимое снижение интенсивности цефалгий, коррекцию показателей мозгового кровообращения и когнитивных функций, с возможностью дифференциации в выборе определенного препарата.

Список литературы

1.Агасаров Л.Г. Фармакопунктура (фармакопунктурная рефлексотерапия). - М.: Арнебия; 2015. 192 с.

2.Агасаров Л.Г. Рефлексотерапия при распространенных заболеваниях нервной системы. - М.: Арнебия; 2017. 240 с.

3.Белова А.Н., Шепетова О.Н. Нейрореабилитация. Руководство для врачей. - М.: Антидор; 2003 – 215 с.

4.Гусев Е.И., Гехт А.Б. Возможности вторичной профилактики инсульта: значение антигипертензивной и антиагрегантной терапии / Журнал неврологии и психиатрии (приложение «Инсульт»). 2002, №5. С.23–30.

5.Керсшот Я.Клиническое руководство по биопунктуре. - М.: Арнебия; 2013. 256 с.

6.Марьяновский А.А., Рабинович С.А. Общая терапия. - М.: Арнебия; 2015. 360 с.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИРОДНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ В ПРАКТИКЕ.

Королёва И.В. Гросс К.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Введение. Целебные свойства многих природных факторов были известны с древнейших времен. Так, на знаменитых итальянских термальных курортах (Monsummano Terme, Montegrotto Terme, Montecatinae Terme) природные термальные лечебницы, где горячая вода источников наполняет многочисленные гроты паром, существовали еще с эпохи Древнего Рима. «Чудесные» источники и другие целебные факторы часто становились основой лечебных тайн храмов, являлись предметом религиозного культа.

В России развитие курортного дела первоначально следовало западным традициям, однако в последующем сформировались собственные курортологические подходы, концептуально более обоснованные, чем зарубежные.

Основоположником изучения природных лечебных факторов в России можно считать Петра I, неоднократно посещавшего многие европейские курорты. В 1717 г. был издан указе «О приисках в России минеральных вод, которыми возможно пользоваться от различных болезней», который положил начало научным исследованиям природных лечебных факторов [10,11].

В настоящее время область применения природно-лечебных факторов достаточно широка, постоянно увеличивается и распространяется на другие сферы деятельности [7]. Огромный спектр применения обусловлен эффективностью природных лечебных факторов. Научно доказано, что минеральные воды, лечебные грязи, пески, ландшафты, атмосферный воздух, леса и другие растительные массивы, бишофит, нафталан, озокерит, соли, различные глины и др. позволяют значительно сократить число обострений и заболеваний, добиться высокой степени профилактики заболеваний, реабилитации и абилитации, снижения обострения хронически текущих болезней и отвечает задачам курортологии, реабилитологии, косметологии, трихологии, подологии, туризмологии и других областей науки. При этом постоянно изучается совокупность методов

использования нескольких видов и типов природных лечебных факторов как изолировано, так и совместно во всех сферах применения [3,6,8].

Целью данной работы является исследование и анализ научной литературы о влиянии химического состава и физико-химических свойств песка, лечебной грязи и озокерита на эффективность терапии с применением данных природно-лечебных ресурсов.

Материалы и методы. В состав лечебных грязей количественно входит органическое вещество, а качественный состав органического вещества сказывается на общее физикохимическое состояние пелоида. Органическое вещество содействует развитию и интенсификации биологических процессов в пелоидах. В основном, в состав органических веществ пелоида входят углеводы и азотсодержащие соединения [1,15]. Исследования Т.А. Сперанской позволяют провести характеристику качественного состава органических веществ пелоида и выявить его биохимическую оценку. Исследования А.Л. Шинкаренко и О.Ю. Волковой показывают зависимость антибактериальных свойств пелоида от наличия в нем органических веществ. Также установлена взаимосвязь между присутствием в водоеме большого количества водорослей, смолоподобных веществ, в состав которых входят жидкие и твердые высокомолекулярные жирные кислоты, липоиды и пигменты, проявляющие антибактериальное действие, находясь в структуре лечебной грязи [2,4]. Выраженное бактерицидное действие битумов высушенной грязи подтверждает С.А. Шапиро. Важнейшим бальнеологическим фактором является бактерицидное действие грязей. Вопрос о наличии бактерицидных веществ в грязях изучался многими исследователями [9,12].

Медицинский озокерит содержит спороносные микроорганизмы (термополерантную озокеритовую палочку, микробы-антогинисты, обладающие антибиотическими свойствами, эстрогеноподобные и холиноподобные вещества), а также смеси углеводов: твёрдых парафинового ряда и газообразных (метан, этан, этилен, пропилен) высоко- и низкокипящих минеральных масел, асфальто-смолистых веществ, CO_2 и сероводородного газа. Количественное соотношение составных частей, а также некоторые физические особенности озокерита различны и зависят от месторождения. Особенностью озокерита является наибольшая теплоёмкость и наименьшая теплопроводимость по сравнению со всеми другими природными теплоносителями [13].

Озокерит оказывает рефлекторное влияние на аппарат регуляции различных функций организма, противовоспалительное, сосудорасширяющее, рассасывающее и болеутоляющее действия, усиливает парасимпатические влияния. Благодаря замедленной

отдаче тепла во время озокеритолечения, вегетативная нервная и сердечно-сосудистая системы успевают адаптироваться к процедуре и обеспечить хорошую переносимость [5].

Для псаммотерапии более всего подходит среднезернистый песок для оказания теплового эффекта и механического раздражения кожных рецепторов. Заполняя все неровности тела, песок оказывает механическое влияние на человека, массируя кожу и поддерживая ткани. В результате активизируется крово- и лимфообращение, усиливается потоотделение, что приводит к стимуляции окислительных процессов, улучшению функций почек и потере массы тела. Песочные ванны оказывают выраженное болеутоляющее и противовоспалительное действие, уменьшают или снимают отечность суставов, увеличивая их подвижность [14].

Выводы. Анализ научных исследований песка, озокерита и грязи показал, что не смотря на близость методик лечебного применения, а также на то, что данные природные образования являются самостоятельными средствами терапии и имеют свои бальнеологические критерии оценки, песок и озокерит отличаются от грязей отсутствием или малым содержанием свободной воды, живых микроорганизмов, или органических веществ и других компонентов.

Список литературы.

1. Аввакумова, Н.П. Биохимические аспекты терапевтической эффективности гумусовых кислот лечебных грязей Текст. Самара: ГП Перспектива; СамГМУ, 2002.

2. Адамян Г.А., Федотова Н.В. К вопросу об использовании Тамбуканской лечебной грязи на Кавказских Минеральных Водах / Курортная медицина. 2011. №1. С. 24-27.

3. Бобровницкий И.П., Нагорнев С.Н., Худов В.В., Юдин С.М. Основные направления социально-экономического и научно-технологического развития арктической зоны Российской Федерации в сфере здравоохранения и медико-биологического обеспечения деятельности человека на севере//Russian journal of Rehabilitation Medicine. 2019. №3. С. 4-25

4. Волкова, О. Ю. Динамика микробиологических процессов в отработанной и регенерируемой в различных условиях тамбуканской грязи / Труды Государственного бальнеологического института на Кавказских Минеральных Водах. Т. XXIII, XXIV и XXV. 1946. С. 408–409.

5. Давыдова О.Б. Пути повышения эффективности бальнеогидротерапии / Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии. М., 2002. С. 68.

6. Нагорнев С.Н., Бобровницкий И.П., Юдин С.М., Худов В.В., Яковлев М.Ю. Влияние климатогеографических факторов Арктики на здоровье человека: метаболические и патофизиологические аспекты / Russian Journal of Rehabilitation Medicine. 2019; № 2: С. 4-30.

7. Мешков Н.А., Вальцева Е.А., Юдин С.М. Особенности эколого-гигиенической ситуации и состояния здоровья населения в крупных промышленных городах / Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2018. №9. С. 50-57

8. Мешков Н.А., Бобровницкий И.П., Юдин С.М. и др. Актуальные проблемы эпидемиолого-гигиенической оценки состояния окружающей среды и здоровья населения на территории арктической зоны России/ Russian Journal of Rehabilitation Medicine. 2019. № 2. С. 40-73.

9. Мурадов С.В. Формирование и биологическая активность грязе-иловых отложения / Экология и микробиология. Владивосток, 2000.

10. Дурович А.П., Кабушкин Н.И., Сергеева Т.М.. Организация туризма: учебное пособие/ Мн,: Новое знание, 2003.

11. Панин ЕЛ., Бовтун В. С. Основы курортного дела: учебное пособие / Алт. гос. тех. ун-т им. И.И. Ползунова. Барнаул : Изд-во АлтГТУ, 2003.

12. Попов А.И. Гуминовые вещества: свойства, строение, образование Текст. / А.И. Попов; под ред. Е.И. Ермакова. СПб., 2004. С. 248.

13. Разумов А.Н., Оранский И.Е. Природные лечебные факторы и биологические ритмы в восстановительной терапии. М.: Медицина, 2004.

14. Разумов. А.Н., Покровский В.И. Здоровье здорового человека. Научные основы восстановительной медицины. М.:2007. С. 384-395.

15. Содикова, Г.С. Физико-химические свойства гуминовых кислот типичных сероземов /Вестник Алтайского государственного аграрного университета-2007. №7. С. 27.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Кулемзина Т.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького».

Введение. Свинец является одним из наиболее токсичных металлов. Плюмбум включен в списки приоритетных загрязнителей. Свинец относится к группе тяжелых металлов, обладающих кумулятивным действием и для развития свинцового отравления нет необходимости в массированном контакте со свинцом. Организм накапливает его в

течение всей жизни, и даже малые ежесуточные дозы со временем могут вызвать интоксикацию.

В результате длительного воздействия свинца на организм возникает целый ряд неблагоприятных последствий для здоровья человека [1,4].

Цель работы. Продемонстрировать возможность коррекции нарушений здоровья, вызванных хронической интоксикацией свинца, сочетанным применением инвазивных и неинвазивных традиционных методов.

Материалы и методы. Пациенты (30 лиц мужского пола) в возрасте 45 – 50 лет. Все пациенты жаловались на снижение трудоспособности, общую слабость, быструю утомляемость, отсутствие чувства отдыха после сна, беспричинную раздражительность, головокружение в сочетании с головной болью (чаще лобной либо теменной локализации), снижение памяти. Кроме этого, 40% пациентов указывали на тошноту и снижение аппетита, присутствие металлического вкуса во рту, периодические схваткообразные боли в животе, неустойчивый стул (чередование 3-дневных запоров с диареей до 5-ти раз в сутки). У 60% общие жалобы сочетались с указанием на нерезкие боли в верхних и нижних конечностях, меняющие свою локализацию, на снижение чувствительности и повышенную потливость кистей и стоп, постоянное чувство холода в конечностях.

Диагностические методы. Учитывались данные клинического и биохимического анализа крови, анализа крови на содержание свинца, анализа мочи на содержание дельта-аминолевулиновой кислоты, данные ультразвукового исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства, ультразвуковой допплерография сосудов головы и шеи, магнитно-резонансной томографии позвоночника.

Лечебные методы. Рефлексотерапия, аппаратная физиотерапия, антигомотоксическая терапия, классическая гомеотерапия.

Результаты и обсуждение. Выполнено десять курсов комплексного воздействия. Персонифицированные схемы составлялись по принципу дозирования лечебной нагрузки, предупреждения появления интенсивных лекарственных обострений и коррекции мероприятий (после этапа комплексного контроля каждые 7 дней). В случаях возникновения обостренных реакций схемы корригировались в более короткие сроки.

