

Маскин С.С., Карсанов А.М., Дербенцева Т.В.

ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет
ФГБОУ ВО Северо-Осетинская государственная медицинская академия
г. Волгоград, г. Владикавказ, Россия

АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕПСИС: ОТ ПАТОБИОЛОГИИ К ОПТИМАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ

Цель исследования: разработка базовых принципов и апробация элементов комплексного подхода к стратегии лечения пациентов с абдоминальным сепсисом (АС).

В итоге, на основе патобиологии внутрибрюшного воспаления и четкой дефиниции его клинико-морфологических форм обоснована целесообразность выполнения программированной релапаротомии при системном воспалении и однократной лапаротомии при распространенном гнойном перитоните без органных нарушений.

Работа выполнена за счет средств внутривузовского гранта ВолГМУ от 2021 года.

Бестаев Г.Г.

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Владикавказ

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ КРУАРОНА

Несмотря на то, что скорость возникновения и длительность эффектов современных миорелаксантов определены в многочисленных исследованиях, в клинической практике возникают ситуации, способствующие увеличению длительности нейромышечного блока.

Исходя из вышесказанного, авторы решили выявить наиболее главные факторы, влияющие на продолжительность действия круарона.

С помощью непрерывного акселерометрического мониторинга нейромышечной проводимости нами изучена значимость факторов, влияющих на длительность действия недеполяризующего нейромышечного блока. Наиболее важными факторами, влияющими на физико-фармакологическое действия круарона, мы считаем: использование ингаляционных анестетиков, глюкокортикоидов, табакокурение, использование ионов магния, возраст и пол пациента. Такие факторы, как циркадианный ритм, географическое расположение пациента оказались менее значимыми. Что касается предоперационной пероральной гидратации, температуры тела, газового состава крови, использования кальция, то здесь мы не увидели статистически значимой разницы между группами по темпу восстановления нейромышечного блока.

Цориев Г.В., Слепушкин В.Д.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ

КОНЦЕПЦИЯ ХРОНОФИЗИОЛОГИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ

Международной ассоциацией по изучению боли 2017 год объявлен как «Глобальный год против боли после операций», куда входит как проблема острой послеоперационной боли, так и проблема хронической послеоперационной боли. Довольно полно изучены нейрорхимические механизмы ноцицептивной и антиноцицептивной систем. Медиаторы антиноцицептивной системы - нейропептиды: эндорфины и энкефалины (Смагин В.Г. с соавт., 1983; Слепушкин В.Д. с соавт., 1988). У приматов и крыс имеет место суточный ритм эндорфинов и энкефалинов с максимумом в 8:00 и минимумом в 24:00 (Lim A. T.W., Funder J.W., 1983; McIntosh T.K., 1987). Можно предполагать, что активность нейропептидной системы обуславливает формирование чувства боли в послеоперационном периоде в течение суток. Единичные исследования касаются хронофизиологии боли. У больных с диабетической нейропатией и у больных с герпетической невралгией максимум боли определяется между 8:00 утра и 8:00 вечера (Gilron I. et al., 2013).

Цель исследования: выявить активность антиноцицептивной системы у пациентов в послеоперационном периоде и сопоставить с временем формирования болевого синдрома.

Материал и методы исследования. Обследовано 202 пациента после выполнения высокотравматичных оперативных вмешательств на органах грудной, брюшной полости, артропластике крупных суставов. Определялось содержание лей-, мет-энкефалина, бета-эндорфина, кортизола в крови и слюне в дневное и ночное время суток. Интенсивность болевого синдрома оценивалась по шкале ВАШ.

Результаты и их обсуждение. В ночное время суток снижается содержание нейропептидов и кортизола в крови и слюне как у здоровых, так и у послеоперационных пациентов. В период с 00:00 до 04:00 часов у 92% оперированных пациентов возникает интенсивный болевой синдром. В группе относительно пожилых пациентов (48-60 лет) появление послеоперационного болевого синдрома растягивается с поздних вечерних (20:00 до 24:00) до ранних утренних часов (04:00 до 08:00). У пациентов с проведением плановых оперативных вмешательств на крупных суставах отмечаются особенности возникновения послеоперационного болевого наличием двух пиков возникновения болевого синдрома: у 85-86% - с 00:00 до 04:00 часов и у 12-13% пациентов – с 04:00 до 08:00 часов. У всех пациентов после выполнения плановых полостных оперативных вмешательств пик интенсивной послеоперационной боли регистрируется с 00:00 до 04:00 часов. На основании полученных результатов нами сформулировано понятие «Хронофизиология послеоперационной боли», биологическим субстратом которого является снижение активности антиноцицептивной системы в ночное время суток, представленной лей-, мет-энкефалином, бета-эндорфином, кортизолом. Разработан метод прогнозирования наступления болевого синдрома и метод упреждающей анальгезии путем назначения опиоидов и нейропептидов.

Работа получила Премию Главы РСО-Алания за 2019 г.

Никитина Н.В., Лебедева Е.А., Шаршов Ф.Г.

Научный руководитель: Лебедева Е.А.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ И ВЫСОКОПОТОЧНОЙ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Ключевые слова: неинвазивная вентиляция легких у детей, высокопоточная оксигенотерапия, искусственная вентиляция легких у детей, дыхательная недостаточность

Актуальность исследования и научная новизна. Острая дыхательная недостаточность (ОДН) является одной из серьезнейших проблем педиатрической интенсивной терапии, поскольку именно она является основной причиной практически всех критических состояний и лежит в основе прогрессирования полиорганной недостаточности. Однако, врачи сталкиваются с рядом сложностей при применении неинвазивной вентиляции легких [1,2]. Однако, широта применения неинвазивной вентиляции легких (НИВЛ) у детей отстает от инвазивной [3,4]. Объем публикаций по применению неинвазивной вентиляции в разы меньше по сравнению с инвазивной. Вероятно, это связано с её сложностями применения в детском возрасте [5].

Научная гипотеза: эффективность применения неинвазивной вентиляции легких и высокопоточной оксигенотерапии у детей в отделении реанимации и интенсивной терапии с различной патологией, требующей респираторной поддержки.

Цель исследования: Проанализировать частоту применения и сложности использования НИВЛ и ВПО у детей в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Материал и методы. В исследование были включены данные 98 пациентов, проходивших лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии на базе «Областной Детской Клинической больницы» города Ростова-на-Дону в течение календарного года. Критерии включения: наличие ОДН, требовавшей кислородной или вентиляционной поддержки различными способами, на фоне основной патологии. Критерии исключения: постнаркозная депрессия дыхания, требовавшая кислородной поддержки или искусственной вентиляции, которая прекращалась после пробуждения и сопровождалась переводом в профильное отделение. Режимы НИВЛ и ВПО подбирались для каждого пациента индивидуально для достижения целевых параметров: уровня сатурации кислорода (SpO₂) не менее 94%; S/F-индекс- соотношение SpO₂ и фракции кислорода во вдыхаемой смеси (FiO₂) более 300 мм.рт.ст. ; снижение частоты дыхания до уровня, не превышающего 25% от возрастной нормы; отсутствие участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания; уровня сознания 12-15 баллов по шкале комы Глазго. Параметры ВПО: скорость потока подачи кислорода устанавливалась из расчёта от 2 литров на килограмм массы тела в минуту; фракция кислорода в дыхательной смеси от 40-100 %. Для НИВЛ использовался режим непрерывного положительного давления в дыхательных путях (CPAP) с уровнем давления от 5 до 10-12 см вод. ст. ; положительное давление конца выдоха (PEEP) выше 5 см.вод.ст. ; фракция кислорода в дыхательной смеси от 30-100 %. ВПО проводилась с помощью аппарата Airvo-2, для НИВЛ использовались аппараты искусственной вентиляции легких (ИВЛ), поддерживающие данный режим. Статистическая обработка данных проводилась с использованием статистического пакета STATISTICA 6,0 (StatSoft Inc., США). Анализ соответствия вида распределения признака закону нормального распределения проводили с применением критерия Колмагорова-Смирнова. Качественные данные представлены как абсолютные и относительные частоты (проценты). Сравнение независимых переменных в двух группах осуществляли непараметрическим методом с применением критерия Манна-Уитни. Критерием значимости при статистических расчётах в данной работе, по общепринятым в медико-биологических исследованиях правилам, являлось значение показателя вероятности ошибки, или вероятности принятия ошибочной гипотезы (p) не более 5%, то есть $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. Наибольшее количество детей (38,8 % - 38 человек) приходилось на возраст от 10 до 18 лет. Доля новорожденных составляла 11,2 % (11 человек). Во всех возрастных группах наиболее часто применяли ВПО. НИВЛ использовалась реже, по сравнению с ВПО во всех возрастных группах. Следует обратить внимание, что частота применения НИВЛ превалировала над ИВЛ в группах детей старше 7 лет. У детей старше 3 лет частота проведения НИВЛ через лицевую маску превалировала над способом ее проведения через шлем. Как показал анализ, НИВЛ с помощью шлема у пациентов младше 3х лет не проводилась. Превалирующими патологиями являлись травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин и болезни органов дыхания, которые составляли более 70% от всех наблюдений. и в 52,6% случаев (20 детей) проводилась ВПО, в 26,3% (10 детей) - НИВЛ, а в 21,1% (8 детей) — ИВЛ, и искусственная вентиляция с последующим проведением неинвазивной. Превалирующими заболеваниями со стороны нервной системы являлись врожденные поражения центральной нервной системы (у 5 детей, 71,4%). Данной категории детей чаще всего проводилась ВПО и НИВЛ. В исследование было включено по одному ребенку (14,3%) с эпилепсией и синдромом Гийена-Барре. Данным детям требовалось проведение ИВЛ с последующим переходом на НИВЛ, что было связано с наличием ДН смешанного генеза, и угнетением сознания, менее 12 баллов согласно шкале комы Глазго. Более 70% больным (26 человек), с заболеваниями органов дыхания, провели коррекцию ДН, используя ВПО и НИВЛ.

