

Тезисы докладов участников Пироговской студенческой научной конференции*

Генитальный туберкулез как одна из причин женского бесплодия

А.В. Шмельков

*Кафедра акушерства и гинекологии
Лечебного факультета*

Научный руководитель — проф. О.В. Макаров

Генитальный туберкулез (ГТ) составляет 10–15% в структуре внелегочного туберкулеза. У женщин, страдающих бесплодием (БП), ГТ диагностируется в 15–40% случаев. Цель исследования: изучить особенности течения ГТ у женщин, страдающих БП. Обследованы 78 пациенток, страдающих БП. Проводились: проба Коха с 50 и 100 ТЕ, гистологическое исследование эндометрия, гистеросальпингография, исследование уровня женских половых гормонов. Выделены группы: I — 35 женщин, больных активным ГТ; II — 13 пациенток с наличием неактивного ГТ; III — 30 женщин, у которых туберкулезная этиология БП была исключена. В этих группах первичным БП страдали 28,6; 15,4 и 46,7%; вторичным БП — 22,9; 30,8 и 26,7% соответственно. Наличие болевого синдрома отмечалось у 45,7; 61,5 и 63,3% женщин, нарушение менструального цикла — у 25,7; 7,7 и 36,7%. Контакт с больными туберкулезом отмечали 25,7; 38,5 и 16,7% пациенток. Проба Коха оказалась положительной у 32% женщин в I группе и у 16,7% — в III группе. Непроходимость маточных труб по данным гистеросальпингографии диагностирована у 89,8; 30,8 и 53,3% обследованных. Оценка гормонального статуса у женщин в I группе выявила наличие недостаточности лютеиновой фазы (9,6%) и гиперэстрогении (6,2%). Таким образом, среди женщин, страдающих БП туберкулезной этиологии, чаще наблюдаются: первичная форма БП, нарушение менструального цикла по типу гипофункции яичников, непроходимость маточных труб за счет выраженного спаечного процесса.

Разработка алгоритма применения остеопластических материалов в клинике челюстно-лицевой хирургии

А.М. Насибуллин

*Кафедра челюстно-лицевой хирургии
и стоматологии*

*Научные руководители — д.м.н. А.С. Панкратов,
к.м.н. И.С. Конецкий*

Применение костно-пластических операций в челюстно-лицевой хирургии связано со значитель-

ными сложностями. Это высокая вероятность инфицирования остеопластического материала, сложная конфигурация дефектов, а также то обстоятельство, что при многих операциях, требующих пластического замещения, связанная с забором аутотрансплантата операционная травма значительно превышает объем основного вмешательства. Коллективом кафедры совместно с сотрудниками МГУ им. М.В. Ломоносова, ГНЦ по антибиотикам и ЦИТО разработаны материалы для костной пластики нового поколения. К ним относятся: гидроксипатит ультравысокой дисперсности, его композиции с антибактериальными препаратами, костным коллагеном и сульфатированными гликозаминогликанами, деминерализованный аллоимплантат свода черепа. Целью настоящей работы являлась разработка алгоритма применения этих материалов для замещения дефектов костей лицевого скелета, которые имеют различное происхождение и форму. Исследования проведены на 52 пациентах с посттравматическими деформациями, травматическим остеомиелитом, радикулярными и фолликулярными кистами челюстей, пародонтиями и низким расположением дна верхнечелюстной пазухи. Результаты показали высокую эффективность применяемых материалов, а возникавшие осложнения не были связаны с их использованием. На рентгенограммах отмечалось заполнение дефектов вновь образованной костной тканью.

Выбор метода реконструкции ушной раковины у детей с микротией

Н.В. Невская

*Кафедра хирургических болезней детского
возраста с курсом эндоскопии ФУВ*

Научный руководитель — В.Б. Водяницкий

Тяжелые пороки развития ушной раковины (УР) — микротии — встречаются с частотой 1 : 10 000 новорожденных. Недоразвитие УР негативно отражается на психическом развитии ребенка, часто препятствует его адаптации в коллективе. Данная работа посвящена сравнению эффективности методов аурикулопластики, предложенных В. Brent и S. Nagata. В отделении челюстно-лицевой хирургии РДКБ МЗ РФ за 2000–2005 годы прооперировано 27 детей с микротией 3 степени, из них 20 детей — по методу Brent и 7 — по Nagata. При реконструкции по Brent отличный результат получен у 6 больных, хороший — у 12 и удовлетворительный — у 2. У 18 детей послеоперационный период протекал без осложнений, было по 1 случаю некроза аутодермы и смещения проекции УР. При операции по Nagata отличный результат наблюдался у 3 детей, удовлетворительный — у 1 ребенка, неудов-

* Окончание. Начало см. Лечебное дело. 2006. № 2, 3.