Рефлексотерапия выполнялась в виде классической акупунктуры (курсами ежедневных сеансов в соответствии с наличием синдрома в настоящий момент) [3]. Антигомотоксическая терапия выполнялась в виде введения в биологически активные точки коктейлей соответствующих препаратов и перорального применения препаратов (Гепар композитум, Момордика композитум, Убихинон композитум, Коэнзим

композитум, Траумель С, Цель Т, Плацента композитум, Лимфомиозот Н, Солидаго композитум С, Энгистол, Нукс вомика-гомаккорд, Берберис-гомаккорд, Глиоксаль композитум, Галиум Хеель). Лазеропунктура, ультразвук и магнитотерапия применялись на биологически активные зоны с соблюдением методик, идентичных рефлексотерапевтическим.

Классическая гомеотерапия (гомеопатические классические препараты, приготовленные в производственных условиях) назначалась каждому пациенту индивидуально с учетом его конституциональных характеристик (физических, психических, ментальных признаков, свойственных конституции). Обязательным было применение Плюмбум металликум [2].

Алгоритм персонифицированной схемы восстановления можно изобразить следующим образом: 1-й курс (28 дней процедур без перерыва) интервал 21 день 2-й курс (15 дней процедур без перерыва) интервал21 день 3-й курс (15 дней процедур без перерыва) интервал60 дней 4-й курс (10 дней процедур без перерыва) интервал90 дней 5-й курс (10 процедур без перерыва) интервал180 дней. 6-й курс (10 процедур без перерыва) интервал180 дней 7-й курс (10 процедур без перерыва) интервал270 дней 8-й курс (10 дней процедур без перерыва) интервал360 дней 9-й курс (10 дней процедур без перерыва) интервал360 дней 10-й курс (10 дней процедур без перерыва).

В течение периодов «интервала» пациент выполнял рекомендации по приему пероральных форм гомеотерапии и антигомотоксической терапии.

Выводы. Таким образом, общая продолжительность восстановительного лечения 100% пациентов составила 1670 дней, включая время очных сеансов и перерывов.

Список литературы.

1. Аскарова, А.Е., Нурмухамбетов Свинец-индуцированные патологические состояния (обзор литературы) /[Электронный ресурс]. URL: https://kaznmu.kz/press/2013/05/23/ свинец-индуцированные-патологически/

2. Люк Де Схеппер. В поисках подобнейшего. Стратегия успешного ведения пациента. −Новосибирск: Гомеопатическая медицина, 2011. – 368 с.

3. Табеева Д.М. Практическое руководство по иглорефлексотерапии: Учебное пособие / изд.МЕДпресс-информ, 2014. – 440 с.

4. Шестова Г.В., Ливанов Г.А., Остапенко Ю.Н. и др., Опасность хронических отравлений свинцом для здоровья населения /[Электронный ресурс]. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/ opasnost-hronicheskih-otravleniy-svintsom-dlya-zdorovya-naseleniya/viewer.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Лебедева О.Д. [1], Яковлев М.Ю. [1], Бокова И.А. [2]

[1] ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России;
[2] Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Введение. Актуальность немедикаментозной реабилитации кардиологических пациентов обусловлена их растущей распространённостью среди молодого населения и низкой их приверженностью к приёму медикаментов, в связи с их высокой стоимостью и малой эффективностью. Кроме этого возрастающие угрозы со стороны неблагоприятных факторов окружающей среды в свою очередь влияет на обострение БСК. [11-15]

Цельработы. Оценка информативности диагностической технологии, представленной аппаратно-программным комплексом «Физиоконтроль-Р», при немедикаментозной реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы. Объект и объем исследований. Проведено обследование и лечение 60 пациентов в возрасте от 31 до 56 лет, с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ГБ и ИБС), получавших на фоне медикаментов различные виды немедикаментозной физиотерапевтической реабилитации, включающие углекислые ванны [4,8] и аквааэробику в бассейне. Наряду с общеклиническими методами исследования, использовался аппаратно-программный комплекс (АПК) для оценки функциональных резервов и рисков развития распространённых неинфекционных заболеваний «Физиоконтроль-Р», включающий психологическое тестирование, анкеты, кардиоинтервалографию, осциллометрию высокого разрешения, биоимпедансметрию, и др. [1,5,7,10,9]. С помощью биоимпедансметрии, входящей в аппаратно-программный комплекс «Физиоконтроль-Р», измерялись: вес, индекс массы тела, объем жировых отложений, безжировая масса, активная клеточная масса, общая жидкость: внутриклеточная и внеклеточная, основной обмен, площадь поверхности тела и др.

Обследование проводилось до начала реабилитации, сразу после её окончания и через 3 месяца спустя.

Статистическая обработка результатов производилась с помощью компьютерной программы SPSS, версия 23.

Результаты и их обсуждение. Анализ с помощью современных статистических методов показал эффективность влияния методов реабилитации, на фоне положительной динамики психологического [6] и клинического статуса пациентов. Если в исходном состоянии показатели вариабельности ритма сердца – SDNN , CV (коэффициент

вариации), SI (стресс-индекс), а также ПАРС (показатель активности регуляторных систем) - достоверно отличались от нормы, что свидетельствовало об ухудшении вегетативной регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы и, соответственно, существенном ослаблении адаптационных возможностей организма, то в результате проведенной реабилитации отмечено улучшение симпато-вагального баланса [2] – достоверное уменьшение ПАРС с 5,3±1,2 до 4,0±0,5 p<0,01, уменьшение систолического АД с 128,29±3,37 до 119,7±3,99, диастолического АД с 64,28±1,9 до 62,57±1,14 p 0,003, АД ср. с 96,29±0,9 до 91,14±0,07 p 0,045, АД пульсового с 64±1,09 до 57,1±1,86 [10], а также улучшение показателей других методик, входящих в АПК. Несмотря на отсутствие достоверного снижения веса тела, отмечено уменьшение, на уровне тендений, толщины жировой складки при измерении калипером с 3,38±0,29 до 3,04±0,16 см, В результате проведенного лечения, по данным биоимпедансметрии, отмечены тенденции к уменьшению жировой массы с 23,7±1,12 до 20,6±1,76 и увеличению безжировой массы с 46,3±1,05 до 48,8±1,03, а также тенденция к уменьшению количества внутриклеточной жидкости в организме с 20,9±0,68 до 20,1±0,65.

Были рассчитаны алгоритмы количественной оценки функциональных резервов организма и риска развития распространённых заболеваний в единой десятибалльной шкале, в которой были выделены четыре уровня: отличное состояние - от 7,5 до 10 баллов; хорошее состояние - от 5,0 до 7,49 баллов; удовлетворительное состояние - от 2,5 до 4,99 баллов; неудовлетворительное состояние - менее 2,5 баллов. С помощью дискриминантного анализа для определения предикторной эффективности реабилитации были выявлены 3 группы пациентов с различной степенью эффективности: 1 - со значительным улучшением, 2 – со средне выраженным улучшением, 3 - с незначительно выраженным улучшением и пациенты с отсутствием динамики.

Контроль за состоянием вегетативной регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы [2,3], за соотношением жира, мышц и воды в организме, с помощью аппаратно-программного комплекса, а также использование современных статистических методов, позволяет убедиться в эффективности немедикаментозной реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и объективно следить за происходящими изменениями.

Полученное улучшение сохранялось у части больных (10%) на протяжении 3 месяцев после окончания реабилитации.

Выводы. Таким образом, в результате применения немедикаментозной реабилитации было получено улучшение клинического и психоэмоционального состояния, а также, доказанное с помощью диагностического аппаратно-программного

комплекса и современных статистических аналитических программ, улучшение, в различной степени выраженное, показателей состояния вегетативной регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы, что, в совокупности, свидетельствует об информативности современных методов функциональной диагностики.

Список литературы.

1. Бобровницкий И.П., Лебедева О.Д., Яковлев М.Ю. Разработка и применение диагностического программного модуля оценки функциональных резервов и выявление лиц групп риска распространённых заболеваний для определения эффективности лечебных мероприятий /Вестник восстановительной медицины. 2011.№ 6, С. 7-9.

2. Дмитриев В.К., Радзиевский С.А., Фисенко Л.А., Алексеев В.В., Лебедева О.Д. Церебрально-вегетативные аспекты лабильной гипертонии /Кардиология. 1988. № 12, С. 20-23.

3. Дмитриев В.К., Радзиевский С.А., Фисенко Л.А., Лебедева О.Д. Церебрально-вегетативные соотношения у больных гипертонической болезнью ранних стадий в процессе рефлексотерапии /Кардиология. 1990. № 1., С. 35-38.

4. Князева Т.А., Никифорова Т.И., Бобровницкий И.П. и др.Кремнисто-углекислые ванны в реабилитации и вторичной профилактике ассоциированных кардиологических заболеваний. (Медицинская технология) / Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2011. № 2,С. 50-53.

5. Лебедева О.Д., Бокова И.А., Михайлов В.И. и др. Современные комплексные технологии оценки психофизиологического состояния пациентов и прогноза эффективности реабилитационных мероприятий / Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2016. № 7. С. 21-28.

6. Львова Н.В., Тупицина Ю.Ю., Бадалов Н.Г. и др. Влияние углекислых ванн разной общей минерализации на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы больных гипертонической болезнью, ассоциированной с ишемической болезнью сердца / Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2013. Т.90. № 6, С. 14-17.

7. Никифорова Т.И., Лебедева О.Д., Рыков С.В., Белов А.С. Современные комплексные технологии реабилитации и профилактики у больных артериальной гипертензией / Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2013. Т.90. № 6, С. 52-58.

8. Никифорова Т.И., Князева Т.А. Искусственные кремнисто-углекислые ванны в реабилитации и вторичной профилактике больных артериальной гипертонией,

ассоциированной с ишемической болезнью сердца /Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2012. Т. 89. № 5, С. 11-15.

9. Салтыкова М.М., Бобровницкий И.П., Яковлев М.Ю. и др. Новый подход к анализу влияния погодных условий на организм человека /Гигиена и санитария. 2018. Т. 97. № 11, С. 1038-1042.

10. Radzievsky S.A., Lebedeva O.D., Fisenko L.A., Majskaja S.A.Function of myocardial contraction and relaxation in essential hypertension in dynamics of acupuncture therapy /American Journal of Chinese Medicine. 1989. Т. 17. № 3-4, С. 111-117.

11. Малышева А.Г., Шелепова О.В., Водянова М.А. и др. Эколого-гигиенические проблемы применения противогололёдных реагентов в условиях крупного мегаполиса (на примере территории города Москвы) /Гигиена и санитария. 2018. Т. 97. № 11. С. 1032-1037.

12. Жолдакова З.И., Юдин С.М., Синицына О.О., Бударина О.В., Додина Н.С. Перспективы совершенствования организационно-правовых и методических мер по управлению качеством окружающей среды /Гигиена и санитария. 2018. Т. 97. № 11. С. 1026-1031.

13. Малышева А.Г., Самутин Н.М., Козлова Н.Ю. и др. Химико-аналитические исследования для оценки химической безопасности веществ, мигрирующих в водные среды с отходами нефтедобывающей промышленности /Гигиена и санитария. 2017. Т. 96. № 12. С. 1208-1215.