Наибольшая длительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии приходилась на детей, которым требовалась ИВЛ 26,9 (12,2;41,6) и искусственная вентиляция легких, с переводом на

неинвазивную 17,9 (12,9;23,0). Средняя длительность ИВЛ была в 4,3 раза дольше по сравнению с НИВЛ и составляла 259,4 (136,4; 382,4) часов для искусственной и 58,9(46,0; 71,9) – для неинвазивной. Лицевая маска использовалась в 5 раз чаще, чем шлем для НИВЛ(у 30, 6% - лицевая маска, у 6,1% - шлем). Был проведен опрос 8-ми врачей анестезиологов-реаниматологов отделения реанимации и интенсивной терапии по использованию НИВЛ через разные дыхательные интерфейсы и ВПО через назальные канюли.

Табл. 1

Сложности в использовании НИВЛ и ВПО у детей с острой дыхательной недостаточностью

№ п/п	Основные сложности при проведении неинвазивной вентиляции легких и высокопоточной оксигенотерапии у детей	Дыхательный интерфейс		
		Неинвазивная вентиляция легких с помощью шлема	Неинвазивная вентиляция легких с помощью лицевой маски	Назальные канюли для высокопоточной оксигенотерапии
1.	Клаустрофобия	5	0	0
2.	Доступ к дыхательным путям пациента	6	0	0
3.	Проведение ингаляционной терапии	8	3	2
4.	Герметичность	0	6	-
5.	Пролежни, мацерации	0	7	1
6.	Дополнительная седация	3	1	2
7.	Сложность в использовании в техническом плане (подключение пациента к аппарату)	8	2	2
8.	Синхронизация пациента (подбор параметров)	7	6	6
9.	Самостоятельный прием пищи	8	8	0
10.	Образование конденсата	7	2	0
11.	Контакт с пациентом	8	4	4
12.	Сухость слизистой верхних дыхательных путей, конъюнктивит	3	4	3
Число в ячейке показывает количество положительных ответов о наличии сложностей при проведении неинвазивной вентиляции легких и высокопоточной оксигенотерапии				

Выводы. Частота применения ВПО и НИВЛ при лечении ОДН у детей всех возрастов составляет более 79 % при различной патологии. Как показал анализ, НИВЛ с помощью шлема у детей младше 3 лет не проводилась, что, вероятно, связано с необходимостью проведения дополнительной седации, сложностями с доступом к дыхательным путям ребенка, подбор параметров для достижения оптимального режима и образование конденсата. Ограниченное использование шлема для проведения неинвазивной вентиляции требует более детального анализа.

Литература

- [1]. Брусенцев О.Ю., Кудин Н.К., Мигунов С.А. и др. Опыт использования шлема для неинвазивной вентиляции STARMED CASTAR UP у пациента с морбидным ожирением. Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. 2018; 3(16). 29-33.
- [2]. Грачев И.Н., Шаталов В.И., Климов А.Г. и др. Сравнительный анализ использования высокопоточной и традиционной оксигенотерапии у пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией. Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова. 2020;3:95–103. DOI: 10.21320/1818-474X-2020-3-95-103
- [3]. Mikalsen I.B., Davis P., Oymar K. High flow nasal cannula in children: a literature review. Scand. J. Trauma Resusc. Emerg. Med. 2016; 24(1):93. DOI: 10.1186/s13049-016-0278-4
- [4]. Hernández G., Vaquero C., González P. et al. Effect of postextubation high-flow nasal cannula vs conventional oxygen therapy on reintubation in low-risk patients: a randomized clinical trial. 2016; 315(13-15):1354–61. DOI: 10.1001/jama.2016.14194
- [5]. Модель Г.Ю., Токовая И.А., Шабанова Н.Е. Высокопоточная кислородная терапия как альтернатив-

способ респираторной поддержки у новорожденных с дыхательными расстройствами. Научный вестник здравоохранения Кубани. 2020; 1(67). 46-56.

Субачева Л.И.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького» г.Донецк, ДНР

НЕЙРОИММУННАЯ МНОЖЕСТВЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Актуальность. Стрессоры окружающей среды, испытываемые человеком в течение жизни, от микробных инфекций до химических токсикантов и даже психологических стрессоров, в конечном итоге формируют функционирование центральной нервной системы (ЦНС), но также могут способствовать ее возможному нарушению. Тяжесть, время и тип таких «ударов» окружающей среды в сочетании с генетическими факторами, вероятно, определяют, какие последствия для ЦНС станут очевидными. Каковы долгосрочные последствия SARS-CoV-2 для нейронных процессов, пока неясно, но новые данные свидетельствуют о возможности микроглиальных или других воспалительных факторов как потенциально способствующих нейродегенеративным заболеваниям.

Цель. Крайне важно рассмотреть воздействие вируса в контексте значительного психосоциального стресса, связанного с глобальной пандемией. Действительно, одиночество, страх перед будущим и потеря социальной поддержки сами по себе оказали огромное влияние на людей, особенно на уязвимых очень молодых и пожилых людей. Об этом свидетельствует депрессия, тревожность и расстройства пищевого поведения, и в ближайшие годы этому может сопутствовать аналогичный всплеск деменции, а также двигательных и когнитивных нейродегенеративных заболеваний.

Материалы и методы. При написании данной работы использовались следующие материалы: Агилар-Валлес А., Родриг Б., Матта-Камачо Э. Активация материнского иммунитета и развитие дофаминергической нейротрансмиссии у потомства: актуальность для шизофрении и других психозов, Чен Р., Ван К., Ю Дж., Ховард Д., Френч Л., Чен З., Вэнь С., Сюй З. Пространственное и клеточное распределение рецептора ACE2 SARS-CoV-2 в мозге человека и мыши, Дестрас Г., Бал А., Эскурет В., Морфин Ф., Лина Б., Джоссет Л., Диагностика COVID Исследовательская группа HCL. Систематический скрининг SARS-CoV-2 в спинномозговой жидкости во время пандемии COVID-19 и другие. Использовались методы анализа научной литературы и синтеза полученной информации.

Основная часть. Считается, что некоторые из самых ранних клеточных существ на земле обладают некоторым рудиментарным иммунным аппаратом, который позволял защищать и поддерживать гомеостаз. Следовательно, самые ранние механизмы восприятия, позволяющие осуществлять внеклеточные взаимодействия, скорее всего, были основаны на иммунитете.

Доказательства совместной эволюции ЦНС и иммунной систем предполагаются на основе относительно большого числа антигенов головного мозга, которые были вовлечены в аутоиммунные заболевания. С этой целью ферменты или рецепторы для нейротрансмиттеров ГАМК (GAD65) и ацетилхолина (AChR), а также миелина, ламинина и тирозингидроксилазы являются мишенями при ряде аутоиммунных заболеваний, включая диабет, псориаз, рассеянный склероз и ревматоидный артрит.

В последнее время появляются данные, подтверждающие роль иммунной системы в регуляции очень сложных социальных процессов. Интуитивно понятно, что иммунная система и мозг будут совместно развиваться как главные регуляторы реакций организма на внешние раздражители с целью поддержания внутреннего гомеостаза.

С эволюционной точки зрения патогены, такие как SARS-CoV-2, долгое время конкурировали и, следовательно, развивались совместно как с иммунологическими процессами, так и с процессами ЦНС. Таким образом, иммунологическая защита (как врожденная, так и адаптивная) и защита мозга (например, ГЭБ) развились параллельно сложным стратегиям борьбы с патогенами.

Вирусные агенты сначала обнаруживаются врожденными иммунными клетками, несущими рецепторы распознавания образов (PRRS), которые обнаруживают различные эволюционно сохраненные структуры патогенов, называемые молекулярными паттернами, связанными с патогенами. Среди них особенно важны toll-подобные рецепторы (TLR), которые экспрессируются на микроглии ЦНС, регулируя их обнаружение патогенных угроз. Внутриклеточная вирусная РНК, включая РНК SARS-CoV-2, обычно детектируется TLR3, тогда как спайковые белки вируса могут быть распознаны TLRs 1, 4 и 6. Однако SARS-CoV-2 в первую очередь проникает в клетки и заражает их, сначала связываясь с мембранным белком ангиотензинпревращающего фермента 2 (ACE2).