летворительный — у 3 больных. У 3 детей осложнений не было, у 3 — отмечались рубцовые деформации, которые в 1 случае привели к смещению проекции УР. У 2 больных произошел некроз аутодермы. На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы. Операция по Brent менее травматична, что позволяет применять ее у младших детей; наличие осложнений не исключает возможности получения хороших эстетических результатов; возможно проведение улучшающей слух операции. Однако лечение занимает длительный промежуток времени (не менее года), а рельеф реконструированной УР выражен недостаточно. При реконструкции по Nagata продолжительность лечения может быть сокращена до 3 мес, и при гладком течении послеоперационного периода возможно получение лучшего эстетического результата. К недостаткам этого метода относятся высокий риск осложнений, невозможность мезотимпанопластики, а также значительное ухудшение эстетического результата при наличии осложнений.

Исследование некоторых физико-химических и биологических свойств новых биodeградируемых композиций на основе хитозана для модификации текстильных медицинских изделий, контактирующих с кровью

Л.А. Глушко

Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН

Кафедра хирургических болезней детского возраста с курсом эндоскопии ФУВ

Научный руководитель — проф. С.П. Новикова

Цель: разработка и создание биodeградируемого покрытия нового поколения на основе полисахарида хитозана и лекарственных препаратов (ЛП) для усовершенствования функциональных свойств (биосовместимости, тромбрезистентности, антимикробных свойств, нулевой хирургической пористости) текстильных медицинских изделий, контактирующих с кровью (“заплат” для хирургического лечения аневризм сердца, протезов кровеносных сосудов). Задачи исследования: изучение некоторых физико-химических и биологических свойств модифицирующих композиций (МК). Получены биodeградируемые МК в виде пленок на основе хитозана и ЛП антимикробного и антиагрегантного действия. Сорбционная емкость МК относительно выбранных ЛП составила $12,9 \pm 2$ мг смеси ЛП на 1 г хитозана. Оценка антимикробной активности МК показала, что для *Enterococcus*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* и *Pseudomonas aeruginosa* зоны задержки роста сохранялись в течение 5 сут и составили 21, 29, 20 и 30 мм. Срок деструкции МК в физиологическом растворе при 37°C равен 20 сут. При исследовании влияния МК на пара-

метры нативной крови *in vitro* наблюдали значительное снижение агрегации тромбоцитов (на 8–19%), а соотношение белковых фракций, протромбиновое время и активированное частичное тромбопластиновое время не изменялись. Проведено модифицирование МК образцов “заплат” для хирургического лечения аневризм сердца, определена масса и толщина биodeградируемого покрытия. Учитывая комплекс свойств, которыми обладают полученные нами МК, можно считать их перспективными для дальнейшего изучения в качестве биodeградируемых покрытий для модифицирования поверхности текстильных медицинских изделий, контактирующих с кровью.

Современные аспекты диагностики и лечения острого гематогенного остеомиелита у новорожденных

В.И. Дерунова

Кафедра хирургических болезней детского возраста с курсом эндоскопии ФУВ

Научный руководитель — О.Г. Мокрушина

Цель работы: улучшение диагностики и лечения острого гематогенного остеомиелита (ОГОМ) у детей. В отделении хирургии новорожденных и недоношенных детей ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова разработан новый протокол обследования и лечения детей с ОГОМ, включающий ультразвуковое, радиоизотопное исследования и компьютерную томографию. В 2002–2005 годах в отделении пролечено 86 детей с ОГОМ в возрасте от 3 дней до 3,5 мес, в том числе 16 детей с осложненной формой ОГОМ. В 60% случаев заболевание возникло на 3–4-й неделе жизни. Всем детям выполняли рентгенографическое и ультразвуковое исследование пораженной кости. По данным ультразвукового исследования определяли наличие патологического содержимого в суставе, в результате у 12 детей (14%) выполнена пункция сустава, у 5 (6%) — артроскопия. Радиоизотопное исследование проводилось не позднее 3 сут от поступления, что позволяет определить стадию процесса и выявить все очаги поражения. Накопление радиофармпрепарата в очаге поражения больше 30% свидетельствует об активной фазе воспалительного процесса. По данным проведенного ретроспективного анализа была выработана схема антибактериальной терапии: сочетание гликопептидов с аминогликозидами или фторхинолонами, а также метронидазолом. Если остеомиелит явился результатом септикопиемического процесса, то назначали карбапенемы. После санации очага проводилось лейкопластырное вытяжение по Шеде или фиксация сустава повязкой Дезо сроком на 7–10 дней, курсы физиотерапии и гипербарической оксигенации. Благодаря выработанному протоколу сроки лечения детей с 1 очагом ОГОМ не превышали 21 дня, при многоочаговой форме — 28 дней. За последние 10 лет в отделении хирургии новорожденных и недоношенных не было ни одного летального исхода при ОГОМ.