14. Бобровницкий И.П., Нагорнев С.Н., Худов В.В., Юдин С.М. Основные направления социально-экономического и научно-технологического развития Арктической зоны Российской федерации в сфере здравоохранения и медико-биологического обеспечения деятельности человека на севере /Russian Journal of Rehabilitation Medicine. 2019. № 3. С. 4-25.

15. Мешков Н.А., Бобровницкий И.П., Юдин С.М., Сковронская С.А., Вальцева Е.А. Актуальные проблемы эпидемиолого-гигиенической оценки состояния окружающей среды и здоровья населения на территории Арктической зоны России /Russian Journal of Rehabilitation Medicine. 2019. № 2. С. 40-73.

ТОЛЕРАНТНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Лесите Э.Ю.

ГБУЗ "Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы»

Одним из ключевых профессиональных черт медика является толерантность – готовность и способность человека жить и конструктивно действовать в многообразном мире. Актуальность толерантности медицинских работников обусловливается самой сущностью выбранной ими профессии, в которой очень ярко проявлена гуманистическая направленность, предполагающая наличие у профессионалов таких качеств как добросердечное, душевное отношение к пациенту, понимание особенностей его анормального физического и психического состояния, выражение сочувствия, соучастия и сопричастности к его проблемам, высокая степень терпимости к негативу в общении и поведении и ряд других качеств.

Навыки толерантного поведения и общения были важны для медика во все времена, а в современном многополярном мире - особенно. То, что ранее считалось личностной особенностью, сейчас становится необходимой профессиональной чертой.

Особенностью толерантности в профессиональной деятельности медика, прежде всего, является коррекция собственных негативных установок, выработка разнообразных позитивных поведенческих репертуаров и способов реализации их в профессиональной деятельности. Она означает устойчивость субъекта к воздействию стресса, сохранение его социальной и психологической адаптивности, способность разрешать деструктивные конфликтные ситуации в профессиональной сфере – через понимание и восприятие «другой» точки зрения, отказ от профессионального догматизма, способность субъекта к саморазвитию и участию в развитии коммуникативной профессиональной культуры [1].

Зачастую в своей профессиональной деятельности медицинский работник попадает в такие ситуации, когда из множества полярных решений какой-либо проблемы ни одно не является самодостаточным. В таких случаях необходимо проявление толерантного подхода к решению задачи, то есть необходимо оптимизировать решения - путем их частичного или полного совмещения, согласования. Иначе говоря, необходимо умение осознать возможность позиционирования противоречивых подходов, методов, точек зрения в логике взаимодополнительности, при которой противоречивые, изначально несовмещающиеся подходы не противоборствуют, а взаимодополняют и обогащают друг друга. Иллюстрирующим примером может являться взаимообогащающее совмещение традиционных (медикаментозных) и нетрадиционных (гомеопатия, гирудотерапия,

иглоукалывание и т.п.) методов лечения. Для полного выздоровления при некоторых видах заболеваний рекомендуется совместное применение традиционной и нетрадиционной медицины, подобное сочетание позволяет усилить лечебный эффект, который дает каждый метод в отдельности и ускорить процесс выздоровления.

В данном случае толерантность означает открытость специалиста новым идеям, подходам, версиям рассмотрения известного, методикам и технологиям и т.д., отсутствие чрезмерной приверженности традициям, тому, что считается здравым смыслом. Специалисту необходим баланс между верой в авторитеты и познавательной гибкостью, умением выполнять манипуляции по образцу и рациональной модернизацией. В данном контексте толерантность – это стремление сочетать в своем мышлении и деятельности традиции и инновации [2].

Помимо всего вышеизложенного, отметим, что в профессиональной деятельности медицинский работник постоянно сталкивается с людьми, испытывающими физические и психические страдания, дискомфорт, пребывающими в депрессивных состояниях, и это может привести к различного рода поведенческим отклонениям. Очевидно, что в таких ситуациях межличностное взаимодействие затруднено. Следовательно, только эмпатические, глубоко гуманные, толерантные отношения медика к пациенту позволяют выстроить лечебный процесс на высокопродуктивном уровне. Таким образом, важным качеством для медицинского работника является устойчивость к поведенческим отклонениям коллег, пациентов и их родственников, способность к толерантному высказыванию других (восприятие мнений и оценок других людей как выражение их точки зрения, имеющей право на существование – независимо от степени расхождения с собственными взглядами), способность к «взаимодействию разномыслящих» и умение договариваться (согласовывать позиции, достигать компромисс и консенсус). Важным нам представляется умение сохранять психологическое равновесие в ситуации конфликта, то есть умение услышать точку зрения оппонента и, приняв ее к сведению, найти разумный консенсус.

Кроме этого, отметим, что в ситуации стресса медицинский работник пребывает в состоянии внутреннего конфликта между внешними раздражителями и желанием агрессивно отреагировать на них, - с одной стороны, и требованиями профессиональной этики - с другой стороны. Толерантность в деятельности медика предполагает неконфликтное реагирование при несовпадении точек зрения, позиций, взглядов. Специалист-медик должен относиться с выдержкой, терпением, эмпатией к поведенческим отклонениям коллег и подчиненных.

Несмотря на терпимое принятие точек зрения пациентов, медицинский работник в ряде случаев должен уметь корректно, толерантно настоять на своей позиции в интересах пациента, в соответствии с правилами и нормами лечебного процесса. При этом медик должен уметь согласовывать требования лечебного процесса и потребности, желания, нужды пациента, исходя из необходимости скорейшего выздоровления.

Очевидно, что взаимоотношения между врачом и пациентом - одна из важных проблем медицины. Сложности в коммуникации врач-пациент влияют на качество врачебной помощи и сказываются на течении лечебного процесса. Речь идет не только о крайних проявлениях нарушенных взаимоотношений в виде жалоб пациента на нечуткое обращение и т.д. Даже стертые, латентные, невербализированные проявления конфликтных взаимоотношений, вполне ощутимо влияют на настроение. Врач и медицинская сестра, которые умеют толерантно объяснять, слушать и сопереживать может оказать значительное влияние на биологические и функциональные показатели здоровья, а также на удовлетворённость пациентов полученным медицинским рекомендациям [3].

Специалисты системы здравоохранения должны приложить усилия для перехода от подходов к обеспечению здоровья в рамках модели «субъект-объект» к новой модели медицинской межсубъектной (межличностной) коммуникации между врачом и пациентом на основе взаимного понимания и сотрудничества.

Таким образом, взаимодействие между врачом и пациентом в ходе оказания медицинской помощи – один из главных компонентов успеха лечебного процесса. Самое популярное лекарство – сам врач, а если взглянуть на это глазами пациента, то личность врача – самое мощное из всех плацебо.

Список литературы.

1.Лесите Э.Ю. Толерантность как гуманистическая основа эффективного социального и профессионального функционирования выпускника медицинского колледжа / Педагогическое образование: новое время – новые решения. Материалы Всеросс. с международн. науч.-практ. конф. – Осовских педагогических чтений. 2010. С. 164-171.

2.Лесите, Э.Ю. Научно-педагогическое обеспечение развития толерантного стиля мышления и деятельности у студентов медицинских колледжей в процессе психологического образования: Диссертация... кандидата педагогических наук - Москва, 2011. - 225 с.

3.Лесите Э.Ю. Толерантность в среднем медицинском профессиональном образовании / Вестник Московского университета. Серия 20. Педагогическое образование. – М.: Изд-во МГУ, 2012. № 1. С. 95-99. 0,25 п.л.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА, КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Лесите Э.Ю. Зарицкая А.Ю.

ГБУЗ "Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы»

Возрастающий интерес к проблематике здоровья, благополучия и качества жизни личности свидетельствует о том, что процесс устойчивого социального развития становится актуальным для современного общества. Этот интерес обусловлен общим направлением глобализации, которое диктует для трансформирующихся государств и сообществ необходимость в создании достойных условий жизни. Значимость проблемы здоровья, качества жизни и благополучия личности возрастает в связи с тем, что человеческий ресурс в условиях активно идущих процессов старения и депопуляции населения становится самым дефицитным [1].

Понятие качество жизни, по определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) – это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами. Качество жизни определяется физическими, социальными и психологическими факторами жизни человека, имеющими для него важное значение и на него влияющими. Качество жизни — это также степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества.

Качество жизни на протяжении последних десятилетий является предметом постоянного научного интереса ученых, в трудах которых рассматриваются различные аспекты детерминации уровня и образа жизни, рассматриваются соотношения образа и качества жизни.

Изучению качества жизни в медицине посвящено множество исследований и научных трудов. Основными концептуальными составляющими качества жизни в медицине являются: многомерность, изменяемость во времени и участие больного в оценке своего состояния [3].

Согласно определению, данному ВОЗ, здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Психическое благополучие (психическое здоровье) – это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество.

Психическое благополучие представляет собой сложный и многомерный феномен, изучение которого имеет свои истоки в истории философии и социологии. В качестве базовых составляющих психологического благополучия человека К. Рифф выделила: позитивные отношения с другими, принятие себя (позитивная оценка себя и своей жизни), автономия (способность следовать своим собственным убеждениям), компетентность (контроль над окружающей средой, способность эффективно управлять своей жизнью), наличие целей, придающих жизни направленность и смысл, личностный рост как чувство непрекращающегося развития и самореализации [5] .С этой точки зрения, важное значение придается не столько положительным или отрицательным переживаниям, сколько возможности личности к преобразованию этих переживаний.

В современных исследованиях эмоционального благополучия ученые изучают связь этого понятия с различными заболеваниями. Луиза Хей считает, что болезнь не появляется просто так, она посылается каждому человеку для того, чтобы он задумался над ее психологическими причинами. Причина болезни исчезнет после осознания человеком эмоциональной проблемы [4]. Согласно исследованию П. Педагола и К. Райана заболевания сердечно-сосудистой системы связаны с проявлениями тревожности, враждебности, депрессии, переменами настроения. Пациенты так же отмечают сильную утомляемость и снижение способности к физическим нагрузкам в период реабилитации.

Исследования легочных заболеваний показывают, что при этих заболеваниях может быть выявлена сильная усталость, как возможный признак депрессии, что сильно влияет на качество жизни, связанное со здоровьем. В своей работе И. Усманович отмечает, что при заболевании органов дыхания пациенты обычно низко оценивают свое эмоциональное состояния.

Психолог Л. Бурбо утверждает, что все болезни желудка связаны с неспособностью принять конкретного человека или ситуацию. Так, страдающему заболеваниями желудка человеку свойственны: неприязнь или страх к тому, что ему не нравится, сопротивление новым идеям, неумение приспособиться к ситуации или человеку, которые не согласуются с его планами, привычками, образом жизни [2].

Не только подавленные эмоции становятся предпосылками психосоматических заболеваний, но и конфликты, недостаток мотивации, неуверенность в себе и самовнушение. Рассмотрим эти факторы подробнее:

- Внутриличностный конфликт. Чаще всего возникает между «хочу» и «должен», то есть между желаниями и обязанностями человека. Отсюда непринятие себя, обида на жизнь и злость на других людей.

- Родительские установки. Не все родители признают в своем ребенке личность, уважают его особенности и интересы. А также не все родители сами свободны от стереотипов, как следствие учат ребенка подавлять негатив.

- Органическая речь и самовнушение. Организм воспринимает произносимые нами слова как сигнал к действию.

