

ISSN 2224-6150

www.medconfer.com



**БЮЛЛЕТЕНЬ
МЕДИЦИНСКИХ
ИНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦИЙ**
Bulletin of Medical Internet Conferences

2019 Том 9 Выпуск 2
2019 Volume 9 Issue 2

Бюллетень медицинских Интернет-конференций

ISSN 2224-6150

2019. Том 9. Выпуск 2 (Февраль)

Учредитель журнала – Общество с ограниченной ответственностью
«Наука и Инновации» (Россия, Саратов)

Главный редактор

В.М. Попков, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Зам. главного редактора

А.Р. Киселев, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

А.С. Федонников, канд. мед. наук (Россия, Саратов)

Ответственный секретарь

Ю.В. Попова, канд. мед. наук (Россия, Саратов)

Редакционный совет

В.Ф. Киричук, засл. деятель науки РФ, профессор, докт. мед. наук
(Россия, Саратов)

А.И. Кодочигова, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

А.П. Ребров, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Ю.В. Черненко, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Ю.Г. Шапкин, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Редакционная коллегия

Е.А. Анисимова, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Г.А. Афанасьева, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Н.В. Булкина, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

В.И. Гриднев, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

И.В. Нейфельд, канд. мед. наук (Россия, Саратов)

О.М. Посненкова, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

С.Н. Потахин, канд. мед. наук (Россия, Саратов)

И.Е. Рогожина, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Д.Е. Суетенков, доцент, канд. мед. наук (Россия, Саратов)

В.А. Шварц, канд. мед. наук (Россия, Москва)

Руководитель Интернет-проекта

И.М. Калмыков (Россия, Саратов)

Технический редактор

А.Н. Леванов (Россия, Саратов)

Адрес редакции:

410004, г. Саратов, а/я 4440.

E-mail: info@medconfer.com

Электронная версия журнала – на сайте www.medconfer.com

Общественное рецензирование публикуемых материалов
осуществляется на сайте www.medconfer.com.

Материалы публикуются в авторской редакции.

Сведения обо всех авторах находятся в редакции.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2019

Bulletin of Medical Internet Conferences

ISSN 2224-6150

2019. Volume 9. Issue 2 (February)

Publisher – Limited Liability Company "Science and Innovation" (Saratov,
Russia)

Editor-in-Chief

V.M. Popkov, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Deputy Chief Editor

A.R. Kiselev, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

A.S. Fedonnikov, PhD, MD (Saratov, Russia)

Executive Secretary

Yu.V. Popova, PhD, MD (Saratov, Russia)

Drafting Committee

V.F. Kirichuk, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

A.I. Kodochigova, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

A.P. Rebrov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Y.V. Chernenkov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Yu.I. Shapkin, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Editorial Board

E.A. Anisimova, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

G.A. Afanasyeva, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

N.V. Bulkina, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

V.I. Gridnev, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

I.V. Neyfeld, PhD, MD (Saratov, Russia),

O.M. Posnenkova, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

S.N. Potakhin, PhD, MD (Saratov, Russia)

I.E. Rogojina, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

D.E. Suetenkov, PhD, MD (Saratov, Russia)

V.A. Schvartz, PhD, MD (Moscow, Russia)

Head of the Internet Project

I.M. Kalmikov (Saratov, Russia)

Technical Editor

A.N. Levanov, MD (Saratov, Russia)

E-mail: info@medconfer.com

URL: www.medconfer.com

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2019

**VII Всероссийская неделя науки с международным участием
«Week of Russian science – 2018» (WeRuS-2018)
посвященная «Всемирному дню здоровья»
(материалы: часть 9)**

**79-я студенческая межрегиональная научно-практическая конференция
«Молодые ученые — здравоохранению»**

Организаторы:

- ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,
- Общество молодых учёных и студентов Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского,
- Проект «Медицинские конференции On-line»

Дата проведения очной сессии: 3-6 апреля 2018 года

Подробная информация о мероприятии на сайте: <https://medconfer.com/Rusmedsci-2018-about>

Социально-экономические проблемы здравоохранения и фармации	61
<i>Журавлева А.С.</i> Осведомленность главных медицинских сестер о Программе развития сестринского дела	61
<i>Елизарова Ю.А.</i> Маркетинговое исследование фармацевтического производства компании «Байер»	62
<i>Тухбатуллина И.И.</i> Маркетинговое исследование рынка противогрибковых лекарственных препаратов	63
Фармакогнозия и ботаника	64
<i>Гущина А.Л.</i> Фармакогностический анализ лекарственного растительного сырья Солодки голой	64
<i>Филатова К.А.</i> Сравнительный фитохимический анализ диплоидных и тетраплоидных форм кукурузы обыкновенной и её антоциановой формы	65
<i>Колпакова М.А.</i> Химико-фармакогностическая характеристика сырья тысячелистника обыкновенного	66
<i>Осяева А.И.</i> Сравнительный фармакогностический анализ грудного сбора №2 различных фирм производителей	67
<i>Чемарев А.П.</i> Сравнительный фармакогностический анализ цветков бессмертника песчаного (flores Helichrysi agenarii) разных фирм-производителей	68
<i>Василенко М.В.</i> Сравнительный фармакогностический анализ противогеморроидального сбора различных фирм производителей	69
<i>Погорелова А.С.</i> Химико-фармакогностический анализ сырья травы душицы и исследование его биологической активности	70
<i>Афендульева О.С.</i> Диагностические особенности близких видов семейства Губоцветные: мелиссы лекарственной (Melissa officinalis L.) и котовника кошачьего (Nepeta cataria L.)	71
<i>Гаджикурбанова Г.К.</i> Определение качества и антигельминтной активности цветков пижмы обыкновенной (flores Tanaceti vulgare)	72
<i>Слепенкова Е.А.</i> Адаптогены и антидепрессанты растительного происхождения	73
<i>Капризова М.В.</i> Drosophila melanogaster – модельный объект для исследования генетической безопасности лекарственных препаратов	74
<i>Болдырева А.Ю.</i> Фармакогностический анализ сырья подорожника большого	75
Фармакология и клиническая фармакология	76
<i>Растегаева А.А.</i> Оценка фармакотерапии энцефалопатии в педиатрии	76
<i>Следин Д.Е., Титев О.Н.</i> Клинический случай лекарственного поражения печени, спровоцированный кордароном	77
Фармацевтическая химия и фармацевтические технологии	79
<i>Калашникова Е.К.</i> Оценка возможности экстракционных систем на основе неионных ПАВ для определения синтетического пищевого красителя хинолинового желтого	79
<i>Колесниченко Н.А.</i> Применение люминесцентного анализа для определения азорубина	80
<i>Рязанова А.П.</i> Флуориметрическое определение фолиевой кислоты в лекарственных препаратах	81
<i>Костенко А.Н.</i> Применение производной спектрофотометрии в анализе лекарственных препаратов	82
<i>Миронова Ю.И.</i> Дифференцированный подход к выбору кальциевых препаратов	83
<i>Дьяченко В.П.</i> Применение мицеллярной экстракции для определения синтетических красителей в лекарственных препаратах	84
<i>Руднева Н.И.</i> Сравнительный анализ методов экстракции флавоноидов травы леспедецы двухцветной	85
<i>Давыденко Т.О.</i> Технология изготовления лечебно-косметических масок	86
<i>Андреева Е.А.</i> Определение тетрациклина в лекарственных препаратах	87
<i>Васина А.С.</i> Разработка технологии лечебно-косметических растворов	88
<i>Малюшенко И.В.</i> Сравнительный анализ фторсодержащих зубных паст	89

<i>Михалёва Е.М.</i> Абразивность как характеристика отбеливающих зубных паст	90
Урология и андрология	91
<i>Понукалин А.Н., Стативко А.В., Мейланов Ш.Н.</i> Опыт лечения пузырно-влагалищных свищей в клинике урологии СГМУ	91
<i>Крылова О.В.</i> Травматические повреждения почек	92
<i>Викторова Е.А.</i> Урологические повреждения после лучевой терапии заболеваний органов малого таза	93
<i>Пахомкина А.А.</i> Гидронефроз у женщин с опухолями малого таза	94
<i>Захарцов А.В.</i> Изучение уровней тестостерона у больных с опухолями предстательной железы	95
<i>Андреев Д.А., Куприйчук А.В., Филоненко Е.В.</i> Значение компьютерной томографии в определении химического состава конкрементов мочевыводящих путей in vivo	96
Фтизиопульмонология	97
<i>Грицкова И.А., Мехтиханова С.В.</i> Некоторые особенности туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов с МЛУ	97
<i>Толстых А.О.</i> ВИЧ-ассоциированный туберкулёз: современные проблемы	98
<i>Белоножко А.Н.</i> Портрет больного туберкулезом легких с сопутствующим сахарным диабетом	99
Хирургические дисциплины	100
<i>Букушкина В.А., Спиридонова А.А.</i> Тромбоцитарная реакция при остром панкреатите	100
<i>Черемисина А.С., Головащенко А.С.</i> Сравнительная оценка современных биодegradируемых раневых покрытий в клинике термических поражений	101
<i>Головащенко А.С., Черемисина А.С.</i> Особенности течения и лечения термической травмы у детей, поступивших в ГУЗ "ОКЦК"	102
<i>Матвеев Н.В., Горохов С.В.</i> Бурденко Николай Нилович – вклад в развитие отечественной хирургии	103
<i>Галаева А.А., Горохов С.В.</i> К 140-летию со дня рождения Сергея Романовича Миротворцева	105
<i>Сытова Е.А.</i> Результаты лечения пациентов с варикозным расширением вен пищевода	107
<i>Лебедева О.Д., Козлов В.В., Лосев Р.З., Хмара М.Б., Гнилосыр П.А.</i> Выбор метода пластики при грыжах различной локализации	108
<i>Лосев Р.З., Хмара М.Б., Горохов С.В., Козлов В.В., Гнилосыр П.А., Денишев Р.Р., Багдян А.К.</i> К 100-летию со дня рождения Г.Н. Захаровой: очерки биографии и вклад в медицинскую науку Саратова	111
<i>Аванесян Г.А., Магомедов Н.А., Магомедов А.М., Мусаелян А.Г., Демичкий А.А., Мартиросян А.А., Алипов А.И., Саргсян А.К., Багдян А.К.</i> Экспериментальное обоснование моделирования асептического и гнойного абсцессов брюшной полости	113
<i>Жолнерчик А.Я.</i> Критерии отбора больных для ранней хирургической профилактики повторного ишемического инсульта	116
<i>Широкова И.А., Козлов В.В., Гнилосыр П.А., Хмара М.Б., Самарина Д.В.</i> Холецистопанкреатиты у беременных	117
<i>Козлов В.В., Гнилосыр П.А., Хмара М.Б., Горфинкель И.В., Панютин К.С., Багдян А.К., Агапов Г.Г.</i> Особенности оперативного лечения у больных, перенесших плотный аппендикулярный инфильтрат	120
<i>Гнилосыр П.А., Козлов В.В., Хмара М.Б., Панютин К.С., Агапов Г.Г., Багдян А.К., Денишев Р.Р., Аванесян Г.А.</i> Анализ эффективности эндоскопической экстракции конкремента из общего желчного протока	123
<i>Абдурахманов А.К., Евтеева А.А., Беликов А.В.</i> Абдоминальный туберкулез под маской острого аппендицита	125
<i>Прохорова Я.К.</i> Особенности психологического состояния больных раком лёгкого в процессе полихимиотерапии	127
<i>Пойманова Ю.М.</i> Хирургическое лечение синдрома диабетической стопы	128

Социально-экономические проблемы здравоохранения и фармации

ID: 2019-02-231-T-18117

Тезис

Журавлева А.С.

Осведомленность главных медицинских сестер о Программе развития сестринского дела

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Эффективность проводимых мероприятий, направленных на достижение запланированных результатов, непосредственно связана с объемом и качеством предоставляемой информации, ее своевременностью и целенаправленностью.

Цель исследования: изучение информированности руководителей средним мед.персоналом о содержании и результатах реализации Программы развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010-2020 годы (далее Программа).

Материал и методы. В опросе приняли участие 83 главных медсестры Саратовской области. Все опрошенные - женщины. Средний возраст – 45,6±0,793 лет. Высшее сестринское образование имеют 37,3% респондентов, 33,7% - среднее специальное, 28,9% - среднее специальное повышенного уровня. Общий медицинский стаж в среднем составил 25,2±0,858 лет. Имеют квалификационную категорию 90,3% опрошенных (высшую - 78,3%, первую – 6,0%, вторую – 6,0%).

Результаты. Последнюю информацию о реализации основных направлениях Программы имеют только 43,4% опрошенных. Остальные респонденты характеризуют свою осведомленность как «имею представление в общих чертах». Основным источником информации о Программе для 81,9% респондентов выступает Интернет, а также представители органов управления здравоохранения (44,6%) и средства массовой информации (41,0%).

Основной целью реализации Программы, респонденты считают: оптимизацию работы персонала среднего звена – 81,9%, улучшение условий работы среднего мед.персонала – 51,8%, повышение безопасности и качества медицинской помощи – 50,6%. Наиболее важными направлениями Программы респонденты отмечают: повышение престижа профессии среднего мед.работника (67,5%), повышение качества и доступности сестринской помощи (59,0%), оптимизация условий труда и социальной защищенности сестринского персонала (56,6%), развитие кадрового потенциала специалистов сестринского дела (54,2%). Отметить результаты реализации Программы могут только 41,0% опрошенных.

Большинство респондентов (49,4%) испытывают частичную удовлетворенность имеющейся информацией о содержании Программы (полностью удовлетворены – 36,1%, не удовлетворены – 12,0%).

На основании полученных данных можно утверждать о недостаточном объеме информации о Программе у главных медицинских сестер – непосредственных руководителей сестринским персоналом, а также участников процесса реформирования сестринского дела.

Ключевые слова: средний медицинский персонал, реформирование сестринского дела

ID: 2019-02-4017-T-18530

Тезис

Елизарова Ю.А.

Маркетинговое исследование фармацевтического производства компании «Байер»*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра экономики и управления здравоохранением и фармацевцией**Научный руководитель: асс. Смолина В.А.*

Компания «Bayer» многопрофильная компания производящая рецептурные и безрецептурные ЛП; занимает лидирующую позицию по объёму продаж иностранных фармацевтических компаний в РФ в 2018 году, по данным DSM Group.

Цель: проведение маркетингового исследования фармацевтического производства компании «Bayer».

Материал и методы. Исследование проводилось методом анкетирования среди 72 человек. 79,2% опрошенных составили женщины и 20,8% - мужчины. В анкетировании участвовали люди разных возрастов от 18 до 65 лет, средний возраст $28,93 \pm 1,40$ лет. Позиционирование компании «Bayer» проводилось по стандартной методике в сравнении с фирмами-конкурентами («Novartis», «Sanofi», «Takeda»), которые входят в ТОП-5 производителей по объёму продаж в РФ за 2017 год, а также имеют широкий ассортимент продукции. Факторами позиционирования были выбраны: эффективность препаратов, широта ассортимента, цена, дизайн упаковок, акции на препараты, реклама, репутация компании.

Результаты. В качестве основного источника информации о компании «Bayer» потребители указали СМИ (68,1 %) и Интернет-ресурсы (43,5%). Большинство из опрошенных (93,2%) хорошо знакомы с ассортиментом компании «Bayer», самыми популярными препаратами для респондентов являются Бепантен (63,9%), Ренни (75%), Супрадин (73,6%), Терафлекс (66,7%), Аспирин Кардио (68,1%).

По всем факторам позиционирования потребители присвоили компании «Bayer» первое место, со значительным отрывом выделив такие факторы, как репутация производителя, реклама в СМИ и эффективность препаратов. Респонденты отметили, что цены на препараты завышены у всех производителей, но ЛП фирмы «Bayer», по мнению респондентов, доступнее, чем у конкурентов. Сводный параметрический индекс (Pi) компании «Bayer» выше, чем у конкурентов и составляет 2,40. Ранжированный ряд составлен в следующем порядке: «Bayer» (Pi 2,40) – «Sanofi» (Pi 2,04) – «Novartis» (Pi 2,04) – «Takeda» (Pi 2,00).

Вывод. По основным факторам позиционирования компания «Bayer» занимает лидирующую позицию на рынке среди фирм-конкурентов («Novartis», «Sanofi», «Takeda»). Широкий ассортимент препаратов компании «Bayer» и активная реклама в СМИ позволяют охватить максимальный круг лояльных потребителей.

Ключевые слова: позиционирование, компания «Bayer»

ID: 2019-02-231-T-18588

Тезис

Тухбатуллина И.И.

Маркетинговое исследование рынка противогрибковых лекарственных препаратов

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра экономики и управления здравоохранением и фармацией

Научный руководитель: ас. Смолина В.А.

На сегодняшний день необходимость в применении противогрибковых препаратов существенно возросла. Это связано с частым использованием мощных антибиотиков широкого спектра действия, их неправильного применения, иногда нецелесообразного и неоправданного. А также с ростом числа пациентов с различными нарушениями иммунной системы и с увеличением распространенности тяжелых форм системных микозов.

Цель работы: проведение позиционирования противогрибковых препаратов (ПГП) на рынке.

Материал и методы: анкетный опрос с использованием авторской анкеты (60 человек). ПГП принимали 82% опрошенных, они были включены в группу «потребителей ПГП», мнение которых учитывалось при позиционировании. В структуре потребителей 45% составили мужчины, 55% – женщины, средний возраст 35,5±1,5 лет. Позиционирование ПГП проводилось по критериям эффективности, стоимости, популярности, побочным действиям, простоте применения, удобства лекарственной формы и упаковки (оценка по трехбалльной шкале). Для проведения исследования были выбраны наиболее популярные противогрибковые препараты, применяемые при дерматомикозах («Экзодерил», «Тербикс», «Кандид», «Низорал»).

Результаты. Чаще ПГП принимают респонденты в возрасте 39-54 лет (39%), что может быть связано с частыми острыми и хроническими инфекциями, не рациональным использованием антибиотиков. Так, с целью лечения грибковых заболеваний ПГП используют 68% респондентов. По итогам позиционирования самый высокий рейтинг продемонстрировал ПГП «Экзодерил» (Сводный параметрический индекс составил 2,59), что можно объяснить высокой эффективностью, малым проявлением побочных эффектов. Рейтинг других ПГП («Тербикс», «Кандид» и «Низорал») оказался значительно ниже (2,06, 2,03 и 2,21 соответственно), что свидетельствует о наличии как достоинств, так и недостатков. Самым низким рейтингом обладает препарат «Кандид» (2,03), что объясняется низкой степенью эффективности.

Выводы. При выборе ПГП потребитель ориентируется на высокую эффективность и отсутствие побочных эффектов. Первое место занимает ПГП «Экзодерил», по мнению респондентов, он обладает наибольшей эффективностью и малым проявлением побочных эффектов, на втором месте - «Низорал», который незначительно уступает практически по всем факторам позиционирования. «Тербикс» и «Кандид» занимают третье и четвертое места соответственно, но имеют небольшое преимущество над остальными препаратами по фактору «Цена».

Ключевые слова: противогрибковые препараты, позиционирование

Фармакогнозия и ботаника

ID: 2019-02-4353-T-17974

Тезис

Гущина А.Л.

Фармакогностический анализ лекарственного растительного сырья Солодки голой

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей биологии, фармакогнозии и ботаники, кафедра патологической анатомии

Научный руководитель: д.б.н. Полуконова Н.В.

Солодка голая – многолетнее травянистое растение с мощно развитой подземной частью. Препараты солодки обладают многосторонней биологической активностью. Солодковый корень широко применяют при заболеваниях верхних дыхательных путей и легких как отхаркивающее, смягчающее и противовоспалительное средство. Механизм противовоспалительного действия солодки связан со стимулирующим влиянием глицирризиновой кислоты на кору надпочечников. Именно это фармакологическое свойство считается наиболее важным. С глицирризином и пенообразующими веществами корня солодки – сапонины – связывают повышение секреторной функции эпителия дыхательных путей, чем объясняется отхаркивающее действие сырья. Спазмолитический эффект обусловлен наличием в сырье флавоноидных соединений.

Преимуществом галеновых форм корня Солодки перед индивидуальными веществами является сочетание глицирризиновой кислоты, действующей противовоспалительно, ликвиритозида, обладающего спазмолитическими свойствами, ликуразида, дающего противовоспалительный и бронхолитический эффект, и сапонинов, разжижающих секрет бронхов (Тихонов В.Н., Калинин Г.И. Лекарственные растения, сырьё и фитопрепараты / Учебное пособие).

Цель работы: провести фармакогностический анализ лекарственного сырья Солодки голой двух фирм-производителей АО «КрасногорскЛекСредства» и ЗАО «Иван – Чай».

Материал и методы. В работе использовано сырьё, приобретенное в аптечной сети. Сырьё анализировали стандартными фармакогностическими методами: макро-и микроскопическим анализом (ГФ XIII, ФС 2.5.0040.15 «Солодки корни»), товароведческим анализом, а также с помощью качественных реакций (на полисахариды, дубильные вещества, сапонины, флавоноиды).

Результаты. В ходе проведенного макроскопического анализа было установлено, что состав и внешний вид сырья фирм АО «КрасногорскЛекСредства» и ЗАО «Иван – Чай» соответствует заявленному.

При микроскопическом анализе обнаружены лубяные волокна с кристаллоносной обкладкой, округлые клетки паренхимы, паренхимные клетки коры с призматическими кристаллами оксалата кальция.

В результате фитохимического анализа сырья были обнаружены: сапонины, полисахариды, дубильные вещества, флавоноиды.

На основе товароведческого анализа сырья Солодки голой можно сделать вывод о соответствии упаковки и маркировки требованиям ГФ XI издания.

Лекарственное сырьё Солодки голой фирм-производителей АО «КрасногорскЛекСредства» и ЗАО «Иван – Чай» соответствует требованиям НД.

Ключевые слова: солодка, сырьё, корни

ID: 2019-02-4353-T-18086

Тезис

Филатова К.А.

Сравнительный фитохимический анализ диплоидных и тетраплоидных форм кукурузы обыкновенной и её антоциановой формы

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей биологии, фармакогнозии и ботаники

Научный руководитель: д.б.н. Полуконова Н.В.

Кукуруза обыкновенная (*Zea mays L.*) – растение семейства злаковые; традиционно служит одним из источников биологически активных веществ (БАВ) растительного происхождения. В официальной медицине используют столбики с рыльцами кукурузы, в состав которых входит целый комплекс биологически активных веществ (флавоноиды, гидроксикоричные кислоты, сапонины, фитостерины и др.).

Антоциановая (диплоидная) форма кукурузы *Zea mays L.* линии Пурпурная Саратовская, обладает доминантными генами маркера «коричневый Саратовский», была получена для создания красного красителя для пищевой и фармацевтической промышленности. Все части растения за исключением тычиночных цветков окрашены в интенсивно – фиолетовый цвет (Купчак и др., 1995; Купчак, 1998).

Цель работы: провести сравнительный фитохимический анализ диплоидных и тетраплоидных форм кукурузы обыкновенной и её антоциановых форм.

Материал и методы. В качестве объектов исследования использовались кроющие листья початков кукурузы всех исследованных форм, предоставленных кафедрой генетики СГУ им. Н.Г. Чернышевского.

Сырье анализировали стандартными фармакогностическими методами.

Были проведены качественные реакции на: флавоноиды (реакция со щелочью: к 1 мл извлечения добавляют 2 капли 10%-го спиртового раствора натрия гидроксида); (реакция с железа (III) хлоридом: к 1 мл извлечения прибавляют 3 капли 1 %-го спиртового раствора железа хлорида); сапонины (реакция пенообразования с NaOH.); аскорбиновую кислоту (йодная проба. В 2 пробирки (опыт и контроль) наливают по 10 капель дистиллированной воды и 2 капли раствора Люголя: в опытную пробирку прибавляют 5-10 капель водного извлечения, в контрольную – столько же дистиллированной воды.).

Результаты. Качественные реакции на флавоноиды. Реакция со щелочью. Все четыре извлечения дают положительную реакцию на флавоноиды. Реакция с железа (III) хлоридом. Образуется темно-зеленая окраска у антоциановых форм и желтая окраска у диплоидной и тетраплоидной форм кукурузы обыкновенной, что также свидетельствует о наличии флавоноидов.

Качественные реакции на сапонины. В результате было выявлено, что только извлечение тетраплоидной антоциановой кукурузы дает положительную реакцию на сапонины.

Качественные реакции на аскорбиновую кислоту. Реакция с раствором Люголя отрицательная во всех извлечениях, что свидетельствует об отсутствии в сырье аскорбиновой кислоты.

Ключевые слова: кукуруза антоциановая, фитохимический анализ

ID: 2019-02-4017-T-18098

Тезис

Колпакова М.А.

Химико-фармакогностическая характеристика сырья тысячелистника обыкновенного
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей биологии, фармакогнозии и ботаники*Научный руководитель: к.фарм.н. Романтеева Ю.В.*

Цель исследования: провести химико-фармакогностический анализ лекарственного растительного сырья тысячелистника обыкновенного.

Материал и методы. Материалом послужили трава тысячелистника обыкновенного собранная в 2017 году в г. Камышин, Волгоградская область, а также сырье четырёх фирм производителей ПКФ «Фитофарм» ООО; ООО «Фарм-продукт»; ОАО «Красногорсклексредства» и ЗАО «Иван-Чай».

Оценивали внешние, микроскопические признаки исследуемых образцов, был проведен фитохимический анализ.

Трава тысячелистника обыкновенного является лекарственным растительным сырьем и входит в Государственный реестр лекарственных средств, в качестве кровоостанавливающего и противовоспалительного средства. Основное фармакологическое действие тысячелистника обыкновенного обусловлено содержанием флавоноидов.

Результаты. В ходе проведенного макроскопического анализа было установлено, что сырье тысячелистника обыкновенного соответствуют требованиям нормативной документации.

На основе проведенного микроскопического анализа обнаружены диагностические признаки листьев тысячелистника обыкновенного: клетки эпидермиса, несколько вытянутые по длине дольки листа, с извилистыми стенками и складчатой кутикулой; многочисленные железистые волоски и эфиромасличные железки.

В ходе проведенных фитохимических реакций в сырье тысячелистника обыкновенного были обнаружены эфирные масла, флавоноиды, дубильные вещества.

Товароведческий анализ заявленных образцов подтвердил соответствие упаковки и маркировки требованиям ГФ XIII издания.

Выводы. Химико-фармакогностический анализ исследуемых образцов показал их соответствие требованиям действующей нормативной документации.

Ключевые слова: тысячелистник обыкновенный

ID: 2019-02-4017-T-18235

Тезис

Осяева А.И.

Сравнительный фармакогностический анализ грудного сбора №2 различных фирм производителей

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей биологии, фармакогнозии и ботаники

Научный руководитель: д.б.н. Березуцкий М.А.

Актуальность. В настоящее время лекарственные растительные средства широко применяются при лечении заболеваний верхних дыхательных путей. Грудные сборы - это отличные препараты, которые становятся дополнительными средствами в лечении затяжных и тяжелых болезней, сопровождающихся кашлем, а также профилактическими, когда проводится лечение остаточных явлений.

Цель исследования: провести сравнительное фармакогностическое исследование лекарственного растительного сырья грудного сбора №2 различных фирм производителей.