Параллельно с реакциями периферической иммунной памяти, центральная стимуляция клеток микроглии иммунными проблемами может привести либо к усилению (сенситизации), либо к снижению (толерантности) реакции на последующие вызовы. В наиболее тяжелых случаях иммунной сенситизации, когда системное воспаление вызывает сепсис или начинается септический шок, происходит нерегулируемое высвобождение воспалительных цитокинов и разрушение ГЭБ, что может усилить чувствительность микроглии.

Что касается мозга и особенно актуально с точки зрения множественных поражений, может произойти перекрестная сенситизация между иммунной системой и мозгом, при которой нарушается нейроиммунная связь. Например, однократная инъекция цитокинов, IL-1 β или TNF- α , вызывала сенситизиро-

ванное нейрохимическое состояние, так что последующее воздействие этих цитокинов или стрессоров вызывало преувеличенные поведенческие, гормональные и центральные моноаминные реакции.

Еще предстоит определить, какие факторы могут контролировать микроглиальное праймирование, но было высказано предположение, что различные цитокины или факторы воспаления могут играть определенную роль, и это может быть особенно очевидно при дегенерации или повреждении головного мозга. Также может быть так, что повышенная экспрессия Fc или других иммунных рецепторов может регулироваться на загрязненной микроглии, позволяя им взаимодействовать с проникающими адаптивными иммунными клетками или антителами в случае нарушения гематоэнцефалического барьера, связанного с заболеванием.

Исследования генетического анализа начали фокусироваться на наборе факторов, которые могут быть ответственны за различные первичные состояния микроглии. Было обнаружено, что мыши, загрязненные высокой дозой LPS LPS (10 мг/кг), демонстрировали очень характерный молекулярный профиль, который был обогащен генами, критически важными для функционирования лизосом и фагосом, наряду с генами, связанными с презентацией антигена. В частности, загрязненные микроглиальные гены включали Axl, Aroe, Clec7a, Itgax и Lgals3, которые были названы «сигнатурой микроглии, связанной с заболеванием (DAM)».

Возрастные вариации состояния микроглии неодинаковы в разных областях мозга, точно так же, как в случае, когда возрастное повреждение / дегенерация нейронов в значительной степени зависит от местоположения ЦНС.

Инфильтрация иммунных Т-клеток и активация микроглии, по-видимому, различаются в разных анатомических областях. Действительно, инфильтрация Т-лимфоцитами и активация микроглии были особенно очевидны в большинстве стволов головного мозга и мозжечка, и у подгруппы этих пациентов наблюдались свежие ишемические поражения.

Быстро появляющиеся данные указывают на то, что SARS-COV-2 вызывает очень сложный спектр симптомов, которые могут повлиять на множество систем, включая ЦНС. Хотя профиль лиц, у которых развиваются серьезные заболевания, неоднороден, абсолютно очевидно, что пожилой возраст является преобладающим фактором риска.

Также представляется очевидным, что возрастные изменения иммунитета и, в частности, воспалительные процессы критически связаны с тяжестью заболевания.

Результаты и обсуждения. Возможно, что острая очень выраженная повышенная регуляция цитокинов (так называемый цитокиновый шторм), которая следует за серьезным легочным респираторным заболеванием, может иметь долгосрочные сенсibilизирующие эффекты, которые могут привести к дальнейшему заболеванию. Аналогичным образом, также возможно, что хроническое воспаление низкой степени может сохраняться после разрешения вирусной инфекции, и это может впоследствии взаимодействовать с дальнейшими стрессорами, способствующими развитию заболевания. Конечно, помимо биологического воздействия самой вирусной инфекции, следует также учитывать сопутствующий психологический стресс в виде беспокойства, одиночества, чувства беспомощности и потери социальной поддержки. Такие психогенные стрессоры могут оказывать мощное воздействие, которое будет действовать как дополнительный «удар» в контексте нашей модели с несколькими ударами. В любом случае для решения таких вопросов потребуются продольные исследования.

Выводы. Разработка новых иммунотерапевтических средств для борьбы с вирусной инфекцией должна быть критически оценена, чтобы избежать негативного взаимодействия с нейроиммунными элементами. Например, было бы важно предпринять шаги, чтобы избежать токсичности, зависящей от антител. В этом случае антитела IgG, которые связываются с вирусными антигенами (например, спайковый гликопротеин S1), предположительно могут индуцировать нейровоспаление путем их проникновения в иммунные клетки хозяина через их Fc-рецепторы.

Исследования, вдохновленные пандемией COVID-19, откроют новые горизонты для лучшего понимания микропроцессов клеточного иммунитета и возникающих вирусов, вплоть до макропроцессов глобализации и оказания медицинской помощи. Неоднородность симптомов COVID-19, в том числе связанных с ЦНС, усилила связь с мозгом и иммунной системой и подчеркнула важность рассмотрения тонкой взаимосвязи между такими системами.

Мищенко А.А.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького» г. Донецк, ДНР

РИСКИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ COVID-19, ПРИНИМАЮЩИХ АНТИКОАГУЛЯНТЫ И АНТИАГРЕГАНТЫ

Вступление: Эпидуральная анестезия – это разновидность центральной блокады с более широким диапазоном применения по сравнению со спинномозговой анестезией, оказывающей эффект по типу “всё или ничего”. Данную блокаду можно выполнять на грудном, поясничном, и шейном уровнях интраоперационно, как аналгезию при родах, а также для лечения острой и хронической боли. Возможно одномоментное применение путем введения через иглу или же через катетер (постоянная инфузия или перемежающееся струйное введение). В зависимости от вида, концентрации и дозы анестетика и уровня

введения двигательные функции могут сохраняться полностью или быть полностью угнетенными. Эпидуральная анестезия может проявляться дифференциальной и сегментарной блокадой, что имеет весьма важное значение. Например: при сочетании относительно низкоконцентрированных растворов местных анестетиков с опиоидами могут блокироваться мелкие симпатические и чувствительные волокна, а крупные двигательные остаются интактными, что обеспечивает аналгезию без двигательной блокады. Такой тип блокады применяют при родах и для послеоперационной аналгезии. Также возможна сегментарная блокада, т.к. анестетик не может легко распространиться с ЦСЖ и концентрируется вблизи места инъекции. Наблюдается четко очерченное кольцо анестезии; нервные корешки выше и ниже этого кольца не блокируются. Данный феномен наблюдается при торакальной эпидуральной анестезии при операциях на верхнем этаже брюшной полости: корешки шейных и поясничных спинномозговых нервов не блокируются. Чаще всего эпидуральная анестезия проводится на поясничном отделе позвоночника срединным или околосолединным доступом. Её можно использовать при любых операциях ниже диафрагмы. Торакальная эпидуральная блокада наряду с поясничной считается опаснее по причине большего наклона остистых отростков и наложения их друг на друга, хотя риски повреждения спинного мозга при случайной пункции твердой мозговой оболочки малы, но выше, чем при поясничной. Торакальную блокаду можно выполнять как срединным, так и околосолединным доступом. Она редко применяется как основная анестезия, а обычно проводится для интра- и послеоперационной аналгезии. Лечение хронической боли подразумевает однократную инъекцию или введение препарата через катетер. Инфузия анестетика через эпидуральный катетер позволяет избежать или сократить длительность нахождения пациента на ИВЛ с сопутствующими заболеваниями легких или после торакальных операций. Шейная блокада выполняется срединным доступ в положении сидя с согнутой шеей. Основным показанием является лечение боли.

Цель работы: Оценить риски и надобность эпидуральной анестезии у больных COVID-19, требующих оперативное лечение.

Материалы и методы: Обзор зарубежной литературы.

Результаты: Проведение центральных блокад у пациентов, принимающих антикоагулянты или антиагреганты достаточно сложный вопрос.

1)Пероральные антикоагулянты. Если больной принимает варфарин долгое время, то накануне центральной блокады нужно препарат отменить и дождаться нормализации показателей протромбинового времени (ПВО) и международного нормализованного отношения (МНО). В случае назначения варфарина для профилактики периоперационных тромбоэмболических осложнений и первая доза была принята более чем за 24 ч до блокады, а также, если больной принял более, чем одну дозу, то следует проверить ПВО и МНО. Если же была принята одна доза варфарина и прошло менее 24 ч с этого момента, то выполнять блокаду можно без опаски. Не представляет опаски удаление эпидурального катетера у больного, получающего низкие дозы варфарина (5 мг/сут).

2)Антиагреганты. Большинство антиагрегантов не повышает риски формирования гематомы позвоночного канала при проведении центральной блокады или удалении эпидурального катетера. С другой стороны, это относится к пациентам без сопутствующих заболеваний и нарушений свертываемости, которые не получают любых других препаратов, влияющих на гемостаз. Более мощные антиагреганты следует отменить и выполнять центральную блокаду можно только после прекращения их действия. Период ожидания после отмены тиклопидина составляет 14 дней, клопидогреля - 7 дней, абсиксимаба - 48 часов и эптифибатид - 8 часов.