Лечебная тактика при перфоративных перитонитах у новорожденных и недоношенных детей

Т.И. Тихоненко

Кафедра хирургических болезней детского возраста с курсом эндоскопии ФУВ

Научный руководитель — О.Г. Мокрушина

Одна из ведущих причин экстренной госпитализации новорожденных — острые процессы в брюшной полости. В отделение хирургии новорожденных ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова ежегодно госпитализируется 12–17 детей с осложненным течением некротического энтероколита. Нами проведен ретроспективный анализ лечения 77 новорожденных с клиникой энтероколита (за 2000–2004 годы). У 61 ребенка была выявлена перфорация различных отделов кишечника. Основную группу составили 16 детей с перфоративным перитонитом, из них в возрасте до 7 дней — 10 (63%), в возрасте 1–3 нед — 6 (37%). У 1 ребенка масса тела при рождении составляла <1 кг, у 4 — от 1 до 2 кг, а у 11 новорожденных — более 2 кг; 75% детей имели гестационный возраст более 32 нед. У большинства детей (88%) процесс локализовался в тонкой кишке, причем в 13% случаев выявлено изолированное поражение тощей кишки, в 6% — подвздошной, в 37% — тотальное поражение тонкой кишки, а в 19% — сочетанное поражение дистального отдела подвздошной кишки и илеоцекального угла. Воспаление меккелева дивертикула наблюдалось в 13% случаев, а в 12% была поражена толстая кишка. Во всех случаях в брюшной полости обнаружен воспалительный выпот. Хирургическая тактика была следующей: 4 детям был наложен прямой межкишечный анастомоз, 2 — дистальная илеостомия, 2 — аппендикостомия, 1 — гастростомия, 1 (по тяжести состояния) — лапаростомия. В 3 случаях произведено рассечение спаек. Удаление меккелева дивертикула в одном случае произведено лигатурным способом, в другом — путем резекции с наложением прямого анастомоза. На основании проведенного ретроспективного анализа можно сделать вывод, что у новорожденных детей с осложненным энтероколитом возможно лечение путем одномоментного восстановления целостности кишечной трубки с декомпрессией пораженной кишки.

Исследование уровня цитокинов у больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области

В.А. Фензелева

Кафедра иммунологии

Научный руководитель — к.м.н. Е.Н. Долгина

Лечение одонтогенных флегмон (ОФ) многие годы остается актуальной проблемой хирургичес-

кой стоматологии. В ряде работ были выявлены патогенетически значимые изменения показателей иммунитета при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области, что стало основанием для проведения иммунокорригирующей терапии. В настоящее время имеются единичные работы по исследованию роли цитокинов в патогенезе ОФ. Целью настоящей работы стало изучение уровней интерлейкина-10 и фактора α некроза опухолей (ФНО- α) в раневом экссудате и в сыворотке больных ОФ. В поставленные задачи входил также подбор иммуотропной терапии. Концентрацию цитокинов определяли методом иммуноферментного анализа. Забор биологических материалов производился у группы из 10 больных на 1-е, 7-е и 14-е сутки после операции. Диагностически значимое повышение уровней цитокинов (ФНО- α — $58,5 \pm 35,3$ пг/мл, интерлейкина-10 — $56,6 \pm 19,5$ пг/мл) наблюдалось на 1-е сутки в раневом экссудате, тогда как их уровни в сыворотке были менее информативными. На фоне антибактериальной терапии к 7-м суткам концентрации обоих цитокинов достоверно снижались. Исход воспалительного процесса во многом зависит от соотношения провоспалительных и противовоспалительных цитокинов, а также факторов роста, что делает перспективным применение в терапии ОФ иммуномодулирующих препаратов из группы цитокинов. Для лечения ОФ нами был предложен иммуотропный препарат суперлимф, представляющий собой стандартизованный комплекс природных цитокинов. Результаты исследования показали эффективность препарата в комплексном лечении ОФ, что позволяет рекомендовать его к применению при данной патологии.