Материал и методы. Для анализа использовали грудной сбор №2 производителей ЗАО Фирма «Здоровье» и ООО «Лек С+» (измельченные листья мать-и-мачехи, измельченные листья подорожника большого, измельченные корни солодки голой).

Результаты. В ходе проведения макроскопического анализа в сборе фирмы ООО «Лек С+» были обнаружены примеси (раковина брюхоного моллюска, мелкие камешки).

В результате микроскопического анализа были обнаружены диагностические признаки: листьев подорожника большого (на верхней стороне листовой пластинки многоугольные клетки эпидермиса с прямыми боковыми стенками, клетки нижнего эпидермиса со слабоизвилистыми стенками, устьица на обеих сторонах листа аномоцитного типа, округлые, окружены 3 – 4 клетками эпидермиса, встречаются простые и головчатые волоски), листьев мать-и-мачехи (крупные многоугольные с прямыми, утолщенными стенками клетки эпидермиса, простые шнуровидные волоски, нередко переплетённые между собой), устьица крупные, овальные, окруженные 4 – 8 клетками эпидермиса (аномоцитный тип), расположены на верхней и нижней стороне листа), корней солодки (фрагменты тонкостенной паренхимы, состоящие из округлых или округло-многоугольных клеток, часто с группами призматических кристаллов оксалата кальция). Состав сборов фирм ЗАО «Здоровье» и ООО «Лек С+» соответствует заявленному.

Фитохимический анализ настоев ЛРС сборов ЗАО «Здоровье» и ООО «Лек С+» подтвердил наличие полисахаридов, тритерпеновых сапонинов.

По показателям «Упаковка», «Маркировка» продукции обеих фирм соответствуют требованиям нормативной документации.

Ключевые слова: грудной сбор

ID: 2019-02-4017-T-18238

Тезис

Чемарев А.П.

Сравнительный фармакогностический анализ цветков бессмертника песчаного (*flores Helichrysi arenarii*) разных фирм-производителей

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей биологии, фармакогнозии и ботаники

Научный руководитель: д.б.н. Дурнова Н.А.

Лекарственные препараты (ЛП) на основе бессмертника песчаного (*Helichrysum arenarium* (L.) Moench.) используют, главным образом, при заболеваниях желчного пузыря, желчных путей и печени. В настоящее время участились случаи поступления в торговую сеть недоброкачественных или фальсифицированных ЛП, в том числе и лекарственного растительного сырья (ЛРС). Для установления подлинности и доброкачественности ЛРС проводят фармакогностический анализ.

Цель работы: сравнительный фармакогностический анализ ЛРС бессмертника песчаного (*flores Helichrysiarenarii*), приобретенного в аптечной сети г. Саратова.

Материал и методы. В работе использовано сырье трех фирм-производителей: ОАО «КрасногорскЛекСредства», ООО «фирма КИМА» и ООО «МК» «Народная медицина», которое анализировали стандартными фармакогностическими методами.

Результаты. В ходе проведенного макроскопического анализа было установлено, что состав и внешний вид сырья всех трех фирм соответствует требованиям ФС.2.5.0007.15. При микроскопическом анализе были обнаружены характерные для сырья диагностические признаки, что подтвердило подлинность сырья. В результате фитохимического анализа сырья были обнаружены флавоноиды, полисахариды и дубильные вещества. Влажность ЛРС всех трех фирм не превышает 12%, что соответствует требованиям ФС.2.5.0007.15.

В ходе проведения товароведческого анализа сырья было установлено, что ЛРС фирмы ОАО «КрасногорскЛекСредства» зарегистрировано как ЛП, а сырье фирм ООО «МК» «Народная медицина» и ООО «фирма КИМА» – как биологически активная добавка (БАД). Требования, предъявляемые к упаковке и маркировке ЛП и БАД, различны. Упаковка и маркировка сырья фирм ОАО «КрасногорскЛекСредства» и ООО «МК» «Народная медицина» полностью соответствуют требованиям соответствующей нормативной документации. Однако при анализе маркировки на упаковке сырья фирмы ООО «фирма КИМА» были обнаружены нарушения: отсутствует указание, что БАД не является лекарством, и отсутствует информация о государственной регистрации БАД.

Ключевые слова: бессмертник песчаный, фармакогностический анализ

ID: 2019-02-4017-T-18239

Тезис

Василенко М.В.

Сравнительный фармакогностический анализ противогеморроидального сбора различных фирм производителей

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей биологии, фармакогнозии и ботаники

Научный руководитель: д.б.н. Березуцкий М.А.

Актуальность. Геморрой на сегодняшний день стал одной из наиболее часто встречающихся проблем у взрослого населения и занимает одно из лидирующих мест среди заболеваний прямой кишки. Для эффективного лечения геморроя рекомендуется совмещать прием медицинских препаратов с использованием методов народной медицины – прием отваров, настоев.

Цель исследования: провести сравнительное фармакогностическое исследование ЛРС противогеморроидального сбора различных фирм производителей.

Материал и методы. Для анализа использовали противогеморроидальный сбор производителей ОАО «Красногорлексредства» и ООО «Фарм-продукт» (измельченное сырье листьев сенны, травы тысячелистника, корней солодки, коры крушины, плодов кориандра).

Результаты. На основании макроскопического анализа было установлено, что макроскопических неорганических и органических примесей не обнаружено.

В результате микроскопического анализа были обнаружены диагностические признаки: листьев сенны (многоугольные прямостенные клетки; устьица парацитного и аномоцитного типа; волоски простые; вдоль жилок видна кристаллоносная обкладка; друзы оксалата кальция), травы тысячелистника (видны клетки эпидермиса с извилистыми стенками и складчатой кутикулой; устьица аномоцитного типа; многочисленные простые волоски и эфиромасличные железки), корней солодки (тонкостенная паренхима, состоящая из округлых клеток, часто с группами призматических кристаллов оксалата кальция), плодов кориандра (экзокарпий, состоит из двух слоев овальных клеток; тангентально вытянутые клетки мезокарпия; эндокарпий околоплодника, плотно сросшийся с семенной кожурой; на плоской стороне мерикарпиев – крупные эфирномасличные каналцы; эндосперм семени, состоит из крупных многоугольных толстостенных клеток, заполненных каплями жирного масла и мелкими друзами оксалата кальция), коры крушины (видны фрагменты темно-красной пробковой ткани; группы желтоватых одревесневших лубяных волокон с толстыми стенками, окруженные кристаллоносной обкладкой; друзы и одиночные кристаллы оксалата кальция). На основании микроскопического анализа было установлено, что состав сборов обеих фирм соответствует заявленному.

Фитохимический анализ настоев ЛРС сборов анализируемых фирм подтвердил наличие алкалоидов, флавоноидов и тритерпеновых сапонинов.

По показателям «Упаковка», «Маркировка» продукции обеих фирм соответствуют требованиям нормативной документации.

Ключевые слова: сбор

ID: 2019-02-4017-T-18242

Тезис

Погорелова А.С.

Химико-фармакогностический анализ сырья травы душицы и исследование его биологической активности*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей биологии, фармакогнозии и ботаники**Научный руководитель: д.б.н. Дурнова Н.А.*

Трава душицы как лекарственное сырье имеет большое значение в современной медицинской практике. Особую ценность представляет эфирное масло душицы, которое по эффективности превосходит некоторые антибиотики. Необходимо более подробно изучить антибактериальную активность и возможность использования масла в комбинации с антибиотическими препаратами.

Цель исследования: провести фармакогностический и химический анализ лекарственного растительного сырья травы душицы обыкновенной различных фирм. Исследовать антибактериальную активность эфирного масла в отношении стандартных штаммов микроорганизмов.

Материалом послужили трава душицы обыкновенной, собранная в 2017 году в г. Саратов, в окрестностях Лысой горы, сырье трех фирм производителей: ЗАО «Иван-Чай», ЗАО «Здоровье», «Европлант АО».

В **результате** проведения макроскопического анализа исследуемое сырье имело все характерные внешние признаки, установленные Государственной Фармакопеей XIII издания. Были обнаружены примеси в сырье фирмы ЗАО «Здоровье», содержание которых превышено. Выявлено несоответствие степени измельченности растительного сырья требованиям фармакопейной статьи у двух фирм: ЗАО «Иван-чай» и ЗАО «Здоровье». Сырье фирмы «Европлант АО» соответствует установленным требованиям. Выявленные микроскопические признаки исследуемых образцов соответствуют требованиям фармакопейной статьи. Был проведен фитохимический анализ растительного сырья разных фирм и были обнаружены основные группы веществ. Товароведческий анализ заявленных образцов подтвердил соответствие упаковки и маркировки требованиям ГФ XIII издания.

При проведении микробиологического исследования выявлено, что сырье, собранное вручную и сырье фирмы ЗАО «Иван-чай» обладают выраженной антимикотической и противостафилококковой активностью. Противосинегнойная активность данных масел не установлена. Все образцы эфирного масла, кроме полученного из сырья фирмы ЗАО «Иван-Чай», проявляют эффект в отношении кишечной палочки.

Ключевые слова: душица, фармакогностический анализ, биологическая активность

ID: 2019-02-4017-T-18282

Тезис

Афендульева О.С.

Диагностические особенности близких видов семейства Губоцветные: мелиссы лекарственной (*Melissa officinalis* L.) и котовника кошачьего (*Nepeta cataria* L.)

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей биологии, фармакогнозии и ботаники

Научный руководитель: д.б.н. Дурнова Н.А.

Мелисса лекарственная (*Melissa officinalis* L.) является фармакопейным растением в России и во многих странах мира. Нередко за мелиссу ошибочно принимают котовник кошачий (*Nepeta cataria* L.), который не относится к официальным и считается малоизученным растением. Некоторые исследователи утверждают, что на фоне сложности идентификации мелиссы имеют место неправильные представления относительно ее эффективности, безопасности, побочного действия, противопоказаний.

Целью исследования является выявление диагностических особенностей мелиссы лекарственной и котовника кошачьего, а также определение подлинности ЛРС мелиссы лекарственной разных фирм производителей.

Материал и методы. Материалом послужила высушенная трава котовника кошачьего, ЛРС мелиссы лекарственной производителей ООО Фирма «Здоровье», ЗАО «Иван-Чай», ООО «Фитофарм». Для определения подлинности использовались методики макро- и микроскопического анализа.

Результаты. 1. Выявлены диагностические особенности котовника кошачьего: листовая пластинка треугольно-яйцевидной формы, лист с сердцевидным основанием, трубчатая сильно опушенная чашечка, не разделенная на две губы. Запах ароматный сильный. 2. Выявлены диагностические особенности мелиссы: листовая пластинка яйцевидной формы с клиновидным основанием, чашечка колокольчатая, опушенная, двугубая с плоской верхней губой. Запах сырья слабый, ароматный. 3. Для подтверждения подлинности ЛРС мелиссы исследуемых производителей найдены микроскопические признаки: клетки верхнего и нижнего эпидермиса с извилистыми стенками; устьичные аппараты диацитного типа; поверхность листа покрыта одноклеточными конусовидными волосками; вдоль жилок локализованы железистые волоски. В результате исследования подтверждена подлинность ЛРС мелиссы лекарственной трех исследуемых фирм производителей.

Ключевые слова: мелисса лекарственная, котовник кошачий, подлинность

ID: 2019-02-4017-T-18408

Тезис

Гаджикурбанова Г.К.

**Определение качества и антигельминтной активности
цветков пижмы обыкновенной (flores Tanaceti vulgare)**

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей биологии, фармакогнозии и ботаники

Научный руководитель: д.б.н. Дурнова Н.А.

На территории Российской Федерации сохраняется проблема заболеваемости гельминтозами, например, в 2015 году в РФ зарегистрировано 24,2 случаев на 100 тысяч человек населения (Роспотребнадзор). Лечение гельминтозов подразумевает комплексные меры, и зачастую применяются не только синтетические лекарственные средства, но и лекарственные растительные препараты.

Целью данного исследования является определение качества и эффективности цветков пижмы обыкновенной (FloresTanaceti vulgare), обладающих антигельминтным действием.

Материал и методы. Исследования проводились на представителях семейства почвенных малощетинковых червей из подотряда дождевых – *Dendrobena veneta*. Получен водный экстракт пижмы (100000 мг/л - 100%) и его разведения (75%, 50%, 25%). Также приготовлен водно-спиртовой экстракт, полученный после удаления хлороформной фракции и разбавления полученного экстракта (5, 10, 20 и 50 мг/мл физиологического раствора). В качестве позитивного контроля использовался раствор альбендазола. Как негативный контроль: для водного извлечения – вода очищенная, для водно-спиртового – физиологический раствор. Экспозиция составила 24 часа.

Результаты. Проведённый фармакогностический анализ подтвердил соответствие показателей качества требованиям ГФ XI и XIII издания.

При позитивном контроле летальный исход фиксировался в течение 220 мин. Негативный контроль показал сохранение признаков жизни в течение 24 часов. Вермицидное действие проявили оба экстракта: 100% водный – в течение 225 мин, 75% - 270 мин, 50% - 560 мин, 25% - 600 мин.; в водно-спиртовом экстракте летальный исход *D. veneta* наступал в интервале от 300 до 620 мин. Наиболее эффективным оказался водный экстракт пижмы, что можно объяснить максимальной экстракцией действующих веществ, главным образом танацетина, и танацетона, обладающих терапевтическими свойствами.

Ключевые слова: фармакогнозия, гельминты, анализ, качество, пижма

ID: 2019-02-4017-T-18493

Тезис

Слепенкова Е.А.

Адаптогены и антидепрессанты растительного происхождения

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей биологии, фармакогнозии и ботаники

Научный руководитель: асс. Кузнецова И.А.

Актуальность. В настоящее время депрессивные состояния являются одной из важнейших проблем нашего общества. Особенно данная проблема актуальна сейчас для нашей страны в связи с нестабильным экономическим и политическим положением, неуверенностью людей в завтрашнем дне, а так же увеличением количества стрессовых ситуаций.

Цель исследования: изучить лекарственное растительное сырье и препараты на его основе, применяемые для лечения депрессивных состояний.

Результаты. Выявлено 17 растений, обладающих антидепрессивной активностью, относящиеся к 5-ти различным группам действующих веществ, которые отличаются по механизму антидепрессивного действия. Наибольшее количество растений (41%) содержит вещества, которые относятся к группе флавоноидов, связывающихся с бензодиазепиновыми рецепторами, а также вещества из группы эфирных масел, стимулирующего действия (35%). К группе адаптогенов растительного происхождения относится 29, 5 % растений, применяемых при депрессивных состояниях. В настоящее время планируется изучение адаптогенного действия эулетерококка колючего при стрессовых состояниях.

Ключевые слова: эулетерококк, антидепрессивное действие, адаптогены

ID: 2019-02-4353-T-18500

Тезис

Капризова М.В.

Drosophila melanogaster – модельный объект для исследования генетической безопасности лекарственных препаратов

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей биологии, фармакогнозии и ботаники

Научный руководитель: асс. Курчатова М.Н.

Drosophila melanogaster является модельным объектом в биологии для изучения процессов, происходящих на разных уровнях организации живого, от молекулярного до популяционного. Особый интерес представляет *D. melanogaster* при анализе токсических, мутагенных, протекторных свойств химических веществ и при скрининге лекарственных соединений, поскольку актуальным является использование такого метода исследования, который предоставляет возможность объективно ответить на вопрос о безопасности применения тех или иных лекарственных веществ в отношении генетического материала человека.

Целью работы являлся анализ использования *D. Melanogaster* в качестве тест-системы для установления генетической безопасности лекарственных средств.

D. melanogaster является удобным объектом для исследования лекарственных средств, благодаря подробной изученности генетики данного объекта, биологической универсальности свойств генетического материала человека и дрозофилы, сходством физиологических процессов и общностью путей реализации развития признаков. Кроме того, для дрозофилы характерна быстрая смена поколений, большое количество потомков, сравнительная дешевизна экспериментальной работы. *D. Melanogaster* в качестве модельного объекта была использована для изучения влияния на генетический аппарат цитостатиков антибиотического ряда, алкилирующих агентов, препаратов растительного происхождения, препаратов, применяемых для лечения язвенной болезни желудка, антиоксидантов, растительных экстрактов. Таким образом, *D. Melanogaster* позволяет определить генетическую безопасность широкого спектра лекарственных средств.

Ключевые слова: *Drosophila melanogaster*, генетическая безопасность

ID: 2019-02-4017-T-18604

Тезис

Болдырева А.Ю.

Фармакогностический анализ сырья подорожника большого

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей биологии, фармакогнозии и ботаники

Научный руководитель: к.ф.н. Романтеева Ю.В.

Цель исследования: провести фармакогностический анализ лекарственного растительного сырья подорожника большого.

Материал и методы. Материалом послужили листья подорожника большого, собранные в 2017 году в г. Саратов, а также фирм производителей ПКФ ООО «Фитофарм», ЗАО «Иван-чай» и ОАО «Красногорсклексредства».

Оценивали внешние, микроскопические признаки исследуемых образцов, был проведен фитохимический анализ.

Листья подорожника большого являются лекарственным растительным сырьем, применяются в качестве отхаркивающего, обволакивающего и кровоостанавливающего средства. Основное фармакологическое действие подорожника большого обусловлено содержанием полисахаридов.

Результаты. В ходе проведенного макроскопического анализа было установлено, что сырье подорожника большого соответствует требованиям нормативной документации.

На основе проведенного микроскопического анализа обнаружены диагностические признаки листьев подорожника большого: клетки верхнего и нижнего эпидермиса; устьица имеются на обеих сторонах листа, преимущественно на нижней стороне листа, округлые, окружены 3 - 4 клетками эпидермиса (аномоцитного типа). Волоски простые и головчатые. Простые волоски с расширенным основанием, многоклеточные; головчатые волоски с удлинённой двухклеточной головкой, в местах прикрепления волосков клетки эпидермиса образуют розетку.

В ходе проведенного фитохимического анализа в листьях подорожника большого обнаружены полисахариды.

Товароведческий анализ заявленных образцов подтвердил соответствие упаковки и маркировки требованиям ГФ XIII издания.

Выводы. Фармакогностический анализ исследуемых образцов показал их соответствие требованиям действующей нормативной документации.

Ключевые слова: подорожник большой

Фармакология и клиническая фармакология

ID: 2019-02-213-T-18393

Тезис

Растегаева А.А.

Оценка фармакотерапии энцефалопатии в педиатрии

*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра профпатологии, гематологии и клинической фармакологии**Научные руководители: к.м.н. Белова И.М., к.м.н. Белова О.Л.*

Энцефалопатия — это заболевание не воспалительного характера, вызванное инфекционным, травматическим, токсическим воздействием на центральную нервную систему ребенка в перинатальном периоде или в процессе жизни, при котором дистрофически изменяется ткань мозга, что приводит к нарушению его функции.

Цель исследования: выявление частоты заболеваемости и фармакотерапия энцефалопатии у детей в дневном стационаре амбулаторного звена.

Материал и методы. Было проанализировано 50 историй болезни детей различного возраста. Из них с диагнозом «Неуточненная энцефалопатия» - 33 ИБ (66%), «Резидуальная энцефалопатия» - 12 ИБ (24%) и «Перинатальная энцефалопатия» - 5 ИБ (10%). Возраст пациентов составил от 1 года до 16 лет. Из них мальчиков 30 человек (60%) и девочек 20 человек (40%). Диагноз энцефалопатии поставлен детским неврологом, все пациенты осмотрены офтальмологом, ортопедом, психологом, педиатром. Диагноз у всех пациентов подтвержден транскраниальным сканированием и дуплексным сканированием брахиоцефальных артерий.

Все пациенты получали идентичную терапию: глицин (табл подъязычные 100 мг), винпоцетин (табл по 5 мг), пирацетам (капс 200 мг), церебролизин в/м (амп по 5 мл) согласно возрастной норме, физиотерапию (гальванический воротник с бромом или электрофорез с эуфиллином на шейный отдел позвоночника), массаж воротниковой зоны и волосистой части головы, ЛФК.

Результаты. При анализе терапии на соответствие протоколам ведения, стандартам, федеральным клиническим рекомендациям и инструкциям к лекарственным средствам, мы столкнулись с несколькими проблемами: утвержденного Министерством Здравоохранения России стандарта для оказания медицинской помощи детям с энцефалопатией нет, региональные стандарты не являются законодательным документом. В федеральных рекомендациях на первом плане — ноотропные препараты, которые не имеют доказанной эффективности. Следовательно в арсенале педиатра в данном дневном стационаре ЛПУ для терапии энцефалопатий (а это 67% от всех нозологий) остаются ноотропные препараты: энтеральные — глицин — с периода новорожденности, пирацетам с 3 лет и парентеральный церебролизин, а также физиотерапия, массаж, ЛФК. Хотелось обратить внимание коллег на сложившуюся ситуацию в педиатрии. На сегодня есть препараты с доказанной эффективностью и безопасностью, в отличие от ноотропов, но они не входят ни в один правовой документ, поэтому их применение ограничено.

Ключевые слова: энцефалопатия неуточненной этиологии

ID: 2019-02-8-A-18537

Клинический случай

Следин Д.Е., Титев О.Н.

Клинический случай лекарственного поражения печени, спровоцированный кордароном

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра профпатологии, гематологии и клинической фармакологии

Научные руководители: к.м.н. Белова И.М., к.м.н. Белова О.Л.

Резюме

Лекарственные поражения печени (ЛПП) включают широкий спектр патологических процессов, которые развиваются в ней при введении препаратов в терапевтических дозах (метотрексат, НПВС, АСК, ретинол, ГКС, амиодарон, антагонисты кальция, эстрогены, парацетамол, верапамил, тетрациклин, вальпроевая кислота). Неуклонный рост развития ЛПП среди пациентов (6-8 случаев на 100 000 пациентов [1]) обязывает к более тщательному подбору лекарственных препаратов с учётом соматической патологии, а также знания побочных эффектов препаратов. По данным литературы ЛПП являются причиной 2-5% всех госпитализаций по поводу желтухи, 40% случаев гепатитов у лиц старше 40 лет и 25% всех случаев развития молниеносной (фульминантной) формы печеночной недостаточности. [2]

Ключевые слова: кордарон, амиодарон, лекарственные поражения печени

Амиодарон (кордарон) – один из самых используемых и распространенных препаратов для лечения тахикардий, за счёт его разнонаправленных фармакодинамических эффектов. Однако, применение кордарона возможно не у всех пациентов, в связи с наличием широкого спектра нежелательных побочных реакций. Со стороны печени и желчевыводящих путей очень часто ($\geq 10\%$) отмечается изолированное повышение активности трансаминаз в сыворотке крови, обычно умеренное (1,5-3 кратное превышение нормальных значений), наблюдающееся в начале лечения и снижающееся при уменьшении дозы или даже спонтанно; часто ($\geq 1\%$, $< 10\%$) - острое поражение печени с повышением трансаминаз и/или желтухой, включая развитие печеночной недостаточности, иногда фатальной; очень редко ($< 0,01\%$) - хронические заболевания печени (псевдоалкогольный гепатит, цирроз) иногда фатальные. [3]

Описание клинического случая

Больная Н., 66 лет поступила в отделение онкогематологии для очередного обследования и лечения по поводу:

Основное заболевание: Макроглобулинемия Вальденстрема с секрецией парапротеина М-каппа.

Сопутствующее заболевание: ИБС. Атеросклеротическая болезнь сердца. Атеросклероз аорты. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Артериальная гипертония III ст., риск 4.

Больной себя считает с сентября 2015 г., когда появилась слабость, потливость. В анализе крови определялась анемия (гемоглобин до 80 г/л, увеличение СОЭ), амбулаторно получала терапию препаратами железа с положительным эффектом. В марте 2016 г. вновь появились жалобы на слабость, недомогание, потливость, потерю аппетита. Была сделана миелограмма, при ИГХ исследовании – макроглобулинемия Вальденстрема, М-градиент 12,9 г/л, иммунофиксация Iq-M-каппа, остеодеструкции не выявлено.

С апреля 2016 г. лечится и наблюдается в клинике профпатологии и гематологии СГМУ. ПХТ проводилась с частотой через 1-2 мес. (R-СНОР, монотерапия мабтерой) с положительным эффектом (М-градиент отрицательный с марта 2017 г.).

После каждого проведенного курса ПХТ признаков поражения печени не наблюдалось.

В конце марта 2017 г. развился пароксизм фибрилляции предсердий, была госпитализирована в кардиологическое отделение ГКБ № 1, кардиологом был назначен Кордарон (в дозе 600 мг для купирования приступа, с дальнейшим переходом на поддерживающую дозу 200 мг/сут), который получала до ноября 2017 г. (7,5 месяцев). В ноябре 2017 г. при очередном обследовании было замечено повышение уровня трансаминаз, (Табл. 1, табл. 2) На УЗИ органов брюшной полости патологии не выявлено.

Таблица 1. Результат биохимического анализа крови от 08.11.2017 г.

Показатели	Результаты	Нормальные значения
Щелочная фосфатаза	531 ЕД/л	100-320
АлТ	161 ЕД/л	0-40
АсТ	141 ЕД/л	0-40
Амилаза	39 ЕД/л	23-100
Холестерин	4,16 ммоль/л	3,3-5,2
Креатинин	84 ммоль/л	44-90
Общий билирубин	20,10 мкмоль/л	5,0-21,0
Прямой билирубин	6,34 ммоль/л	1,0-3,4
Общий белок	73,0 г/л	64,0-83,0
ГГТ	45 ЕД/л	10-32
Глюкоза	5,8 ммоль/л	4,2-6,1
ЛДГ	513 ЕД/л	170-480
Мочевина	6,1 ммоль/л	2,1-8,2
Мочевая кислота	324 мкмоль/л	155-357

Таблица 2. Результат биохимического анализа крови от 13.11.2017 г.

Показатели	Результаты	Нормальные значения
Щелочная фосфатаза	546 ЕД/л	100-320
АлТ	254 ЕД/л	0-40
АсТ	223 ЕД/л	0-40
Креатинин	94 ммоль/л	44-90
Общий билирубин	14,29 мкмоль/л	5,0-21,0
Прямой билирубин	4,88 ммоль/л	1,0-3,4
Общий белок	68,3 г/л	64,0-83,0
ГГТ	67 ЕД/л	10-32
Глюкоза	5,51 ммоль/л	4,2-6,1
ЛДГ	501 ЕД/л	170-480
Мочевина	5,1 ммоль/л	2,1-8,2
Мочевая кислота	391 мкмоль/л	155-357

Таблица 3. Типы лекарственного поражения печени

Синдром	АлТ	ЩФ	АлТ/ЩФ
Гепатоцеллюлярный тип поражения	≥2	N	≥5
Холестатический тип поражения	N	≥2	≤2
Смешанный тип	≥2	≥2	2-5

При объективном осмотре: кожа сухая, с желтушным оттенком, «печеночных» знаков не обнаружено, склеры иктеричны, печень пальпаторно и перкуторно в пределах нормы. В анамнезе ЖКБ – оперирована, выполнена холецистэктомия.

Таким образом, у пациентки выявлен смешанный тип (табл. 3) лекарственного поражения печени (увеличение уровня трансаминаз более, чем в 5 раз, увеличение уровня щелочной фосфатазы до 1,5 норм) предположительно спровоцированный кордароном.