3)Гепарин(стандартный, нефракционированный). Профилактика мини-дозами гепарина п/к не является противопоказанием к центральной блокаде. Если есть необходимость введения интраоперационно, то блокаду необходимо выполнять за 1 час и более до его инъекции. Появление крови в игле или катетере при выполнении блокады не требует обязательной отмены хирургического вмешательства, но при этом необходимо оценивать риски осложнений и внимательно наблюдать за пациентом после операции. Удалять катетер следует за 1 час до или через 4 часа после очередной дозы гепарина. Центральная блокада противопоказана больным, получающим терапевтические дозы гепарина и имеющим повышенное частичное тромбопластиновое время. Если лечение гепарином начато после установки эпидурального катетера, то удалять катетер следует только после прекращения или прерывания инфузии гепарина и нормализации частичного тромбопластинового времени.

4)Низкомолекулярные гепарины(НМГ). При появлении крови в игле или катетере НМГ можно вводить не ранее, чем через 24 ч после операции, т.к. появившееся повреждение повышает риски гематомы позвоночного канала. Если после операции предполагается профилактика тромбоэмболических осложнений с помощью НМГ, эпидуральный катетер стоит удалять за 2 ч до введения первой дозы. Если больной уже получает НМГ, эпидуральный катетер следует удалить не ранее чем через 10 ч после введения НМГ, и следующую дозу следует вводить только через 2 ч.

5)Фибринолитики и тромболитики. Если пациент получает фибринолитики или тромболитики, то центральная блокада противопоказана.

Обсуждения: Учитывая вышеизложенное, можно сделать вывод о том, что приём антикоагулянтов и антиагрегантов может вызвать затруднения при проведении центральной блокады у больных COVID-19. Тем не менее, важно учитывая длительность приёма препаратов больными, какие препараты принимает

пациент, сопутствующие заболевания пациентов и возможно остановки приёма на время проведения центральной блокады.

Заключение: Наличие инфекции COVID-19 у пациента, по сути, не является противопоказанием для проведения нейроаксиальной анестезии. Несмотря на это, важно учитывать степень тромбоцитопения у пациента перед проведением блокады. Количество тромбоцитов $7600 \times 10^6/\text{л}$ является приемлемым для проведения нейроаксиальной анестезии/анальгезии.

Иванченко И.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького» г. Донецк, ДНР

СОХРАНЕНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ СТАБИЛЬНОСТИ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИДОКАИНА В СОЧЕТАНИИ С СУЛЬФАТОМ МАГНИЯ ВО ВРЕМЯ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ БЕЗ ПРОДЛЕНИЯ НЕРВНО-МЫШЕЧНОЙ БЛОКАДЫ: ДВОЙНОЕ СЛЕПОЕ, РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Актуальность: Анестезирующие аддитивные препараты, такие как лидокаин и сульфат магния (MS), все чаще используются по отдельности или в комбинации в общей анестезии, уменьшения послеоперационной боли, достижения сниженных и более сбалансированных доз анестетиков, гемодинамической стабилизации и улучшения хирургических условий, а также в мультимодальном опиоид-сберегающем или даже безопиоидном анестезиологическом подходе может уменьшить или исключить использование опиоидов в периоперационном периоде.

Цель работы: Применение и оценка влияния лидокаина и сульфата магния при общей анестезии (изолированных или комбинированных) на гемодинамические параметры, а также на вызванную цисатракуриумом нервно-мышечную блокаду (НМБ).

Материал и методы: Было отобрано 64 пациента с физическим статусом ASA I и ASA II, подвергшиеся плановому хирургическому вмешательству с аналогичными болевыми раздражителями, которых случайным образом распределили на четыре группы. Пациенты получали болюс лидокаина и сульфата магния перед интубацией трахеи и непрерывную инфузию во время операции следующим образом: 3 мг·кг⁻¹ и 3 мг·кг⁻¹ 1.ч–1 (группа лидокаина - L), 40 мг·кг⁻¹ и 20 мг·кг⁻¹ 1.ч–1 (группа магния - M), равные дозы обоих препаратов (магний плюс лидокаин), равные дозы лидокаина и магния (магний плюс лидокаин - группа ML) и эквивалентный объем изотонического раствора (контроль - группа C). Тотальная внутривенная анестезия (TIVA) была стандартизирована для всех пациентов и проводилась без использования бензодиазепинов, с использованием целевой дозы пропофола: 4 мкг·мл⁻¹ и инфузии ремифентанила 0,5 мг·кг⁻¹ · мин⁻¹. После индукции анестезии и потери сознания нервно-мышечную функцию оценивали путем мониторинга приводящей мышцы большого пальца с помощью акселеромиографии (АМГ) с устройством TOF-Watch SX (Organon Ireland Ltd.) в соответствии с консенсусом в области нервно-мышечных исследований. Параметры гемодинамики (систолическое, диастолическое, среднее артериальное давление и частота сердечных сокращений) регистрировались и аннотировались в разное время: M1 - при поступлении больного в операционную; M2- непосредственно перед вводным наркозом; M3 - перед инфузией тестируемых растворов (физиологический раствор, сульфат магния или сульфат магния, связанный с лидокаином); M4 - через пять минут после M3 (окончание инфузии нагрузочной дозы испытываемых растворов); M5 - непосредственно перед интубацией; M6 - через минуту после интубации трахеи; и M7- каждые пятнадцать минут до окончания исследования. Все параметры непрерывно контролировались до спонтанного восстановления показателя «четырёхразрядной стимуляции» (TOF) (TOFR > 0,9). Показатель «area under curve» (площадь под кривой) (AUC) оценивали для сравнения гемодинамических ответов между исследуемыми группами. Фармакодинамические переменные (скорость начала, клиническая продолжительность, скорость восстановления и полная продолжительность) представлены в виде графиков в виде прямоугольников и усов, показывающих диапазон, квартили и медианы. AUC изменения среднего артериального давления (СрАД) и ЧСС выражены в виде 95% доверительных интервалов (нормально распределенные данные), которые сравнивали между группами с помощью однофакторного дисперсионного анализа с последующим тестом множественного сравнения Тьюки.

Результаты. В период с 2015 по 2018 год в этом исследовании было набрано и рандомизировано 64 пациента. Сульфат магния значительно продлевал все признаки восстановления НМБ, не изменяя скорость появления цисатракурии (рис. 1). Добавление лидокаина к MS не влияло на NMB цисатракурии. Аналогичные результаты наблюдались, когда этот препарат использовался отдельно. Значения являются медианными (Межквартильный размах [мин])

Гемодинамические параметры среди исследуемых групп, оцененные по AUC для изменения САД(MAP) и ЧСС(HR) в шести точках времени во время индукции анестезии, показаны на рис.2(A-D).

Гемодинамические параметры среди исследуемых групп, оцененные по AUC для изменения САД(MAP) и ЧСС(HR) в шести точках времени во время индукции анестезии, показаны на рис.2(A-D).

Группа лидокаина показала значительно меньшие колебания СрАД и ЧСС во время индукции анестезии (общая AUC [95% доверительный интервал; p]: СрАД-L группа, 18,4 [0,0-41,3], по

	Контроль	Лидокаин	Магний	Магний + лидокаин	p
5 мин от начала анестезии	144 (120–165[мин])	135 (117–155[мин])	145 (116–177 [мин])	138 (109–168 [мин])	> 0,05
время на 25 минуте	64 (57–70[мин])	69 (63–79 [мин])	82 (76–91 [мин])	85 (82–88 [мин])	< 0,0001
индекс восстановления	14 (14–16[мин])	16 (11–19 [мин])	24 (16–30[мин])	20 (18–26[мин])	< 0,0001
время на 95 минуте	87 (66–90[мин])	88 (81–101 [мин])	109 (104–126 [мин])	113 (95–117 [мин])	< 0,0001
полная продолжительность	89 (76–99 [мин])	104 (93–107 [мин])	119 (110–129 [мин])	123 (111–140[мин])	< 0,0001