Новый метод биопсии костной ткани

Е.С. Прохорова

Кафедра хирургических болезней детского возраста с курсом эндоскопии ФУВ

Научный руководитель — к.м.н. Н.П. Шастин

В настоящее время для биопсии костной ткани используются бесприводные инструменты с трепаном, имеющим внутренний диаметр 5–7,5 мм. Целью работы было усовершенствование методики биопсии костной ткани при помощи дрели с новой корончатой фрезой (внутренний диаметр — 3 мм, высокооборотный привод — 10–30 тыс. оборотов в 1 мин). Эксперименты выполнялись на беспородных кроликах от 3 мес (3 кролика). В дистальный отдел диафиза бедренной кости вводилась фреза у одного и того же кролика 3 раза с интервалом в 10 дней. В последующем кролики выводились из эксперимента, зоны оперативных вмешательств препарировались, и полученный материал подвергался гистологическому исследованию. В клинике данный метод был применен 2 раза для дифференциальной диагностики заболеваний костей у детей. Введение фрезы осуществлялось в амбулаторных условиях под местной

анестезией. Полученные результаты позволили уточнить тактику дальнейшего лечения.

Качество жизни и уровень тревожности у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

Н.Е. Горшкова

*Кафедра общей психологии
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Лечебного факультета
Научные руководители —
проф. Н.И. Непомнящая, проф. А.К. Журавлев*

Качество жизни больных — интегральная характеристика, включающая физическое, психическое, эмоциональное и социальное здоровье, основанная на его субъективном восприятии. Целью работы являлось определение качества жизни и психологических особенностей у больных язвенной болезнью (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки. Задачи исследования: определить качество жизни у больных ЯБ в стадии обострения ($n = 25$), изучить уровень самооценки, притязаний и тревожности. Применялись Европейский опросник качества жизни (EQ-5D), клинический опросник для выявления невротических состояний, опросник Тейлора для определения уровня тревожности, методика Дембо—Рубинштейн, показывающая уровень самооценки и уровень притязаний, и методика оценки вторичных выгод болезни. Обследование больных проводилось на базе ГКБ № 31 и ЦВКАГ № 7. При оценке качества жизни (EQ-5D) по сферам: здоровье, самообслуживание, бытовая активность, боль/дискомфорт, тревога/депрессия выявлены умеренные нарушения. При оценке по второй части теста EQ-5D состояние здоровья соответствовало 0,6—0,75 балла. У пациентов выявлен высокий уровень самооценки с очень высокой степенью притязаний. Уровень тревожности в основном был средним с тенденцией к высокому. Оценка вторичных выгод болезни позволила выделить два типа реагирования: пассивный (больные видят преимущества болезни, выражающиеся в желании отдохнуть, получить уход, большую любовь и заботу) и гиперактивный (пациенты отрицают вторичные выгоды болезни).

Персистирующая герпесвирусная инфекция у детей с гломерулонефритом

Ю.А. Дмитриева

*Кафедра детских болезней № 2 с курсом
гастроэнтерологии и диетологии ФУВ
Научный руководитель — проф. И.М. Османов*

Целью настоящего исследования явилось изучение роли персистирующей герпесвирусной инфекции (ГВИ) в патогенезе гломерулонефрита у

детей. Было обследовано 46 детей, из них 20 — с гормонорезистентным нефротическим синдромом (ГРНС) и 26 — с гормоночувствительным нефротическим синдромом (ГЧНС). У всех детей проводилось определение иммуноглобулинов классов М и G к вирусу простого герпеса 1 типа, цитомегаловирусу и вирусу Эпштейна—Барра методом иммуноферментного анализа, а также выявление данных вирусов в мочевом осадке методом полимеразной цепной реакции. Инфицированность герпесвирусами (ГВ) в обеих обследуемых группах была очень высокой, при этом у 84% детей с ГРНС и 46% с ГЧНС определялась активная репликация ГВ. 17 детям с ГРНС и реактивированной ГВИ была проведена нефробиопсия с последующим иммуногистохимическим исследованием биоптатов, при котором антигены ГВ были выявлены в 100% случаев. Методом иммунофлюоресценции во взвеси мононуклеарных клеток определялись антигены ГВ — поражение иммунокомпетентных клеток у детей с ГРНС и ГЧНС обнаруживалось в 54 и 23% случаев. При исследовании показателей иммунного статуса выявлено, что у детей с ГРНС отмечается достоверно более выраженное снижение всех показателей популяционного состава лимфоцитов и нарушение интерферонного статуса по сравнению с группой ГЧНС. При этом на фоне активной репликации ГВ изменения данных показателей достоверно более выражены, чем при латентном течении инфекции. Таким образом, персистирующая ГВИ вносит свой вклад в патогенез гломерулонефрита у детей, поражая как почечную ткань, так и иммунокомпетентные клетки.