Такие данные заставили отказаться от очередного курса ПХТ и приема кордарона, препаратов имеющих одинаковое однонаправленное нежелательное действие – гепатотоксичность. Назначены гепатопротекторы (Гептрал), урсодезоксихолевая кислота и больная выписана с рекомендациями наблюдения кардиолога, терапевта, гематолога, биохимического исследования крови в динамике с решением вопроса о дальнейшей тактике лечения.

Спустя еще 2,5 мес. пациентка была вновь обследована, наблюдалась положительная динамика: исчезла желтушность кожи и иктеричность склер, снизился уровень трансаминаз (АлТ 130 Ед/л, АсТ 120 Ед/л, ЩФ 340 г/л, ГГТ 40 г/л).

Заключение

Данный клинический случай демонстрирует развитие острого лекарственного поражения печени вследствие применения кордарона. Наличие факторов риска у больной (пожилой возраст, женский пол, полипрогмазия, предшествующая ПХТ, холецистэктомия в анамнезе) способствовали развитию ЛПП.

Таким образом, при назначении кордарона следует учитывать наличие сопутствующей патологии, имеющих факторов риска, которые могут способствовать лекарственному поражению печени.

Литература

- Ibanez L., Perez E., Vidal X., Laporte J. R. Prospective surveillance of acute serious liver disease unrelated to infectious, obstructive, or metabolic diseases: epidemiological and clinical features, and exposure to drugs // J Hepatol. 2002; 37: 592–600.
- Галимова С.Ф. Лекарственные поражения печени (Часть 1-я). Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2012, 3: 38-48.
- Галимова С.Ф. Лекарственные поражения печени (Часть 2-я). Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2014, 1: 21-28.
- Ивашкин В.Т., Буеверов А.О. Патогенетическое и клиническое обоснование применения адеметионина в лечении больных с внутрипеченочным холестазом // Клини. перспективы гастроэнтерол. гепатол. – 2009. – № 5. – С. 24–29.
- Инструкция по медицинскому применению препарата Кордарон®. – Государственный реестр лекарственных средств. 2012; 20: 7-8.
- Шульпекова Ю.О. Лекарственные поражения печени. Consilium Medicum. 2006; 7: 5-9.
- Ивашкин В.Т., Жаркова М.С., Маевская М.В., Лапшин А.В. Случай тяжелого лекарственного гепатита, индуцированного длительным приемом кордарона. Российские медицинские вести. 2009; 2: 78-83.

Фармацевтическая химия и фармацевтические технологии

ID: 2019-02-4017-T-18385

Тезис

Калашникова Е.К.

Оценка возможности экстракционных систем на основе неионных ПАВ для определения синтетического пищевого красителя хинолинового желтого

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей, биоорганической и фармацевтической химии

Научный руководитель: к.х.н. Шестопалова Н.Б.

Хинолиновый желтый (E104) – синтетический пищевой краситель – применяется при изготовлении лекарственных средств для перорального применения. Согласно современным требованиям безопасности его содержание должно строго контролироваться и не превышать приемлемое суточное потребление. Однако различные вспомогательные вещества мешают определению E104, в связи с чем необходима предварительная стадия отделения его от сложной матрицы. В настоящее время интенсивно развиваются экстракционные методы на основе неионных ПАВ, являющиеся экологически безопасной альтернативой экстракции органическими растворителями. Фазовое разделение в таких системах достигается путем добавления к раствору нПАВ электролита-высаливателя, в образующуюся мицеллярную фазу концентрируется аналит.

Целью настоящей работы явилась оценка возможности экстракционных систем (ОП-10)-H₂O-Na₂SO₄ и (Тритон X-100)-H₂O-Na₂SO₄ для извлечения при 25°C хинолинового желтого из водных растворов для последующего спектрофотометрического определения.

Спектрофотометрически изучено состояние красителя E104 в водных и мицеллярных растворах полиоксиэтилированных алкилфенолов (ОП-10 и Тритон X-100) при различных значениях pH в диапазоне концентраций 2 - 12 мг/л. В электронных спектрах поглощения при pH 1-6 регистрировали два максимума поглощения при 288 нм и 412 нм. В щелочной среде при pH больше 10 наблюдали уменьшение интенсивности поглощения и гипсохромный сдвиг длинноволновой полосы на 22 нм, батохромный сдвиг коротковолновой полосы на 40 нм.

Введение в систему нПАВ-H₂O-Na₂SO₄ исследуемого красителя не влияет на параметры фазового разделения и физико-химические свойства образующихся фаз. При переходе E104 в мицеллярную фазу его состояние не изменяется. Увеличение массы соли способствует переходу красителя в мицеллярную фазу.

Оценку экстракционной возможности систем нПАВ-H₂O-Na₂SO₄ для извлечения E104 из водных растворов проводили по коэффициенту распределения (D) и степени извлечения (R, %), которые составили 100 и 96 % соответственно при C_{нПАВ}=5% и m соли=2,0 г.

Ключевые слова: хинолиновый желтый (E104), мицеллярная экстракция, полиоксиэтилированные алкилфенолы, Тритон X-100, ОП-10

ID: 2019-02-4017-T-18487

Тезис

Колесниченко Н.А.

Применение люминесцентного анализа для определения азорубина*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей, биоорганической и фармацевтической химии**Научный руководитель: к.х.н. Щелочкова О.А.*

В фармацевтической отрасли нет специальных красителей, поэтому используются пищевые.

К лекарственным средствам предъявляются высокие критерии безопасности. Обеспечить их можно, только соблюдая соответствующие требования, поэтому разработка методик определения компонентов является в наше время весьма актуальной.

Целью нашего исследования является разработка определения азорубина методом флуориметрии.

Задачи исследования:

1. Оценить перспективы метода флуориметрии для определения красителей в фармацевтической продукции;
2. Подобрать экспериментальным путем оптимальные условия для проведения анализа.

Для флуориметрического определения азорубина на основе УФ – спектра водного раствора красителя была выявлена длина волны возбуждения 516 нм.

Установлен интервал регистрации спектра эмиссии 500 – 700 нм с максимумом при 590 нм.

В ходе исследования был проанализирован диапазон концентраций водного раствора красителя 1-50 мкг/мл. Установлено, что использование концентраций выше 10 мкг/мл не целесообразно, т.к. происходит гашение испускаемого излучения и интенсивность излучения уменьшается.

Определены наиболее оптимальные концентрации азорубина 1 – 5 мкг/мл.

Установлена четкая и стабильная во времени зависимость интенсивности эмиссии от концентрации красителя. Это дает возможность к определению азорубина в лекарственных препаратах.

Выводы:

1. В ходе эксперимента выявили оптимальные условия для флуориметрического определения азорубина: концентрация 1-5 мкг/мл; длина волны возбуждения 516 нм; интервал регистрации спектра эмиссии 500 – 700 нм.
2. Определена зависимость интенсивности эмиссии от концентрации красителя.
3. Установлена возможность использования данного метода для определения концентраций азорубина в лекарственном препарате.

Ключевые слова: люминесцентный анализ для определения азорубина

ID: 2019-02-4017-T-18617

Тезис

Рязанова А.П.

Флуориметрическое определение фолиевой кислоты в лекарственных препаратах

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей, биоорганической и фармацевтической химии

Научный руководитель: к.х.н. Щелочкова О.А.

В современном мире витаминные препараты широко используют различные возрастные группы населения, поэтому проблема их качества имеет важное значение в фармации. В мире прослеживается четкая тенденция к внедрению в практику фармацевтического анализа инструментальных методов, таких как спектрофотометрия, хроматография, ЯМР-спектроскопия, флуориметрия и другие.

Цель работы: проведение флуориметрического анализа фолиевой кислоты.

Материал и методы: анализ литературных источников и разработка методики количественной оценки фолиевой кислоты флуориметрическим методом.

Результаты. При исследовании испускания излучения фолиевой кислотой было изучено влияние ультразвукового воздействия и временного фактора. Установлено, что фолиевая кислота фотонестабильна и при длительном нахождении на свету постепенно разрушается с образованием продуктов с более высокой излучающей способностью, что приводит к постоянному увеличению интенсивности излучения. Дополнительно установлено, что при ультразвуковом воздействии разрушение идет еще быстрее и, как следствие, интенсивность флуоресценции так же растет во времени. Следовательно, невозможно построить однозначную зависимость интенсивности флуоресценции от концентрации фолиевой кислоты. Таким образом, регистрация собственного испускания излучения фолиевой кислотой не даёт возможность использования метода для оценки количественного содержания.

При окислении фолиевой кислоты раствором калия перманганата образуются стабильные продукты окисления с более высокой, чем у фолиевой кислоты, излучающей способностью. Установлено, что интенсивность флуоресценции окисленной формы фолиевой кислоты во времени не изменялась, что свидетельствует о её стабильности. Была найдена зависимость интенсивности флуоресценции от концентрации фолиевой кислоты в окисленной форме, это даёт возможность для её количественной оценки в лекарственных формах.

Выводы. В результате проведенных исследований доказано, что фолиевая кислота фотонестабильна и разрушается под влиянием света и ультразвукового воздействия, поэтому определение в её основном состоянии флуориметрическим методом не возможно.

Флуориметрическое определение фолиевой кислоты возможно на основе продуктов её окисления. Установлена зависимость интенсивности излучения от концентрации фолиевой кислоты, это даёт возможность к применению в количественном анализе лекарственных форм.

Ключевые слова: фолиевая кислота, флуориметрия, интенсивность флуоресценции

ID: 2019-02-4017-T-18619

Тезис

Костенко А.Н.

Применение производной спектрофотометрии в анализе лекарственных препаратов*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей, биоорганической и фармацевтической химии**Научный руководитель: к.х.н. Шестопалова Н.Б.*

В фармацевтическом анализе нашел применение метод производной спектрофотометрии, который используется для идентификации и количественного определения лекарственных веществ. Метод основан на получении производных электронных спектров поглощения 1-6 порядков. Использование этого метода позволяет повысить селективность определения отдельных компонентов в смеси без предварительного разделения, а также снизить влияние фона.

Целью работы явилась оценка возможности применения производной спектрофотометрии первого порядка при «нулевом пересечении» для определения Желтого «солнечный закат» и Понсо 4R при совместном присутствии.

Для расчета производных спектров поглощения применяли программное обеспечение спектрофотометра SHIMADZU UV – 1800 UV.Probe-2.31, которое позволяет получать производные 1-4 порядков с приращением длины волны ($\Delta\lambda$) от 1 до 80. Были выбраны параметры для получения первой производной спектров поглощения: регистрирование спектров с интервалом 0,5 нм; расчет производной при $\Delta\lambda=10$ нм; масштабирование – 100. Найдены значения производных «нулевого пересечения». Были составлены 16 смесей с концентрациями красителей от 2 до 20 мг/л с различным соотношением компонентов. Для определения Понсо 4R строили градуировочный график по значениям его первых производных при 482,5 нм (точка «нулевого пересечения» первой производной спектра поглощения Желтого «солнечный закат»). Для определения Желтого «солнечный закат» строили градуировочный график по значениям его первых производных при 507,0 нм (точка «нулевого пересечения» первой производной спектра поглощения Понсо 4R).

Установлено, что погрешность определения Желтого «солнечный закат» и Понсо 4R при концентрациях больше 8 мг/л не превышает 5%, при концентрации красителей ниже 8 мг/л погрешность достигает 12%. Таким образом, правильность определения красителей при совместном присутствии зависит как от концентрации отдельных компонентов, так и от их соотношения.

Ключевые слова: синтетические пищевые красители, производная спектрофотометрия

ID: 2019-02-4017-T-18622

Тезис

Миронова Ю.И.

Дифференцированный подход к выбору кальциевых препаратов

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей, биоорганической и фармацевтической химии

Научный руководитель: к.х.н. Тарасова Н.А.

На сегодняшний день фармацевтические компании предлагают множество лекарственных препаратов, а также биологически активных добавок, которые активно применяются для восполнения дефицита кальция в организме. Поэтому проблема выбора препарата весьма актуальна.

Цель данной исследовательской работы: выбор препарата кальция, обладающего наибольшей эффективностью, безопасностью и доступной стоимостью.

Основная задача: провести тест "Растворение" для различных групп препаратов кальция в физиологическом диапазоне температуры и значений pH, проанализировать полученные результаты и сравнить их с литературными данными.

Все кальциевые препараты можно разделить на 3 группы: препараты неорганической природы, органической природы и смешанные препараты. Большой интерес представляют препараты органической природы. В этом случае анионы, входящие в состав таких лекарственных препаратов, участвуют в биологических процессах организма, выполняя определенную функцию. В качестве объектов исследования были выбраны препараты, относящиеся к различным группам: кальцид, кальций-актив цитрат, кальцемин, глюконат кальция и гопантенат кальция.

В ходе работы был проведен тест «Растворение» твёрдых лекарственных форм в аппарате «Лопастная мешалка» Erweka в соответствии с методикой, изложенной в ОФС. Тестирование выбранных кальциевых препаратов проводили в объёме среды растворения 900мл в диапазоне pH 1-6 и при температуре $37 \pm 0,5^\circ\text{C}$. Контроль количества кальция, перешедшего в раствор, осуществлялся методом комплексонометрического титрования. Комплексонометрическое определение кальция основано на прямом титровании его раствором ЭДТА в присутствии индикатора эриохрома темно-синего при pH=12.

Во всех случаях, кроме глюконата кальция, количество кальция перешедшего в среду растворения зависело от величины pH. Наилучшее высвобождение кальция наблюдалось при pH 1-2. При этих значениях pH полностью переходил в раствор кальций из препаратов кальций-Актив цитрат, кальций глюконат и кальций гопантенат. Кальцемин и кальцид в этих условиях высвобождали 68,8% и 27,5% соответственно.

В ходе исследования было выяснено, что при дефиците кальция лучше всего подойдет препарат кальций-актив цитрат. С осторожностью следует относиться к биологически активным добавкам. Эффективность от приёма комбинированного препарата будет зависеть от соотношения компонентов и введенных добавок.

Ключевые слова: выбор кальциевых препаратов, тест «Растворение», кальцид, кальцемин, кальций-Актив цитрат

ID: 2019-02-4017-T-18624

Тезис

Дьяченко В.П.

Применение мицеллярной экстракции для определения синтетических красителей в лекарственных препаратах*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей, биоорганической и фармацевтической химии**Научный руководитель: к.х.н. Шестопалова Н.Б.*

Мицеллярная экстракция, основанная на фазовом разделении неионных ПАВ, является одним из перспективных направлений методов выделения и концентрирования. Она представляет собой экологически безопасную альтернативу органическим растворителям. ПАВ-экстрагенты способны извлекать вещества как гидрофобные, так и гидрофильные. В настоящее время для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний полости рта и горла популярностью среди населения пользуются пастилки для рассасывания импортного производства, которые содержат гидрофильные синтетические азокрасители Азорубин и Понсо 4R. Их содержание необходимо контролировать, т.к. в определенных дозах они негативно влияют на здоровье.

Целью работы являлось спектрофотометрическое определение красителей Азорубина и Понсо 4R в пастилках «Доктор Мом» (Индия) с предварительной мицеллярной экстракцией с помощью неионного ПАВ Тритона X-100.

В результате предварительного исследования было установлено, что спектрофотометрическое определение красителей непосредственно в водных растворах пастилок невозможно из-за присутствия подсластителей и консервантов, поэтому необходима стадия отделения их от матрицы. При переходе красителей в мицеллярную фазу не происходит изменения их формы, что позволяет определять содержание спектрофотометрически непосредственно в экстрактах при максимумах поглощения растворов 522 нм для Азорубина и 513 нм для Понсо 4R.

Методика определения основана на добавлении к водному раствору пастилок определенного количества Na_2SO_4 и неионного ПАВ, выдерживания полученной смеси при температуре 25°C в течение 30 мин, отделения окрашенной мицеллярной фазы, с последующим спектрофотометрированием растворов мицеллярных фаз.

Определение содержания красителей в пастилках проводили по градуировочному графику, которое составило $0,13 \pm 0,01$ мг и $0,90 \pm 0,06$ мг для Азорубина и Понсо 4R соответственно.

Ключевые слова: мицеллярная экстракция, спектрофотометрия, Азорубин, Понсо 4R

ID: 2019-02-4017-T-18650

Тезис

Руднева Н.И.

Сравнительный анализ методов экстракции флавоноидов травы леспедецы двухцветной
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра фармацевтической технологии и биотехнологии

Научные руководители: асс. Колтыго Е.И., к.м.н. Кубалик Н.В.

Исследования извлечений БАВ из леспедецы двухцветной (*Lespedeza bicolor* Turcz) основывается на том, что препараты данного сырья мало распространены и мало изучены с точки зрения их изготовления. Роль фармакологических эффектов, которые проявляет леспедеца в медицине довольно значительна, технология изготовления лекарственных препаратов на основе исследуемого сырья мало разработана. Наряду с вышесказанным, с целью расширения ограниченной номенклатуры лекарственных средств из надземной части леспедецы двухцветной логичной представляется необходимость создания новых лекарственных форм.

Таким образом, исследование по совершенствованию технологии переработки травы леспедецы двухцветной в фитопрепаратах является актуальным для фармацевтической науки и практики.

Цель работы: провести сравнительный анализ методов экстракции флавоноидов травы леспедецы двухцветной.

Результаты. В траве леспедецы двухцветной обнаружены флавоноиды (до 2,5 %) – рутин, леспедин, кемпферол.

Для получения спиртового экстракта использовалась трава леспедецы двухцветной, три перколятора и спирт 3-х концентраций (30%, 50%, 70%).

Получили три неводных экстракта из травы леспедецы двухцветной, в которых измеряли суммарное содержание флавоноидов. В качестве стандартного вещества выбран рутин.

В итоге: максимальное извлечение флавоноидов из надземной части леспедецы двухцветной достигается экстракцией сырья 50% спиртом этиловым.

Для приготовления водного экстракта было использовано сырье леспедецы двухцветной 10 г и вода 100 мл. Извлечение готовилось в течение 2 часов в сушильных шкафах при разных температурных режимах (60°C, 70°C, 80°C).

Получили три водных экстракта, в которых измеряли суммарное содержание флавоноидов с помощью дифференциальной спектрофотометрии. По результатам количественного определения, наибольшее количество флавоноидов содержится в водном извлечении, которое было получено при 80°C.

Вывод. Выявлено, что самой большой экстракционной активностью обладает этиловый спирт в концентрации 50%, выход флавоноидов в данном случае составил – 2,0%.

В водных извлечениях максимальное количество флавоноидов содержит извлечение, полученное при 80°C. При данной температуре экстрагируется 0,34% флавоноидов.

Ключевые слова: леспедеца двухцветная, флавоноиды, рутин, фитопрепарат

ID: 2019-02-4017-T-18651

Тезис

Давыденко Т.О.

Технология изготовления лечебно-косметических масок*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра фармацевтической технологии и биотехнологии**Научные руководители: асс. Колтыго Е.И., асс. Архангельская А.А.*

Актуальность. В настоящее время ассортимент аптек значительно растет за счет группы товаров, относящихся к категории косметики, предназначенной для ухода за кожей. Производители ведущих мировых марок позиционируют свою продукцию как лечебно-косметические средства, однако контроль качества данные средства проходят как парфюмерная продукция, которая содержит вещества с определенными фармакологическими свойствами. Нередко в состав таких средств входят высокие количества веществ, которые могут ухудшить состояние кожи потребителя, вызвать аллергические реакции. Этим побочным явлением можно избежать, изготавливая лечебно-косметическую продукцию в аптеке по индивидуальной прописи.

Цель работы: разработка состава и методики изготовления в условиях аптеки лечебно-косметических масок.

Материал и методы: анализ литературных данных и разработка методики изготовления лечебно-косметических масок в условиях аптеки.

Результаты. В условиях производственной аптеки были изготовлены аналоги современных лечебно-косметических масок: маска - гоммаж, черная маска на основе желатина и маска на основе белой глины. Черная маска содержит в своем составе гидрофильный коллоид желатина, активированный уголь и воду. Маска при высыхании образует пленку за счет желатиновой основы и оказывает очищающее действие. В качестве активного компонента был выбран порошок активированного угля, проявляющий адсорбирующие свойства, поглощающий токсины, бактерии, кожное сало и загрязнения. Очищающая маска на основе белой глины обладает подсушивающими свойствами, была изготовлена в виде порошка. В состав маски входят также тальк, который избавляет кожу от лишней влаги, устраняет жирный блеск и алюмокалиевые квасцы - активное вещество данной маски, обладающее вяжущим и подсушивающим действием. Изготовленная маска-гоммаж обладает мягким очищающим действием, в ее состав были включены: овсяная мука, порошок апельсиновой кожуры, манная крупа. Основой маски является овсяная мука. За счет включения в состав маски порошка апельсиновой кожуры, обладающего абразивной структурой и содержащего органические кислоты, маска проявляет отбеливающие свойства.

Выводы. В основном косметические маски производятся большими партиями крупными заводами - производителями, но нельзя исключать изготовление косметических масок в условиях производственной аптеки.

Ключевые слова: лечебно-косметические маски

ID: 2019-02-4017-T-18652

Тезис

Андреева Е.А.

Определение тетрациклина в лекарственных препаратах

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей, биоорганической и фармацевтической химии

Научный руководитель: к.х.н. Фомина Ю.А.

Антибиотики тетрациклинового ряда относятся к препаратам с широким диапазоном антибактериальной активности. Они вызывают гибель грамположительных и грамотрицательных бактерий, оказывают бактериостатическое действие, связанное с нарушением образования белка в клетках микроорганизмов. Одним из наиболее востребованных является природный антибиотик - тетрациклин, выпускаемый в виде различных лекарственных форм, доступная цена которого способствует активному применению в медицине. Спектрофотометрический контроль содержания тетрациклина в лекарственных препаратах осложняется наличием вспомогательных веществ, в связи с чем, одной из стадий анализа является отделение его от матрицы. Одним из современных способов извлечения является мицеллярная экстракция с помощью неионных ПАВ.

Целью работы являлось спектрофотометрическое определение тетрациклина в таблетированных лекарственных формах с предварительным мицеллярным концентрированием полиоксиэтилированным алкилфенолом. В качестве экстрагента применяли Тритон X-100, объекты исследования – таблетки двух производителей: «Биосинтез» (Россия) и «Белмедпрепараты» (Республика Беларусь).

Изучено состояние тетрациклина в водных и мицеллярных растворах Тритона X-100 в диапазоне pH от 1 до 11, при различных температурах - 25, 30, 40 и 50°C. Установлено, что на состояние тетрациклина в растворе не влияет повышение температуры и присутствие мицелл ПАВ. Максимальное извлечение в мицеллярную фазу установлено при условиях: концентрация Тритона X-100 – 10%, масса Na₂SO₄ – 0,84 г, выдерживание смеси в течение 30 минут при температуре 40°C. Определение тетрациклина проводили в мицеллярных экстрактах спектрофотометрически при 358 нм.

Рассчитанное содержание тетрациклина по градуировочному графику составило 102,4 ± 2,5 мг и 93,2 ± 8,7 мг для таблеток «Биосинтез» и «Белмедпрепараты» соответственно, что удовлетворяет заявленному качеству, результаты соответствуют требованиям, регламентируемым в НД.

Ключевые слова: тетрациклин, спектрофотометрия, мицеллярная экстракция, Тритон X-100

ID: 2019-02-4017-T-18653

Тезис

Васина А.С.

Разработка технологии лечебно-косметических растворов*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра фармацевтической технологии и биотехнологии**Научные руководители: асс. Колтыго Е.И., асс. Архангельская А.А.*

Актуальность. Внешний вид человека играет не последнюю роль в его жизни, о многом говорит его состояние кожи. Бывает так, что, несмотря на все усилия, кожа имеет неважный вид, и в таких случаях помогает специальная косметика, называемая лечебной, которая существует с древних времен и до сих пор не теряет своей популярности. Относительная простота и доступность изготовления делает индивидуальную рецептуру косметических препаратов, актуальной и в наше время.

Цель работы заключается в разработке технологии эмульсии, молочка и лосьона как лечебно-косметических средств в условиях аптеки.

Результаты. Жидкие лечебно-косметические формы представляют собой дисперсные системы, в которой твердые или жидкие вещества растворены или распределены в жидкой дисперсионной среде. Эмульсии, молочко и лосьоны являются наиболее распространенными представителями жидкой лечебно-косметической продукции.

Эмульгаторы играют важную роль в образовании стабильной эмульсии. Они представляют собой огромную группу различных по своей природе соединений.

Было проведено сравнение состава эмульсионного крема приготовленного в условиях аптеки с эмульсионными кремами промышленного производства наиболее популярных торговых марок «Vichy», «Bioderma», «L'Oreal».

Представителем жидких эмульсий типа масло в воде является косметическое молочко. Была разработана технология изготовления состава молочка из семян миндаля, основные лечебно-косметические свойства которого, базируются на преобладающем количестве гидрофильных веществ. Содержание преобладающего количества воды в качестве дисперсионной среды, определяет увлажняющие действие молочка.

Не менее популярны на сегодняшний день и лосьоны, основой которых является эмульсия масло в воде. С целью оказания одного из наиболее важных действий лосьона - антисептического, в лосьоны чаще всего вводят различные лекарственные вещества.

Вывод. При сравнительном анализе состава готовых и изготовленных в условиях аптеки жидких лечебно-косметических средств, можно сделать вывод, что рецептура аптечного изготовления имеет более упрощенный состав, в отличие от промышленного, но не менее эффективный – в его состав входят множество натуральных компонентов.

При их приготовлении необходимо руководствоваться определенными знаниями в этой области, во избежание нежелательных последствий следует обращаться к соответствующим специалистам.

Ключевые слова: лечебно-косметические растворы, крем, лосьоны, молочко

ID: 2019-02-4017-T-18654

Тезис

Малюшенко И.В.

Сравнительный анализ фторсодержащих зубных паст

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра фармацевтической технологии и биотехнологии

Научные руководители: к.м.н. Еремин А.В., асс. Архангельская А.А.

Актуальность. На сегодняшний день потребителю предлагается достаточно широкий ассортимент средств для гигиены полости рта, в них входят зубные пасты и ополаскиватели. Зубные пасты, имеющиеся на рынке, с повышенным содержанием фтора и кальция, представлены производителями как защита от кариеса.

Актуальность данной темы заключается в профилактике развития кариеса путем правильного выбора средств по уходу за полостью рта.

Цель работы: анализ подхода потребителей к выбору зубных паст.

Материал и методы: анкетирование, математическая обработка данных.

Результаты. В анонимном опросе приняли участие 250 человек.

Было выявлено, что все 250 респондентов пользуются зубной пастой ежедневно и большинство людей два раза в день чистят зубы - 52,8% (132 человека).

На вопрос: «Употребляете ли Вы сладкое в пищу?» из 250 опрошенных, 238 (95,2%) человек употребляют сладкое в пищу, и лишь 4,8% или 12 людей воздерживаются от сладкого.

На вопрос: «Знаете ли Вы, что такое «кариес»?», ответили «ДА» 247 респондентов, что составило 98,8% от общего количества опрошенных. Сталкивались когда-либо с кариесом 201 человек, что составило 80,4%, а не сталкивались - 19,6%.

Самая обширная группа людей 202 человека, или 80,8% посещают стоматолога по необходимости. Из общего количества опрошенных 31 человек или 12,4% посещают стоматолога один раз в полгода. И 17 человек, или 6,8% посещают стоматолога по другим причинам.