Рис. 1

Характеристики восстановления нервно-мышечной блокады

Рис.2

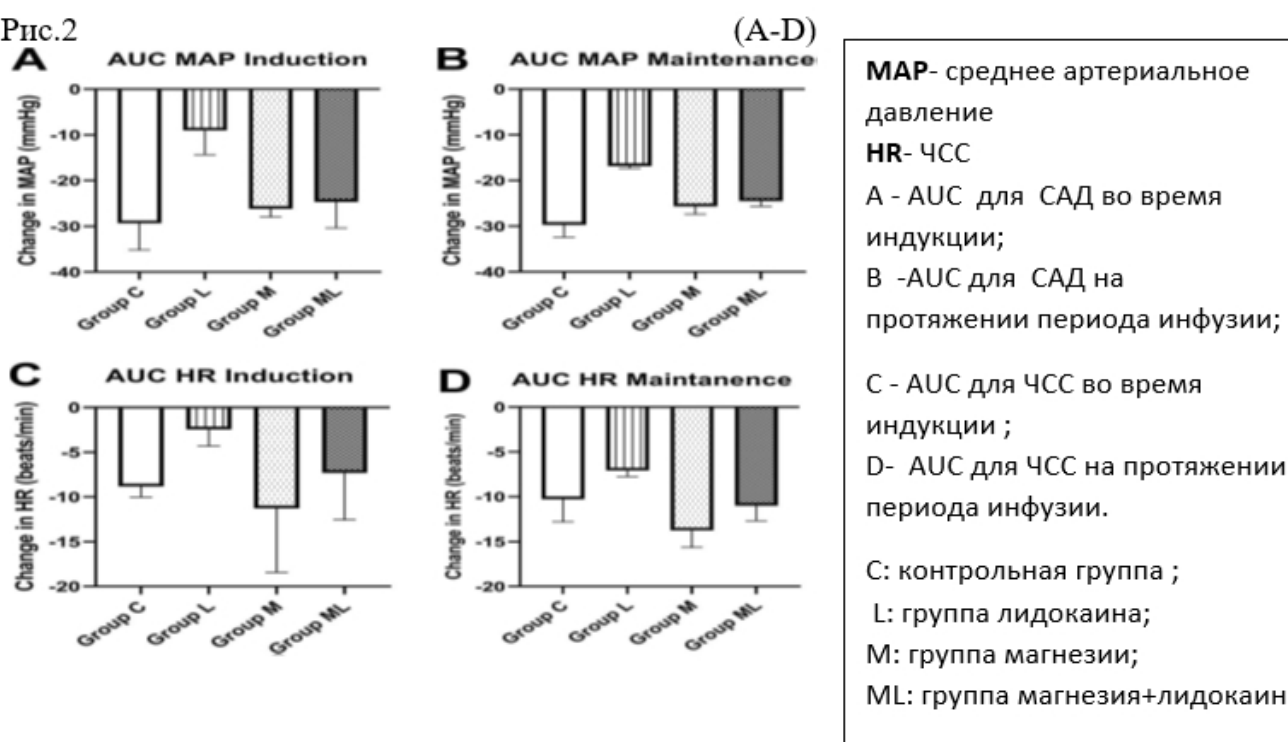


Рис. 2

Гемодинамические параметры среди исследуемых групп, оцененные по AUC для изменения САД(MAP) и ЧСС(HR) в шести точках времени во время индукции анестезии, показаны на рис.2(A-D).

сравнению с группой С, 59,9 [34,7. 0–88,1], $p < 0,0001$, по сравнению с группой М 52,2 [32,3–72,0], $p < 0,0001$, по сравнению с группой ML 50,3 [32,3–68,4], $p < 0,0001$, и группой ЧСС-L 4,9 [0,0–15,3] по сравнению с группой К 17,9 [0,0–47,4], $p < 0,0001$, по сравнению с группой М 23,0 [1,7–44,4], $p < 0,001$, по сравнению с группой ML 14,9 [0,0– 37,2], $p < 0,046$. Во время поддерживающей фазы анестезии исследуемые группы демонстрировали сходное поведение (группа СrАД-L, 1265 [583,5–1946] по сравнению с группой С, 2256 [1529–2983], $p < 0,021$; по сравнению с группой М, 1891 [1334–2448], $p < 0,0001$, по сравнению с группой ML, 1837 [1338–2335], $p < 0,0001$ и группой ЧСС-L, 533,0 [259,8–806,1] по сравнению с группой С, 795,8 [125,2–1466], $p < 0,01$, по сравнению с группой М 1035,0 [360,8–1708], $p < 0,001$, по сравнению с группой ML 828,3 [294,0–1363], $p < 0,0043$).

Основные результаты исследования показали следующее: (а) внутривенное введение лидокаина играет существенную роль в гемодинамической стабильности больных под общей анестезией, не оказывая дополнительного влияния на НМБ даже при сочетании с сульфатом магния; (б) сульфат магния удлинял время выздоровления от НМБ по всем изученным фармакодинамическим параметрам; и (с) не было различий в скорости возникновения НМБ между группами. Лидокаин и сульфат магния косвенно блокируют симпатические эффекты и хорошо зарекомендовали себя в опиоид-сберегающих мультимодальных обезболивающих стратегиях. Отмечено, что многие пациенты в группах с инфузией сульфата магния достигли 90% исходного ответа TOF без восстановления T1 до 95% от исходного значения. Следовательно, процедуры анестезии без опиоидов или с уменьшенной дозой опиоидов оправданы и приобретают

все большую популярность.

Заключение. По полученным данным были сделаны следующие выводы: Побочные эффекты от опиоидов дают предпосылки к более частому применению безопиоидных или опиод-сберегающих стратегий проведения анестезии; необходимо дальнейшее изучение влияния лидокаина на НМБ для получения наиболее точной оценки его действия и получаемых эффектов; сульфат магния удлиняет все характеристики восстановления НМБ без изменения скорости наступления, повышает скорость восстановления TOF без восстановления T1, в отличие от лидокаина, который не оказывает дополнительного влияния на НМБ, как изолировано, так и в сочетании с сульфатом магния, но обеспечивает при этом оптимальность показателей гемодинамики.

Перетёртова Е.А

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» г. Донецк, ДНР

ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ БАКТЕРИИ И ИХ ЛИПОПОЛИСАХАРИДЫ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА: ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Актуальность. Болезнь Альцгеймера (БА), одна из основных причин деменции, представляет собой нейродегенеративное заболевание, вызывающее снижение когнитивных функций и ухудшение памяти, языка и внимания. Несмотря на многочисленные доказательства того, что грамотрицательные бактерии и их липополисахариды (ЛПС) играют решающую роль в патогенезе БА, патогенетические механизмы грамотрицательных бактерий и их ЛПС не выяснены.

Цель. Изучить роль и патомеханизмы грамотрицательных бактерий и их ЛПС при БА. Кроме того, возможность использования грамотрицательных бактерий в качестве новых терапевтических мишеней и новых патологических характеристик при БА.

Материалы и методы. Материалом исследования является кал, кровь мышей APP / PS1, 5xFAD и мышей дикого типа. Также кал и кровь пациентов с БА и для исследования ЦНС источником являлся головной мозг пациентов с БА. Методы исследования: ELISA, WB, PCR, EM, IEM, IF, AFM, серологический и гистологические исследования.

Результаты. Существует множество исследований, указывающих на изменения в составе грамотрицательных бактерий на животных моделях и у пациентов с БА. У 8-месячных мышей белок-предшественник амилоида / пресенилин 1 (APP / PS1) доля Bacteroidetes на уровне филума увеличивается, в то время как Allobaculum и Akkermansia снижаются на уровне рода; одновременно увеличивается Rikenellaceae и S24-7. Кроме того, другое исследование показало, что Helicobacteraceae и Desulfovibrionaceae на уровне семьи значительно выше у мышей APP / PS1, чем у мышей дикого типа. На уровне рода Helicobacter и Odorivacter значительно распространены у мышей APP / PS1, в то время как Prevotella численность значительно выше у мышей дикого типа. У мышей APP / PS1 доля Bacteroidetes имеет тенденцию к увеличению по мере прогрессирования БА. В случае у мышей 5xFAD было подтверждено, что распределение кишечных грамотрицательных бактерий начинает меняться через 9 недель по сравнению с таковым у мышей дикого типа. Доля Bacteroidetes у мышей 5xFAD имеют тенденцию к уменьшению в 9-недельном и 18-недельном возрасте по сравнению с 3-недельным возрастом у мышей 5xFAD. Эти результаты показали, что доля грамотрицательных бактерий изменяется с прогрессированием БА у мышей 5xFAD. Кроме того, известно, что распределение кишечных грамотрицательных бактерий у здоровых людей отличается от такового у пациентов с БА, а распределение кишечных грамотрицательных бактерий изменяется по мере прогрессирования БА. Некоторые анализы микроорганизмов в крови и кале показали, что у пациентов с БА изменились популяции грамотрицательных бактерий, таких как Spirochetes, Chlamydia, Proteobacteria, Firmicutes, Bacteroidetes и Actinobacteria на уровне филума. В частности, подтверждено, что население Firmicutes и Bifidobacterium уменьшается, а количество Bacteroidetes увеличивается в кале у пациентов с БА по сравнению со здоровыми людьми из контрольной группы. Удивительно, но грамотрицательные бактерии, обнаруженные в периферической нервной системе, также наблюдались в центральной нервной системе (ЦНС) у пациентов с БА.

Также несколько предыдущих исследований показали обширное и характерное распределение ЛПС в головном мозге при БА. Сообщалось о локализации ЛПС в различных частях головного мозга, таких как боковой желудочек теменной доли и неокортекс височной доли мозга при БА, что позволяет предположить, что они могут широко распространяться в головном мозге при БА.

Выводы. Грамотрицательные бактерии и их ЛПС обнаруживаются в ЦНС, а также на периферии и могут вызывать или ускорять патологию БА. Грамотрицательные бактерии могут напрямую проникать в ЦНС посредством различных механизмов и влияют на патогенез БА. Кроме того, влияние побочных продуктов грамотрицательных бактерий на основные патологии БА позволяет предположить, что грамотрицательные бактерии являются важной терапевтической мишенью для лечения БА. Важно отметить, что ЛПС грамотрицательных бактерий, которые присутствуют в высоких концентрациях у пациентов с БА, является прямым патогенным фактором. Связанная с патологией БА локализация ЛПС в ЦНС предполагает, что ЛПС играет уникальную патологическую роль в БА. Следовательно, важно классифицировать и охарактеризовать грамотрицательные бактерии, влияющие на болезнь. Взятые вместе, грамотрицательные бактерии и их ЛПС представляют собой не только вышестоящий патологический процесс являются

привлекательными мишенями для лечения БА. Поскольку практическое лечение БА еще не находится в стадии разработки, контроль грамотрицательных бактерий и их ЛПС может быть отличной стратегией для предотвращения появления и прогрессирования болезни Альцгеймера.