- Идентификация, подсознательное подражание. Мы склонны перенимать привычки и качества тех, кто важен для нас. По тому же принципу можно «отзеркалить» чужую болезнь.

- Самонаказание. Хроническое чувство вины принуждает человека разрушать самому себе жизнь, постоянно наказывать себя через болезни.

- Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Не проработанные травмы беспокоят человека, трансформируясь в соматические заболевания различной этиологии.

Таким образом, можно говорить о том, что качество жизни выступает некой глобальной системой, включающей в себя качество культуры, качество экологии, качество образования, качество социальной, экономической и политической организации общества, качество человека (психологическое и соматическое здоровье), и поддержание субъективно высокого уровня качества жизни является важным фактором профилактики заболеваний различной этиологии.

Список литературы.

1. Качество жизни и благополучие пациентов с хроническими заболеваниями. /Методические рекомендации ДЗМ №5. Москва, 2016 г. – 23с.

2. Бурбо Л. Твое тело говорит. Люби себя! Переводчик: Чеботарев М., изд-во София, 2015 г. – 320 с.

3. Проценко А.С., Абишев Р.Э. Современные тенденции оценки эффективности медицинской помощи через критерий качества жизни СОВ / Современная медицина: актуальные вопросы. Материалы V междунар. науч.-практ. конф. – Новосибирск: СибАК, 2012.

4. Хей Л. Исцели себя сам. Переводчик: М. П. Модзелевская., изд-во Эксмо, 2015 г. – 200 с.

5. Ryff C. D. Ryff C. D. Psychological well-being / J. E. Birren (Ed.), Encyclopedia of gerontology: age, aging, and the aged.. San Diego, CA: Academic Press (1996).

НОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С НАРУШЕНИЕМ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

Мусаева О.М.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва.

Введение. Недостаточное потребление жизненно необходимых микронутриентов в настоящее время является массовым и постоянно действующим фактором, отрицательно влияющим на здоровье всей нации. Частое сочетание висцерального типа ожирения с нарушениями углеводного, жирового обмена и артериальной гипертензией и наличием тесной патогенетической связи между ними послужило основанием для выделения их в так называемый метаболический синдром [1,2, 6], приводящий к нарушению микробиоценоза [2, 4, 5].

Алиментарные факторы относятся сегодня к факторам триггерного воздействия, так как они могут или повышать, или снижать риск развития дисбактериоза. Дисбаланс эволюционно сложившейся экологической системы организма человека с представителями микромира (бактерии, вирусы) несет для человека тяжелейшие последствия и изменяет состояние и функционирование не только иммунной системы, но всех жизненно важных систем и, в целом, гомеостаза. При действии повреждающих факторов (антибиотики, модифицирующих эногенный биоценоз, дефицит пищевых волокон, стресс и т.п.) происходят изменения метаболизма с активацией анаэробного гликолиза и гексозомонофосфатного шунта, сопровождается изменением трофологической базы колоноцитов, которые перестают употреблять летучие жирные кислоты и начинают использовать в качестве энергетического субстрата эндогенный метаболит –глюкозу. Происходит «автоматизация» эпителиальной подсистемы от макроорганизма, что порождает ряд факторов, приводящих не только к изменению метаболизма колоноцитов, но и к нарушению метаболический взаимоотношений с сахаролитическими анаэробами, а затем к нарушению метаболических взаимосвязей внутри микробиоценоза. Следовательно, можно говорить о формировании «порочного круга», где дисбиоз кишечника способствует развитию метаболического синдрома, который в свою очередь ухудшает состояние эндоэкологии кишечника. [1, 2, 3, 4, 6]

В связи с этим целью исследования явилось научное обоснование и разработка новых принципов функционального питания при лечении заболеваний, ассоциированных с нарушением метаболических реакций.

Материал и методы исследования. В исследовании были задействованы 173 пациента (132 женщины и 41 мужчина), средний возраст 57 ± 0,32 года, с нарушенными метаболическими реакциями. Всем пациентам согласно, плану обследования проводились антропометрические исследования, биоимпедансный анализ состава тела, клинико-биохимические исследования, анализ качественного и количественного состава микрофлоры кишечника [2].

Все пациенты были разделены на три рандомизированные группы:

1. Пациенты группы контроля (67 человек) получали разработанную низкокалорийную диету, ежедневный калораж 1500- 1600 ккал.

2. Пациенты первой группы исследования (55 человек), наряду с низкокалорийной диетой, получали:

- в качестве природного анорексика гель на основе водорослей семейства фукус – Натив-комплекс, содержащий альгиновые кислоты, способные удерживать влагу и вызывать чувство «быстрого насыщения», что снижало объем принимаемой пищи. Кроме того, гель из фукуса оказывает на организм детоксикационное, иммуномодулирующее и бифидогенное действие. Гель из фукуса, Натив – комплекс, пациенты принимали ежедневно по 1 стол. ложке за 30 мин. перед обедом и ужином, запивая 1 стаканом жидкости или сока, курс 1 месяц;

- с целью восстановления нарушенного количественного и качественного состава симбионтной микрофлоры кишечника, пациенты получали пребиотик Стимбифид, содержащий фрукто – и олигосахариды, обладающие выраженным пробиотическим действием, минералы цинк и селен, и витамины В – комплекса, для восстановления собственной микрофлоры кишечника, оказывающей на организм полифункциональные терапевтические эффекты: детоксикационный, иммуномодулирующий, нейропротекторный, вазопротекторный, гипохолестериновый, снижение инсулинорезистентности и нормализации углеводного обмена, витаминопродуцирующий, улучшение переваривания пищи и ассимиляции нутриентов за счет продукции многочисленных метабиотиков. Препарат принимался по 2 таблетки 2-3 раза в день, через час после еды, курс 1,5-2 месяца.

3. Пациентам второй группы исследования (51 человек) для коррекции нарушенного метаболизма наряду с низкокалорийной диетой назначали:

- в качестве анорексика Мукофальк, содержащий порошок оболочек семян подорожника овального (Plantago ovata Forssk.) и вспомогательные вещества: сахароза, декстрин, кислота лимонная, натрия альгинат, натрия цитрат, натрия хлорид, натрия сахаринат, ароматизатор апельсиновый). 1 пакетик препарата (5 г гранул или 1 чайную

ложку). Пациенты получали по 1 пакетику или 1 чайной ложке препарата за 30 минут до еды, которые перед употреблением разводили в стакане прохладной кипяченой воды (150 мл), и тотчас выпивали.

- пребиотик Стимбифид, содержащий фрукто – и олигосахариды и витамины В – комплекса, минералы цинк и селен, для восстановления собственной микрофлоры кишечника, учитывая доказанное полифункциональное, в том числе регуляторное действие на метаболизм вырабатываемых симбионтной микрофлорой кишечника при переваривании клетчатки разнообразных метабиотиков. Препарат принимался по 2 таблетки 2-3 раза в день, через час после еды, курс 1,5-2 месяца.

Пациенты групп исследования и контрольной группы, наряду с декларируемой нутритивной поддержкой, получали другие немедикаментозные реабилитационные технологии: дозированные комплексы ЛФК и массаж, психотерапевтические процедуры, рефлексо - и физиотерапию и пр.

В результате проведенных исследований установлено, что несмотря на схожесть физиологических влияний на организм при использовании водорослевого продукта Натив у пациентов второй группы исследования и препарата Мукофальк из подорожника овального у пациентов первой группы исследования- формирование чувства «быстрого насыщения», гепатопротекторное и бифидогенное действие, проявляющееся нормализацией количественного и качественного состава кишечной микробиоты, между данными продуктами имеются и существенные различия. Морепродукт Натив, по результатам проведенных исследований имеет ряд преимуществ перед Мукофальком, проявляющихся более широким спектром протективного терапевтического воздействия на органы и системы организма, а именно нормализация нарушенной нейроиммуно-эндокринной регуляции за счет восполнения дефицита эссенциальных микронутриентов, витаминов и минералов, выполняющих кофакторные и коферментные функции в составе гормонов, энзимов, форменных элементах крови. нейропротекторов и т.п., которые в значительном количестве содержаться в его составе; оказывает выраженное антисептическое, иммуномодулирующее и антиоксидантное действие, за счет полисахаридов фукоидана и фукоксантина, способствующих купированию хронического воспалительного процесса, часто диагностируемого у пациентов с нарушенными метаболическими реакциями и утяжеляющего течение основного заболевания; быстрой и эффективной нормализации кишечного микробиома, за счет восстановления его количественного и качественного состава и купирования, в следствии этого проявлений диспепсического и психовегетативного синдрома [2].

При анализе результатов копрологического исследования установлена лучшая положительная динамика купирования стеатореи, креатореи и амилореи, выявленных у пациентов до начала проведения реабилитационной программы, в группах исследования в сравнении с группой контроля, что, наряду с нормализацией показателей ферментного статуса в группах исследования, свидетельствует о восстановлении нарушенной функциональной активности гепатобилиарной системы, кишечного микробиома и работы пищеварительного транспортного конвейера в целом.

Таким образом, результаты наших исследований доказывают, что разработанная нами технология восстановления нарушенного метаболизма у данной категории пациентов оказывает выраженное коррекционное терапевтическое воздействие на основные этиопатогенетические механизмы формирования у пациентов нарушенных метаболических реакций и должна занимать важное место в составе комплексных реабилитационных профилактических программ.

Список литературы.

1. Метаболический синдром. Учебное пособие. /Успенский Ю.П., Петренко Ю.В., Гулунов З.Х., Шапорова Н.Л., Фоминых Ю.А., Ниязов Р.М..- СПб, 2017-60 с.

2. Сергеев В.Н., Мусаева О.М., Щербова З.Р. Алгоритм алиментарной поддержки пациентов на санаторно-курортном этапе лечения. / Russian Journal of Rehabilitation Medicine 2020. №3. С. 37-53.

3. Сергеев В.Н., Мусаева О.М., Гильмутдинова И.Р. Сравнение терапевтической эффективности различных программ нутритивной поддержки в реабилитации пациентов с метаболическим синдромом. /Russian Journal of Rehabilitation Medicine. 2020. № 2. С. 39-54.

4. Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П. Питание, микробиом и интеллект человека – СПб.: СпецЛит, 2006.-590 с.

5. Шилов А.М., Петрухина Н.Б., Зорина О.А., Марьяновский А.А. Дисбиоз пищеварительного тракта как фактор риска в сердечно – сосудистом континууме: патофизиология и лечение. / Эффективная фармакотерапия. Кардиология и ангиология. №3 (25) | 2014

6. Tilg H., Kaser A. Gut microbiome, obesity, and metabolic dysfunction /The Journal of Clinical Investigation. 2011. V. 121, № 6. P. 2126–2132.

САНАТОРНО-КУРОРТНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СНИЖЕНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Никифорова Т. И.

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии" Минздрава России, Москва.

Введение. Европейское общество кардиологов в 2020 г в публикации по статистике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [1] подтвердило более высокую распространенность основных факторов риска (ФР) в странах со средним уровнем дохода в Европе по сравнению со странами с высоким уровнем. Последнее диктует наибольшую интенсивность в борьбе и профилактике артериальной гипертензии (АГ) в странах со средним уровнем дохода. Распространенность АГ в странах со средним уровнем дохода составляет 23,8% по сравнению с 15,7% в странах с высоким уровнем дохода.

Раннее начало и наиболее интенсивный контроля АД и других сердечно-сосудистых факторов риска необходимо для достижения адекватной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений в странах со средним уровнем дохода.