Исследование цветовых предпочтений в зависимости от интенсивности болевого ощущения

А.Ю. Макарова

Кафедра психотерапии

Научный руководитель — к.п.н. Г.А. Адашинская

Измерение и оценка боли представляется сложным комплексом проблем. Больные по-разному сообщают о локализации, характере и продолжительности болей. Возбуждение, аффект, страх, депрессия способны спровоцировать или усилить болевые приступы. В этих состояниях у пациентов часто возникает неадекватное отношение к болезни с недооценкой или преувеличением тяжести боли. Затруднения, возникающие у пациентов при описании своего состояния, осложняют постановку диагноза и выбор метода терапии, особенно если боль имеет психогенный характер. Новым подходом к оценке боли является использование (наряду с расширением вербального описания болевых ощущений) невербального символа — цвета. Цвет имеет определенный смысл для человека (как биологический, так и социальный), а значение цвета остается достаточно стабильным, что позволяет рассматривать его как носитель ко-

Тезисы

да отношений субъекта к объекту. Было сделано предположение о существующей взаимосвязи между интенсивностью боли и цветом. В качестве физиологического механизма реализации этой связи может рассматриваться явление синестезии. Исследование было проведено на базе ЦВКАГ № 7 у 25 пациентов в возрасте от 17 до 60 лет: 12 мужчин с головными болями соматогенной природы и 13 мужчин с головными болями психогенной природы. Применялись психологические методы: мини-мульти, тест Люшера и тест Спилберга—Ханина, для оценки компонентов болевого синдрома (частоты, длительности, интенсивности; сенсорного, эмоционального, поведенческого

компонентов; уровня адаптивности) — многомерный вербально-цветовой болевой тест. Пациенты с соматогенным болевым синдромом (характерны боли средней интенсивности) отдавали предпочтение серому, черному и фиолетовому цветам, а в отсутствие боли эта группа выбирала желтый и зеленый цвета. Пациенты с головными болями психогенной природы (характерны боли большой интенсивности) отдавали предпочтение желтому, фиолетовому и красному цветам, а в отсутствие боли выбирали серый, коричневый и черный цвета. Таким образом, была выявлена ассоциативная связь между цветом и болью.

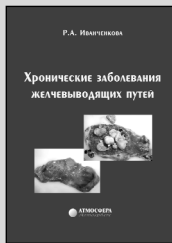
Книги Издательского дома “Атмосфера”



Бронхиальная астма в таблицах и схемах (автор С.Н. Авдеев)

В сжатой форме излагаются основные сведения о бронхиальной астме и принципах ее диагностики, профилактики и лечения. 48 с., ил.

Для врачей-пульмонологов и терапевтов.



Хронические заболевания желчевыводящих путей (автор Р.А. Иванченкова)

В монографии изложено современное состояние проблемы желчеобразования и желчевыделения. Показана роль нарушений процессов желчеобразования и желчевыделения в развитии хронических заболеваний желчного пузыря. Описаны основные механизмы формирования хронического холецистита, желчнокаменной болезни, продемонстрирована определяющая роль липидов крови при формировании желчи. Рассмотрен патогенез такого малоизвестного, но широко распространенного заболевания, как холестероз желчного пузыря. В контексте современной клинической практики обсуждается так называемый постхолецистэктомический синдром. Особое внимание уделено патофизиологии синдромов и синдромов, патогномоничности биохимических показателей. Приведены дифференциально-диагностические таблицы, изложены новые подходы в лечении желчнокаменной болезни, холестероза желчного пузыря, представлены схемы лечения и обследования больных.

При изложении материала автор использовал в основном результаты собственных исследований, проводившихся в клинике пропедевтики внутренних болезней им. В.Х. Василенко ММА им. И.М. Сеченова на протяжении многих лет. 416 с., ил.

Для клиницистов-гастроэнтерологов, врачей широкого профиля, слушателей ФПК, студентов медицинских вузов.

**Информацию по вопросам приобретения книг можно получить
на сайте www.atmosphere-ph.ru или по телефону (499) 973-14-16.**