УДК: 616-092.11

Симонов А.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» г. Донецк, ДНР

ПАТОМЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦИИ ПРИ COVID-19 И БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Вступление: COVID-19 и БА имеют общие этиологические факторы, изучение которых поможет в разработке подходов к лечению данных заболеваний.

Цель: Изучение патомеханизмов развития нейродегенерации.

Материалы и методы: Анализ литературных источников.

Результаты и обсуждение: COVID-19 и болезнь Альцгеймера (БА) имеют общие связи в отношении рецепторов ангиотензинпревращающего фермента 2 (ACE2) и провоспалительных маркеров – IL-1, IL-6, цитоскелет-связанный белок 4 (CKAP4), галектин-3 (GAL-3) и аллель APOE4. Нейротропизм, характерный для COVID-19, способствует его инвазии в нервные ткани, связывая его спайковый белок с рецепторами ACE2, присутствующими как на нейронах, так и на глиальных клетках. Эндотелиальные клетки экспрессируют рецептор ACE2 – первичный рецептор и основной путь внутриклеточного проникновения SARS-CoV-2 [1,2]. Эндотелиальная дисфункция может быть прямым результатом инфекции SARS-CoV-2 или реакцией на системное воспаление, вызванное вирусной экспрессией или комбинацией этих факторов. Был зарегистрирован значительно повышенный уровень IL-6 в плазме у 47 пациентов с БА, по сравнению с контрольной группой того же возраста. Также, повышенный уровень IL-6 в сыворотке крови является частым показателем респираторных осложнений, возникших при COVID-19. Таким образом, IL-6 выступает в качестве общего биомаркера БА и COVID-19. Было замечено, что уровень IL-1 значительно выше у пациентов в течение всего периода болезни COVID-19. Нарушения процессов обучения были связаны с повышенным уровнем IL-1. GAL-3, воспалительный маркер, обладал токсичностью в моделях на животных с БА. Аполипопротеин Е является основным переносчиком холестерина в ЦНС и важным компонентом липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП). Среди трех его аллелей (ε2, ε3 и ε4) люди с аллелью ε4 подвергаются повышенному риску развития БА поскольку ApoEε4 /εε4 Генотип 4 ускоряет фибринолиз в головном мозге пациентов с болезнью Альцгеймера. В исследовании также указано, что APOE4 влияет на церебральную гемодинамику, участвуя в повышении проницаемости гематоэнцефалического барьера (ГЭБ) и индуцируя церебральную амилоидную ангиопатию. APOE4 рассматривается как маркер, усугубляющий течение COVID-19, поэтому пациенты с БА, несущие аллель APOE4, более подвержены тяжелому течению COVID-19. В тканях мозга субъектов с БА была обнаружена повышенная в десять раз экспрессия гена ACE2, белка, связывающего SARS-CoV-2 для входа в клетки, по сравнению с тканями мозга пациентов, не страдающих БА. Из этого следует, что пациенты с БА имеют повышенный риск приобретения сопутствующей патологии в виде COVID-19. SARS-CoV-2 связывается с суживающим рецептором ангиотензина II типа 1 (AT1R) через сверхэкспрессию ACE2 и может снижать продукцию NO в нейронах головного мозга, вследствие чего пациенты с COVID-19 становятся очень уязвимыми к ухудшению когнитивных функций, прогрессии БА. Ацетилхолинэстераза (AChE) расщепляет ацетилхолин (ACh), играющий роль в памяти и обучении, что ведет к нехватке ACh и, впоследствии, к развитию БА. ACh также опосредованно снижает продукцию провоспалительных цитокинов, таких как фактор некроза опухоли (TNF-α), IL-1β, IL-6 и IL-18. Таким образом, ингибиторы ацетилхолинэстеразы (донезепил, галантамин) могут уменьшить выработку провоспалительных цитокинов путем повышения продукции ACh и улучшить течение COVID-19; снизить натиск «цитокинового шторма», к которому более уязвимы пациенты мужского пола из-за повышенного уровня ACE2. БА повреждает нервные ткани также путем отложения бета-амилоида (Aβ) или нейрофибриллярных клубков (NFT). Aβ обладает нейротоксичностью, нарушает холинергическую систему, дегенерируя холинергические нервные окончания.

Заключение: Необходимо дальнейшее изучение маркеров воспаления и их взаимодействие с нервными тканями для разработки методов лечения нейродегенерации, вызванной SARS-CoV-2 и болезнью Альцгеймера.

Храброва М.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» г. Донецк, ДНР

ВЛИЯНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ НА ТРОМБООБРАЗОВАНИЕ И СУДОРОГИ У ПАЦИЕНТОВ С КРОВОТИЧЕНИЕМ

Актуальность. Транексамовая кислота (ТХА) популярное антифибринолитическое средство и часто используется в хирургии с целью уменьшения кровотечений. Но до конца не изучено его влияние на возникновение тромботических осложнений и судорог.

Цель. Изучить влияние ТХА на возникновение тромботических осложнений и судорог у пациентов с кровотечениями. Выявить связь между повышением дозы ТХА и увеличением риска побочных явлений.

Материалы и методы. В качестве материала использовались данные взятые из MEDLINE, EMBASE и Кокрейновского регистра контролируемых испытаний. Для метаанализа было отобрано 234 исследования, включающие в себя любые тромботические осложнения, венозную тромбоэмболию, острый коронарный синдром (ОКС), инсульты, транзиторно-ишемические атаки (ТИА) и судороги, с участием 102681 пациента. Статистический анализ был проведен с использованием программного обеспечения Review Manager 5 и программного обеспечения STATA.

Результаты. Статистический анализ не показал, что введение ТХА повышает риск тромботических осложнений (коэффициент риска (КИ) = 1,00 [95% ДИ 0.93-1.08], $I^2 = 0\%$, высокая степень достоверности), судорог (1.18 [0.91-1.53], $I^2 = 34\%$, умеренная степень достоверности), венозной тромбоэмболии (1.04 [0.92-1.17], $I^2 = 0\%$), ОКС (0.88 [0.78-1.00], $I^2 = 0\%$) или инсультов (1.12 [0.98-1.27], $I^2 = 0\%$). Для удобства, пациенты были поделены на группы в зависимости от причины кровотечения: травма, акушерско-гинекологические, кардиохирургия, внутричерепные и желудочно-кишечные кровоизлияния.

Анализ чувствительности был проведен для установки влияния ТХА на любые тромботические осложнения и судороги у пациентов с кровотечениями, а также на венозную тромбоэмболию, острый коронарный синдром и инсульт. В ходе анализа получены следующие результаты:

1. Влияние ТХА на увеличение риска возникновения тромботических осложнений:

В ходе анализа не обнаружено, что ТХА увеличивает частоту тромботических осложнений в группах с кровотечениями при травмах, акушерско-гинекологических кровотечениях, в кардиохирургии. Но выявлено повышение риска тромботических осложнений при внутричерепных и желудочно-кишечных кровотечениях. Мета-регрессионный анализ показал, что нет статистически значимой связи между высокой дозой ТХА и повышением риска тромботических осложнений.

2. Влияние ТХА на увеличение риска возникновения судорог:

По данным анализа выявлено – риск возникновения судорог в группе с использованием ТХА выше, чем в контрольной, у лиц с желудочно-кишечным кровотечением и группе кардиохирургии. Мета-регрессионный анализ показал, что относительное увеличение судорог пропорционально увеличению дозы ТХА.

3. Влияние ТХА на увеличение риска возникновения венозной тромбоэмболии, ОКС и инсульта:

После проведения анализа выявлено, что риск венозной тромбоэмболии выше при введении ТХА в группе с желудочно-кишечным кровотечением, нежели в остальных. Так же не было выявлено увеличение риска ОКС при использовании ТХА ни в одной из групп. Риск инсульта оказался выше в группе с ТХА, у пациентов с внутричерепным кровоизлиянием.

Выводы: Исходя из полученных данных можно сделать вывод, что транексамовая кислота не увеличивает риск возникновения тромботических осложнений и судорог, за исключением некоторых групп пациентов, следовательно, ТХА можно безопасно использовать у лиц с кровотечением. Но стоит учитывать возможное повышение риска возникновения осложнений из-за увеличения суточной дозы более чем на 2г/сут.

Вербовский И.А

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования

«Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького»

г. Донецк, ДНР

ЧТО КАЖДЫЙ РЕАНИМАТОЛОГ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ О ТОЦИЛИЗУМАБЕ

Актуальность. Препарат на основе моноклональных антител, ингибирует рецепторы IL-6. При лечении COVID-19 предназначен для пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением: с острым респираторным дистресс-синдромом, синдромом цитокинового шторма.

Цель исследования. Эффективность использование тоцилизумаба при лечении пациентов с Covid-19.