Современная концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации предусматривает восстановление функциональных резервов человека, сниженных в результате воздействия неблагоприятных факторов среды и деятельности или в результате болезни путем применения преимущественно немедикаментозных методов.

Использование природных лечебных факторов, имеющих научно-обоснованную документальную базу, позволяет снизить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и осложнений (ССО), улучшить прогноз заболевания и продолжительность жизни, с успехом применяется в лечении пациентов с ССЗ с учетом современных принципов медицинской науки [2-12]. Цель работы в научном обосновании и оценке клинической эффективности комплексных технологии санаторно-курортного лечения с включением природных лечебных факторов, воздействующих на повышенный уровень АД, оказывающих положительное воздействие на факторы риска развития (ССЗ) и осложнений (ССО), обратное развитие поражений органов-мишеней (кардио-вазо-протективное действие).

Материалы и методы. Исследование проведено у 80 пациентов с артериальной гипертензией I-III стадии, 1-2 степени, очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности с сопутствующей ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрасте 60,47 ±1,39 лет. Мужчины составили 41,3%, женщины 58,7%. Пациенты находились на оптимально подобранной медикаментозной терапии, получали групповую

лечебную гимнастику в зале, подписали информированное добровольное согласие на участие в клиническом исследовании и были рандомизированы на 2 группы по 40 человек. 1-я группа получила комплексную технологию, состоящую из общих кремнисто-углекислых ванн и аппликаций иловых сульфидных грязей на область нижних конечностей по типу «сапог», на курс 10 процедур, 2-я группа получала только общие кремнисто-углекислые ванны, на курс 10 процедур.

Динамику клинико-функционального состояния пациентов оценивали по данным клинического артериального давления, суточного мониторирования АД, показателям электрокардиографии и эхокардиографии. Полученные результаты обрабатывали при помощи пакета прикладных программ Excel, Statistica 10.

Результаты и обсуждение. Курсового применение технологии с включением климато-бальнеофакторов позволило достичь целевого уровня АД у 90% пациентов с АГ. Клиническое систолическое АД (САД) достоверно снизилось у пациентов 1-й группы в среднем со 144,71±2,60 до 121,14±1,81 мм рт. ст., на 22,86±0,79 мм рт. ст., ($p<0,01$), повышенный уровень САД снизился на 30,0±0,62 мм рт. ст., ($p<0,01$), клиническое диастолическое АД (ДАД) снизилось с 97,2±1,23 до 77,2±0,61 мм рт. ст., на 20,0±0,62 мм рт. ст., ($p<0,01$), соответственно. Клиническое САД под влиянием только бальнеофакторов снизилось с 143,8±2,98 до 125,93±1,97 мм рт.ст., на 17,87±1,01 мм рт. ст., ($p<0,01$), клиническое ДАД - с 96,8±0,73 до 81,21±0,81 мм рт. ст., на 15,0±0,08 мм рт. ст., ($p<0,01$), соответственно. Целевой уровень АД достигнут у 87,5 % пациентов АГ 2-й группы. Гипотензивный эффект сопровождался уменьшением головных болей и головокружений, повышением работоспособности у большего количества пациентов 1-й группы, по сравнению со 2-й группой. Снижение АД, достижение и удержание его на целевом уровне является ключевым фактором, влияющим на прогноз и улучшение сердечно-сосудистых исходов у пациентов с АГ. Повышенное пульсовое АД (ПАД) уменьшилось в 1-й группе на 18,34±0,56 мм рт. ст., ($p<0,01$), во 2-й группе- только на 10,0±0,4 мм рт. ст., ($p<0,01$), что свидетельствует о потенцирующем уменьшении субклинических структурно-функциональных изменений, возникающих на фоне повышенного АД в сосудах и уменьшении повышенной «жесткости» сосудов под влиянием комплексной технологии с включением кремнисто-углекислых ванн и аппликаций пелоидов за счет потенцирующей вазодилатации.

Повышенная ЧСС уменьшилась у пациентов 1-й группы на 20,0±0,74 уд/мин., ($p<0,01$) с достижением цели у 83% больных, у пациентов 2-й - на 18,0±0,33 уд/мин., ($p<0,01$), с достижением цели у 57,15% пациентов, что указывает на отсутствие развития тахикардии под влиянием комплексной технологии с включением кремнисто-углекислых

ванн и грязевых аппликаций на отдаленные от сердца зоны, область голеней. Улучшение системной и регионарной гемодинамики под влиянием комплекса бальнео-климатофакторов приводило к улучшению насосной и сократительной функции сердца при облегчении условий его работы за счет периферического вазодилатирующего эффекта и снижения постнагрузки, удлинения диастолы. Под влиянием комплексной технологии с включением кремнисто-углекислых ванн и грязевых аппликаций конечно- систолический размер (КСР) снизился на 9%, ($p<0,01$), конечно-диастолический размер (КДР) уменьшился на 5,1%, ($p<0,02$), ударный объем сердца увеличился на 16%, ($p<0,02$), под влиянием кремнисто-углекислых ванн только на 7%, (>0,05), что свидетельствует о дополнительном улучшении систолической и диастолической функций сердца у пациентов с АГ в результате присоединения грязевых аппликаций. Достоверное уменьшение массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) с 282,24±1,86 г до 265,08±2,66 г, на 7%, ($p<0,01$) выявлено у пациентов под влиянием комплексной технологии с включением кремнисто-углекислых ванн и грязевых аппликаций, что сопровождалось улучшением кровоснабжения миокарда, по данным ЭКГ и ЭХОКГ- исследований, обусловленного гипотензивным и кардио-протективным влиянием комплекса лечебных факторов на показатели нейрогуморальной регуляции АД с благоприятной перестройки центральной и периферической гемодинамики. Под влиянием только кремнисто-углекислых ванн достоверной динамики показателя ММЛЖ выявлено не было.

Выводы. Таким образом, комплексная технология с включением общих кремнисто-углекислых ванн и аппликаций иловых сульфидных грязей на область нижних конечностей у пациентов с АГ очень высокого риска с сопутствующей ИБС, обладает наибольшим гипотензивным эффектом, благодаря потенцирующей вазодилатации без развития компенсаторной тахикардии у утяжеленной категории пациентов, уменьшает факторы риска развития ССЗ и смертности («жесткость» сосудов), тормозит дальнейшее прогрессирование структурно-функциональных нарушений сердца и сосудов, снижает риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Применение природных лечебных факторов в виде аппликаций иловых сульфидных грязей в комплексе с общими кремнисто-углекислыми ваннами, повышает эффективность лечения пациентов с АГ очень высокого риска, за счет достижения гипотензивного, вазо и кардиопротективного эффектов у большего количества пациентов с АГ очень высокого риска с сопутствующей ИБС.

Список литературы

1. Timmis A, Townsend N, Gale CP et al. European Society of Cardiology. European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2019/Eur Heart J 2020;41:12–85.

2. Бобровницкий И.П., Никифорова Т.И., Князева Т.А. и др. Способ лечения больных с артериальной гипертензией. Патент на изобретение RU 2508087 C1, 27.02.2014. Заявка № 2012158256/14 от 29.12.2012.

3. Никифорова Т.И., Князева Т.А. Искусственные кремнисто-углекислые ванны в реабилитации и вторичной профилактике больных артериальной гипертонией, ассоциированной с ишемической болезнью сердца/ Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2012. Т.89.№ 5. С. 11-15.

4. Никифорова Т.И. Кремнистые ванны в лечении больных с артериальной гипертензией/ Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2013. Т.90.№ 3. С. 16-21.

5.Никифорова Т.И., Лебедева О.Д., Рыков С.В., Белов А.С. Современные комплексные технологии реабилитации и профилактики у больных артериальной гипертензией/ Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры.2013.Т.90.№6 .С.52-58.

6. Дмитриев В.К.. Радзиевский С.А., Фисенко Л.А. и др. Церебрально-вегетативные аспекты лабильной гипертонии/ Кардиология.1988.№ 12.С.20-23.

7. Radzievsky S.A., Lebedeva O.D., Fisenko L.A., Majskaia S.A. Function of myocardial contraction and relaxation in essential hypertension in dynamics of acupuncture therapy./American Journal of Ghinese Medicine. 1989. T.17. № 3-4.C.111-117.

8. Дмитриев В.К., Радзиевский С.А., Фисенко Л.А., Лебедева О.Д. Церебрально-вегетативные соотношения у больных гипертонической болезнью ранних стадий в процессе рефлексотерапии/ Кардиология.1990.№ 1.С.35-38.

9. Лебедева О.Д., Князева Т.А., Бокова И.А. и др. Применение новых диагностических и лечебных немедикаментозных технологий в реабилитации больных распространенными неинфекционными заболеваниями/ Физиотерапевт. 2017. № 1. С. 10-16.

10. Королев Ю.Н., Гениатулина М.С., Никулина Л.А.. Первичная профилактика пострадиационных нарушений сперматогенеза крыс при действии питьевых минеральных вод/ Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2001; 5: 33-37.

11.Князева Т.А., Никифорова Т.И. Комплексные технологии реабилитации пациентов артериальной гипертензией с сопутствующей ишемической болезнью сердца/ Вестник восстановительной медицины. 2019. № 5 (93). С.25-29.

12. Никифорова Т.И., Князева Т.А., Бобровницкий И.П. и др. Способ лечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Патент на изобретение RU 2543468 C2, 27.02.2015. Заявка № 2013108375/14 от 26.02.2013.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЯМИ

Нувахова М.Б.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва.

Введение. Дегенеративные заболевания позвоночника (дорсопатии) - одно из наиболее распространенных хронических заболеваний человечества. Удельный вес его клинических проявлений среди заболеваний периферической нервной системы занимает 67-95%. Наиболее богаты на неврологическую симптоматику дегенеративные изменения шейного и грудного отделов позвоночника.

Многочисленные данные свидетельствуют не только о большом количестве заболеваний позвоночника, но и об отсутствии в течение последних лет тенденции к их уменьшению [1, 2, 4]. Проблема дегенеративных поражений позвоночника приобретает все большее значение в связи с тем, что они поражают людей в молодом возрасте и является причиной длительной потери трудоспособности в 20-45% больных. Нередко эта болезнь приводит к инвалидности [2, 3]. Так в популяционном исследовании среди 49800 взрослых людей разная степень выраженности неврологических проявлений дорсопатий обнаружена у 50% обследованных, причем в 25% имело место ограничение работоспособности [4]. По сводным данным 75-90% заболеваемости приходится на трудоспособный возраст. В связи с чем временная нетрудоспособность составляет около 7% дней от всех заболеваний и 68% от патологии нервной системы. Экономические затраты, связанные с этими заболеваниями, занимают первое место среди расходов на лечение среди всех заболеваний нервной системы [4, 5].

К сожалению, медикаментозное лечение неврологических синдромов дорсопатий далеко не всегда дает стойкий положительный эффект, в ряде случаев его эффективность даже для снятия острого болевого синдрома является недостаточной. Одновременно с увеличением количества медикаментозных средств увеличивается количество их побочных эффектов и ятрогенных осложнений.

Разработка и экспериментальное обоснование новых методов реабилитации является, по мнению некоторых авторов необходимыми и оправданными, так как применение различных средств традиционного консервативного лечения дорсопатий не

всегда приводит к желаемым результатам [6]. Применение существующих программ реабилитации, не решает окончательно проблему лечения, требует постоянного обновления и совершенствования [7].