При вопросе: «Нужна ли консультация врача при выборе зубной пасты?» мнение отвечающих разделилось следующим образом: нужна консультация - 38%, что не нужна - 38%, не знают, нужна ли консультация составили 24%.

Выбрали пасту случайно 73% респондентов и всего 12% - зубную пасту посоветовал врач стоматолог.

Абсолютное большинство респондентов на вопрос: «Где предпочитают покупать зубную пасту?» ответили: «Магазин косметики» (65%).

Для опрошенных наиболее важным критерием выбора зубных паст является цена продукции (39,6%).

Большинство респондентов ответили, что покупали зубные пасты с повышенным содержанием фтора 60,4%, не покупали - 39,6%.

Вывод. Большая часть респондентов при выборе зубной пасты обращает внимание на цену, а не на состав (содержание фтора). Большинство потребителей считают, что надписи на упаковке «защита от кариеса» свидетельствует о лечебных свойствах пасты, и, применяя данную продукцию, они уверены, что полностью защищены от кариеса.

Ключевые слова: противокариозные пасты

ID: 2019-02-4017-T-18655

Тезис

Михалёва Е.М.

Абразивность как характеристика отбеливающих зубных паст*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра фармацевтической технологии и биотехнологии**Научные руководители: к.м.н. Еремин А.В., асс. Архангельская А.А.*

Актуальность. Проблема отбеливания зубов остается достаточно актуальной на сегодняшний день, так как гармоничная белоснежная улыбка придает человеку уверенности в себе. Однако, неправильное и бесконтрольное применение отбеливающих зубных паст, может привести к появлению некариозных поражений и оказывать негативное влияние на композиционные материалы.

Цель: анализ подхода потребителей к выбору зубных паст.

Материал и методы: анкетирование, обработка данных.

Результаты. В анкетировании приняли участие 250 человек.

Было выявлено, что удовлетворены внешним видом своих зубов 51,6% анкетирруемых, знакомы с понятием «абразив» 57,2% из всех респондентов, а знают о побочных эффектах абразивов - 41,2%.

Из 250 респондентов 167 (66,8%) ходят к стоматологу только по необходимости.

В основном респонденты обращаются к стоматологу с болью (43,6%), на процедуру отбеливания (механическое, химическое, лазерное, ультразвуковое, фотоотбеливание) ходят - 2,8% от общего числа анкетирруемых.

При выборе зубной пасты, 48% респондентов ответило, что необходимо консультироваться с врачом-стоматологом.

Большинство респондентов (40,8%) зубную пасту выбрали случайно.

Большинство всех опрошенных приобретают зубные пасты в гипермаркете - 58,4%.

Для опрошенных наиболее важным критерием выбора зубных паст является цена (38,8%).

Большая часть анкетирруемых пользуются отбеливающей зубной пастой ежедневно от 1 месяца до 3 (33,2%).

Вывод. По данным анкетирования потребителей зубных паст видно, что большая часть потребителей считают, что нет необходимости в консультации со стоматологом при выборе зубной пасты. Большинство опрошенных приобретают зубную пасту в гипермаркетах, где нет возможности проконсультироваться со специалистом, и основным фактором при выборе средства является цена. Такое длительное бесконтрольное применение абразивных зубных паст может привести к эрозии эмали и гиперестезии зубов.

Для предотвращения подобных последствий применения необходимо консультироваться со стоматологом, так как только врач сможет грамотно подобрать гигиеническое средство для ухода за зубами и полостью рта, исходя из состава и степени абразивности продукта.

Ключевые слова: отбеливающие зубные пасты, абразивность

Урология и андрология

ID: 2019-02-1276-T-18348

Тезис

Понукалин А.Н., Стативко А.В., Мейланов Ш.Н.

Опыт лечения пузырно-влагалищных свищей в клинике урологии СГМУ

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Цель исследования: изучить результаты оперативного лечения пациенток с пузырно-влагалищными свищами в клинике урологии СГМУ за период с 2008 по 2018 г.

Материал и методы. Ретроспективно изучены истории болезней 35 пациенток, находившихся на лечении по поводу пузырно-влагалищных свищей за период с 2008 по 2018 год в клинике урологии СГМУ. Возраст женщин колебался от 23-68 лет, в среднем - 48,9 лет. Пузырно-влагалищные свищи возникли после: комбинированного лечения рака шейки/тела матки – у 17 (48,5%) женщин, гинекологических операций (экстирпация матки по поводу доброкачественных образований) – 15 (43%), акушерских операций – 3 (8,5%). В среднем время с момента клинических симптомов до оперативного лечения составляло: при простых свищах 4-6 мес., при сложных (постлучевых) - 12-14 мес. Для диагностики выполняли УЗИ, МРТ, видеоцистоскопию под наркозом с применением индигокармина. Размер свищей колебался от 1 до 5 см. Ниже межмочеточниковой складки располагалось 15 (43%) свищей. Высокие свищи были у 20 (57%) пациенток. Постлучевые свищи были у 17 (49%), послеоперационные свищи диагностированы у 18 (51%) женщин. Помимо основного оперативного лечения 4 больным выполнялась ЧПНС в предоперационном периоде по поводу лучевых стриктур н/3 мочеточника, ятрогенной перевязки мочеточника. Доступы при операциях:

- Лапароскопическая пластика – 3;
- Открытая фистулопластика: трансвезикально – 13, трансабдоминально – 4.
- Трансвагинальная пластика – 4.

У 7(20%) пациенток свищи признаны иноперабельными, им выполнено надпузырное отведение мочи:

- отведение мочеточников в сигмовидную кишку по Гудвину – 2
- уретерокутанеостомия – 2
- деривация мочи в сигморектальный резервуар по Mainz-Pouch II – 3 женщинам.

Результаты. После 28 выполненных пластик пузырно-влагалищного свища в 4 (14,2%) случаях возник рецидив. В двух случаях выполнена удачная повторная фистулопластика трансвезикальным доступом. В двух других - деривация мочи в сигморектальный резервуар по Mainz-Pouch II. У 1 пациентки воздержались от оперативного лечения в связи с небольшими размерами свища и отсутствия подтекания мочи.

Выводы.

1. Проблема пузырно-влагалищных свищей не теряет актуальности, так как на основании наших данных у каждой 5 (20%) пациентки невозможно сохранить целостность мочевого пузыря, в связи с чем выполнялось надпузырное отведение мочи.
2. Применяемая в клинике пластика пузырно-влагалищных свищей хорошо себя зарекомендовала. Ее эффективность составляет 85%.
3. Профилактикой ятрогенного повреждения мочевого пузыря является тщательное урологическое обследование женщин с большими опухолями малого таза.

Ключевые слова: пузырно-влагалищные свищи, опыт, лечение

ID: 2019-02-1276-T-18407

Тезис

Крылова О.В.

Травматические повреждения почек

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра урологии

Научный руководитель: к.м.н. Понукалин А.Н.

Цель: провести анализ лечения больных с повреждением почек.**Материал и методы.** Был проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения больных с травмами почек (ТП) в условиях отделения урологии ГКБ №1 г. Энгельса за период 2015-2017 гг. Было выявлено 58 больных с травмами мочеполовой системы из них 35 пациентов с ТП. Женщин – 12 (21%), мужчин – 23 (40%). Возраст больных 23 - 102 года, средний возраст 53 года. Обстоятельства полученных травм: бытовой травматизм - 6 (17,1%), уличный – 8 (22,9%), побои - 11 (31,4%), ДТП - 7 (20%), падение с высоты – 2 (5,7%), ножевое ранение 1 (2,9%). С закрытой ТП - 34 человека, 1 с открытой. С сочетанной травмой 14 (40%), с изолированной 21 (60%). В 23 (65,7%) случаях выявлен ушиб почки, разрыв почки - 11 (31,4%), колото-резаная рана почки - 1 (2,9%). В зависимости от лечения больные были разделены на группы: I группа - 21 (60%) консервативное, II группа - 14 (40%) оперативное.**Результаты.** Сроки обращения за медицинской помощью составили: от 1 часа после получения травмы до 7 дней. В первые 6 часов обратилось – 6 (17,1%), до 12 ч – 2 (5,7%), до 24 ч – 15 (42,9%), 2 день – 2 (5,7%), 3 день – 4 (11,4%), 4 день – 1 (%), 7 день – 5 (14,3%) человек. Все больные предъявляли жалобы на боли в поясничной области различной интенсивности, макрогематурия отмечалась у 15 (42,9%). По полученным инструментальным и интраоперационным данным у 20 (57,1%) больных выявлено: ушиб почки без разрыва фиброзной капсулы (ФК). Разрыв ФК, мелкие надрывы паренхимы, повреждение паранефральной клетчатки – 1 (2,9%). Подкапсульный разрыв паренхимы почки, не проникающий в ЧЛС с субкапсулярной гематомой – 6 (17,2%). Разрыв ФК почки с разрывом паренхимы, проникающим в ЧЛС, урогематома – 5 (14,3%). Размножение почки – 1 (2,9%). Отрыв почки от почечной ножки с образованием обширной паранефральной и забрюшинной гематомы – 1 (2,9%). Проникающее ранение почки – 1 (2,9%). Выполнено 7 (20%) операций по ушиванию ран почки и дренированию субкапсулярных и паранефральных гематом. Нефрэктомия – 7 (20%) из-за степени тяжести повреждения почки. Больные получавшие консервативное лечение находились в стационаре от 3 – 14 дней, в среднем 7 дней. Сроки обращения оперированных больных от 1 часа – до 2 суток, пребывание в стационаре от 9 – 38 дней, в среднем 17 дней, в связи с наличием сочетанных поражений. Летальный исход в связи с тяжестью состояния от полученной сочетанной травмы – больная 91 год. У 50% оперированных больных удалось выполнить органосохраняющее лечение травмированной почки. Нефрэктомия выполнялась больным с урогематомой.**Выводы:**

1. Для определения тактики лечения больных с травмой почки требуется комплексное урологическое обследование. При выявлении урогематомы необходима срочная операция.
2. При поступлении больных в первые сутки у 17 (74%) проведено органосохраняющее лечение.

Ключевые слова: травма почек, нефрэктомия, урогематома

ID: 2019-02-1276-T-18459

Тезис

Викторова Е.А.

Урологические повреждения после лучевой терапии заболеваний органов малого таза

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра урологии

Научный руководитель: к.м.н. Понукалин А.Н.

Цель: изучить результаты хирургической коррекции повреждений мочеточников и МП после ЛТ на органах малого таза (ОМТ).

Материал и методы. Исследованы результаты лечения 37 пациенток клиники урологии в период с 2007 по 2017 гг. Средний возраст больных 36 лет. ЛТ по поводу РВл была выполнена 2 (5,4%), РШМ - 17 (46%), РЭ - 17 (46%), РШМ и РЭ - 1 (3%). Средний срок выявления повреждений был 17 мес (3-96 мес) по окончании курса ЛТ. Диагноз стриктура нижней трети мочеточника устанавливался 22 (51%), пузырно-влагалищный свищ - 7 (16%), микроцистис - 1 (2%) больной. Различные сочетания данных повреждений имели 12 (28%) женщин. Длина стриктуры мочеточника составила 1-13 см, диаметр свища - 0,4-3,5 см. Всего проведено 43 операции: 23 (54%) операция Боари, Демеля, Боари-Демеля, прямого уретероцистоанастомоза (ПУЦА); 4 (9%) операции чреспузырной пластики пузырно-влагалищного свища, 1 из которых - лапароскопическая; по 2 (4%) операции трансабдоминальной и чреспузырной пластики свища с операцией ПУЦА, 1 (2%) операция трансабдоминальной пластики пузырно-влагалищного свища с операцией Демеля. Уретеросигмостомия по Mainz-Rouch II выполнена в 9 (21%) случаях, по Goodwin - в 2 (4%). 7 (16%) из всех операций выполнялись при рецидивах. Дренирование мочевыводящих путей осуществлялось катетером Foley, J-J стентом, эпицистостомой, нефростомой, наружным мочеточниковым интубатором, ректальным дренажом. В раннем послеоперационном периоде возникли осложнения I степени по Clavien - Dindo (пропитывание мочой послеоперационной раны, обострение хронической ИМП, частичная кишечная непроходимость) в 12 (28%) случаях; II степени (острые состояния, потребовавшие гемо- и плазмотрансфузии) - в 1 (4%); III степени (рецидив, формирование наружного кишечного свища) - в 3 (7%) случаях.

Результаты. Рецидив в ранние сроки возник в 2 (5%) случаях, в отдаленные (1 мес – 3 года) - в 4 (10%) случаях, при которых были выполнены операция Демеля и Демеля-Боари трансперитонеальным доступом, 2 операции уретеросигмостомии по Mainz-Rouch II.

Из всех 37 пациенток у 25 (67%) восстановлена мочевая дорожка собственными тканями органов МВС. У 12 (32%) выполнена суправезикальная деривация мочи в кишечник. Ни одна больная не погибла от ХПН.

Выводы:

1. В процессе динамического наблюдения за больными, подвергшимися ЛТ на ОМТ необходим долговременный контроль за состоянием органов МВС.
2. При выявлении осложнений ЛТ в большинстве случаев удается провести реконструкцию мочевых путей. При ее невозможности осуществляется суправезикальное отведение мочи в кишечник, что предупреждает фатальное прогрессирование ХПН.

Ключевые слова: лучевые, стриктуры, свищи, Демеля, Боари

ID: 2019-02-1276-T-18460

Тезис

Пахомкина А.А.

Гидронефроз у женщин с опухолями малого таза*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России**Научный руководитель: к.м.н. Понукалин А.Н.*

Цель работы: значение чрескожной пункционной нефростомии у женщин с онкологическими заболеваниями половой системы.

Материал и методы. Была изучена 51 история болезни больных женщин, которым в связи с опухолями малого таза проводилась ЧПНС. Возраст больных составил от 30 до 77 лет. Показанием к операции был уретерогидронефроз: у 32 женщин - односторонний, у 19 - двусторонний.

У 30 % пациенток был диагностирован рак тела матки, из них на стадии Т1- 13%, Т2- 53%, Т3-26%, Т4-8%, у одной из пациенток были отдаленные метастазы в кости таза.

У 18 % пациенток были опухоли яичников, из которых 67% были на стадии Т3, 33 % - на стадии Т4, у 1 пациентки были метастазы в брюшину.

Но у большинства пациенток – 52% был диагностирован рак шейки матки, на стадии Т 1 – 15 %, Т2- 33%, Т3-33%, Т4-19 %. Из них у 4 пациенток имелись метастазы в регионарные лимфоузлы.

При поступлении ХПН 1 стадии имели 4 человека, ХПН 2 стадии - 1; показатели креатинина колебались от 53 до 689 мкмоль/л, мочевины – от 6 до 30,8 ммоль/л.

Выраженный болевой синдром был причиной обращения 69% женщин, нарушение функции нефростомы – 10 % больных, у 21% не было клинических симптомов и показанием к операции были данные инструментальных исследований.

Результаты. Причиной уретерогидронефроза были: сдавление мочеточников у 17 больных, их прорастание у 15, лучевые стриктуры у 19. У 5 больных имелись свищи, в связи с чем после отведения мочи им планировалось проведение пластики. Диагноз уретерогидронефроз был установлен на основании данных инструментальных методов: УЗИ- 7, экскреторной урографии - 3, МРТ - 13, комбинации методов - 28.

На фоне лечения в ближайшем послеоперационном периоде болевой синдром купировался у 97 % больных, показатели креатинина и мочевины снизились у 40 %.

По окончании лечения больным было показано лечение: химиотерапия 3 больным, лучевая терапия у 2 больных, удаление материнской опухоли 2 больным.

Продолжительность жизни больных после проведения ЧПНС составила: менее 6 месяцев – 16% больных, в основном с уже имеющейся ХПН и на последних стадиях рака, 6 месяцев – 23%, 1 год – 18%, 2 года – 20%, 3 года – 23%.

Выводы. ЧПНС, являясь достаточно доступным методом, играет важную роль в улучшении состояния онкологических больных, во многих случаях улучшая прогноз основного заболевания, качество жизни этих женщин.

Ключевые слова: ЧПНС, рак матки, уретерогидронефроз

ID: 2019-02-1276-T-18555

Тезис

Захарцов А.В.

Изучение уровней тестостерона у больных с опухолями предстательной железы

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Научный руководитель: к.м.н. Понукалин А.Н.

Доброкачественные и злокачественные опухоли предстательной железы являются гормонально зависимыми. В большей степени корреляция прослеживается от уровня тестостерона крови.

Цель исследования: провести анализ уровня тестостерона крови у больных с опухолями предстательной железы и его влияние на тактику лечения.

Материал и методы. Изучены истории болезни 36 мужчин в возрасте от 50 до 82 лет (средний возраст 66,1 лет), находившихся на лечении в клинике урологии и нефрологии СГМУ им. Разумовского с декабря 2014 по февраль 2018. При клиническом и инструментальном обследовании у 21 пациентов установлен рак предстательной железы (II ст – 11, III ст – 7, IV ст – 3). Аденома предстательной железы выявлена у 15 мужчин (I ст – 4, II ст – 11). У всех больных определялся уровень тестостерона крови.

Результаты. При анализе историй болезни пациентов с аденомой простаты (ср. возраст 63,1 лет) уровни тестостерона колебались от 3,5 до 32,9 нмоль/л (ср. уровень 17,3), у 2 человек уровень гормона был ниже возрастной нормы 8 нмоль/л, отмечался андрогенный дефицит (3,5 и 7,56 нмоль/л).

У пациентов с диагнозом рак предстательной железы (Ср. возраст 68,4 лет) уровни тестостерона колебались от 0,69 до 30,1 нмоль/л (ср. уровень 7,2 нмоль/л). Была произведена терапия:

- ТРБ – 6 чел. Тестостерон 1,37; 2,48; 8,42; 30,1; 15,8; 20,0 нмоль/л
- Билатеральная орхэктомия – 3 чел. Тест. 0,69; 1,45; 15,4 нмоль/л
- ТУР + HIFU-абляция простаты, МАБ (аналоги ЛГРГ), ТРБ – 3 чел. Тест. 2,67; 16,4, 0,88 нмоль/л
- МАБ (аналоги ЛГРГ), ТРБ – 2 чел. Тест. 0,69; 6,6 нмоль/л
- МАБ (аналоги ЛГРГ), ТУР – 1 чел. Тест. 2,1 нмоль/л
- Брахитерапия, МАБ (аналоги ЛГРГ, периферические антиандрогены), ТРБ – 1 чел. Тест. 22,2 нмоль/л
- ТУР + HIFU-абляция простаты, МАБ (аналоги ЛГРГ) – 1 чел. Тест. 1,15 нмоль/л
- ТУР + билатеральная орхэктомия, бужирование уретры – 1 чел. Тест. 0,69 нмоль/л
- HIFU-абляция простаты, гормонотерапия, ТРБ – 1 чел. Тест. 0,69 нмоль/л
- Билатеральная орхэктомия, лучевая терапия, гормонотерапия, ТУР – 1 чел. Тест. 0,87 нмоль/л
- Билатеральная орхэктомия, ТУР + HIFU-абляция простаты, Холодная эндоуретротомия, ТУИ шейки мочевого пузыря – 1 чел. Тест. 1,0 нмоль/л.

У 7 больных, не смотря на проведенное лечение, отмечен рост уровней тестостерона и ПСА крови, в связи с этим им поставлен диагноз гормон-рефрактерный рак предстательной железы.

Выводы. Несмотря на небольшое количество наблюдений в нашем исследовании, анализ уровней тестостерона при аденоме простаты позволяет параллельно выявлять больных с андрогенным дефицитом, что потребует дополнительного лечения. При раке простаты корреляция уровней ПСА и тестостерона после проведенной терапии обнаруживает больных с гормонально-рефрактерным раком простаты. Своевременное изменение тактики лечения позволяет продлить жизнь этим тяжело больным пациентам.

Ключевые слова: тестостерон, гормонально-рефрактерный рак, рак предстательной железы, аденома предстательной железы, возрастной андрогенный дефицит

ID: 2019-02-1276-T-18632

Тезис

Андреев Д.А., Куприйчук А.В., Филоненко Е.В.

Значение компьютерной томографии в определении химического состава конкрементов мочевыводящих путей in vivo*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России**Научный руководитель: к.м.н. Понукалин А.Н.*

Актуальность. Особо актуальной проблемой остается консервативное лечение больных с мочекаменной болезнью, в связи с тем, что на данный момент достоверность неинвазивных методов определения химического состава конкремента in vivo остается низкой.

Цель: определить взаимосвязь показателей плотности конкремента при помощи мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в единицах Хаусфильда (НУ) и химического состава камня мочевыводящих путей.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов, получавших лечение в клинике урологии на базе КБ им. С.Р. Миротворцева за 2016 год. Группа состояла из 78 пациентов с диагнозом мочекаменная болезнь (МКБ), из них 38(48%) мужчин и 40 (52%) женщин. Возраст пациентов варьировал от 22 до 80 лет. Дополнительно выявлено, что в 56 % случаев конкремент являлся рецидивным. Всем пациентам выполнялось МСКТ с определением плотности конкрементов методом денситометрии в единицах НУ. Лечебные мероприятия выполнялись в объеме ДУВЛТ 20 (25%) пациентов, ПНЛТ 35 (44,8%), КУЛТ 18 (23%). Лапароскопические и открытые оперативные вмешательства в 5 (6,4%) случаев, самоотхождение конкрементов наблюдалось у 4 (5%) после чего все удаленные конкременты исследовались при помощи поляризационной микроскопии для установления их качественного и количественного химического состава.

Результаты. Наиболее часто встречаемые конкременты являлись смешанного типа: оксалатно-фосфатные (47%), оксалатно-уратные (6,4%), оксалатно-фосфатно-уратные (2,5%). Мономорфные конкременты, чаще встречались в виде оксалатов(20%), уратов(16%), фосфатов(6,4%). При сравнительном анализе химического состава конкремента и денситометрической плотности, мономорфные камни оксалаты находились в диапазоне от 477 до 1326 НУ, средний показатель 744 ± 582 НУ, ураты от 300 до 1200 НУ, средний показатель 601 ± 599 НУ, фосфаты от 950 до 1450 НУ, средняя величина 1116 ± 334 НУ. Смешанного типа конкременты оксалатно-фосфатного состава от 360 до 1780 НУ, средний показатель 992 ± 780 НУ, оксалатно-уратные от 470 до 600 НУ, средняя величина 548 ± 78 НУ, оксалатно-фосфатно-уратные от 220 до 1315 НУ, средний показатель 767 ± 548 НУ. Эффективность оперативного лечения, основанная на показателях МСКТ составила при ДУВЛТ (90%), при ПНЛТ (94%), при КУЛТ (100%).

Выводы. Таким образом, получаемые характеристики конкремента при проведении МСКТ, позволяют определить вид оперативного вмешательства с высокой эффективностью, но не предоставляет возможности достоверно определить химический состав конкремента in vivo с учетом его плотности в единицах НУ.

Ключевые слова: МСКТ, химический состав конкрементов, плотность

Фтизиопульмонология

ID: 2019-02-1749-T-18599

Тезис

Грицкова И.А., Мехтиханова С.В.

Некоторые особенности туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов с МЛУ

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Сочетание множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) и ВИЧ-инфекции отягощает течение туберкулеза.

Цель: изучить влияние ВИЧ-инфекции и МЛУ на клинику и исходы туберкулеза.

Материал и методы. Обследовано 900 больных, лечившихся в ГУЗ СОКТБ 2015-2017 г.г. С ВИЧ-инфекцией -228 чел.(I гр.), без ВИЧ-672 (II гр.)

Результаты. Количество ВИЧ-инфицированных составляло 25,3%. В 1 гр. мужчин-65,8%, женщин- 34,2%, во 2 гр. доля мужчин выше на 10,4% - 75,4%, женщин-24,6%.

По возрасту: группа с ВИЧ состояла в основном из лиц трудоспособного возраста до 40 лет– 71,0%, II гр.–49,2%.

Среди ВИЧ преобладали поздние стадии: 4А -3,5%, 4Б-67,1%, 4В (СПИД)-29,4%.

1 гр.состояла в основном из впервые выявленных–82,0%, рецидивы-6,6%, хроники–11,4%. Во II гр. соответственно-63,8%, 13,2% и 22,9%.

В 1 гр. на I месте инфильтративный туберкулез (ИТ)–40,6%, диссеминированный (ДТ)-28,9%, туберкулемы–7,1%, очаговый (ОТ)– 3,8%, фиброзно-кавернозный (ФКТ)–2,5%, казеозная пневмония (КП)–2,5%, первичный–2,1%, экссудативный плеврит (ЭП)–5,9%, генерализованные процессы–15,1%. Туберкулезный менингит (ТМ) встречался у 9,2% больных. Внелегочный туберкулез-6,3%.

Во II гр. ИТ также на I месте – 34,0%, ДТ почти в 3 р. реже–10,7%, туберкулемы наблюдались в 3 р. чаще-21,7%. ФКТ в 10 р. чаще– 22,6%; первичный туберкулез–0,3%, ОТ–4,8%, КП–1,6%, ЭП почти в 4 р. реже–1,5%. Почти в 10 р. реже был ТМ–0,6%, генерализованный в 5 р. реже–3,0%. Внелегочный в 3 р. реже–2,2%.

Деструкции среди впервые выявленных больных с ВИЧ встречались на 10% реже–43,5%, во II гр.–54,3%. Бактериовыделение в 1 гр. на 10% чаще, чем во 2-й, соответственно 54,4% и 45,7%. Доля больных с МЛУ среди впервые выявленных больных с ВИЧ была несколько выше- 21,4%, во 2 гр.–18,9%.

Эффективность лечения впервые выявленных больных с ВИЧ-22,8%, во II гр. на 10% выше–32,6%. Летальность I гр. в 4 р. выше- 19,0%, чем во II –5,1%. Среди б-ных с МЛУ без ВИЧ эффективность в 2 р. выше–25,9%, умерло–2,5%, что в 7 р. ниже смертности больных с ВИЧ.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, множественная лекарственная устойчивость

Толстых А.О.

ВИЧ-ассоциированный туберкулёз: современные проблемы*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра фтизиопульмонологии**Научный руководитель: д.м.н. Казимилова Н.Е.*

Туберкулез остаётся актуальной проблемой здравоохранения всех стран мира. В то время как уровень смертности от туберкулёза снизился на 22%, увеличилась смертность больных туберкулезом от других заболеваний и внешних причин, ведущей среди которых является сочетание с ВИЧ-инфекцией (в 2015 году число погибших достигло 0,4 млн.человек). В России также отмечают неуклонный рост больных ВИЧ-ассоциированным туберкулёзом – за 10 лет от 1,8% до 15,2%, что затрудняет процесс излечения.

Цель исследования: изучение клинических особенностей и течения ВИЧ-ассоциированного туберкулёза.

Материал и методы. Ретроспективный анализ историй болезни больных туберкулёзом госпитализированных в туберкулёзно-лёгочное отделение Саратовской областной клинической туберкулёзной больницы с 2015 по 2017 год.

Результаты. Госпитализировано в туберкулёзно-лёгочное отделение Саратовской областной клинической туберкулёзной больницы в 2015 году – 265 пациентов; в 2016 году - 310; в 2017 году – 375. Доля больных туберкулёзом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией составляла в 2015 году - 62 пациента, в 2016 году - 75 пациентов, в 2017 году - 84 пациента.

Туберкулез органов дыхания у больных с ВИЧ-ассоциированным туберкулёзом был представлен следующими клиническими формами: очаговый – в 5,7%; инфильтративный – в 42,5%; туберкулемы – в 5,7%; кавернозный и фиброзно-кавернозный – в 3,4%; экссудативный плеврит – в 8% случаев. Доля распространенных диссеминированных форм составила 37,5% случаев, включая генерализованные формы туберкулеза. Деструкции в легочной ткани выявлялись в 18,8% случаев, причем распад чаще встречался у мужчин (21,7%), чем у женщин (13,6). 44,9% пациентов сочетанной инфекцией являлись бактериовыделителями, только у 8% пациентов была сохранена лекарственная чувствительность к противотуберкулезным препаратам. Неблагоприятный характер течения проявился в высоком уровне летальности – 12,6% случаев.

Выводы. В связи с перманентной эпидемией ВИЧ-инфекции растёт доля больных с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом среди пациентов противотуберкулезного стационара.

Высока доля больных туберкулезом и ВИЧ с распространенными формами туберкулеза, что на фоне иммунодефицита сопровождается неблагоприятным течением. Высокий уровень лекарственной устойчивости МБТ усугубляет негативный прогноз.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, эпидемия, негативный прогноз

ID: 2019-02-1749-T-18630

Тезис

Белоножко А.Н.

Портрет больного туберкулезом легких с сопутствующим сахарным диабетом

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра фтизиопульмонологии

Научный руководитель: д.м.н. Казимилова Н.Е.

Сахарный диабет – хроническое неинфекционное заболевание, темпы роста которого приобрели характер эпидемии. По данным статистики в России на 2017 год 4,378 млн больных сахарным диабетом. К 2030 году прогнозируется увеличение этого показателя до 5,8 млн. Пациенты с сахарным диабетом относятся к группе медицинского риска, т.к. у них вероятность заболеть туберкулезом легких существенно выше, чем у людей без данной патологии. Чаще (75-85%) туберкулез присоединяется к сахарному диабету, реже (5-10%) он предшествует, иногда (15-20%) оба заболевания выявляют одновременно.

Целью исследования было составить портрет больного туберкулезом легких с сопутствующим сахарным диабетом.

Материал и методы. Был проведен статистический анализ данных выписок из историй болезней ГУЗ «Областной клинической туберкулезной больницы» г. Саратова. За основные параметры были взяты: пол, возраст пациентов, диагноз при поступлении и выписке, количество койко-дней, распад легочной ткани, бактериовыделение.

В результате было выяснено, что туберкулез с сопутствующим сахарным диабетом чаще встречается у женщин 55-60 лет, преобладают множественные туберкулемы легких (60%), в 80% случаев наблюдается распад легочной ткани, бактериовыделение – в 60% случаев. Длительность стационарного этапа лечения больных туберкулезом и сахарным диабетом достигает 120-150 дней, лечение проводится в соответствии с имеющимися стандартами, но при этом по завершении лечения в стационаре у 53% пациентов сохраняется деструкция в легочной ткани при 46% продолжения бактериовыделения.

Исходя из вышеперечисленного, можно составить портрет пациента туберкулезной клиники с сопутствующим сахарным диабетом: это женщина в постменопаузе, которая проходит лечение в стационаре от 120 до 150 дней по поводу множественных туберкулем легких в фазе распада, сопровождающихся бактериовыделением. Эффективность лечения низкая, что обусловлено низкой репаративной способностью легочной ткани при сахарном диабете, препятствующей полноценной инволюции туберкулезного очага, а также гормональными перестройками в период постменопаузы и недостаточной комплаентностью пациента.

Ключевые слова: туберкулез легких, сахарный диабет

Хирургические дисциплины

ID: 2019-02-24-T-18000

Тезис

Букушкина В.А., Спиридонова А.А.

Тромбоцитарная реакция при остром панкреатите

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, кафедра травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных ситуаций**Научный руководитель: д.м.н. Чикаев В.Ф.*

Введение. Одна из важных проблем неотложной панкреатологии – объективная оценка степени тяжести состояния пациента в динамике заболевания, эффективности проводимой терапии, а также синдрома прогнозирования системной воспалительной реакции. Одним из факторов, оценивающих вышеизложенные критерии, является тромбоцитарная реакция в периферической крови.

Цель исследования: выявить особенности и провести анализ тромбоцитарной реакции в периферической крови у пациентов с острым панкреатитом.

Задачи исследования: оценить содержание тромбоцитов в периферической крови путем интерпретирования общего анализа крови.

Материал и методы. На базе 7 Городской клинической больницы г. Казани было проведен ретроспективный анализ изменения концентрации тромбоцитов у 19 пациентов с диагнозом острый панкреатит разных степеней тяжести. Возраст пациентов составлял от 35 до 75 лет.

Результаты. Пациенты получали комплексное лечение. У 11 пациентов основным методом лечения послужило дренирование жидкостных образований парапанкреатической клетчатки, у 4 пациентов была произведена лапаротомия вследствие прогрессирующего гнойно-воспалительного процесса, у 4 пациентов заболевание разрешилось путем консервативной терапии. Анализ числа тромбоцитов у пациентов периферической крови показал взаимосвязь данного показателя от тяжести данного заболевания. При легкой форме заболевания число тромбоцитов остается в пределах нормы, при тяжелых формах – повышается, а для тотального панкреонекроза характерна тромбоцитопения.

Выводы. Характер изменений в тромбоцитарной реакции при остром панкреатите может быть использован как критерий оценки эффективности проводимой терапии и оценки прогноза заболевания.

Ключевые слова: тромбоцитарная реакция, панкреатит

ID: 2019-02-24-T-18234

Тезис

Черемисина А.С., Головащенко А.С.

Сравнительная оценка современных биодegradуемых раневых покрытий в клинике термических поражений

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Научные руководители: д.м.н. Островский Н.В., к.м.н. Тараскин А.Ф.

Актуальность. Проблема восстановления обширных раневых дефектов, полученных в результате ожога, была и остается одной из самых актуальных в современной медицине. За 2016 г в ГУЗ «ОКЦК» обратилось 1007 человек, из которых 318 человек составили дети.

Под эффективностью лечения ран понимают не только сокращение его длительности и стоимости, но, главное, повышение эффективности восстановления кожного покрова и качества жизни в целом. На фармацевтическом рынке существует значительное количество биодegradуемых раневых покрытий, наиболее яркими представителями которых, являются: Хитопран, G-derm и Suprathel.

Цель: обосновать применение раневых покрытий в местном лечении ожогов; клинический анализ лечебной эффективности различных классов биодegradуемых раневых покрытий.

Хитопран представляет собой биополимер на основе субмикронных волокон хитозана. Нановолокна имитируют структуру внеклеточного матрикса, активируют макрофаги в очаге поражения и ускоряют пролиферацию фибробластов и эпидермальных кератиноцитов.

G-derm – покрытие на основе природного биополимера (гиалуроновая кислота). Наноструктурное построение биоматериала, включаясь в состав межклеточного матрикса соединительной ткани, создает оптимальные условия для процессов регенерации.

Suprathel представляет собой лактокапромер, основным компонентом которого является полимолочная кислота. Полимолочная кислота ускоряет процессы заживления раны, имитируя полноценную кожу.

Вывод. Хитопран является материалом выбора для использования в клинике термических поражений. Он показал высокую эффективность при использовании в местном лечении ожогов, что выразилось в сокращении сроков эпителизации ран, восстановлении адекватного кожного покрова, с уменьшением затрат на лечение больного.

Ключевые слова: Хитопран, G-derm, Suprathel

ID: 2019-02-24-T-18246

Тезис

Головащенко А.С., Черемисина А.С.

Особенности течения и лечения термической травмы у детей, поступивших в ГУЗ "ОКЦК"*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии**Научные руководители: д.м.н. Островский Н.В., к.м.н. Тараскин А.Ф.*

По данным ВОЗ, ожоги кожи являются одним из наиболее часто встречающихся видов бытовой и производственной травмы, и занимают третье место среди всех травм. В развитых странах смертность от ожогов составляет 2,1% на 100000 человек (Крылов К.М. с соавт., 2004). Ежегодно в России ожоги получают порядка 400 тысяч человек, причем четверть из них подлежит госпитализации. При этом заметно вырос удельный вес пациентов с критическими глубокими ожогами на площади более 40% поверхности тела, до 41,4% от общего числа обожженных увеличилось число пострадавших, получивших глубокие поражения (А.В.Воробьев с соавт., 2008). Особую социально-экономическую значимость приобретает тот факт, что доля лиц трудоспособного возраста достигает 68-77% (Козулин Д.А. и соавт., 2002). Драматизм ситуации усугубляется тем, что среди всех обожженных 30-35% составляют дети до 14 лет.

Задачи:

1. Установить превалирующую причину ожоговой травмы, степень и глубину поражения, локализацию поражения в зависимости от возраста ребенка.
2. Описать особенности течения раневого процесса в зависимости от морфологических особенностей кожи, ее регенеративных способностей в разные периоды детского возраста.
3. Определить тактику и объем лечения ожогов у детей.

Методология местного лечения ожоговых ран и раневой инфекции основана на дифференцированном применении различных химиотерапевтических средств и раневых покрытий с направленным действием на раневой процесс в зависимости от его патогенетической фазы и особенностей течения.

Внедрение в практику лечения ожоговых ран всего имеющегося спектра раневых покрытий, а также их своевременное и правильное использование делает реальным повышение качества медицинской помощи больным детям с термическими поражениями, спасает жизнь тяжелообожженным, а также облегчает ведение пациентов, получивших ожоги.

Ключевые слова: дети, ожоги, лечение, статистика

Бурденко Николай Нилович – вклад в развитие отечественной хирургии

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета

Резюме

Николай Нилович Бурденко - великолепный хирург-клиницист, основоположник отечественной нейрохирургии, крупнейший организатор военно-полевой хирургии, разносторонний ученый, видный государственный и общественный деятель, доктор медицинских наук, академик АН СССР, академик и первый президент АМН СССР, председатель ученого медицинского совета Наркомздрава СССР, Герой Социалистического Труда. Почётный член Лондонского королевского общества хирургов и Парижской академии хирургии. Работа посвящена памяти великого ученого Бурденко Н.Н.

Ключевые слова: Бурденко, нейрохирург, ученый, отечественная хирургия

Николай Нилович Бурденко родился 3 июня 1876 года в селе Каменка Рязанской губернии в семье сельского писаря. Окончил Пензенское духовное училище, духовную семинарию. В начальный период научной деятельности он был увлечен физиологией. В своих «Автобиографических записях» он вспоминает о внимании, проявленном к нему великим физиологом И.П. Павловым, который даже приглашал Николая Ниловича в свою лабораторию. Но Бурденко уже избрал свой путь и остался верен хирургии. В письме к Павлову он писал: «Хирургия, в особенности военно-полевая хирургия, — это дело всей моей жизни...»

К началу Первой мировой войны он уже опытный хирург-клиницист, которого отличало глубокое знание физиологии, патофизиологии, других теоретических медицинских дисциплин и терапии, без чего не может быть настоящего мыслящего хирурга. К 1924 г. Бурденко открывает нейрохирургическое отделение при факультетской хирургической клинике Московского университета и создает нейрохирургию как самостоятельную дисциплину. Он разрабатывает методики сложных операций на нервной системе. В 1929 г. открывается нейрохирургическая клиника при Рентгеновском институте, и Николай Нилович становится ее директором, а в 1932 г. на базе этой клиники создает Центральный нейрохирургический институт.

Своими работами он внес крупный вклад в теорию и практику нейрохирургии, он занимался экспериментальной нейрохирургией, травмами центрального и вегетативного отделов нервной системы, онкологическими заболеваниями головного и спинного мозга, патологией мозгового кровообращения, ликворообращением, диагностикой и лечением черепно-мозговой травмы и т. д.

Помимо этого, Бурденко занимался и другими проблемами. Им выполнены приоритетные клинично-экспериментальные исследования, посвященные физиологии и патологии печени, поджелудочной железы и других отделов желудочно-кишечного тракта, а также лечению ран мягких тканей, заболеваний костей и суставов, лечению различных видов инфекций.

Велик вклад Николая Ниловича в дело укрепления медицинской службы Красной армии. Своими трудами Бурденко продолжил дело Н.И. Пирогова и Н.В. Склифосовского по созданию отечественной военно-полевой хирургии. Так в 1939 г. выходит его книга «Характеристика хирургической работы в войсковом районе».

Как только началась Великая Отечественная война, приказом И.В. Сталина академик Н.Н. Бурденко был назначен главным хирургом Красной армии. Н.Н. Бурденко успешно руководил деятельностью госпиталей, воспитанием хирургов. лично показывал молодым врачам технику первичной обработки ран, наложения гипсовых повязок. Он подчеркивал необходимость своевременной эвакуации раненых и оказания первой помощи непосредственно в войсковом районе. Николай Нилович обосновал необходимость специализированной помощи на войне, создания таких ее видов, как нейрохирургическая, торакоабдоминальная и ортопедотравматическая.

В 1944 г. по инициативе Н.Н. Бурденко организуется Академия медицинских наук СССР, и он становится ее первым президентом. Основная задача Академии — развитие медицинской науки в соответствии с задачами медико-санитарного обеспечения обороны страны. Академиком Бурденко было разработано стройное учение о ране и предложены эффективные методы хирургического лечения боевых травм.

В основу лечения нейрохирургических раненых были положены установки Нейрохирургического института, возглавляемого академиком Н.Н. Бурденко. Благодаря этому смертность вследствие черепно-мозговых ранений из года в год падала: в 1942 г. — 5,3%, в 1943 г. — 2,5%, в 1944 г. — 1,7%.

В мае 1944 г. Бурденко разработал подробную инструкцию по профилактике и лечению шока в борьбе с раневыми инфекциями. Он применял первые антибиотики — пенициллин и грамицидин. Для испытания этих препаратов Бурденко специально организовал научную бригаду из хирургов, бактериологов и патологоанатомов и выехал во главе ее на фронт.

Огнестрельные ранения артерий стали еще одной темой научных работ Бурденко. Эта тема интересовала его еще в Первую мировую войну. Он разработал методы оперативного лечения ранений сосудов, что позволило снизить процент смертности в войсках.

Н.Н. Бурденко в своей преподавательской деятельности старался передать студенчеству свой богатый военно-хирургический опыт, его лекции были очень содержательные, отличались высоким научным уровнем, всегда были интересны не только для студентов, но и для врачей, преподавателей и профессоров, которые приходили их слушать.

Несмотря на тяжелейшее заболевание (повторные нарушения мозгового кровообращения), Бурденко продолжал активно работать. Находясь в госпитале в Омске, им написано более 8 монографий, в том числе «Опыт обследования ампутантов», «Опыт удаления мозговых абсцессов вместе с капсулой» и др.

Бурденко создал оригинальную школу хирургов с резко выраженным экспериментальным направлением. Среди его учеников — А.И. Арутюнов, Б.Г. Егоров, В.В. Кованов, А.А. Арндт, А.А. Бусалов, И.С. Жоров, Л.А. Корейша, В.В. Лебеденко, А.Ф. Лепукалн, П.И. Сапожников и др. Имя Бурденко было присвоено созданному им Институту нейрохирургии, Главному военному

госпиталю в Лефортове, кафедре факультетской хирургии ММА, которую он возглавлял на протяжении 22 лет до последнего дня своей жизни, Воронежскому медицинскому институту, где Бурденко проработал несколько лет, на родине Николая Ниловича, в Пензе, его имя носит областная больница, в которой он работал в молодости. Известны методы проведения хирургических операций, названные именем Бурденко.

Метод Бурденко — закрытие повреждения в стенке верхнего сагиттального синуса с использованием лоскута из наружного листка твёрдой оболочки головного мозга.

Васкуляризация печени по Бурденко — подшивание большого сальника к фиброзной оболочке печени для улучшения её кровоснабжения.

Операция Бурденко:

1. при повреждении плечевого сплетения: наложение анастомоза между диафрагмальным и кожно-мышечным или срединным нервом
2. ампутация поражённой анаэробной инфекцией конечности без наложения жгута, с перевязкой сосудов на месте пересечения кости и оставлением раны открытой.
3. ампутация конечности с гемостазом сосудистой сети нервов (обработкой культи нерва 5 % раствором формалина или 96 % спиртом) для предупреждения болей.

Н. Н. Бурденко внёс массу новых идей в вопросы общей хирургии и применил эти идеи на практике, в частности в военно-полевой хирургии. Кроме того, Николай Нилович показал своими работами, что современная хирургия может развиваться в содружестве с целым рядом дисциплин, как физиология, биохимия, микробиология, патологическая анатомия и патофизиология.

Он являлся в полном смысле этого слова руководителем научно-исследовательской работы в области медицины в нашей стране. Вся деятельность его — блестящий пример органичного сочетания теории и практики; это исходило из насущных потребностей здравоохранения страны. Жизненный и творческий путь Н. Н. Бурденко, выдающегося отечественного ученого и государственного деятеля, является образцом самоотверженного служения своему народу и Отечеству.

Литература

1. Аничков Н. Н. «Николай Нилович Бурденко — организатор и первый президент АМН СССР» // «Вестник АМН». — 1947. — № 6.
2. Багдасарьян С. М. (имеются автобиографические записи Н. Н. Бурденко, даты жизни и архивные документы) // «Материалы к биографии Н. Н. Бурденко». — М., 1950.
3. Багдасарьян С. М. (имеется библиография трудов Н. Н. Бурденко и литература о нём) // «Николай Нилович Бурденко». — М., 1954.
4. Мирский М. Б. Исцеляющий скальпелем: акад. Н. Н. Бурденко — М. : Знание, 1983. — 192 с. — (Творцы науки и техники).
5. Нестерова Н.М. Материалы к библиографии ученых СССР. Н.Н. Бурденко (1876-1946).Издательство академии наук СССР, М. — 1953г.
6. Ответственный составитель Н.С. Лебедева. "Катынь. Расстрел. Судьбы живых. Эхо Катыни. Документы". -- М., 2001.
7. Центральная научная медицинская библиотека -- Выдающиеся деятели медицины -- Бурденко Николай Нилович (1876--1946 гг.)
8. Энциклопедия «Люди русской науки». -- М., 1963. -- С. 669--678.

Галаева А.А., Горохов С.В.

К 140-летию со дня рождения Сергея Романовича Миротворцева

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета

Резюме

В работе изучены и проанализированы жизнь и деятельность С.Р. Миротворцева. Сергей Романович посвятил всю свою жизнь медицине: внес значительный вклад в развитие военно-полевой хирургии, принимал активное участие в становлении Саратовского медицинского университета, является автором более 80 научных статей. Жизненный путь Сергея Романовича Миротворцева является образцом самоотверженного служения своей Родине.

Ключевые слова: Миротворцев, биография, военно-полевая хирургия, Саратов

"А любить, - пояснял он, — это значит жертвовать собою, своим временем, досугом, своим отдыхом, своими желаниями, своими удовольствиями. Нужно отдать свое сердце и так относиться к раненому, как к своему родному. Хирургия не служба, а честь, радость, вдохновение, хирургия - счастье людей, отцов, матерей..." (С.Р. Миротворцев, 15 марта 1942 г. «Речь перед молодыми хирургами»).

Сергей Романович Миротворцев, русский и советский хирург, действительный член (академик) Академии медицинских наук СССР (с 1945), заслуженный деятель науки РСФСР (с 1935), родился 16 (29) мая 1878 г. в станице Усть-Медведицкой (в настоящее время город Серафимович) Волгоградской области.

Школьное образование получал в гимназии, после которой в 1898 году поступил на медицинский факультет Харьковского университета. За время учебы был награжден двумя золотыми медалями за студенческие работы: «Сосуды и нервы сухожильной стопы человека» (совместно со студентом В. П. Воробьевым) и «Вывихи костей запястья».

Окончив университет с отличием в 1903 году Миротворцев переехал в Санкт-Петербург, где устроился ординатором Обуховской больницы. В этой больнице Сергей Романович проработал всего лишь один год, и после начала русско-японской войны (1904-1905) он был вынужден отправиться на фронт в качестве хирурга Красного Креста. С 1905 г. С.Р. Миротворцев работал в госпитальной хирургической клинике Военно-Медицинской Академии Петербурга под руководством известного хирурга профессора С. П. Федорова, а затем у его ученика профессора В.А. Оппеля.

13 мая 1909 года Сергей Романович успешно защитил докторскую диссертацию на тему «Экспериментальные данные к вопросу о пересадке мочеточников в кишечник».

В 1914 году в Саратовском университете освободилась кафедра общей хирургии, и Сергей Романович, по предложению профессора Владимира Андреевича Оппеля, переехал в Саратов.

Деятельность в университете была прервана начавшейся Первой мировой войной. По личной просьбе Сергей Романович получает назначение на фронт и направление сначала консультантом-хирургом на Западный фронт, затем на Кавказский фронт, потом опять на Западный, но уже главным хирургом. По инициативе Миротворцева впервые был создан мобильный санитарный отряд — новое явление в практике медицинского обслуживания военных действий. В период продолжающихся боевых действий первой мировой войны выходит в свет весьма ценная и актуальная статья доктора Миротворцева, которая носит конкретное, выразительное название: "О ранениях осколками аэроплановых и цеппелиновых бомб".

После Февральской революции 1917 года Миротворцев возвратился в Саратов на оставленную им кафедру общей хирургии. Октябрьская революция застала его в Саратове. Во время гражданской войны Сергей Романович был назначен представителем центральной коллегии Советского Красного Креста на Юго-Западном фронте. Сергей Романович деятельно создает госпитали, лазареты, санитарные отряды, привлекая для работы в них профессоров, врачей, студентов, медицинских сестер. Большую заботу проявляет он в ту пору о том, чтобы огромное количество инвалидов первой мировой и гражданской войн как можно скорее вернулись к активному труду на благо Родины. Интересно, что нынешнее саратовское протезно-ортопедическое предприятие ведет свое начало от протезной мастерской, которую создал после гражданской войны С.Р. Миротворцев, и в которой он был первым директором.

В 1922 г. Сергея Романовича избирают ректором Саратовского классического университета (1922-1928), где ярко проявились его кругозор ученого и прекрасные организаторские и педагогические способности. Сергей Романович Миротворцев уделял большое внимание постановке учебно-воспитательной работы со студентами, улучшению работы библиотеки, строительству Клинического городка - крупнейшей больницы города. В 1926 г. строительство университетских клиник, которое было начато в 1912 году, было завершено.

Во время советско-финской войны 1939 года Сергей Романович был назначен главным хирургом развёрнутых в Саратове и в Пензе госпиталей. Приступив к изданию «Очерков военно-полевой хирургии», привлек к работе Н.Н. Бурденко.

В начале Второй мировой войны Миротворцеву было уже 63 года, но Сергей Романович обратился в Генеральный штаб с просьбой о зачислении его на военную службу. Он был назначен помощником начальника эвакуационного пункта № 45 города Саратова, а в конце октября 1941 года — главным хирургом Отдела эвакуационных госпиталей Саратовской области. Госпитали задышались без ваты, и ему приходит в голову мысль: использовать заменитель - корпию - старый полотняный материал, расщепленный на тонкие волокна, а ведь ее при желании может делать каждый. И вот через газету "Коммунист" С.Р. Миротворцев обращается к саратовцам с призывом: помогите раненым - возьмитесь за изготовление корпии! И это горячее слово уважаемого профессора медицины услышали во всех уголках Саратовской области - вскоре в госпитали стало поступать огромное количество корпии. И тогда он с новым пылом берется за осуществление еще одной важной идеи: вместо бинтов, которых тоже остро не хватало при невероятном количестве перевязок, применять марлевые подушечки, набитые сосновыми и еловыми опилками. Сергей Романович сумел при

этом доказать, что по гигроскопичности и асептичности эти подушечки даже превосходят марлю. И вот в Саратове была создана целая фабрика по выпуску этой нужной для исцеления раненых продукции.

Основываясь на бесценном опыте лечения тысяч и тысяч раненых, С.Р. Миротворцев делает ряд важных научно-практических выводов. В частности, речь в них шла о том, чтобы проводить первичную обработку ран в качестве основного метода подачи первой врачебной помощи, как можно раньше делать операции при ранениях черепа и мозга, груди и живота, бороться с шоком на передовых позициях, переливать кровь в условиях фронта, наладить комплексное лечение раненых путем применения ранней физкультуры, физиотерапевтических мероприятий и специального диетпитания.

За выдающуюся многогранную деятельность Сергей Романович Миротворцев был награжден орденами Трудового Красного Знамени, Красной Звезды и тремя медалями. В 1935 г. ему было присвоено звание заслуженного деятеля науки. В 1945 году он был избран действительным членом АМН СССР. Умер Сергей Романович Миротворцев 4 мая 1949 года, похоронен на Воскресенском кладбище города Саратова.

Имя Сергея Романовича Миротворцева присвоено саратовской клинической больнице, в которой ученый многие годы работал, и кафедре факультетской хирургии и онкологии в Саратовском Государственном Медицинском Университете (с 1949 года). Также именем Миротворцева названа улица Саратова в Октябрьском районе.

Литература

1. Захаров Н.В., Памяти Сергея Романовича Миротворцева, "Хирургия", 1949, № 10.
2. Непротеренными дорогами: Сборник очерков о крупнейших ученых-врачах, работавших в Саратове. – Саратов: Приволжское книжное издательство, 1981.
3. «Пензенская энциклопедия»: / Гл. ред. К.Д. Вишневский. — Пенза: Министерство культуры Пензенской области, М.: Большая Российская энциклопедия, 2001.

ID: 2019-02-24-T-18319

Тезис

Сытова Е.А.

Результаты лечения пациентов с варикозным расширением вен пищевода

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра факультетской хирургии и онкологии

Научный руководитель: к.м.н. Амиров Э.В.

Актуальность данной проблемы обусловлена возрастающим числом больных с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода. Несмотря на многочисленные исследования, вопрос о тактике ведения таких больных остаётся нерешённым.

Цель: оценить лечение пациентов с варикозным расширением вен пищевода, поступивших в Клиническую больницу им. С.Р. Миротворцева за 2016-2017 гг.

Задачи исследования: определить эффективность диагностических и лечебных мероприятий, проводимых пациентам с варикозным расширением вен пищевода.

Материал и методы. В нашем исследовании мы изучали истории болезни всех пациентов Клинической больницы им. С. Р. Миротворцева, у которых за период 2016 – 2017 годов было обнаружено варикозное расширение вен пищевода (ВРВП). В исследовании участвовали 22 пациента, средний возраст которых составил 50 лет. Среди них 13 пациентов мужского пола.

У 20 пациентов установлен диагноз цирроза печени. Вирусная этиология заболевания у 6 больных (30%). По классификации Child – Pugh класс А выявлен у 9 (45%), В – у 5 (25%) и С - у 6 (30%) пациентов. В 2 случаях этиология не установлена. У 13 пациентов (59,1%) отмечалось желудочно-кишечное кровотечение.

Всем пациентам с кровотечением из ВРВП была выполнена тампонада зондом-обтуратором Сенгстейкена–Блейкмора, а впоследствии осуществлялось введение гемостатических средств, плазма – гемотрансфузия.