По объективным причинам хирургическое лечение также часто оказывается недостаточно эффективным или эффект его кратковременный, а в ряде случаев оно приводит к инвалидности.

Электрические, магнитные и лазерные устройства, физиотерапевтические процедуры, различные виды ванн и другие влияния у многих больных, особенно пожилого возраста, имеют большое количество противопоказаний [3].

В связи с этим все большее распространение в процессе реабилитации больных с дорсопатиями приобретают немедикаментозные методы, которые недавно относили к нетрадиционным.

Цель работы. Разработать, научно обосновать, апробировать, комплексную программу физической терапии лиц с болевыми синдромами, обусловленными дегенеративными изменениями в шейно-грудном отделе позвоночника.

Материал и методы исследования. Обследовано 38 человек (в возрасте 40-59 лет) с клинической симптоматикой дегенерации межпозвонковых дисков шейного и грудного отделов позвоночника с болевым синдромом (по МКБ-10 - М-50). Пациенты были разделены на 2 группы (по 19 в каждой из них): основную и контрольную.

Представителям контрольной группы назначали утреннюю гигиеническую гимнастику, лечебную гимнастику, массаж (классический), физиотерапевтические процедуры. Представители основной группы, кроме выше отмеченных средств, получали массаж по сегментарно-рефлекторной методике, скелетное вытяжение. Дважды в день (после 17 часов) они занимались самостоятельно. Для этого были обучены комплексу упражнений для самостоятельных занятий, методам самоконтроля (в сочетании с просветительской работой). Дозировка средств физической терапии подбиралась индивидуально, с максимально допустимой нагрузкой.

Обследование проводили в начале и при окончании курса реабилитации (24 дня). Изучению подлежали: частота сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление (АД), частота дыхательных движений (ЧД) пробы подбородок-грудина, подбородок - яремная вырезка, Шобера, Отта, Томайера, подвижность в шейном отделе позвоночника, экскурсия грудной клетки, позвоночный индекс. Полученные результаты подлежали статистическому анализу.

Результаты и обсуждение. При первичном обследовании исследуемые показатели лиц обеих групп достоверно не отличались ($P > 0,05$).

После окончания курса реабилитации в основной группе отмечалась достоверно лучше динамика исследуемых показателей. При этом проба Отта выросла на 30,5%, Томайера - на 54,8%, подвижность в шейном отделе позвоночника - на 34,2%, экскурсия грудной клетки – на 41,3%, проба подбородок-грудина - на 44% (Р <0,05). Более значимо в первой группе уменьшилось число пациентов, имевших жалобы на боль в шейном и грудном отделах позвоночника (Р <0,01), ощущение тяжести в надплечье и верхних конечностях (Р <0,05), выросла амплитуды движений в шейном и грудном отделах позвоночника (Р <0,01). Динамика большинства показателей лиц контрольной группы была менее выражена (Р> 0,05). При этом в обеих группах достоверно уменьшилось ощущение головокружения (Р <0,01) и онемение пальцев во время сна (Р <0,05).

Выводы. Включение в комплексную программу физической терапии сегментарно-рефлекторного массажа, скелетного вытяжения, увеличение количества и продолжительности самостоятельных занятий (после специальной подготовки к ним), использованием максимально допустимого, индивидуально подобранного дозирования физической нагрузки, обучение пациентов самоконтролю (рядом с просветительской работой) способствует достоверному улучшению функциональных возможностей и динамики клинической симптоматики больных дорсопатиями.

Список литературы.

1.Болотов Д. Д., Головина Т.В., Юшко А.А. Оптимизация алгоритма реабилитационных мероприятий у пациентов с дорсопатиями [Текст] / Вестник восстановительной медицины. 2016. № 2. С. 38-42.

2.Макина С. К. , Агасаров Л.Г. Оптимизация комплексной терапии больных с дорсопатиями / Традиционная медицина. 2012. № 3 (30). С. 13–15.

3.Молчановский В. В., Тринитатский Ю.В., Ходарев С.В. Вертеброневрология. Немедикаментозные лечебно-реабилитационные мероприятия при неспецифической вертебро-неврологической патологии / Ростов-на-Дону: изд-во СКНЦ ВШЮФУ, 2016. Ч. 4. - 620 с.

4.Руденко И. В., Мосейкин И.А., Рожков М.Л. Особенности использования немедикаментозных методов в лечении дорсопатии / Мануальная терапия. 2014. № 2 (54). С. 9–31.

5.Нувахова М.Б., Одарущенко О.И., Кузюкова А.А. Рекрационное оздоровление в санаториях Литвы/ Вестник восстановительной медицины. 2019. № 6 (94). С. 63-65.

6.Храмов В. В., Григорьев В.Ю. Современный комплексно-структурный поход к терапии дорсопатии шейного уровня позвоночника и артериальной гипертензии / Лечебная физкультура и спортивная медицина. 2012. № 2(98). С. 30–35.

7.Черкасова В. Г. Лечебная физическая культура при остеохондрозе позвоночника: Методические рекомендации. Пермь :Престайм, 2010. - 23 с.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Нувахова М.Б.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва.

Введение. Сосудистые заболевания головного мозга в дальнейшем остаются основной проблемой современного общества и наносят социальный и экономический ущерб. Учитывая ежегодный рост количества пациентов с последствиями перенесенного инсульта, возникает необходимость усовершенствования и оптимизации восстановительного лечения [1,4]. Согласно последним данным инсульты все чаще возникают у пациентов трудоспособного возраста, и отсутствие своевременного восстановительного лечения ведет к развитию стойких функциональных и анатомических изменений, нарушению психоэмоционального состояния человека. Поэтому необходим поиск новых путей оптимизации реабилитационного процесса пациентов с данной патологией.

Целью работы является исследование эффективности немедикаментозных средств реабилитации по восстановлению функций пациентов с последствиями нарушения мозгового кровообращения в восстановительном периоде.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 50 пациентов. Средний возраст составлял 46,0 ± 10,0 лет; среди них 25 мужчин и 25 женщин. Пациенты получали восстановительное лечение с использованием немедикаментозных средств. Немедикаментозное лечение назначалось дополнительно к основному лечению (физическая, физиотерапевтическая, психологическая реабилитация) [5]. Реабилитационный процесс у пациентов данной группы был разделен на этапы.

Для оценки эффективности восстановительного лечения использовали функциональные шкалы (шкала Ранкина, индекс Бартел), шкалы оценки неврологических расстройств (NIHSS) и когнитивных функций (MMSE), оценки психоэмоционального состояния пациентов, что применяли трижды: в начале лечения, после первого и третьего месяца реабилитации [2].

Результаты и обсуждение. Одной из главных задач реабилитации после инсульта является возвращение утраченных двигательных, речевых и других функций организма,

предотвращение риска осложнений, обеспечение нормальной работы всех внутренних органов [1,3].

С целью восстановления двигательных функций после инсульта кроме медикаментозных методов, используются немедикаментозные методы, которые заключаются в применении методов физической реабилитации. Так, в 8 из 10 пациентов после завершения стационарного лечения остаются параличи и парезы, различные проблемы с координацией и т. д.

Чаще всего используются следующие методы реабилитации после инсульта [2]: лечебная физкультура, в том числе активная и пассивная кинезиотерапия; физиотерапевтические процедуры; рефлексотерапия и т. д.

Главные задачи сводятся к устранению двигательных нарушений (частичного или полного), проблем с координацией и равновесием, а также формированию всех навыков, необходимых человеку для самообслуживания.

Лечебная физкультура проводится под контролем опытных специалистов. Повысить эффект от занятий позволяет физиотерапия, в том числе электростимуляция мышечной ткани, а также рефлексотерапия. Важную роль в успехе этой группы методов воздействия играет и осознанный подход самого пациента [4].

ЛФК рекомендуется начинать как можно раньше. Сначала в ходе реабилитации после инсульта используются пассивные упражнения, выполняемые как методистами, так и родственниками или персоналом, который ухаживает за пациентом. Основной задачей на этом этапе является проработка полной амплитуды и объема движений парализованной или ослабленной части тела, что особенно актуально в ходе реабилитации ног и рук после инсульта. Любое достижение в улучшении двигательных функций является большой мотивацией для занимающегося, он приобретает уверенность, верит в успех, а парезы и параличи постепенно отходят [3].

После проведенной реабилитации у всех пациентов отмечалось улучшение показателей функционирования организма. После 3 месяцев проведенного комплексного восстановительного лечения с дополнительным применением рефлексотерапии, гирудотерапии, мануальной терапии показатели функционирования пациентов основной группы по данным шкалы Ранкина достоверно улучшились на 29 %, индекс активности в повседневной жизни (Бартел) вырос на 20 % ($p < 0,05$) по сравнению с состоянием при поступлении. У пациентов контрольной группы Данные показатели выросли на 23 и 11% соответственно ($p < 0,05$) [6].

После проведения курса комплексной реабилитации у пациентов, перенесших геморрагический инсульт, наблюдали улучшение показателей когнитивных функций на 19

% по сравнению с начальным состоянием и на 12 % — в группе контроля. Об эффективности назначения немедикаментозного восстановительного лечения свидетельствует также вероятное уменьшение показателей тяжести депрессии на 44% по шкале Монтгомери — Асберг и на 40% по шкале депрессии Бека по сравнению с состоянием пациентов при поступлении. У пациентов контрольной группы данный показатель изменился на 40 и 37% соответственно ($p < 0,05$).

Неврологический статус по данным шкалы NIHSS улучшился на 8 и 6 % в контрольной группе по сравнению с состоянием при поступлении. После проведенной реабилитации наблюдали уменьшение спастичности по модифицированной шкале Ашворта на 12 % в основной группе и на 6 % в группе сравнения [5].

Заключение. После включения в комплекс реабилитации больных, которые перенесли геморрагический инсульт, немедикаментозных методов лечения отметили вероятную положительную динамику показателей общего состояния и качества жизни пациентов по сравнению с пациентами, которые получали классическую восстановительную терапию. Наблюдали также умеренное улучшение когнитивных функций, уменьшение спастичности мышц, что дает возможность рекомендовать включать данные методики для восстановления пациентов после перенесенных кровоизлияний в мозг.

Список литературы

1. Одарущенко О.И., Самсонова Г.О., Нувахова М.Б. Клинико-психологические критерии диагностики актуального эмоционального состояния пациентов с цереброваскулярной патологией в практике стационара/ Вестник восстановительной медицины. 2020. № 1 (95). С. 19-26.

2. Камаева О.В. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 5. Физическая терапия. Санкт-Петербург, 2003. 42 с.

3.Ковальчук В.В., Зуева, И.Б., Баранцевич Е.Р. и др. Пациент после инсульта. Особенности ведения и принципы реабилитации. Эффективная фармакотерапия. 2018. № 24. С. 68-81.

4.Пизова Н.В. Вопросы реабилитации пациентов после инсульта в амбулаторных условиях/ Медицинский совет. 2018. № 12. С. 18-22.

5.Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология): Руководство для врачей. Москва: МЕДпресс-информ, 2017. 672 с.

6.Хасанова Д.Р., Житкова Ю.В., Табиев И.И. Комплексная реабилитация пациентов с постинсультными синдромами /Медицинский совет. 2016. № 8. С. 18-23.

НОРМОКСИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

Шакула А.В.[1], Павлов А.И.,[2] Иванова И.И. [3]

[1]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии Минздрава России», Москва

[2]ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им А.А. Вишневского Минобороны России», Москва

[3]ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации», Москва

Введение. Постковидный синдром (Post-COVID-19 syndrome, также известный как Long Covid - последствия короновирусной инфекции (COVID-19), при которой до 20 % людей, перенёсших коронавирусную инфекцию, страдают от долгосрочных симптомов, длящихся до 12 недель и в 2,3 % случаев дольше [1,2]. Постковидный синдром внесён в Международный Классификатор Болезней МКБ-10 в формулировке «Post COVID-19 condition» [3]. В декабре 2020 года Национальным Институтом Здоровья Великобритании (NICE) была предложена следующая классификация постковидных состояний: Острый COVID-19 (симптомы, длящиеся до четырёх недель); Продолжающийся симптоматический COVID-19 (симптомы, продолжающиеся от 4 до 12 недель); Постковидный синдром (симптомы, длящиеся свыше 12 недель, не объяснимые альтернативным диагнозом, способные меняться со временем, исчезать и вновь возникать, затрагивая многие системы организма) [4]. В дополнение к вышеуказанным клиническим определениям было также предложено ввести термин "долгий COVID" (Long Covid), включающий период симптоматики в целом от четырех недель и больше [5].

Цель работы. Научное обоснование возможности и целесообразности использования нормоксической лечебной компрессии (НЛК) в комплексных программах медицинской реабилитации пациентов, перенесших «Covid-19».

Материалы и методы. Накопленный опыт и разработанные ранее пособия являются основой для разработки клинических рекомендаций по медицинской реабилитации пациентов с новой коронавирусной инфекцией «Covid-19» [6,7,8]. Известно, что при коронавирусной инфекции происходит повреждения альвеол легких, эритроцитов и гемоглобина, воспаление стенок сосудов, развитие гемолитического микротромбоваскулита и генерализованного внутрисосудистого микротромбоза. Искусственная вентиляция легких в качестве средства повышения оксигенации крови, особенно, при значительном поражении легких, сужении капилляров, повышенном тромбообразовании и снижении газотранспортной функции эритроцитов, становится малоэффективной [9-12]. В этих условиях тактика медицинского лечения, сводится,

прежде всего, к предупреждению, снижению или устранению гипоксемии и улучшению снабжения кислородом клеток и тканей организма.

Результаты и обсуждение. Для лечения различных ишемических состояний разработаны различные способы кислородотерапии, однако при нормальном атмосферном давлении даже дыхание чистым кислородом не полностью устраняет дефицит кислорода в крови, клетках и органах человека. С физической точки зрения эту проблему можно решить, увеличив количество кислорода и повысив его давление, что создаст необходимые условия для лучшего растворения кислорода в плазме и межтканевой жидкости. В результате этого устраняется кислородное голодание, обеспечивая полное или частичное восстановление функционирования органов и систем, пострадавших от гипоксии. С технической стороны эта проблема решается с помощью медицинских барокамер, предназначенных для осуществления гипербарической (ГБО) или нормоксической лечебной компрессии (НЛК). НЛК – более безопасная и «мягкая» методика, которая проводится под гораздо меньшим, по сравнению с ГБО, давлением (от 1,1 до 1,4 АТА) при 50% кислороде (это более чем в 2 раза выше, чем в атмосфере, но в 2 раза меньше, чем при ГБО). За последние годы накоплен обширный клинический доказательный материал, демонстрирующий не только позитивный лечебно-реабилитационный эффект, сопоставимый с ГБО, но и высокую безопасность. Показана её высокая эффективность при лечении гипертонии, инсульта, последствий инсульта, полную безопасность при соблюдении мер предосторожности. Клинические испытания показали достоверное снижение смертности пациентов при применении НЛК в остром периоде инсульта в сравнении с традиционными методами лечения инсульта. Профилактическое применение НЛК показано при повышенном артериальном давлении, метеочувствительности, головных болях, дисциркуляторных сосудистых изменениях с признаками нарушения кровообращения и после черепно-мозговой травме [13,14].

На основании анализа клинических проявлений постковидного синдрома у больных, перенесших новую коронавирусную инфекцию «Covid-19», а также многолетнего опыта применения НЛК при лечении и реабилитации больных с различными заболеваниями, представляется научно обоснованным и целесообразным рекомендовать к широкому использованию технологию нормоксической лечебной компрессии с помощью кислородных камер в комплексных программах медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечению пациентов с постковидным синдромом.

Список литературы.

1. Katie McCallum. Post-COVID Syndrome: What Should You Do If You Have Lingering COVID-19 Symptoms?: 2020. - November 19.

2. Sudre CH, Murray B, Varsavsky T et al. Attributes and predictors of Long-COVID: analysis of COVID cases and their symptoms collected by the Covid Symptoms Study App / preprints from medRxiv: 2020. - 21 October.

3. Emergency use ICD codes for COVID-19 disease outbreak [https://www.nice.org.uk/guidance/ng188 COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19 NICE guideline [NG188] Published date:18 December 2020.

4. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19 // NICE guideline Published: 18 December 2020. www.nice.org.uk/guidance/ng188

5. Nikki Nabavi. Long covid: How to define it and how to manage it // British Medical Journal. 2020; 370 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.m3489.

6. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 9 от 26.10.2020)». М. -2020 – 235 с.

7. Разумов А.Н., Пономаренко Г.Н., Бадтиева В.А. Медицинская реабилитация пациентов с пневмониями, ассоциированными с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 . 29.04.2020 .4,© 2020 Национальная Курортная Ассоциация.

8. Иванова Г. Е., Шмонин А. А., Мальцева М. Н. и др. Реабилитационная помощь в период эпидемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 на первом, втором и третьем этапах медицинской реабилитации. Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2020;2(2): 98–117. DOI: https://doi.org/10.36425/rehab34148

9. David Brann, Tatsuya Tsukahara, Caleb Weinreb, Darren W. Logan, Sandeep Robert. Non-neural expression of SARS-CoV-2 entry genes in the olfactory epithelium suggests mechanisms underlying anosmia in COVID-19 patients. Datta bioRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2020.03.25.009084.

10. Li YC, Bai WZ, Tsutomu Hashikawa The neuroinvasive potential of SARS-CoV2 may play a role in the respiratory failure of COVID-19 patients . - MedVirol 2020 Jun;92(6):552-555. doi: 10.1002/jmv.25728.

11. Yeshun Wu, Xiaolin Xu, Zijun Chen et al. Nervous system involvement after infection with COVID-19 and other coronaviruses Brain Behav /Immun.. 2020 Jul; 87: 18–22. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.031.

12. Netland J, Meyerholz DK, Moore S, Cassell M, Perlman S.. Severe acute respiratory syndrome coronavirus infection causes neuronal death in the absence of encephalitis in mice transgenic for human ACE2 J Virol. 2008;82(15):7264-7275. doi.org/10.1128/JVI.00737-08 .1.

13. Казанцева Н.В., Волкова Н.А., Буклина С.Б. Нормоксическая компрессия в комплексном лечении гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии/ Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2005. №6. С.26-30.

14. Казанцева Н.В. Нормоксическая компрессия в лечении инсульта/ Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. Т. 114. № 8. С. 42-51.14.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ МЕТЕОПАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ЛИЦ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Яковлев М.Ю.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва.

Введение. В настоящее время доказано, что наиболее распространенными причинами смертности, заболеваемости и утраты трудоспособности в России являются болезни системы кровообращения [1-4]. По итогам нескольких проведенных международных исследований было показано, что метеофакторы в большей степени влияют на смертность от болезней органов дыхания и системы кровообращения, при этом наибольший процент приходится на группу пожилых пациентов [5,6]. Также возросло количество обострений БСК ввиду действия неблагоприятных экологических факторов. [8-12]

Материалы и методы. Работа представляет собой исследование, выполненное с учётом этических норм, в котором приняли участие метеочувствительные пациенты с болезнями системы кровообращения (ИБС и ГБ) и практически здоровые метеочувствительные и метеорезистентные лица. Изучались метеопатические реакции организма, функциональные и адаптивные резервы организма и риски развития хронических неинфекционных заболеваний. Проводился анализ метеорологических и гелиогеофизических факторов. Для оценки функциональных и адапативных резервов организма использовались методики, применяемые в Центрах здоровья. Для подтверждения достоверности результатов использованы методы математической статистики.

Итак, в результате проведенного обследования 156 пациентов с болезнями системы кровообращения, проходивших санаторно-курортное лечение (ООО «Санаторий «Аксаковские Зори») в марте-июле 2018 года было выявлено, что большинство пациентов реагируют на понижеиие атмосферного давления, а также на резкие его колебания в течении суток. Также было показано, что отклонение температуры воздуха от климатической нормы, приводит к ухудшению самочувствия в 31% случаев и возникновению мигренеподобных головных болей в 20,6% случаев. Низкие значения атмосферного давления вызывали у 51% пациентов ухудшения самочувствия, при этом у 63,7% наблюдались гипер- и гипотензивные состояния, у 24% возникали приступы

мигренеподобной головной боли. Резкие изменения влажности воздуха вызывали ухудшение самочувствия в 29% случаев и изменение гемодинамических характеристик кровотока в 16%. Сходные реакции наблюдались у пациентов на резкие колебания электрического поля атмосферы, среди которых наиболее частыми были: ухудшение самочувствия (у 49% пациентов), резкие колебания гемодинамики (у 55% пациентов), проявление жалоб на мигренеподобные головные боли (у 24% пациентов), а также проявление артралгий и миалгий (у 16,8% пациентов).

Кроме того, необходимо отметить, что выраженные метеотропные реакции наблюдались у многих пациентов непосредственно в периоды или перед наступлением геомагнитных возмущений: у 46,3% пациентов фиксировались жалобы на головную боль, у 30% пациентов ухудшалось самочувствие, а у 23% пациентов резко менялись показатели гемодинамики, у 23% пациентов возникали боли в области суставов, у 17% пациентов были отмечены признаки кардиалгии.

В итоге, в период наблюдений было выявлено, что метеотропные реакции возникали при воздействии следующих метео- и гелиогеофизических факторов: температура окружающей среды, атмосферное давление, относительная влажность, электрическая активность атмосферы, магнитные бури. При этом не было отмечено воздействия таких факторов как пятнообразовательная активность и вспышечная активность на Солнце.

Список литературы.

1.Ревич Б.А. Волны жары, качество атмосферного воздуха и смертность населения европейской части России летом 2010 года: результаты предварительной оценки/ Экология человека. 2011; 7: 3-9.

2.Gomez-Acebo I., Llorca J., Dierssen T. Cold-related mortality due to cardiovascular diseases, respiratory diseases and cancer: a case-crossover study./Public Health. 2013; 127 (3): 252-258.

3.Рахманин Ю.А. Концептуальные и методологические аспекты гигиены как основы развития профилактического здравоохранения/ Russian Journal of Rehabilitation Medicine. 2017; 1: 57-78.

4.Gasparrini A. et al. Mortality risk attributable to high and low ambient temperature: a multicountry observational study/ Lancet. 2015; 386(9991):369-75. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62114-0.

5.Разумов А.Н., Пономаренко В.А. Культурологическая этика здоровья нации в третьем тысячелетии/ Russian Journal of Rehabilitation Medicine. 2017; 1: 42-56.

6.Яковлев М.Ю., Бобровницкий И.П., Нагорнев С.Н. и др. Психологический аспект влияния метеофакторов у пациентов с болезнями системы кровообращения /Russian Journal of Rehabilitation Medicine. 2018; 1: 14-22.