Результаты. У пациентов с портальной гипертензией выявлены: гипербилирубинемия у 15 пациентов (68,2%); повышение уровня АЛТ и АСТ – у 4 (18,2%) и 8 (36,4%); гипопропротеинемия в 6 случаях (27,3%); снижение ПТИ – у 5 (22,7%), увеличение МНО у 5 пациентов (22,7%); гиперфибриногенемия и увеличение АЧТВ у 2 (9,1%) и 6 (27,3%) пациентов соответственно.

Летальный исход зафиксирован у 3 из 22 пациентов (13,6%). У 2 больных причина смерти -прогрессирование печеночной комы, у 1 – рецидив кровотечения.

Выводы. Этиология портальной гипертензии (цирроз печени) установлена в 90,9% случаев. Для повышения эффективности данного показателя необходимо проведение ангиографии сосудов портальной системы, ЯМРТ органов брюшной полости.

У одного пациента (4,5%) летальный исход связан с рецидивом кровотечения. Отмечается ограниченный спектр проводимых мероприятий (осуществление баллонной тампонады и проведение лекарственной гемостатической терапии). В план лечения таких пациентов необходимо внедрить эндоскопические методы гемостаза (лигирование варикозно расширенных вен пищевода).

Ключевые слова: лечение, вены пищевода, печень, цирроз

Лебедева О.Д., Козлов В.В., Лосев Р.З., Хмара М.Б., Гнилосоыр П.А.

Выбор метода пластики при грыжах различной локализации

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Цель – изучить операции, при которых применяется пластика синтетическими сетками. Предмет исследования – хирургические операции, при которых применяется пластика местными тканями и синтетическими сетками. Задачи исследования: провести анализ историй болезни пациентов, оперированных по поводу грыж; выявить зависимость постановки аллотрансплантатов от конкретных хирургических ситуаций; определить, в каких интраоперационных ситуациях неизбежно закрытие дефекта синтетической сеткой. Материал и методы исследования - истории болезни пациентов, оперированных по поводу грыж. Результаты. Исследование было проведено на базе ГУЗ Саратовской городской клинической больницы №1 имени Ю.Я.Гордеева. Проанализированы операционные журналы в период с начала 2015 года по август 2017 год. Выводы: 1. Подход к лечению грыж должен быть индивидуальным и учитывать совокупность различных факторов, прежде всего: коэффициент натяжения; нарушение кровообращения в тканях; размеры грыжевых ворот. 2. Предпочтительным является лечение в плановом порядке, в связи с тем, что мы имеем возможность полностью обследовать пациента. 3. Выбор метода пластики остается открытым. Появляются новые методы пластики, виды сеток, новые возможности, новые варианты эндоскопических операций и лапароскопической герниопластики, которые требуют изучения и нуждаются в анализе полученных результатов.

Ключевые слова: герниология, грыжи, лапароскопическая герниопластика**Введение**

Послеоперационные вентральные грыжи (ПВГ) встречаются у 20–22% больных. В современных научных исследованиях по герниологии грыжа понимается как общее заболевание, при котором кроме изменений брюшной стенки наблюдаются изменения во внутренних органах. При пластике грыжевых ворот местными тканями неизбежно натяжение тканей, приводящее к повышению внутрибрюшного давления.

Основой биомеханической концепции патогенеза ПВГ является представление о том, что мышцы — это не пружина и не резина, а живой биологический орган со своими законами существования. Мышцу нельзя растянуть, ее можно только разорвать. Таким образом, основой биомеханической концепции является положение о том, что измененные мышцы брюшной стенки нельзя сближать с натяжением.

Поэтому вызывают интерес вопросы: в каких случаях стоит применять пластику аллотрансплантатом и при каких интраоперационных ситуациях неизбежно закрытие дефекта синтетической сеткой.

Несмотря на достижения в лечении грыж, многие вопросы герниологии остаются нерешёнными и спорными, следовательно, разработка и внедрение в хирургическую практику более эффективных методов лечения и диагностики грыж определяют актуальность данной проблемы, ее большое социальное значение. В связи с этим актуальность исследования не вызывает сомнений.

Цель: изучить операции, при которых применяется пластика синтетическими сетками.**Задачи исследования:**

1. провести анализ историй болезни пациентов, оперированных по поводу грыж;
2. выявить зависимость постановки аллотрансплантатов от конкретных хирургических ситуаций;
3. определить, в каких интраоперационных ситуациях неизбежно закрытие дефекта синтетической сеткой.

Материал и методы

Истории болезни пациентов, прооперированных по поводу грыж. Предмет исследования – хирургические операции, при которых применяется пластика местными тканями и синтетическими сетками.

Исследование было проведено на базе ГУЗ Саратовской городской клинической больницы №1 имени Ю.Я.Гордеева. Проанализированы операционные журналы в период с начала 2015 года по август 2017 год.

Результаты и обсуждение

Больных с грыжами было выявлено 294. Прооперировано было 224 пациента (55%). 70 пациентов (45%) не были прооперированы в силу разных причин: во-первых, пациенты, у которых было невозможно выполнить оперативное вмешательство в связи с наличием сопутствующих заболеваний, таких как сосудистая патология, ИБС, патология желудочно-кишечного тракта; во-вторых, пациенты, которые находились в стационаре по поводу другого заболевания, а грыжа была выявлена случайно.

Таблица 1. Структура оперативных вмешательств

	<i>Экстренные</i>	<i>Плановые</i>
Паховые (108)	64%	36%
Пупочные (54)	80%	20%
Послеоперационные (47)	62%	38%
Бедренные (11)	100%	-
Грыжи б.л.ж (4)	25%	75%

Таблица 2. Пластика грыж

	Экстренные		Плановые	
	Местными тканями	Трансплантат	Местными тканями	Трансплантат
Паховые (108)	62%	2-2%	33%	3%
Пупочные (54)	80%	-	20%	-
Послеоперационные (47)	45%	17%	17%	21%
Бедренные (11)	90%	10%	-	-
Грыжи б.л.ж (4)	25%	-	75%	-

Из 224 больных экстренно было прооперировано 124, а планово - 100. Все пациенты с плановым грыжесечением были дообследованы, выполнялись общестационарные исследования, такие как УЗИ ОБП, обследование предстательной железы (см. табл. 1). У пациентов с сопутствующей патологией, например с легочной недостаточностью, выполнялась спирография, УЗИ сердца. При отсутствии противопоказаний больные были прооперированы. В экстренном порядке оперативное лечение выполнялось по жизненным показаниям, дообследование пациента не проводилось.

Из них:

- паховые 108 (48%),
- пупочных-54 (24%),
- послеоперационных грыж 47 (21%),
- бедренных-11(5%),
- грыжи белой линии живота 4 (2%).

При выборе герниопластики учитывались следующие параметры:

- размер грыжевых ворот
- локализация грыжи.

Интраоперационно:

- состояние апоневроза,
- состояние мышц брюшной стенки,
- параметры натяжения тканей,
- внутрибрюшное давление.

В зависимости от наличия тех или иных факторов использовалась полипропиленовая сетка или дефект был закрыт местными тканями.

Самые часто встречающиеся грыжи – паховые. Их было выявлено 108 (48%). Из них пластикой по Потемскому закончились 88 (82%), по Бассини 13 (12%), синтетическая сетка была установлена в 5 (5%) случаях (все грыжи являлись рецидивными). Пластика по Жирару-Спасокукоцкому была применена в 2 случаях (1% (см. табл. 2).

Из всех проведенных герниопластических операций оперативных вмешательств по поводу пупочных грыж было 54(24%). Ущемленных пупочных грыж, прооперированных способом Мейо, было сделано в экстренном порядке 43(86%) и в плановом - 11(14%).

При лечении послеоперационных 47 (21%) грыж были применены следующие варианты лечения: пластика местными тканями 28 (59%), постановка полипропиленовой сетки 18(38%), один случай гигантской послеоперационной грыжи, при котором была проведена пластика по Голубеву(3%). Два оперативных вмешательства были проведены в экстренном порядке.

В 26 случаях (55%) при послеоперационных грыжах местными тканями в плановом порядке было прооперировано 8 пациентов (30%), в экстренном порядке 18 (70%).

47 (21%) оперативных вмешательств по поводу послеоперационных грыж закончились постановкой полипропиленовых аллотрансплантатов 18 (38%). Из них в экстренном порядке 10 (56%) и в плановом порядке было прооперировано 8 (44%).

Основными причинами применения полипропиленовых сеток для укрепления передней брюшной стенки явились: средний коэффициент натяжения 2 (11%), высокий коэффициент натяжения – 3 (17%), слабость передней брюшной стенки 3 (17%) и наличие нескольких дефектов или одного большого 10 (55%).

Бедренные грыжи 11 (5%) чаще всего оперировали по методу Бассини-10 (90%), и в сложном случае была установлена сетка 1(10%).

Грыж белой линии живота было 4(2%), дефекты были закрыты местными тканями.

В послеоперационном периоде пациентам после планового оперативного вмешательства проводилась антибактериальная терапия. Пациентам, прооперированным в экстренном порядке, проводилось дообследование, антибактериальная терапия с целью профилактики развития вторичной инфекции.

Осложнения. Летальных случаев не было. Отмечались аллергические реакции на инородное тело при постановке синтетических аутоотрансплантатов. Выявленная аллергическая реакция проявлялась сыпью в области послеоперационного шва. После лечения глюкокортикостероидами реакция была купирована. Всем больным устанавливались активные дренажи, однако у некоторых больных отмечалась длительная экссудация, что удлиняло время их пребывания в стационаре.

У одной больной на третьи сутки после грыжесечения на фоне гипертонического криза развилось кровотечение, что потребовало удаления надaponевротической гематомы в последующем.

Заключение

1. Подход к лечению грыж должен быть индивидуальным и учитывать совокупность различных факторов, прежде всего:

- коэффициент натяжения;
- нарушение кровообращения в тканях;

- размеры грыжевых ворот.
- 2. Предпочтительным является лечение в плановом порядке, в связи с тем, что мы имеем возможность полностью обследовать пациента.
- 3. Выбор метода пластики остается открытым. Появляются новые методы пластики, виды сеток, новые возможности, новые варианты эндоскопических операций и лапароскопической герниопластики, которые требуют изучения и нуждаются в анализе полученных результатов.

Литература

1. Расстегаев А. В. Выбор способа устранения послеоперационной вентральной грыжи /Автореферат дис. на соиск. уч. ст. к. м. н. - С.-Петербург: 2009.
2. Швачко С. А. Использование полипропиленовых эксплантантов в неотложной хирургии грыж брюшной стенки / Автореферат дис. на соиск. уч. ст. к. м. н. – М.: 2008.
3. Агафонов О. И. Выбор оперативного лечения послеоперационных грыж и грыж белой линии живота / Автореферат дис. на соиск. уч. ст. к. м. н. - Смоленск: 2011

К 100-летию со дня рождения Г.Н. Захаровой: очерки биографии и вклад в медицинскую науку Саратова

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Ключевые слова: Г.Н. Захарова

Биография

Галина Николаевна Захарова родилась 21 октября 1918 года в Саратове в семье известного профессора Николая Васильевича Захарова. Именно он в дальнейшем повлиял на выбор жизненного и профессионального пути своей дочери. Одним из многочисленных вкладов в медицинскую науку профессора Захарова было основание в 1937 году в Саратовском государственном медицинском институте кафедры детской хирургии, а ранее – в 1933 году – под его руководством был создан курс детской хирургии при факультетской хирургической клинике проф. С.Р. Миротворцева.

Профессия отца сподвигла Галину Николаевну связать свою жизнь с медициной. В 1935 году она поступила на педиатрический факультет СМи, закончив обучение и получив диплом врача с отличием, в 1940 году она решает продолжить труд отца, став клиническим ординатором кафедры детской хирургии [8].

Великая Отечественная Война заставила сменить спокойную работу ординатора при кафедре на службу ординатора в эвакогоспитале №3313, а затем на старшего ординатора в ППГ №4398 Сталинградского фронта.

В первые же дни нахождения на фронте, она ощутила всю тяжесть труда и непосильную ношу, которые обрушились на молодую девушку-врача. В свои 24 года Галина Николаевна имела очень хорошую теоретическую и практическую подготовку, а военное время лишь заострило её личностные качества и хирургическое мастерство. Стоит лишь прочесть отрывки из фронтовых писем, которые она изредка отправляла родителям. В них говорится о нескончаемом потоке раненых, о ежедневных операциях и бессонных ночах. [7]

Уже в молодые годы жизненная активность и добросовестный труд выводили Галину Николаевну в ряды лучших. В своей работе она стремилась сделать всё максимально быстро, понимая, что цена каждой минуты – чья-то жизнь. При норме 50 больных на одного врача, она принимала до 200 раненых, под нескончаемый гул самолетов и грохот артиллерии. Представление к получению медали «За отвагу» – таким была заслуженная «кровью и потом» её первая награда. [10]

Внушительный вклад для Победы в Великой Отечественной войне был оценен по достоинству. Г.Н. Захарова была награждена орденом Красной Звезды, орденом Отечественной войны II степени, а также медалями «За боевые заслуги», «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.», знаком Жукова. [7]

После окончания войны, Галина Николаевна, продолжила работу под руководством отца в клинике детской хирургии. Но в мае 1949 года она начала новую историю своей жизни в качестве ассистента на кафедре госпитальной хирургии лечебного факультета. Ровно через год, успешно защитив диссертацию, получает ученую степень кандидата медицинских наук, в 1957 году утверждается в ученом звании доцента кафедры, а в 1963 году защищает докторскую диссертацию. [8]

С 1959 по 1989 года Г.Н. Захарова возглавляла кафедру госпитальной хирургии. Этот период времени характеризовался бурным ростом научно-исследовательской и практической деятельности коллектива кафедры. Переняв опыт своих знаменитых предшественников С.И. Спасокукоцкого, Н.И. Краузе, А.Н. Спиридонова Галина Николаевна Захарова своей деятельностью внесла неоценимый вклад в развитие научной мысли Саратова и СССР в целом. [9]

Заслуги Г.Н. Захаровой в медицине

Трансплантация почки в настоящее время является самым эффективным методом лечения терминальной стадии хронической почечной недостаточности, позволяя больным нередко достигать полной медицинской и социальной реабилитации. На сегодня ежегодно в мире выполняется до 30 тысяч таких операций, а общее число оперированных пациентов с пересаженной почкой в Европейских странах превышает 100 на 1 млн жителей [1].

Трансплантации почки в Саратове положила начало доктор медицинских наук, профессор Галина Николаевна Захарова. Будучи заведующей кафедрой госпитальной хирургии она уделяла внимание многим аспектам практической сосудистой хирургии. Большое количество времени было потрачено на изучение генеза вторичной ренальной гипертензии [4].

В 1970 году на базе 1 ГКБ было открыто нефрологическое отделение, которое в 1976 году было реорганизовано в отделение оперативной нефрологии и пересадки почки. Со дня открытия и ежегодно нарастало количество проведенных оперативных вмешательств. Так, например, в 1973 году было проведено по две операции эпинефрэктомии и чрезоортальной эдартерэктомии из устья почечных артерий, а уже в 1977 году первой операции – 9, а второй – 24. Одновременно с организацией нефрологического отделения была открыта лаборатория гемодиализа, оснащенной к тому времени новейшим оборудованием. Хронический гемодиализ – один из немногих способов продления жизни пациентов с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии. Персонал отделения отлично справлялся с работой, показывая это ежегодным приростом числа успешных гемодиализов [5]. В результате клиника госпитальной хирургии Саратовского Медицинского института стала одним из двух центров в России, где выполнялась операция трансплантации почки от живого родственного донора. Осознание данного исторического факта вселяет гордость за коллектив клиники под руководством Г.Н. Захаровой [6].

Не менее важное значение на развития научно-практической деятельности оказало открытие отделения микрохирургии, которое на то время являлось одним из первых и было создано на базе Клинической больницы №1. Однако созданию отделения предшествовала большая подготовка в виде приобретения операционного микроскопа, множества опытных оперативных вмешательств на белых крысах (около 270 операций), освоение и оттачивание техники микрохирургического вмешательства.

Инициатива и труд Г.Н. Захаровой в конечном итоге принесли плоды: в 1981 году впервые в Саратове была проведена реплантация пальцев с положительным исходом.[5]

Кроме лечебной работы, Г.Н. Захарова, активно участвовала в научной жизни Саратова и СССР. Так под её руководством было проведено множество областных (в 1967 г. она явилась председателем Саратовского областного научного общества хирургов) и региональных конференций, съездов хирургов (с 1969 г. – член Президиума Правления Всероссийского научного общества хирургов, с 1968 г. – член Правления Всесоюзного общества хирургов). На них всегда обсуждались главные и популярные исследования в области хирургии, касающихся наиболее востребованных патологий: аппендицита, холецистита, портальной гипертензии, острой хирургической патологии, хирургии легких, микрохирургии.

С 1972 года Галина Николаевна избрана членом Международного общества хирургов, а в 1981 году в Швейцарии на XXIX конгрессе хирургов она заняла пост вице-президента, что говорит о большом признании и уважении со стороны зарубежных коллег. [6]

За период своей работы Г.Н. Захарова опубликовала около 300 научных работ. Кропотливый труд лег в основу четырех крупных монографий: «Хирургия желудка» (Саратов, 1971), «Облитерирующий энтерит конечностей» (Саратов, 1979), «Лечение открытых переломов длинных трубчатых костей» (Москва, 1974) и «Лечение повреждений магистральных кровеносных сосудов конечностей» (Саратов, 1979). Под руководством Галины Николаевны защищено 5 докторских и десятки кандидатских диссертаций.

За плодотворную научную, врачебную деятельность Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 1977 года Г.Н. Захаровой было присвоено почетное звание заслуженного деятеля науки РСФСР, в 1981 году награждена орденом Трудового Красного Знамени; в марте 1981 г. она была избрана почетным гражданином г. Саратов.

Заслуженный деятель науки РСФСР, профессор Г.Н. Захарова скоропостижно скончалась 4 октября 1989 г., похоронена в г. Саратове. [9]

Литература

1. Мирский М.Б. История отечественной трансплантологии/ Изд-во: медицина – Москва, 1985.
2. Лопаткин Н.А., Трапезникова М.Ф., Перлин Д.В., Уренков С.Б. Урологические осложнения при трансплантации почки/ Изд-во: ГЭОТАР-МЕД – Москва, 2004.
3. Хубутия М.Ш. Трансплантология: учебник/ Изд-во: ГЭОТАР-Медиа – Москва, 2016.
4. Глыбочко П.В., Полозов А.Б., Д.Н. Хотько, Блюмберг Б.И. Трансплантация почки: учебно-методическое пособие/ Изд-во: СГМУ – Саратов, 2008.
5. Ради жизни. Под ред. проф. И.А. Салова/ Изд-во: СГМУ – Саратов, 2003.
6. Саратовский государственный медицинский университет: История и современность. Под ред. д.м.н., проф. П.В. Глыбочко / Издательство: СГМУ – Саратов, 2003.
7. 65-летию Великой Победы. 40-летию открытия мемориала памяти павших на фронтах Великой Отечественной войны преподавателей, сотрудников, выпускников и студентов Саратовского университета и Саратовского медицинского института / Саратов, 2010.
8. Архив СГМУ, личное дело Г.Н. Захаровой, св. 143, ед. хр. 4114.
9. Клячкин М.Л. // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. – 1990. - №8.
10. <https://ramyat-naroda.ru/> Сайт Министерства обороны России.

ID: 2019-02-24-A-18446

Краткое сообщение

Аванесян Г.А., Магомедов Н.А., Магомедов А.М., Мусаелян А.Г., Демицкий А.А., Мартиросян А.А., Алипов А.И.,
Саргсян А.К., Багдян А.К.

Экспериментальное обоснование моделирования асептического и гнойного абсцессов брюшной полости

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Научный руководитель: д.м.н. Алипов В.В.

Резюме

Актуальной проблемой экспериментальной и гнойной хирургии является поиск новых способов моделирования и лечения абсцессов различных локализаций. Значительный вклад в разработку способов экспериментального моделирования абсцессов различных локализаций внесен В.В. Алиповым и соавт. [1-7]. Согласно имеющимся многочисленным данным, среди хирургической патологии наиболее часто к развитию перитонита приводит перфорация полого органа: желудка и двенадцатиперстной кишки около 30%, деструктивный аппендицит – более 20%, поражения толстой кишки – 20-25%, тонкой кишки – порядка 15%.

Ключевые слова: отграниченный перитонит

В экспериментальной хирургии исследовали множество способов моделирования гнойных абсцессов и перитонита: в брюшную полость животным вводили инородные тела – куски дерева, пробки, 5%-е взвеси фекалий, взвесь золотистого стафилококка, энтеробактерии коли *E. Coli*, смесь культуры кишечной палочки и патогенного стафилококка. Известна экспериментальная модель абсцесса, заключающаяся во введении через катетер, установленный в брюшной полости, микробной взвеси стафилококка, кишечной палочки в равных соотношениях [8,9]. Однако, при всех перечисленных способах моделирования развивался распространенный перитонит. Экспериментально обоснованного способа моделирования отграниченного перитонита и абсцесса брюшной полости не опубликовано.

Цель исследования: моделирование асептического абсцесса и гнойного абсцесса брюшной полости, отличающегося наличием сформированной полости с фиброзной капсулой и гнойным содержимым.

Материал и методы

Настоящее исследование выполнено на базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии СГМУ им. В.И.Разумовского. В эксперименте на 12 белых лабораторных крысах массой 190 ± 20 г (животные первой группы) под комбинированным обезболиванием (рометар, золетил) миналапаротомным доступом в правой подвздошной области моделировали асептический абсцесс брюшной полости. Для создания асептического абсцесса в брюшной полости экспериментального животного использовали разработанную на кафедре методику формирования абсцесса [5]. В брюшную полость, после депиляции и антисептической обработки участка кожи размером 3×3 см., транскutánно, под контролем УЗИ, в полость живота вводили троакаром диаметром 3 мм. Далее через троакар проводили модифицированный (укороченный до 3 см) катетер Фолея и после заполнения баллона в дистальной части катетера 2,0 мл физиологического раствора (NaCl 0,9%), производили перевязку катетера проксимальнее баллона и фиксацию дистальной части его при помощи кожной дубликатуры. Через 6 суток после проведения манипуляции, катетер опорожняли, проводили контрастное и УЗ-исследование, после чего катетер удаляли. Инструментальные исследования показали, что в подвздошной области определяется сформированная полость асептического абсцесса диаметром 2 см³ с четкими стенками и подпаянными к ним петлями кишечника.

Моделирование гнойного абсцесса брюшной полости (местного отграниченного перитонита) у 12 экспериментальных животных второй группы заключалось в инфицировании асептических полостей, уже созданных у животных первой группы наблюдения. Всем животным выполняли моделирование абсцесса и местного перитонита по методу Блинкова Ю.Ю. (2007г). Для этого одному из животных выполняли лапаротомию, вскрывали просвет слепой кишки и из её содержимого готовили 15% взвесь фекалий в изотоническом растворе хлорида натрия. Далее смесь дважды фильтровали через двойной слой марли и вводили животным второй группы в созданную асептическую полость через пункционную иглу под контролем УЗИ из расчета 1 миллилитр на 100 граммов массы животных. Введение калового раствора осуществляли не позднее, чем через 20 минут после приготовления (для максимального сокращения потери анаэробной микрофлоры). Картину развития отграниченного гнойника и местного перитонита после выведения животных из эксперимента, подтверждали клиническими, инструментальными, микробиологическими и морфологическими исследованиями через пять суток после инфицирования полости и развития гнойного абсцесса.

Для комплексной планиметрической оценки полости абсцесса выполняли исследования с использованием формулы объема шара. Полученный экспериментально объем моделированной полости (шара) составил 2,0 см³, т.е. 2,0 мл. Для клинической оценки течения раневого процесса при асептическом и гнойном абсцессах брюшной полости изучены следующие объективные показатели: выраженность перифокальной гиперемии и отечности тканей на первые сутки формирования асептического абсцесса (животные первой группы) и на пятые сутки после образования гнойного абсцесса и перитонита у животных второй группы.

Микробиологическое исследование выполняли на шестые сутки у животных с смоделированными асептическими абсцессами и на 6-е сутки после образования отграниченного гнойника и местного перитонита в правой подвздошной области животного. Из отделяемого полости готовили десятикратные разведения в стерильном физиологическом растворе хлорида натрия, из последнего разведения осуществляли мерный высеv (по 0,1мл) на среду Эндо, МПА и бактериальной петлей – посев в столбик лактоагара. Посевы инкубировали в аэробной атмосфере 48 часов при 37°C. Исходя из полученных значений, рассчитывали количество КОЕ в 1 мл содержимого абсцесса.

Исследование материала проводили на 6-е сутки эксперимента после выведения животных из эксперимента. Удаленные фрагменты фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина. В брюшной полости экспериментальных животных определяли степень воспалительных изменений, наличие очагов некроза, время появления и степень выраженности регенерации тканей. У животных, иссекали стенки и перифокальные ткани области гнойника. Полученные биоптаты ткани фиксировали в растворе 10% нейтрального формалина. Готовили парафиновые блоки по общепринятой методике после обезвоживания в серии спиртов возрастающей концентрации. Срезы препаратов толщиной 3-5 мкм депарафинизировали, окрашивали гематоксилином и эозином. Морфологический анализ препаратов проводили с использованием светового микроскопа.

Инструментальная оценка моделированного абсцесса мягких тканей. С целью изучения динамики облитерации полости абсцесса во всех группах животных на 5-6-е сутки эксперимента проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) Для создания и последующего контроля динамики размеров абсцесса использовали ультразвуковой аппарат производства Уз сканер экспертного класса Philips EpiQ7 (США) с конвексными датчиками, работающими с частотой 3,5 МГц. В ходе проведенного УЗИ определяли следующие параметры: диаметр сформированной полости и толщину фиброзной капсулы.

Результаты и обсуждение

На 6-е сутки у всех животных первой группы был сформирован абсцесс брюшной полости, отграниченный сформированной стенкой. Клинически к концу первых суток животные с моделированными асептическими абсцессами были достаточно подвижны, реагировали на болевой и звуковой раздражители, пили воду, принимали пищу. У всех животных определялась перифокальная гиперемия, умеренная отечность кожи и мягких тканей подвздошной области.

Оценивая клинические признаки формирования гнойника у животных второй группы следует отметить, что у всех крыс формировался острый гнойный абсцесс и местный перитонит со всеми характерными признаками. Животные принимали лежащее положение, плохо реагировали на болевой и звуковой раздражители, отказывались пить и принимать пищу, отмечались выраженная болезненность при пальпации, отечность кожи и местная гипертермия. Прогрессирование клиники гнойной интоксикации и органной недостаточности отмечено уже к третьим-четвертым суткам эксперимента.

При оценке планиметрических данных и результатов ультразвукового исследования у животных первой группы выявлено, что внутренний диаметр полости сформированного абсцесса после опорожнения баллона составлял $2,06 \pm 0,7$ мл), что соответствует $2,0 \pm 0,25$ см³.

На 6-е сутки эксперимента у животных второй группы на глубине 9-10 мм от поверхности кожи (граница верхнего края образования) подфасциально лоцируется образование с четкими гиперэхогенными контурами 16 мм на 9 мм на 9 мм овальной формы. Образование умеренно-выражено васкуляризируется с преобладанием артериального кровотока. Линейная скорость кровотока (ЛСК) артерий центрального звена - 5-6 см/сек. Венозная ЛСК - не более 4,3 см/сек. Питающий сосуд отчетливо не лоцируется.

При бактериологическом исследовании из полости асептического абсцесса брюшной полости крыс (6 крыс) к 6-м суткам эксперимента все посева были отрицательными. При микроскопическом исследовании мазка из полости в 6 наблюдениях были обнаружены лейкоциты, (до 3-4 в каждом поле зрения), а также: единичные грамвариабельные расположенные кишечные палочки. В результате макроскопической оценки роста определено два вида колоний (как на МПА, так и на среде Эндо. Количество бактерий каждого вида соответствовало 10^6 - 10^7 КОЕ/мл отделяемого. Возможно, на 6-е сутки формирования полости отмечается ее контаминация нормальной микрофлорой, предположительно энтеробактериями и коринебактериями. Не исключается наличие аэротолерантных и облигатно анаэробных бактерий, о чем свидетельствуют результаты первичной микроскопии.

При исследовании экссудата из брюшной полости на 5-е сутки эксперимента у животных с гнойным абсцессом и местным перитонитом в 10 посевах наблюдался обильный сплошной рост *E. coli*. и лишь в двух случаях высевался моноштамм *Staphylococcus aureus* и кишечной палочки со средним количеством бактериальных клеток $5,2 \pm 0,6 \cdot 10^9$ КОЕ/мл.

При морфологическом исследовании к 6-м суткам эксперимента у животных первой группы вокруг баллона сформировалась белесоватая капсула толщиной до 380 мкм. Результаты морфологических исследований на 6-и сутки после создания острого гнойного абсцесса брюшной полости у животных второй группы: сформирована плотная стенка абсцесса толщиной до 540 мкм. На границе стенки и содержимого выявлялась клеточная инфильтрация, представленная макрофагами, клетками инородных тел. В участках десквамации определялась тонкая нежная фибринозная пленка с небольшим количеством полиморфноядерных лейкоцитов. Определялись умеренный отек фибринозного слоя брюшины и инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами. В инфильтрате обнаруживали макрофаги и лимфоциты. Соединительная ткань брюшины было разрыхлена вследствие скопления гнойного содержимого. В подлежащем фиброзном слое сохранялись отек и воспалительная инфильтрация, которые носили очаговый характер.

Выводы

1. Моделирование асептического абсцесса брюшной полости с использованием модифицированного катетера Фолея предусматривает формирование отграниченной полости абсцесса уже на 6-е сутки эксперимента.
2. При инфицировании моделированного асептического абсцесса 15% взвесью фекалий в изотоническом растворе хлорида натрия во всех наблюдениях формировался острый гнойный абсцесс и местный перитонит со всеми характерными его клиническими признаками.
3. В результате эксперимента получено клинико-морфологическое обоснование способа моделирования асептического и гнойного абсцессов. Предлагаемый способ является экономически и технически выгодным, минимально травматичным, обеспечивающим гарантированное формирование абсцесса в кратчайший срок.

Литература

1. Николенко В.Н., Алипов В.В. Перспективные нанотехнологии в области экспериментальной медицины. / В.Н. Николенко, В.В. Алипов // Нанотехника - 2009. - № 19. - С. 66-68.
2. Алипов В.В. Экспериментальные лазерные хирургические технологии. Первые результаты и перспективы. / В.В. Алипов [и др] // Вестн. экспер. и клин. хир. - 2011. - №2. - С. 330 - 333.

3. Алипов В.В. Lazer nanotechnology in experimetal surgery. / Alipov V.V. // International Kongress « EuroMedica 2012».-Hannover.- 2012.- P.22-23.
4. Алипов В.В., Добрейкин Е.А., Урусова А.И., Беляев П.А. Экспериментальное обоснование сочетанного применения наночастиц меди и низкоинтенсивного лазерного облучения при хирургическом лечении моделированных инфицированных ожоговых ран кожи. / Вестн. exper. и клин. хир.- 2013. - № 4.- С. 411-417.
5. Пат. 2601378 РФ, МПК G09B 23/28 Способ моделирования абсцесса мягких тканей/ В.В. Алипов, А.И. Урусова, Д.А. Андреев, Н.Х. Кулиев; Опубл. 10.11.2016. Бюл. №31.
6. Пат. 2460533 РФ, МПК А 61 К 33/34, А 61 К 33/14, А 61 Р 31/02 Способ лечения абсцессов в эксперименте / В.В. Алипов, М.С. Лебедев, С.Ю. Доронин [и др.] (РФ). № 2011131910; Заявл. 28.07.2011; Опубл. 10.09.2012. Бюл. № 25.
7. Пат. 2475251 РФ, МПК А 61 К 33/34, А 61 Р 31/02, А 61 N 5/067 Способ комбинированного лечения абсцессов в эксперименте / В.В. Алипов, М.С. Лебедев, С.Ю. Доронин [и др.] (РФ). № 2012104033/14; Заявл. 06.02.2012; Опубл. 20.02.2013. Бюл. № 5.
8. Шалимов С.А., Радзинский А.П., Кейсевич А.В. Руководство по экспериментальной хирургии. – М.: Медицина, 1989. – 272 с.
9. Шахрай С.В. Моделирование экстрасфинктерного свища прямой кишки в эксперименте / С. В. Шахрай // Медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 131

ID: 2019-02-24-T-18474

Тезис

Жолнерчик А.Я.

Критерии отбора больных для ранней хирургической профилактики повторного ишемического инсульта*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета**Научные руководители: д.м.н. Лосев Р.З., д.м.н. Буров Ю.А., Миронов И.А.*

Цель исследования: определить сроки и алгоритм отбора больных для ранней хирургической профилактики повторного ишемического инсульта.

Материал и методы. Произведен ретроспективный анализ результатов лечения 27 пациентов с поражениями сонных артерий, находившихся в сосудистом отделении ГКБ № 1 им. Ю.Я. Гордеева, которым были выполнены операции на сонных артериях. Выделены для сравнения группы больных (20 пациентов) с перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК или ТИА) и бессимптомным стенозом сонной артерии (7 пациентов). Средний возраст соответственно был $57,8 \pm 10,5$ лет (27-68 лет) и $67,5 \pm 8,7$ лет (52-75 лет). Диагностический алгоритм включал ультразвуковое дуплексное ангиосканирование брахиоцефальных и интракраниальных артерий, компьютерную томографию головного мозга и ЯМРТ с перфузионной программой. В группе больных с перенесенным ОНМК операции на сонных артериях выполнялись у 14 (51,9%) пациентов в острой стадии ишемического инсульта (до 14 сут.), а остальным пациентам - в сроки более 4 месяцев после ОНМК (6 больных - 22,2%).

Результаты. Пациентам с ОНМК были выполнены: каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) с пластикой заплатой – 50,0%, эверсионная КЭАЭ – 30,0%, протезирование сонных артерий – 20,0%. Больным с бессимптомным стенозом основным выбором оперативного лечения были классическая КЭАЭ – 42,9% и эверсионная КЭАЭ – 42,8%. Протезирование в этой группе больных было выполнено лишь у одного пациента (14,3%). Периоперативная частота инсульта/смерти для больных с ОНМК составила 5,0%, что соответствует стандартам Российского и Европейского обществ сосудистых хирургов 2017 года (<6%). Особые сложности вызывали больные с эмбологенно-опасными состояниями, связанными с дефектами бляшек сонных артерий и/или наличием тромба.

Выводы. У тщательно отобранных пациентов хирургическая профилактика повторного инсульта может быть выполнена эффективно и безопасно. Критериями отбора больных с ОНМК для операций на сонных артериях являются: симптомный стеноз внутренней сонной артерии более 60%, размер ишемического очага на ипсилатеральной стороне не более 4 см и неврологический статус не более 3 баллов по шкале Рэнкин или не более 12 баллов по шкале NIHSS в любые сроки (предпочтительно в течение первых 14 дней (уровень доказательности IA)).

Ключевые слова: КЭАЭ, профилактика инсульта, критерии отбора

ID: 2019-02-24-A-18504

Краткое сообщение

Широкова И.А., Козлов В.В., Гнилосыр П.А., Хмара М.Б., Самарина Д.В.

Холецистопанкреатиты у беременных

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Цель исследования: показать результаты лечения беременных с холецистопанкреатитом.

Материал исследования: анализ 142 историй болезней пациентов, проходивших лечение в хирургическом отделении «ГУЗ Городской клинической больницы № 1 им. Ю. Я. Гордеева» г. Саратова с2015 г.по2017 г.

Результаты. В ходе исследования выяснилось, что в хирургическом стационаре находились с диагнозом «Острый панкреатит», а также «Обострение хронического панкреатита»-98 пациенток, «Острый калькулезный холецистит»-44 пациентки. Больным была проведена дифференциальная диагностика с заболеваниями, связанными с нарушением беременности. Помогали в диагностике тщательный сбор анамнеза, лабораторные и инструментальные исследования. Лечение было комплексным, последовательным и строго индивидуальным; оно включало в себя консервативное и хирургическое. Хирургическое лечение было строго по показаниям, при этом потенциальный риск для плода был сведен к минимуму. Проводился КТГ-мониторинг и доплерометрия до операции и в послеоперационном периоде.

В результате проведенного исследования было установлено, что для диагностики такой хирургической патологии должен соблюдаться алгоритм обследования беременных женщин. Решение о дальнейшей тактике необходимо принимать совместно с хирургом и акушером-гинекологом.

Ключевые слова: панкреатит, холецистит, беременность, диагностика, лечение

Введение

Несмотря на то, что беременность-это физиологическое состояние организма, она также является периодом повышенной нагрузки на все органы, особенно значительной для женщин, уже имеющих ту или иную патологию. Наиболее частые причины острой хирургической патологии у беременных - поражение аппендикса до 88%, также в большей степени - желчного пузыря, поджелудочной железы до 10%, и другие причины-2% [1]. На сегодняшний день одной из актуальных акушерско-хирургических проблем являются холецистопанкреатиты у беременных.

Цель: показать результаты лечения беременных с холецистопанкреатитом.

Материал и методы

Проводился анализ 142 историй болезней пациентов, проходивших лечение в хирургическом отделении «ГУЗ Городской клинической больницы № 1 им. Ю. Я. Гордеева» г. Саратова с2015г.по2017 г.

Результаты

В ходе исследования выяснилось, что в хирургическом стационаре находились с диагнозом «Острый панкреатит», а также «Обострение хронического панкреатита» - 98 пациенток, «Острый калькулезный холецистит» - 44 пациентки. Больным была проведена дифференциальная диагностика с заболеваниями, связанными с нарушением беременности. Помогали в диагностике тщательный сбор анамнеза, лабораторные и инструментальные исследования. Лечение было комплексным, последовательным и строго индивидуальным; оно включало в себя консервативное и хирургическое. Хирургическое лечение было строго по показаниям, при этом потенциальный риск для плода был сведен к минимуму. Проводился КТГ-мониторинг и доплерометрия до операции и в послеоперационном периоде.

Обсуждение

Во время беременности клиническая картина значительно меняется, что затрудняет их диагностику. Беременность изменяет не только топографию органов брюшной полости, но и ответную реакцию организма на течение воспалительного процесса. Кроме повышенной опасности для матери, воспалительные заболевания поджелудочной железы и желчного пузыря неблагоприятно влияют на течение беременности, вызывая преждевременное ее прерывание, а нередко гибель плода или новорожденного.

Распространенность панкреатита увеличивается со сроком беременности 24% зарегистрированы в I триместре, 33%-во II триместре и 43%- в III триместре.[1]

По статистическим данным В.С. Савельев 1986года:

- болезни желчного пузыря являются 2 по частоте хирургическими заболеваниями при беременности.
- острый панкреатит занимает 4 место.

В ХО «ГУЗ Городской клинической больницы № 1 им. Ю. Я. Гордеева» г. Саратова с2015г.по 2017г находились с диагнозом «Острый панкреатит», а также «Обострение хронического панкреатита»-98 пациенток, «Острый калькулезный холецистит»-44 пациентки.

Холецистит и панкреатит- очень часто эти заболевания взаимосвязаны. Изначально поражается какой-то один орган, а их сочетанное воспаление приводит к нарушению процесса пищеварения и выраженному болевому синдрому.

Среди установленных причин развития холецистита и панкреатита у беременных наиболее часто регистрируются такие как:[2]

- Воздействие лекарственных препаратов (прием оральных контрацептивов в анамнезе (в два раза увеличивает риск формирования болезней желчного пузыря), тетрациклины, тиазидовые диуретики,)
- Во II и III триместрах - увеличение объема желчного пузыря почти в два раза, снижение его способности к опорожнению.
- Повышение литогенных свойств желчи.

- Изменение моторики желчевыводящих путей;
- Гипертриглицеридемия;
- Семейный панкреатит;
- Структурные аномалии поджелудочной железы или двенадцатиперстной кишки;
- Гестационная гипертензия;
- Токсикоаллергические факторы;
- Тяжелая травма живота;
- Сосудистая патология.

Предрасполагающие моменты к возникновению данных заболеваний у беременных являются:

- Повышение уровня ферментов (амилазы, липазы, кислых протеиназ) во второй половине беременности в результате активизации функций поджелудочной железы;
- Повышение содержания липидов в крови
- Повышение внутрибрюшного давления, что приводит к повышению интрадуоденального давления и интрадуктальному стазу в вирсунговом протоке и желчных путях;
- Постоянно имеющийся метаболический фон за счет нарушений минерального обмена, особенно при гестозах
- Стаз желчи и атония желчного пузыря вследствие действия прогестерона.

Клиническая картина такая же как у небеременных, но анатомические изменения, связанные с беременностью, затрудняют диагностику. Данные пациентки предъявляли такие жалобы:

1. Боль в правом подреберье и эпигастрии, часто опоясывающего характера.
2. Диспепсические расстройства: тошнота, рвота, плохой аппетит.
3. Синдром интоксикации организма: повышение температуры, ухудшение общего состояния.
4. При деструктивных формах панкреатита могут отмечаться неврологические симптомы: спутанность сознания, головная боль.

Больные госпитализировались в хирургическое отделение, где в ряде случаев проводилась дифференциальная диагностика с патологиями, связанными с нарушением беременности.

В I триместре развитие острого панкреатита совпадает с развитием раннего токсикоза или же протекает под маской раннего токсикоза, причем рвота у таких пациенток может продолжаться до 17-22 недель беременности и более. Те же симптомы диспепсии, длящиеся после 12 недель расценивают как симптомы обострения панкреатита.

ПОНРП- симптомы: боль, кровотечение, тахикардия.

УПБ- симптомы: тошнота, рвота, боль, кровотечение.

Помогали в диагностике лабораторные исследования:

1. Определение активности амилазы в крови и моче.
2. Определение активности липазы, липидный спектр крови.
3. В клиническом анализе крови у беременных выявляется лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.
4. Для оценки эндокринной функции поджелудочной железы исследуется гликемия натощак и уровень гликозилированного гемоглобина.
5. Функциональные показатели печени (АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, билирубин).
6. Электролиты крови (кальций, натрий, магний, калий).

Всем больным выполнялось УЗИ, при котором определяется увеличение размеров и изменение структуры поджелудочной железы, размеры и толщину стенки желчного пузыря, неровность, нечеткость контуров, расширение протоков, кисты и псевдокисты, кальцинаты, камни, холестаз. При сроке беременности до 30 нед. УЗИ железы не представляет технических трудностей, однако в более поздние сроки ее визуализации может помешать матка- доступным для осмотра остается только тело железы.

До 32 недель возможно проведение ФГДС, при котором обнаруживают косвенные признаки панкреатита и позволяет оценить состояние верхних отделов ЖКТ.

С целью исключения деструктивных форм панкреатита проводилось МРТ исследование после 12 недели беременности.

Всем беременным назначалось УЗИ органов малого таза и плода.

Традиционные методы обследования поджелудочной железы (панкреатическое зондирование, ангиография, ретроградная панкреатография) у беременных неприменимы.

Лечение было комплексным, последовательным и строго индивидуальным; оно включало в себя консервативное и хирургическое.

Основные направления консервативной терапии холецистопанкреатитов были направлены на устранение абдоминальной боли, симптомов диспепсии, интоксикации, воспалительных изменений паренхимы поджелудочной железы, её эндокринной недостаточности, предотвращение осложнений. [3]

1. Голод (24-48 часов);
2. для подавления функции поджелудочной железы производили аспирацию желудочного содержимого с помощью назогастрального зонда;
3. инфузия жидкостей;
4. анальгетики и спазмолитики - но-пша 2%-2 мл, баралгин 5 мл, папаверина гидрохлорид 2%-2 мл, промедол 2%-1 мл.

При наличии тяжелых форм панкреатита назначался целый комплекс лечения с целью спасения жизни пациентки, включающий в себя также:

5. антибактериальная терапия - цефтриаксон, в тяжелых случаях назначались карбапенемы;
6. парентеральное питание;
7. препараты соматостатина – октреотид.

Если совместно с панкреатитом наблюдался повышенный тонус матки, то включались препараты, расслабляющие ее гладкую мускулатуру (25% раствор сульфата магния, В2-адреномиметики - гинипрал).

Показания к хирургическому лечению [2]

- Перитонит;
- Отсутствие эффекта от консервативной терапии, проводимой в течение 2-3 дней, у больных с острым калькулезным обтурационным холециститом;
- Острый холецистит, осложненный перитонитом;
- Острый холецистит, осложненный механической желтухой;
- Деструктивные формы панкреатита;
- Абсцесс сальниковой сумки и забрюшинной флегмоны.

Потенциальный риск для плода при выполнении хирургических вмешательств должен быть сведен к минимуму. В настоящее время наркоз достаточно безопасен во время беременности, однако может повышать частоту самопроизвольных абортов, особенно в I триместре. Применение анальгетиков в целом не дает выраженных побочных эффектов. У беременных допустимо использовать антибиотики трех групп - цефалоспорины, пенициллины, макролиды, не рекомендуются сульфаниламиды и аминогликозиды, категорически противопоказаны тетрациклины. Рентгеновское облучение проводится беременным только в том случае, если риск недиагностированной хирургической патологии превышает риск облучения плода.

Принципы хирургических вмешательств включают в себя: адекватную гидратацию и соответствующую премедикацию, не уменьшающую оксигенацию крови матери и плода. Необходимо обеспечить адекватную анестезию. Нужно предупреждать материнскую гипотензию (избегать положения на спине).

Следует избегать излишних манипуляций на беременной матке. Для диагностики гипоксии плода при хирургических вмешательствах на поздних сроках беременности показан КТГ-мониторинг и доплерометрия до операции и в послеоперационном периоде.

Хирургическое лечение при поражении желчного пузыря

При обтурационном холецистите при отсутствии эффекта от консервативной терапии в срочном порядке выполнялась холецистэктомия. Её проводили путем чревосечения, а при сроке беременности, не превышающем 20 нед, можно использовать оперативную лапароскопию.

В хирургическом стационаре было выполнено оперативное вмешательство с помощью трансректального доступа двум пациенткам при сроке беременности 22-24 нед.

При положительном эффекте от консервативной терапии операцию выполняли в плановом порядке после родоразрешения.

В сроке беременности более 36 недель после стихания острого процесса было показано пациенткам досрочное родоразрешение через естественные родовые пути.

Кесарево сечение – только по акушерским показаниям проводилось.

Хирургическое лечение при поражении поджелудочной железы

За годы наших наблюдений оперативных вмешательств беременных по поводу панкреонекроза не было, но была переведена родильница из другого стационара на 3 сутки после кесарево сечения с клиникой деструктивного панкреатита. В нашем стационаре пациентке было проведено оперативное вмешательство - выполнена мониторинговая лапароскопия и лапароскопическое дренирование брюшной полости, по поводу смешанного панкреонекроза, общего ферментативного перитонита. Также необходимо напомнить возможные варианты хирургического лечения при поражении поджелудочной железы.

1. При беременности до 12 недель в условиях панкреонекроза показано прерывание.
2. После 36 нед. - досрочное родоразрешение.
3. В III триместре при наличии панкреатогенного перитонита производится кесарево сечение с последующим удалением матки с трубами и широкое дренирование брюшной полости.

Заключение

В заключении своего доклада, хочу подчеркнуть актуальность рассмотренных нами заболеваний во время беременности. Что для их диагностики должен соблюдаться алгоритм обследования беременных женщин, с целью проведения дифференциальной диагностики хирургических и акушерских заболеваний. И определение дальнейшей тактики лечения пациенток совместно с хирургами и акушерами-гинекологами.

Литература

1. Еремина Е.Ю. Панкреатит у беременных.-Практическая медицина,2012;
2. Айламазян Э.К.Акушерство-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
3. Под редакцией академика РАМН М.И. Кузина Хирургические болезни- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

ID: 2019-02-24-A-18515

Краткое сообщение

Козлов В.В., Гнилосыр П.А., Хмара М.Б., Горфинкель И.В., Панютин К.С., Багдян А.К., Агапов Г.Г.

Особенности оперативного лечения у больных, перенесших плотный аппендикулярный инфильтрат*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета*

Kozlov V.V., Gnilosyr P.A., Khmara M.B., Gorfinkel I.V., Panyutin K.S., Baghdian A.K., Agapov G.G.

Specials of surgery treatment of patients with an appendicular infiltrate*Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky Department of Hospital Surgery***Резюме**

В работе изучены и проанализированы данные историй болезни пациентов с подозрением на острый аппендицит в период с 2016 по 2017 год в ГКБ №1 им. Ю.Я. Гордеева. Проведен детальный анализ применяемого у данных больных лечебно-диагностического алгоритма, показаны исходы плотного аппендикулярного инфильтрата, а так же особенности оперативного лечения у больных перенесших аппендикулярный абсцесс.

Ключевые слова: острый аппендицит, аппендикулярный инфильтрат, аппендикулярный абсцесс

Abstract

In the paper there was studied and analyzed the data histories of patients with suspicion on acute appendicitis in period from 2016 to 2017 in the City Clinical Hospital №1 n.a.Yu.Ya. Gordeev. Detailed analysis of diagnostic and treatment strategy of patients was held and outcomes of dense appendicular infiltrate and specials of surgery treatment of patients with an appendicular abscess were showed.

Keywords: acute appendicitis, appendicular infiltrate, appendicular abscess

Введение

Острый аппендицит является наиболее частым заболеванием органов брюшной полости, требующим экстренной хирургической помощи. Ежегодно один человек из 200-250 заболевает острым аппендицитом [1].

Запоздалая госпитализация пациентов, а так же диагностические ошибки на догоспитальном этапе приводят к развитию осложнений.

В нашей работе мы хотели бы коснуться одного из осложнений острого аппендицита - плотный аппендикулярный инфильтрат и показать возможные его исходы.

Аппендикулярный инфильтрат является одним из видов осложнения острого аппендицита, возникающего на 3-4-е сутки от начала заболевания, частота которого колеблется в довольно широких пределах от 0,2 до 5,8 % [2-4].

Цель исследования: показать возможные исходы плотного аппендикулярного инфильтрата, а так же особенности оперативного лечения у больных перенесших аппендикулярный абсцесс.

Задачи:

1. Провести исследование историй болезни пациентов с подозрением на ОА в период с 2016 по 2017 год.
2. Выявить больных с подтвержденным диагнозом плотный аппендикулярный инфильтрат.
3. Провести детальный анализ применяемого у данных больных лечебно-диагностического алгоритма.
4. Рассмотреть случаи с аппендикулярным абсцессом.

Материал и методы

Изучены и проанализированы результаты обследования и лечения пациентов с подозрением на ОА, госпитализированных в 1 ГКБ с 2016 по 2017 год. С предварительным диагнозом острый аппендицит поступило 406 пациентов.

В ходе клинических и лабораторно-инструментальных обследований у 209 пациентов данный диагноз был исключен. Из них у 114 в процессе динамического наблюдения и дообследования (ОАК, УЗИ). 95 пациентам выполнялась диагностическая лапароскопия, при этом у 40 была выявлена гинекологическая патология и больные продолжили лечение в условиях гинекологического отделения. Тогда как у 55 была выявлена другая причина (кишечная колика, мезаденит, колит).

ОА был диагностирован у 197 пациентов. Из 197 пациентов в экстренном порядке оперированы 180 человек. При этом срок заболевания составлял от 1 до 4 суток. Среди этих больных катаральный аппендицит был выявлен у 8 пациентов; флегмонозный аппендицит - у 119 пациентов; гангренозный - у 53. Возраст больных на момент госпитализации колебался от 16 до 76 лет, составив в среднем (46) лет, для женщин - (49) лет, для мужчин - (43) года. Большинство больных были люди трудоспособного возраста. 17 пациентам поставлен диагноз плотный аппендикулярный инфильтрат. Длительность заболевания у пациентов с плотным АИ составила следующие сроки: от 3 до 4 суток- 5 больных; более 4 суток - 12 больных.

Лечебно-диагностический алгоритм у больных с ОА проводился согласно Национальным клиническим рекомендациям по острому аппендициту (27 января 2015 года). Особенностью клинического этапа диагностики было уточнение анамнестических сведений длительности заболевания с проявлением онкологической настороженности. С учетом совокупности результатов формировалась дальнейшая диагностическая тактика.

При физикальном обследовании у данных больных было выявлено плотное образование и боль с отчетливой локализацией в правой подвздошной области.

Лабораторные исследования включали выполнение обязательного общеклинического анализа крови с выявлением уровня лейкоцитов с нейтрофилами (показатели эндогенной интоксикации), биохимического анализа крови, С-реактивного белка, коагулограммы и общего анализа мочи.

Неинвазивные инструментальные методы обследования, включали обязательное выполнение УЗИ органов брюшной полости, при котором определялись размеры инфильтрата, исключалось наличие жидкостных образований. Применение контрольных УЗИ в ходе лечения больных с плотным АИ позволяло определить динамику размеров инфильтрата, при клинических признаках абсцедирования своевременно подтвердить диагноз. Плотный инфильтрат визуализировался у больных в виде образования неправильной формы с неоднородной эхо- структурой за счет гипер- и гипоехогенных зон, отсутствием жидкостных включений и полостных образований.

КТ или МРТ выполняли с целью уточнения диагноза при проведении дифференциальной диагностики с опухолями правых отделов толстой кишки, забрюшинного пространства и малого таза. При установленном диагнозе, когда лечебная тактика сформирована, КТ и МРТ не использовали.

Ирригоскопию выполняли больным с плотным АИ в поздние сроки лечения для исключения онкологических и воспалительных (болезнь Крона, дивертикулит) заболеваний правых отделов толстой кишки.

Результаты и обсуждение

Анализ проведенного исследования показал, что основной причиной развития аппендикулярного инфильтрата являлось позднее обращение пациентов за медицинской помощью. У больных с подтвержденным диагнозом плотный аппендикулярный инфильтрат длительность заболевания составляла более 72 часов.

В диагностике плотного аппендикулярного инфильтрата данные клинического обследования являлись основными. На основании данных анамнеза (длительность заболевания более 3 суток) и результатов физикального обследования (пальпируемый инфильтрат в правой подвздошной области, отрицательные аппендикулярные симптомы), у 17 пациентов был выставлен предварительный диагноз плотного АИ, который в ходе последующих инструментальных исследований был подтвержден.