7.Barnett A.G. et al. Cold periods and coronary events: an analysis of populations worldwide/J Epid Comm Health. 2005; 59: 551–557.

8. Малышева А.Г., Шелепова О.В., Водянова М.А. и др. Эколого-гигиенические проблемы применения противогололёдных реагентов в условиях крупного мегаполиса (на примере территории города Москвы) /Гигиена и санитария. 2018. Т. 97. № 11. С. 1032-1037.

9.Жолдакова З.И., Юдин С.М., Синицына О.О. и др. Перспективы совершенствования организационно-правовых и методических мер по управлению качеством окружающей среды /Гигиена и санитария. 2018. Т. 97. № 11. С. 1026-1031.

10.Малышева А.Г., Самутин Н.М., Козлова Н.Ю. и др. Химико-аналитические исследования для оценки химической безопасности веществ, мигрирующих в водные среды с отходами нефтедобывающей промышленности /Гигиена и санитария. 2017. Т. 96. № 12. С. 1208-1215.

11.Бобровницкий И.П., Нагорнев С.Н., Худов В.В., Юдин С.М. Основные направления социально-экономического и научно-технологического развития Арктической зоны РФ в сфере здравоохранения и медико-биологического обеспечения деятельности человека на севере /Russian Journal of Rehabilitation Medicine. 2019. № 3. С. 4-25.

12.Мешков Н.А., Бобровницкий И.П., Юдин С.М. и др. Актуальные проблемы эпидемиолого-гигиенической оценки состояния окружающей среды и здоровья населения на территории Арктической зоны России /Russian Journal of Rehabilitation Medicine. 2019. № 2. С. 40-73.

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ, КАК ФАКТОР, ПРОВОЦИРУЮЩИЙ РАЗВИТИЕ АНГИОСАРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Ярема В. И. [1], Ахмедова Р. В. [2]

[1]ГБУЗ «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы»

[2]ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ.

Введение. Ангиосаркома - редкая злокачественная опухоль, которая образуется из клеток эндотелия, выстилающих сосуды [1,2]. Молочная железа является одной из наиболее частых локализаций данной опухоли [3]. Первичная ангиосаркома возникает

спорадически у молодых женщин и клинически проявляется пальпируемым образованием. Вторичная ангиосаркома различными авторами ассоциируется с длительной лимфореей, либо возникает в результате проведения лучевой терапии после органосохраняющей операции на молочной железе. Вероятность возникновения постлучевой ангиосаркомы остается низкой - от 0,09% до 0,16%3[3,4]. Латентный период после проведения лучевой терапии составляет 6 лет, однако по данным некоторых исследований, он может составлять и 1-2 года, и 41 год после лечения[5,6].

Цель работы. Оценить отдаленное влияние лучевой терапии на мягкие ткани у пациентов после органосохраняющих операций по поводу рака молочной железы.

Методы. Проведен ретроспективный-проспективный анализ данных лечения 813 пациентов, которым выполнены радикальные резекции, с последующей лучевой терапией по поводу местно-распространенного рака молочной железы. Оценивался материал с 2002 по 2017 годы. Основная масса больных женщин была в возрасте от 21 до 60 лет - 667 человек (93,6%). Лица вполне трудоспособного возраста. Средний возраст больных раком молочных желез составил 43,8±1,08 год. Согласно Международной классификации TNM I стадия опухолевого процесса имела место у 649 пациентов (91,0%), II – у 74 больных (9%). Для лечения больных со злокачественными новообразованиями молочных желез применялся комбинированный (оперативное лечение + лучевая терапия (дистанционная гамма-терапия в суммарной очаговой дозе 20 Грей)) и комплексный (оперативное лечение + химиотерапия (при наличии метастатического поражения) + лучевая терапия) методы лечения.

После лечения больные находились под диспансерным наблюдением и 588 из них получали гормонотерапию в течение 3-5 лет.

Результаты. За все время наблюдение нами выявлено 2 случая возникновения ангиосаркомы молочной железы, в зоне облучения (0,24%): первый - через 7 лет, второй – через 4 года после проведения комплексного лечения. Оба случая проявлялись обесцвечиванием кожи, кожными пятнами или узелками, пальпируемым образованием или сочетанием этих признаков. Такие клинические проявления могут быть ошибочно приняты специалистом за гематому, что затрудняет диагностику и ухудшает прогноз пациента с данной патологией. Данные маммографии не являются специфичными для ангиосаркомы. При УЗИ ангиосаркома представляла собой гетерогенную, гиперэхогенную, гиперваскулярную массу, которая связана с нарушением нормальной архитектуры молочной железы. МРТ была проведена для определения степени поражения, показывая увеличивающуюся гетерогенную массу с очагами кровоизлияний, особенно в высокодифференцированных опухолях.

Таким образом, с увеличением частоты использования органо-сохранных операций и консервативной терапии (в частности, лучевой) при раке молочной железы участились случаи постлучевой ангиосаркомы. Общая выживаемость при этом составляет примерно 40% [7]. На прогноз влияет радикальность оперативного вмешательства и своевременная диагностика патологии [8]. Поскольку ангиосаркома молочной железы является редкой опухолью, рандомизированные клинические исследования не могут быть проведены и консенсус в отношении рекомендаций по ее лечению не может быть достигнут. Тем не менее мы считаем, что специалистам необходимо иметь в виду данное заболевание, при формировании плана лечения пациентов молодого возраста с раком молочной железы.

Список литературы

1. Donnell RM, Rosen PP, Lieberman PH, et al. Angiosarcoma and other vascular tumors of the breast /Am J Surg Pathol 1981;5:629–642

2. Rosen PP, Kimmel M, Ernsberger D. Mammary angiosarcoma: the prognostic significance of tumor differentiation. Cancer 1988; 62:2145 –2151

3. Chen KT, Kirkegaard DD, Bocian JJ. Angiosarcoma of the breast./ Cancer 1980; 46:368

4. Brenn T, Fletcher CD. Postradiation vascular proliferations: an increasing problem. /Histopathology 2006; 48:106–114

5. Billings SD, McKenney JK, Folpe AL, Hardacre MC, Weiss SW. Cutaneous angiosarcoma following breast-conserving surgery and radiation: an analysis of 27 cases. /Am J Surg Pathol 2004; 28:78 –788

6. Brenn T, Fletcher CD. Radiation-associated cutaneous atypical vascular lesions and angiosarcoma: clinicopathologic analysis of 42 cases. /Am J Surg Pathol 2005; 29:983–996

7. Buehler D., Rice S.R., Moody J.S. Angiosarcoma outcomes and prognostic factors: a 25-year single institution experience/Am. J. Clin. Oncol. 2014;37(5):473–479

8. Brenn T, Fletcher CD. Postradiation vascular proliferations: an increasing problem. /Histopathology 2006;48:106–114

МРТ С ГАДОКСЕТОВОЙ КИСЛОТОЙ ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ МЕЛАНОМЫ ГЛАЗА В ПЕЧЕНИ

Фесюн О.А., Денисова Л.Б., Гришина Е.Е.

ГБУЗ Московский областной научно-исследовательский и клинический институт им. М.Ф. Владимирского («МОНИКИ»), Москва.

Введение. Увеальная меланома (УМ) - наиболее частая первичная злокачественная опухоль глаза. У примерно 40% пациентов с УМ развиваются метастазы в печень в течение 10 лет после первоначального диагноза. По данным зарубежных статей, существует корреляция между воздействием ультрафиолетового излучения не только с меланомой кожи, но и увеальной меланомой. [1] Несмотря на то, что часто мутирующие гены меланомы кожи (например, BRAF) отличаются от генов увеальной меланомы (например, GNAQ, GNA11), их мутации имеют сильное сходство. [2]

Цель. Выявление ранних метастазов в печень у пациентов с УМ с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ), усиленной гадоксетовой кислотой, контрастным веществом, специфичным для гепатоцитов.

Материалы и методы. Мы последовательно включили всех пациентов с УМ (n = 29, 15 мужчин и 14 женщин; возраст 28–83 года), госпитализированных в Московский областной научно-исследовательский клинический институт в период с декабря 2019 г. по ноябрь 2020 г. Эти пациенты ранее подвергались хирургическому лечению. пораженный глаз (энуклеация). Все диагнозы подтверждены гистологически. Обследование печени проводилось с помощью мультипараметрической МРТ с в/в введением гадоксетовой кислоты на 3Т сканере Philips «Achieva 3.0T» для каждого пациента с УМ по стандартному протоколу: SURVEY, T2W_TSE cor (толщина среза 5-6 мм), T2W_TSE tra, mDIXON-All_BH (толщина 3 мм), DWI_3b_RT tra (толщина 4-5 мм), e-THRIVE_dyn tra BH (толщина 3 мм), 2D_BOLUSTRAK BT, e-THRIVE_dyn tra BH (sl. толщина 3 мм), e-THRIVE_dyn tra BH (толщина 3 мм), e-THRIVE_dyn tra BH (толщина 3 мм), THRIVE_SPAIR tra (толщина 3 мм) (3 '), e -THRIVE_Cor 3D cor (толщина 3 мм), s4SSh_SPAIR (толщина среза 4 мм), T2W_SPAIR (толщина среза 4 мм), THRIVE_SPAIR tra (sl.th 3 мм) (10 '), THRIVE_SPAIR tra (sl.th 3 мм) (15 футов), THRIVE_SPAIR tra (ширина 3 мм) (20 футов). Динамическое контрастное усиление проводилось с помощью гадоксетовой кислоты (Primovist®) 0,25 ммоль / мл, вводимой в дозе 10 мл. Скорость введение составляла 2 мл / сек.

Результаты. Метастазы УМ в печень выявлены у шести пациентов. Метастазы были обнаружены в других медицинских учреждениях до нашего МРТ у двух пациентов. Наше исследование позволило уточнить количество метастазов и их стадию, а также определить дальнейшее лечение: исключить возможность местного распространения метастазов в печени и оценить динамику роста с помощью системного противоопухолевого лечения. Метастазы впервые обнаружены у двух пациентов. У этих

пациентов были следующие жалобы: боли, чувство тяжести в правом подреберье, горечь во рту, отсутствие аппетита. У одного пациента с метастазами УМ не было симптомов. Его метастазы на УЗИ брюшной полости не были обнаружены; однако биохимический анализ крови выявил повышенный уровень трансаминаз. У всех шести пациентов были диагностированы множественные метастазы. Согласно обзору литературы, иммунотерапия дает многообещающие результаты в лечении метастазов УМ [25].

Вывод. МРТ с контрастным усилением гадоксетовой кислотой - эффективный метод раннего обнаружения метастазов увеальной меланомы. Мы ожидаем, что результаты нашего МРТ-сканирования позволят обеспечить раннее лечение пациентов с увеальной меланомой.

Список литературы.

1. Shah, C. P., Weis, E., Lajous, M., Shields, J. A. & Shields, C. L. Intermittent and chronic ultraviolet light exposure and uveal melanoma: a meta-analysis./ Ophthalmology 112, 1599–1607 (2005).

2. Peter A. Johansson, Kelly Brooks, Nicholas K. Hayward. Whole genome landscapes of uveal melanoma show an ultraviolet radiation signature in iris tumours /Nature Communications vol.11, Article number: 2408 (2020)

3. Justin D. Mallet Sébastien P. Gendron Marie et al. Implication of ultraviolet light in the etiology of uveal melanoma: A review.