Больным с диагностированным плотным АИ оперативное лечение не проводилось, была назначена консервативная терапия. Пациентам назначали антибактериальную терапию цефалоспоридами III-IV поколения с метронидазолом в условиях хирургического отделения. В первую неделю назначали местное применение холода до нормализации температуры, затем применяли физиотерапевтические методы. Контроль за эффективностью терапии осуществляли с помощью 4 часовой термометрии, динамики общего анализа крови, УЗИ.

В 10 случаях на фоне лечения отмечалась положительная динамика, инфильтрат уменьшился в размере, отмечалась нормализация температуры с субфебрильной до нормальных цифр. При динамическом УЗИ регистрировалось уменьшение размеров инфильтрата. Он постепенно терял свою неоднородность и восстанавливал нормальную структуру участвующих в его формировании образований.

У 7 пациентов на фоне лечения произошло абсцедирование инфильтрата. У данных больных отмечалось повышение температуры до фебрильных цифр, нарастание лейкоцитоза. УЗИ критерием являлась совокупность гипоехогенной инфильтрации тканей с жидкостными прослойками вокруг утолщенного аппендикса и следами жидкости в правой подвздошной области.

Эти пациенты в срочном порядке были оперированы. В 6 случаях выполнено оперативное вскрытие и дренирование аппендикулярного гнояника по Пирогову. В 1 случае гнойник был вскрыт через брюшную полость в связи с медиальным расположением червеобразного отростка.

Все пациенты с плотным инфильтратом и после вскрытия абсцесса были выписаны в удовлетворительном состоянии. Больным при выписке была рекомендована плановая аппендэктомия по поводу хронического аппендицита.

При этом из 17 человек обратилось лишь 10. 2 человека обратились в экстренном порядке в связи с повторным появлением болей в правой подвздошной области. У данных пациентов наблюдалась клиника местного перитонита, они были оперированы в экстренном порядке. В 1 случае диагностирован интродермально гангренозный аппендицит. В другом случае диагностирован гангренозный аппендицит с периаппендикулярным гнойником и выраженный спаечный перипроцесс.

В плановом порядке обратилось 8 человек. Данным пациентам была выполнена плановая аппендэктомия. В 5 случаях выполнена типичная аппендэктомия без технических сложностей. В червеобразном отростке обнаруживались различной степени выраженности дистрофические изменения, чаще в виде атрофии различных слоев стенки отростка, сопровождающейся склерозом, реже гипертрофией их. В 1 случае отросток был представлен из 2 фрагментов, причем один из них располагался ретроперитонеально. В другом случае отросток стоял из 2 фрагментов но оба они находились в брюшной полости. У одного пациента интродермально диагностирован свищ между верхушкой червеобразного отростка и подвздошной кишкой. Данному больному была выполнена аппендэктомия, резекция подвздошной кишки со свищем с наложением илео-асцендоанастомоза.

Выводы

1. Своевременно правильно поставленный диагноз позволяет в оптимальные сроки произвести оперативное лечение и избежать развитие осложнений.
2. Плотный аппендикулярный инфильтрат связан чаще всего с поздним обращением пациента.
3. При плотном АИ целесообразна консервативная терапия, в случае развития аппендикулярного абсцесса показано оперативное лечение.
4. Перенесенный ранее аппендикулярный абсцесс, как и плотный аппендикулярный инфильтрат, должен служить основанием для проведения плановой аппендэктомии.
5. У пациентов, перенесших аппендикулярный абсцесс, возможны различные интродермальные находки, к которым должен быть готов хирург.

Литература

1. Колесов, В. И. Открытое письмо в журнал «Хирургия» / В. И. Колесов // Хирургия. 1991. - № 7. - С. 106-108
2. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита / В.И. Колесов. Л.: Медицина, 1972. 342 с.

3. Уметалиев Ю.К. Современные проблемы диагностических решений при остром аппендиците (Обзор литературы) / Ю.К. Уметалиев, А.К. Омурканов, Р.К. Жортучиев // Медицина и фармация. 2002; 2:1:63–68.
4. Prieto F.R. Defered appendectomy in a case of appendiceal mass // Cir Pediatr. 2000. 13 (1). 43.
5. Аванесова В.А., Ермолов А.С., Пахомова Г.В. Клиника, диагностика и лечение аппендикулярного инфильтрата // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2008. – № 12. – С. 8–11.
6. Касимов Р. Р. Лечебно-диагностический алгоритм при остром аппендиците // Военно-медицинский журнал. – 2012. – № 9. – С. 68–69.
7. Костенко Н.В., Разувайлова А.Г. Современные проблемы диагностики и лечения аппендицита и его осложнений // Астраханский медицинский журнал. – 2014. – Т. 9. – № 2. – С. 8-14.
8. Сажин А. В., Затевахин И. И., Федоров А. В., Луцевич О. Э., Шулутко А. М., Ермолов А. С., Гуляев А. А., Прудков М. И., Лядов К. В. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению острого аппендицита. // Российское общество хирургов. – 2015. – 25 С.

ID: 2019-02-24-A-18578

Краткое сообщение

Гниლოსыр П.А., Козлов В.В., Хмара М.Б., Панютин К.С., Агапов Г.Г., Багдян А.К., Денишев Р.Р., Аванесян Г.А.

Анализ эффективности эндоскопической экстракции конкремента из общего желчного протока

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Проведён анализ эффективности эндоскопической экстракции конкремента из холедоха в лечении больных с желчнокаменной болезнью, осложнённой холедохолитиазом в "ГУЗ Саратовская городская клиническая больница им. Ю.А. Гордеева" с 2013 по 2017 год.

В нашей больнице был использован различный спектр диагностических и лечебных вмешательств на внепечёночных желчных протоках, а именно: холецистохолангиография, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ), эндоскопическая папилотомия и литоэкстракция, и др. В данной работе рассмотрена ЭРПХГ с последующей эндоскопической литоэкстракцией.

В ходе исследования была установлена эффективность эндоскопической экстракции конкремента из холедоха при лечении больных с желчнокаменной болезнью, осложнённой холедохолитиазом. Эффективность вмешательства - 90,2%, неэффективность - 9,81%, осложнения - 2,05%, летальность - 0 %.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, ретроградная панкреатохолангиография

Введение

Желчнокаменная болезнь и её осложнения (холедохолитиаз, холангит, стриктура терминального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка, механическая желтуха) до сих пор ставят перед хирургами острые проблемы и заставляют применять для их решения новые методики, которые требуют постоянного совершенствования. Одними из таких методик являются эндоскопические чрезпапиллярные вмешательства.

Ретроградные чрезпапиллярные вмешательства, внедрённые в клиническую практику с 70-х годов прошлого столетия, в настоящее время становятся всё более общепризнанными и актуальными. Сегодня именно эндоскопические чрезпапиллярные вмешательства вместе с ультразвуковыми методиками занимают лидирующие позиции в мининвазивной диагностике и лечении больных с осложнённой желчнокаменной болезнью.

Цель работы: улучшить результаты лечения больных с желчнокаменной болезнью, осложнённой холедохолитиазом.

Задачи:

- 1) Изучить традиционные и малоинвазивные методы лечения осложнённой желчнокаменной болезни.
- 2) Выявить влияние эндоскопической экстракции конкремента из холедоха на исход лечения больных желчнокаменной болезнью, осложнённой холедохолитиазом и на основании полученных данных определить оптимальную тактику ведения больных.

Материал и методы

В нашей больнице при лечении осложнённой ЖКБ используется различный спектр диагностических и лечебных вмешательств на внепечёночных желчных протоках, одним из которых является эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) и эндоскопическая папилотомия с литоэкстракцией.

В период с 2013 по 2017 в хирургическое отделение 1 ГКБ им. Ю.А. Гордеева поступило 396 больных с диагнозом механическая желтуха. Из общего числа пациентов мужчин было 242 пациента (61,1%), женщин 154 (38,9%).

Подавляющее число больных было пожилого и старческого возрастного периода, а именно мужчин возрастом от 61 до 90 лет - 197 пациентов (из 242 мужчин - 81,4%), с возрастом 60 и менее - 45 пациентов (из 242 мужчин - 18,6%). Структура по возрасту среди пациентов женского пола аналогична: от 56 до 90 лет - 120 пациенток (77,9%), пациентов женского пола возрастом 55 лет и менее было 34 (22,1%).

У исследуемых больных отмечались следующие сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца - у 166 (41,9%), гипертоническая болезнь - у 202 (51%), хроническая сердечная недостаточность - у 190 (47,9%), язвенная болезнь желудка и ДПК - у 12 (3%).

Учитывая вышеперечисленные факторы, а именно возраст пациентов и сопутствующие заболевания установлено, что у большинства исследуемых больных имеется высокий операционно-анестезиологический риск, и выполнение им открытой операции не желательно, из-за высокой вероятности развития интра- и послеоперационных осложнений. В этом случае наиболее рациональным решением является использование малоинвазивных методов диагностики и лечения больных с осложнённой желчнокаменной болезнью, одним из которых является эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ).

При дообследовании у 104 пациентов обнаружили опухоль головки ПЖ, 244 пациентов диагностирован холедохолитиаз, у 48 пациентов выявлены другие причины (псевдотуморозный панкреатит, опухоль ворот печени или БДС).

Результаты и обсуждение

У 104 пациентов с опухолью головки ПЖ была выполнена операция. 56 из них был проведён холецистоеюноанастомоз по Шалимову. 34 пациентам был выполнен холецистоеюноанастомоз по Ру, 6 пациентам была наложена холецистостома, у 4 человек отмечалось прорастание опухоли в желудок, им был наложен холецистоеюноанастомоз и гастроэнтероанастомоз.

У 244 больных с диагностированным холедохолитиазом, с целью малоинвазивного устранения механической желтухи было выполнено ЭРПХГ. У 18 (7,38%) человек исследование не удалось из-за анатомических особенностей, а именно дивертикула ДПК.

Таблица 1. Количество и причины неэффективных случаев эндоскопической экстракции конкремента из холедоха

<i>Вмешательство</i>	<i>Причина</i>	<i>Количество больных</i>
Эндоскопическая ретракция конкремента из холедоха	Дивертикул ДПК	18 (7,38%)
	Крупный конкремент	4 (1,63%)
	Застревание корзинки Dormia в холедохе	2 (0,8%)
Всего		24 (9,81%)

Таблица 2. Возникшие осложнения при проведении эндоскопической экстракции конкремента из общего желчного протока

<i>Осложнение</i>	<i>Количество</i>
Кровотечение из зоны папилотомии	4
Повреждение задней стенки ДПК с развитием забрюшинной флегмоны	1
Всего	5 (2,05%)

У 226 (92,62%) пациентов было выполнено ЭРПХГ, из них в 12 (4,92%) случаях выявлено рубцовое сужение холедоха. В 205 (84,01%) случаях была выполнена папилосфинктеротомия и извлечение конкрементов, в 15 (6,15%) случаях конкременты были удалены после повторной ЭРПХГ. В 4 (1,63%) случаях конкремент не удалось низвести в ДПК из-за его больших размеров, в 2 (0,8%) случаях отмечалось застревание корзинки Dormia в холедохе, что потребовало оперативного лечения. Пациенты, которым не удалось извлечь конкремент при ЭРПХГ были оперированы открыто.

В ходе работы были выявлены следующие сложности в эндоскопическом лечении холедохолитиаза:

- 1) Сложности доступа к большому дуоденальному сосочку за счёт рубцовых стриктур двенадцатиперстной кишки.
- 2) Сложности канюляции большого дуоденального сосочка в связи с наличием парапапиллярного дивертикула двенадцатиперстной кишки, транслокации и анатомических особенностей БС ДПК.
- 3) Сложности захвата конкремента в связи с его большим размером.

Среди общего количества пациентов 48 пациентам выполнена холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха. 42 пациентам выполнена холецистэктомия и наложение билиодигестивных анастомозов. 8 пациентам с запущенным опухолевым процессом в воротах печени было выполнено наружное дренирование желчевыводящих протоков.

В результате ЭРПХГ в 3 случаях были осложнения. В 1 случае при папилотомии была повреждена задняя стенка ДПК с развитием забрюшинной флегмоны, что потребовало открытой операции. В 4 случаях возникло кровотечение из зоны папилотомии, в 3 случаях был выполнен эндоскопический гемостаз, в 1 случае потребовалось выполнение открытой операции. Общее число осложнений при выполнении ЭРПХГ с последующей литоэкстракцией - 5 (2,05%).

Выводы

1. В ходе проведения нашего исследования была установлена высокая эффективность эндоскопической экстракции конкремента из холедоха. Стоит отметить, что результативность манипуляции прежде всего зависит от возможности визуализации большого дуоденального сосочка, установления анатомических взаимоотношений общего желчного протока со стенкой двенадцатиперстной кишки, а так же от соблюдения методических и технических правил проведения данного вмешательства.
2. У больных, которым была проведена данная манипуляция наблюдалась более быстрая положительная динамика в процессе лечения желчнокаменной болезни. К тому же в меньшей степени наблюдались осложнения в послеоперационном периоде и сокращалось время пребывания больного в стационаре.
3. Эндоскопическую экстракцию конкремента из холедоха с уверенностью можно отнести к уникальному методу оказания помощи больным с высоким операционно-анестезиологическим риском, которым противопоказано проведение открытой операции. Данный метод во-первых ускоряет выздоровление больных и как следствие приводит к экономии средств на лечение, а во-вторых способствует улучшению качества помощи больным желчнокаменной болезнью, осложнённой холедохолитиазом.

Литература

1. М.И. Кузин, П.С. Ветшев, Хирургические болезни, учебник - 3-е изд. - М.: Медицина, 2005. - 784 стр.
2. Гарелик П.В., Жандаров К.Н., Мармыш Г.Г., Данилов М.В., Эндоскопическая хирургия желчнокаменной болезни. М.2010; 471.
3. Орлов С.Ю., Фёдоров Е.Д., Будзинский С.А., Матросов А.Л., Паньков А.Г. Эндоскопическое лечение сложного холедохолитиаза. Пособие для врачей. М.: МГИУ; 2006;28.
4. Теремов С.Е., Мухин А.С. Результаты хирургического лечения холедохолитиаза и его осложнений. Новости хирургии., 2011; 19:6:51 - 58.
5. Балалыки А.С. ЭРПХГ, ЭПТ и чреспапиллярные операции - успехи и проблемы. Третий Московский Международный конгресс по эндоскопической хирургии. Сборник тезисов. Под ред. проф. Ю.И. Галлингера. М 1999; 22—24.
6. Кондратенко П.Г., Стукало А.А. Оптимизация проведения эндохирургических транспапиллярных вмешательств. 7-й Московский Международный конгресс по эндоскопической хирургии. Сборник тезисов. Пол ред. проф. Ю.И. Галлингера. М 2003; 169 - 170.

ID: 2019-02-24-A-18259

Клинический случай

Абдурахманов А.К., Евтеева А.А., Беликов А.В.

Абдоминальный туберкулез под маской острого аппендицита

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

В работе описан следующий клинический случай: у пациентки при лапаротомии при подозрении на острый аппендицит, операционный материал был отправлен на гистохимическое исследование, и обнаружен туберкулез слепой кишки и червеобразного отростка.

Ключевые слова: туберкулез, аппендицит, лапаротомия

Пациентка В., 20 лет 17.04.2017 поступила в хирургическое отделение городской клинической больницы №6 им. В.Н. Кошелева с подозрением на острый аппендицит. При поступлении предъявляла жалобы на постоянные тупые боли в нижних отделах живота, больше справа, повышение температуры до 38 С. Заболела остро 12 час назад, когда появились боли в нижние отделы живота и больше беспокоили в правой подвздошной области. Anamnesis vitae – без каких либо особенностей. При объективном исследовании: умеренная тахикардия до 100 в 1 мин, живот мягкий, болезненный в гипогастрии, преимущественно в правой подвздошной области, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. В общем анализе крови выявлен умеренный лейкоцитоз до 11.20, в лейкоформуле - сдвиг влево (палочкоядерные нейтрофилы - 8%), СОЭ 30 мм/час. В биохимическом анализе крови и в общем анализе мочи изменений не обнаружено. При УЗИ брюшной полости в правой подвздошной области определяется участок инфильтрации 75*44 мм с участком кишки в нем диаметром до 20 мм, а также множественные кисты в обоих яичниках. На основании полученных данных заподозрен острый аппендицит, проводилась дифференциальная диагностика с острым аднекситом. При динамическом наблюдении в течение 3 часов болевой синдром сохранялся, принято решение о диагностической лапароскопии, при которой, в малом тазу было выявлено небольшое количество серозного выпота, единичные пленки фибрина, в правой подвздошной ямке - конгломерат из умеренно гиперемированных петель тонкой кишки. Брюшина подвздошной ямки гиперемирована, червеобразный отросток осмотру не доступен, так как прикрыт прядью большого сальника. Заключение лапароскопии: косвенные признаки аппендицита, периаппендикулярный инфильтрат?, местный серозный перитонит. Учитывая отсутствие анамнестических и клинических признаков периаппендикулярного инфильтрата, наличие признаков перитонита, принято решение о необходимости экстренной операции.

Доступом Волковича-Дьяконова вскрыта брюшная полость, выпот мутноватый, до 300 мл, в малом тазу и обеих подвздошных ямках. В рану выведен купол стенки слепой кишки с червеобразным отростком, последний плотной, хрящевидной консистенции, увеличен в размерах до 15 x 3 см, спаян с прядью сальника, покрыт единичными пленками фибрина, купол слепой кишки червеобразного отростка багрового цвета. Ширина основания червеобразного отростка до 3,5 см. Диагноз: опухоль червеобразного отростка?. Осложнения: микроперфорация опухоли, диффузный серозно-гнойный перитонит. Произведена средняя срединная лапаротомия. В брюшной полости серозно-гнойный выпот в малом тазу и в обеих подвздошных ямках, в брыжейке подвздошной кишки увеличенные до 1,5 см лимфоузлы мягкой эластичной консистенции, подвижные. Признаков отдаленного метастазирования не выявлено. Произведена обструктивная правосторонняя гемиколонэктомия, брюшная полость дренирована двумя дренажами.

При осмотре операционного препарата обращает внимание, что стенка червеобразного отростка резко утолщена, до 1,5 см, хрящевидной плотности, на разрезе ткань напоминает рыбье мясо. При цитологическом исследовании мазков-отпечатков с поверхности разреза червеобразного отростка высказано подозрение на наличие лимфосаркомы.

Совершенно иную картину описывало патогистологическое исследование: в слизистой толстого кишечника и червеобразного отростка типичные округлые гранулемы с центральным расположением очагов казеозного некроза, лимфоэпителиоидные инфильтраты с умеренно выраженными клетками Пирогова-Ланганса, эпителиоциты десквамированы, глубокие язвы достигают серозной оболочки, висцеральная брюшина сплошь с очагами массивного некроза. Отмечается картина лимфангита и регионарного казеозного лимфаденита с образованием туберкулезных гранулем. Высказано предположение о туберкулезном процессе. Гистологические препараты консультированы патоморфологами областной туберкулезной клинической больницы. Дано следующее заключение: туберкулез толстой кишки, вторичный специфический язвенный аппендицит, фибринозно-гнойный перитонит с участками разрастания грануляционной ткани, регионарный специфический лимфаденит (продуктивно- некротическая форма); в сальнике - полнокровие сосудов; резекция в пределах здоровых тканей. Таким образом, результаты гистологического исследования поставили точку в диагнозе.

Больная в раннем послеоперационном периоде получала неспецифическую антибактериальную, дезинтоксикационную инфузионную терапию, а затем была переведена в противотуберкулезный диспансер и в течение 6 месяцев получала специфическую противотуберкулезную терапию. По окончании специфического лечения произведена реконструктивная операция: закрытие илеостомы, илеотрансверзостомия. Интраоперационно признаков абдоминального туберкулеза не было выявлено. Наступило выздоровление.

Цель нашего доклада – привлечь внимание к достаточно редкой патологии, которая может скрываться под маской одного из наиболее часто встречающегося заболевания в экстренной абдоминальной хирургии, а также к особенностям хирургической тактики в данной ситуации.

При абдоминальном туберкулезе происходит поражение органов ЖКТ, лимфоузлов брыжеек и забрюшинного пространства, брыжины. В его развитии основную роль играет гематогенное, лимфогенное и контактное распространение микобактерий из очагов первичной или послепервичной инфекции. Алиментарному пути в настоящее время отводят скромное значение. Клинические проявления его многолики, патогномичные симптомы отсутствуют. Картина заболевания складывается из общих

симптомов, обусловленных специфической интоксикацией, и местных проявлений. Туберкулез кишечника может протекать бессимптомно, в большинстве случаев – волнообразно с периодами обострений и ремиссий.

При поражении червеобразного отростка наблюдается клиническая картина аппендицита. Туберкулезный перитонит, как правило, развивается вторично, чаще при туберкулезе кишечника, мезентериальных лимфоузлов, половых органов. Гистологическое исследование биопсийного и операционного материала остается ведущим методом диагностики туберкулеза всех форм. Учитывая отсутствие патогномичных симптомов абдоминального туберкулеза, основная масса больных с его хирургическими осложнениями лечится в общехирургических отделениях. Это и побудило нас сделать эту работу. В хирургическом лечении осложненных форм абдоминального туберкулеза важным является устранение очага деструкции, резекция зоны поражения, санация и дренирование брюшной полости с последующей интенсивной специфической химиотерапией. Касательно изложенного случая, уменьшение объема операции до уровня аппендэктомии привело бы к оставлению пораженных лимфоузлов в брыжейке подвздошной кишки и слепой кишки, что с большой вероятностью могло привести к прогрессированию абдоминального туберкулеза и развитию несостоятельности швов на слепой кишке и культе червеобразного отростка с развитием калового перитонита или кишечного свища. На основании анализа данных литературы и успешного результата лечения в описанном случае мы хотим подчеркнуть важность выбора радикальных резекционных методик при определении интраоперационной тактики в случае такой редкой в общей хирургии интраоперационной находки.

Литература

1. Д. А. Манучарян «Туберкулез кишечника»
2. Б. Х. Магзумов «Диагностика туберкулеза кишечника»
3. А. Б. Инсанов «Туберкулез»
4. А. В. Васильев «Внелегочный туберкулез»

ID: 2019-02-2467-T-18506

Тезис

Прохорова Я.К.

Особенности психологического состояния больных раком лёгкого в процессе полихимиотерапии

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра факультетской хирургии и онкологии

Научный руководитель: д.м.н. Конопацкова О.М.

Актуальность. Заболеваемость злокачественными новообразованиями трахеи, бронхов и лёгкого на 100 000 населения РФ в 2016 г. составил 93,8, что на 2,6% выше уровня 2015 г. и на 14,9% выше уровня 2006 г. Летальность больных в течение года, с момента установления диагноза, в 2016 г. составила 50,6%, что на 0,1% выше, чем в 2015 г. и на 5,4% меньше, чем в 2006 г.

Цель исследования: проанализировать психологический статус у больных раком лёгкого в процессе полихимиотерапии (ПХТ).

Материал и методы. Совместно с психологом проведен анализ психологического статуса у 15 пациентов. Все пациенты мужчины. Возраст - 55-78 лет. Стадия процесса: IA – 2 пациента, IB – 3, IIIA – 5, IIIB – 5 человек. Гистологически у всех больных плоскоклеточный рак. Проведено тестирование самооценки тревоги и депрессии по шкале Занга. Первое тестирование - при поступлении в стационар перед первым курсом ПХТ, второе - перед вторым курсом ПХТ, третье - после окончания третьего курса. ПХТ проводили по схеме EP: Цисплатин 80 мг/м²/сут. в/в, в 1-й день; Этопозид 120мг/м²/сут. в/в, в 1-й, 2-й, 3-й дни. Курс - 1 раз в 3 недели.

Результаты. При оценке результатов тестов по самооценке депрессии первого тестирования: у 60% пациентов установлена депрессия, у 40% – депрессии нет. Пациентам с депрессией, по согласованию в психологом, был назначен Афобазол в дозе по 10 мг на прием, 3 раза в день, в течение 3 недель, до начала второго курса ПХТ. После второго тестирования лёгкая депрессия уже была у 46,7% больных, т.е. прием седативного препарата помог пациентам справиться с элементами депрессии. После третьего курса ПХТ продолжилось уменьшение числа больных с депрессией до 26,7%. Оценка результатов тестов по самооценке тревоги после первого тестирования показала, что у 20% было тревожное состояние. Как правило, это были пациенты в состоянии депрессии. После третьего курса тревожное состояние не констатировано ни у одного из пациентов.

Выводы. Своевременная коррекция психологического состояния помогает улучшить общее самочувствие, переносимость химиотерапии и качество жизни пациентов, в целом.

Ключевые слова: химиотерапия, рак, лёгкие, тревога, депрессия

ID: 2019-02-24-T-18586

Тезис

Пойманова Ю.М.

Хирургическое лечение синдрома диабетической стопы
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра общей хирургии*Научный руководитель: к.м.н. Хильгияев Р.Х.*

Актуальность. Синдром диабетической стопы является основной причиной ампутаций нижних конечностей (47 % от всех ампутаций).

Цель: определить возможность выполнения малых ампутаций и ампутаций с сохранением коленного сустава при окклюзии артерий нижних конечностей с развитием гангрены пальцев стопы на фоне синдрома диабетической стопы.

Материал и методы. При поступлении в стационар всем больным выполнено дуплексное сканирование артерий нижних конечностей. В группу сравнения вошли 16 больных в возрасте 58-80 лет гангреной пальцев стопы и с окклюзией артерий нижних конечностей (6 больных с окклюзией задней большеберцовой артерии, 4 больных с окклюзией передней большеберцовой артерии, 6 больных с окклюзией передней и задней большеберцовых артерий). Эти пациенты получали в предоперационном периоде базовое лечение: антибиотики (цефтриаксон), инсулин, ангиопротекторы и дезагреганты (пентоксифиллин), антикоагулянты (гепарин), анальгетики (кеторол). Основную группу составили 14 больных в возрасте 53-79 лет с гангреной пальцев стопы и с окклюзией артерий нижних конечностей (2 больных с окклюзией задней большеберцовой артерии, 2 больных с окклюзией передней большеберцовой артерии, 10 больных с окклюзией передней и задней большеберцовых артерий), в дополнение к вышеописанной терапии получали в послеоперационном периоде актовегин 2000 мг/сут внутривенно. В обеих группах больных оперативное лечение проводили в объеме малых ампутаций (ампутации пальцев стопы, ампутации стопы по Шарпу) и ампутаций на голени.

Результаты. У 12 (85,7 %) больных основной группы выполненные ампутации явились окончательным этапом хирургического лечения, отмечено заживление ран. В группе сравнения результаты оказались хуже. Заживление ран отмечено у 3 (18,7%) больных (1 больной с окклюзией передней большеберцовой артерии, 1 больной с окклюзией передней и задней большеберцовых артерий, 1 больной с окклюзией задней большеберцовой артерии), а у 13 пациентов в связи с продолжением гнойно-некротического процесса в послеоперационном периоде пришлось выполнить высокие ампутации на бедре.

Вывод. Применение актовегина в послеоперационном периоде у больных с гангреной пальцев стопы на фоне синдрома диабетической стопы позволяет улучшить результаты хирургического лечения, выполняя малые ампутации и ампутации на голени.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, ампутации, актовегин