Материалы и методы. Тоцилизумаб селективно связывается и подавляет как растворимые, так и мембранные рецепторы интерлейкина-6 (IL-6) sIL-6R и mIL-6R. IL-6 является многофункциональным цитокином, участвующим в регуляции системных физиологических и патологических процессов. Вероятная эффективность тоцилизумаба для лечения осложнений у пациентов с тяжелым и критическим течением COVID-19 связана с тем, что моноклональные антитела, нацеленные на сигнальные пути IL-6, могут потенциально сдерживать воспалительный цитокиновый шторм.

Результаты. Анализ эффективности схемы лечения с включением тоцилизумаба показал, что риск развития ОРДС с необходимостью проведения искусственной вентиляции легких, как и показатель летальности у пациентов, получавших этот препарат, достоверно ниже.

Тоцилизумаб не чужд ревматологам, поскольку он широко используется для лечения различных заболеваний, таких как ревматоидный артрит.

Хотя у некоторых реаниматологов был опыт применения тоцилизумаба для контроля синдрома высвобождения цитокинов, ассоциированного с CAR-T (CRS), он остается чужеродным в арсенале реаниматологов. Тем не менее, многие коллеги приняли этот препарат в свете последних событий для лечения тяжелого COVID-19. Учитывая его неизвестные биологические особенности в контексте интенсивной терапии, проанализировали продольный курс IL-6 вместе с С-реактивным белком (CRP), прокальцитонин (PCT) и количеством лейкоцитов у 16 пациентов с COVID-19 (рис. 1).

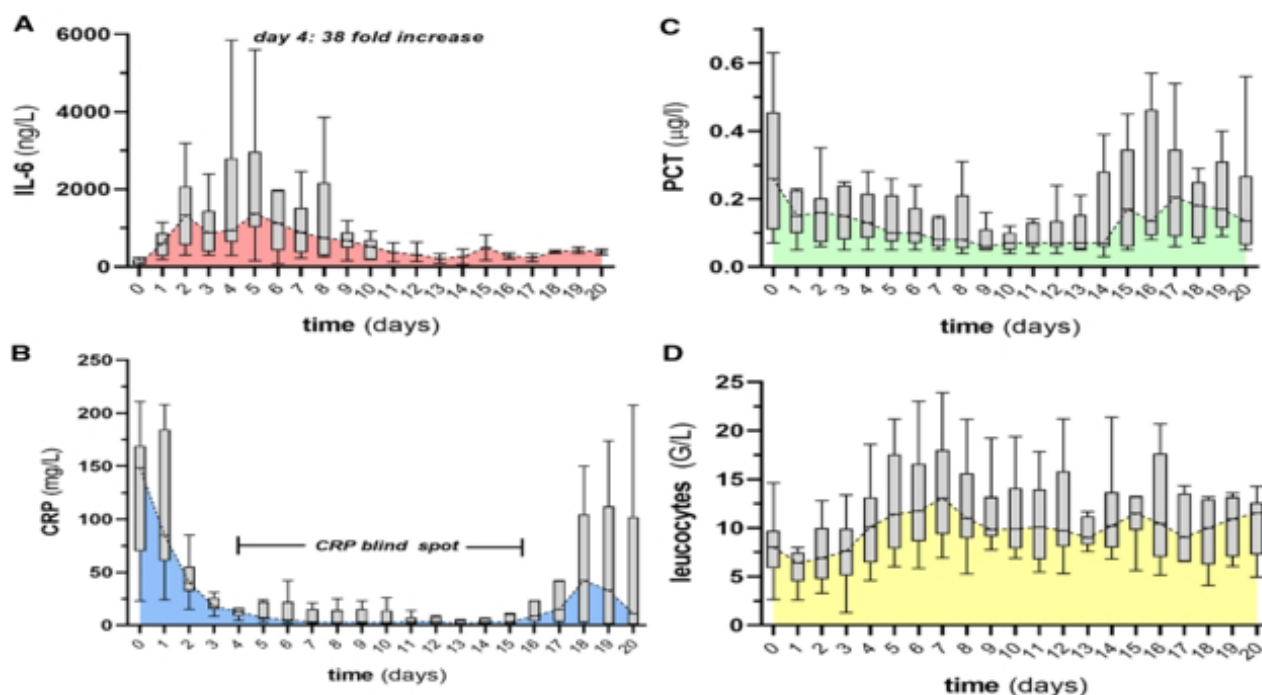


Рис. 1

Продольный курс в течение 20 дней после введения тоцилизумаба 16 тяжелобольным пациентам с COVID-19 (местное этическое одобрение: 2020-00646)

Графики в виде квадрата и кляксы вместе с цветной областью демонстрируют уровни циркулирующего интерлейкина (IL)-6, b С-реактивного белка (CRP), С-прокальцитонина

(PCT) и d-лейкоцитов. Дни 0 = Введение Тоцилизумаба (8 мг/кг массы тела, максимум: 800 мг)

Тоцилизумаб назначался почти исключительно при прогрессировании заболевания (т.е. при необходимости инвазивной вентиляции легких у пациентов с высоким потоком кислорода или ухудшении состояния у пациентов с инвазивной вентиляцией легких), несмотря на предшествующее применение стероидов. Помимо сообщалось о побочных эффектах, мы хотим выделить следующие явления:

Повышение уровня IL-6 Уровни циркулирующего IL-6 в сыворотке крови быстро и сильно возрастают (до 38х), достигают пика примерно на 3-5-й день и остаются повышенными в течение многих дней после введения тоцилизумаба. Сопоставимые увеличения также были описаны в других исследованиях.

1.Повышенный риск заражения Блокада IL-6R увеличивает риск серьезных инфекций и не должна применяться при сепсисе. Сообщалось о бактериальных, вирусных и оппортунистических инфекциях.

2.Развитие/обострение энцефалопатии из-за своей фармакодинамики тоцилизумаб не способен преодолевать гематоэнцефалический барьер, но увеличивает циркулирующее количество IL-6 (небольшой молекулы, которая легко может это сделать) до 3800%. Этот феномен индуцированной энцефалопатии известен из CAR-T-ассоциированный CRS и следует учитывать при назначении тоцилизумаба бодрствующим пациентам (особенно в контексте делирия). В то время как в контексте CAR-T он использовался в соответствии со стандартным алгоритмом, обычно перед приемом стероидов, при COVID-19 эффект тоцилизумаба может отличаться после предшествующего применения стероидов. Механистически было высказано предположение, что увеличение IL-6 является результатом Блокада IL-6R, ингибирующая интернализацию IL-6 после связывания с его рецептором.

Другими словами, заблокированный IL-6R высвобождает накопленный IL-6 и попадает в кровоток. Можно предположить, что данное увеличение IL-6 отражает его локальную выработку в воспаленном легком и что это увеличение может быть даже полезно для прогнозирования клинической реакции на тоцилизумаб.

Выводы. Таким образом, тоцилизумаб, применяемые в настоящее время в терапии COVID-19, способствуют уменьшению клинических проявлений и улучшению состояния пациентов, в том числе с тяжелой формой заболевания. Однако имеющихся результатов клинических исследований недостаточно для окончательного анализа отношения ожидаемой пользы к возможному риску применения тоцилизумаба для лечения COVID-19. Необходимо продолжение изучения безопасности препаратов с увеличением количества участников общей популяции исследования, а также проведение клинических исследований в особых популяциях пациентов для предотвращения развития ранее идентифицированных нежелательной реакции и выявления дополнительных рисков.

Литература

1. Daniel Andrea Hofmaenner, Pedro David Wendel Garcia, Christoph Camille Ganter, Silvio D. Brugger, Philipp Karl Buehler & Sascha David. What every intensivist should know about Tocilizumab. Critical Care volume

Короева М.О.

**ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ
СТЕПЕНЬ ОКСИГЕНАЦИИ МЕСТНЫХ ТКАНЕЙ КАК ПРЕДИКТОР ОДОНТОГЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ**

Определяли оксигенацию местных тканей (степень поглощения кислорода) при помощи церебрального/соматического оксиметра INVOS (электроды накладывались на щеку в проекции операции) и пульсоксиметра до и после выполнения одонтогенных оперативных вмешательств. Получено, что увеличение степени поглощения кислорода местными тканями является предиктором воспалительных реакций в области операционной раны, а снижение степени поглощения кислорода – предиктором отторжения имплантата.

Гасиев З.М.

**ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ
МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ АНТИНОЦИЦЕПТИВНОЙ СИСТЕМЫ КАК
МЕТОД ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ЗАЩИТЫ ПАЦИЕНТОВ**

Приводятся результаты исследования, выполненные у пациентов с плановыми хирургическими вмешательствами и у пациентов ортопедического профиля с операцией по замене крупных суставов. Медикаментозную стимуляцию антиноцицептивной системы (АНС) осуществляли внутривенным введением синтетического аналога лей-энкефалина даларгина. Немедикаментозную стимуляцию АНС осуществляли путем проведения транскраниальной электростимуляции, во время проведения которой определялся возрастание в крови эндогенных компонентов АНС – бета-эндорфина и лей-энкефалина. В обоих случаях показано двух-трехкратное снижение назначения опиоидов для адекватного обезболивания.

Хасуева А.У., Слепушкин В.Д.

**ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ
ОКСИГЕНАЦИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Определяли в динамике оксигенацию головного мозга с помощью церебрального/соматического оксиметра INVOS у пациентов с нарушением мозгового кровообращения по ишемическому или геморрагическому типу. Рассчитывали степень потребления кислорода мозговой тканью по разнице между пульсоксиметрии и церебральной оксиметрии в %, которое в норме составляет 25-30%. У пациентов с геморрагическим инсультом в 1-3-и сутки имело место повышение потребления кислорода мозговой тканью в среднем до 48%, что указывало на гиперметаболизм. У пациентов с нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу в первые-третьи сутки потребление кислорода тканью головного мозга было снижено в среднем составляя 19%, что указывает на имеющийся место гипометаболизм мозговой ткани.

Ардасенов Т.Б., Беслекоев У.С., Тотиков З.В., Четиев А.Н., Доев Г.С., Фарниев Т.Х., Кокоев М.А.,
Ревазов Е.Б.

Кафедра хирургических болезней №1 Северо-Осетинской государственной медицинской академии,
Клиническая больница Северо-Осетинской государственной медицинской академии, г. Владикавказ
МЕСТО МАЛОИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ В АЛГОРИТМЕ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Актуальность. Холедохолитиаз встречается у 10-35% больных с ЖКБ и является причиной таких тяжелых осложнений, как механическая желтуха, холангит, острый и хронический панкреатит, билиарный цирроз печени, стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

Успешное лечение больных с холедохолитиазом связано с определением оптимальных сроков, характера и последовательности лечебных мероприятий. Тем не менее, до настоящего времени эта задача остается окончательно нерешенной и продолжает дискутироваться, о чем свидетельствует разнообразие применяемых в настоящее время тактических подходов с использованием различных комбинаций консервативных, хирургических, эндоскопических и чрескожных малоинвазивных вмешательств.

Цель исследования. Оценить роль малоинвазивных методов в лечении холедохолитиаза.

Материал и методы. С марта 2011 по апрель 2020 года в клинике находились на лечении 519 пациентов с холедохолитиазом, женщин – 313, мужчин – 206, средний возраст 70,2±14,4 года (22-95 лет). Холедохолитиаз осложнился механической желтухой у 216, холангитом – у 41, острым билиарным панкреатитом – у 10 больных.

Результаты исследования. У всех 519 пациентов оперативное лечение начинали с транспиллярных вмешательств. У 20 (3,9%) больных они оказались невыполнимы (стеноз привратника – 3, резекция желудка – 4, парапиллярный дивертикул и стенотические изменения большого дуоденального сосочка – 13), из них 11 пациентам с механической желтухой произвели чрескожно-чреспеченочную наружную холангиостомию, другим 9 больным в разные сроки выполнили холедохолитотомию.

Эндоскопические ретроградные вмешательства провели 499 (96,1%) пациентам: эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с литоэкстракцией – 371, ЭПСТ по методике «рандеву» – 22, эндоскопическую баллонную папиллодилатацию (ЭПД) – 20 пациентам с ЭПСТ в анамнезе, ограниченную ЭПСТ

позволяющий провести санацию холедоха. Литоэкстракцию корзинкой Дормиа применили у 466, механическую литотрипсию – у 33 больных.

Транспапиллярные вмешательства позволили разрешить механическую желтуху у 204 из 216 пациентов (94,4%), а полностью санировать желчные протоки у 420 больных (80,9%).

Техническую невозможность литоэкстракции констатировали у 79 пациентов, из них 34 человек выпили с билиарным стентом для курса литолитической терапии и рекомендацией эндоскопической литоэкстракции через 2-3 месяца, другим 45 пациентам с очевидной бесперспективностью малоинвазивного разрешения холедохолитиаза выполнили холедохолитотомию.

Осложнения эндоскопического лечения развились у 19 (3,8%) больных (кровотечение – 2, острый отечный панкреатит – 7, панкреонекроз – 8, ретродуоденальная перфорация – 2) и потребовали повторных операций (вскрытие флегмон) у 5 пациентов (умерли 3). Следует отметить, что в группе пациентов, где ЭПСТ проводили по методике «рандеву» или комбинировано применили ограниченную ЭПСТ с ЭПД (n=96), осложнение развилось лишь в одном случае (1,0%).

Холедохолитотомию произвели 54 (10,4%) больным, в 13 случаях операцию завершили холедоходуоденоанастомозом, в 1 – гепатикоюноанастомозом, в 20 случаях – наружным дренированием холедоха, еще 1 больному выполнили лапароскопическую холецистэктомию с интраоперационной «рандеву-ЭПСТ». Принципиальным является то, что после выполненной ЭПСТ при отсутствии желтухи и холангита холедохолитотомию завершали «глухим» швом холедоха. Подобное вмешательство провели 19 пациентам, причем у 17 из них – операцию выполнили лапароскопическим способом. Осложнения после холедохолитотомии развились у 3 (5,6%) больных (желчеистечение, внутрибрюшное кровотечение), всем им произвели релапаротомию с благоприятным исходом. Важно подчеркнуть, что после холедохолитотомии с «глухим» швом холедоха осложнений не отметили.

Среди 519 пациентов с холедохолитиазом умерли 4 (0,8%): от гнойно-септических осложнений эндоскопических ретроградных вмешательств – 3, от прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности – 1 пациент. Средний койко-день в группе с холедохолитиазом составил $10,3 \pm 2,8$ койко-дня.

Выводы. В алгоритме лечения холедохолитиаза приоритетное значение имеют эндоскопические ретроградные способы, позволяющие разрешить механическую желтуху в 94,4% случаев, а полностью санировать желчные протоки у 80,9% пациентов. Дифференцированный подход в выборе эндоскопического доступа к конкрементам гепатикохоледоха и комбинированное использование различных технических приемов (ЭПСТ с ЭПД, «рандеву-ЭПСТ») приводит к снижению количества осложнений ретроградных операций до 3,8%. Антеградную чрескожно-чреспеченочную декомпрессию билиарного тракта следует выполнять при неэффективности ретроградного способа разрешения желтухи. При неустранимом малоинвазивно холедохолитиазе следует прибегать к холедохолитотомии, а наилучшим вариантом ее завершения в условиях адекватно выполненной ЭПСТ, отсутствия желтухи и холангита, является «глухой» шов желчного протока.

Ревазов Е.Б., Хутиев Ц.С., Ревазова М.Р., Четиев А.Н., Беслекоев У.С., Ардасенов Т.Б.

Кафедра хирургических болезней №1 Северо-Осетинской государственной медицинской академии,

Клиническая больница Северо-Осетинской государственной медицинской академии, г. Владикавказ

НЕИСКЕРПАННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Актуальность. Среди органов билиопанкреатодуоденальной зоны опухолью наиболее часто поражается поджелудочная железа (ПЖ) - 63-86%. Причем более 60% новообразований приходится на головку ПЖ. Рак внепеченочных желчных протоков (включая опухоли дистального отдела холедоха) составляет 1-3% всех злокачественных опухолей и 3-18% новообразований органов БПДЗ. Механическая желтуха (МЖ) сопровождает рак головки поджелудочной железы (ГПЖ) и дистального отдела холедоха (ДОХ) до 95% случаев. Несмотря на развитие современных методов диагностики, выявление заболевания происходит на последних стадиях, поэтому резектабельность составляет не более 15-20%. Морфологическая верификация остаётся на низком уровне.

Материал и методы. Пролечено 96 больных с опухолевой желтухой в хирургическом отделении КБ СОГМА г.Владикавказа с 2008 по 2019 годы: 42 (43,7%) - мужчин, 54 (56,3%) – женщин, средний возраст 69,4 лет. У 47 (48,9%) – рак ГПЖ, 19 (19,8%) - опухоль Клацкина, 17 (17,7%) - рак БДС и ДОХ, Mts в л/у ворот печени – 6 (6,3%), рак Ж/пузыря – 4 (4,2%), ГЦР – 3 (3,1%). Лёгкая степень желтухи - 5 (5,2%), средняя – 30 (31,2%), тяжёлая – 61 (63,5%) больных. Кардиальная патология у 65 (67,7%), сахарный диабет у 22 (22,9%) больных.

Транспапиллярно оперировано 52 (54,2%) больных. Из них: безуспешно у 5 (9,6%); атипичная ЭПСТ у 8 (15,4%); субтотальная - у 39 (75,0%), из них с билиодуоденальным стентированием у 19 (36,5%). Методика «Рандеву» применена у 8 (15,4%) больных. Осложнения в 7 (13,5%) случаях: дислокация стента у 4 (7,7%), кровотечение у 3 (5,8%). Чрескожных вмешательств выполнено 70 (72,9%) больным. Чрескожная чрепечёночная холангиостомия (ЧЧХС) выполнена 60 (85,7%) больным. Из них: безуспешно в 4 (5,7%) случаях; одномоментно полная декомпрессия достигнута у 24 (34,3%) больных; раздельное наружное дренирование - 32 (45,7%) больным. Осложнения: дислокация дренажа - 9 (15,0%), абсцесс поддиафрагмальный - 1 (1,7%), кровотечение абдоминальное - 1 (1,7%), гемобилия - 2 (3,3%), биллома печени - 1 (1,7%)

гемобилия - 2 (3,3%), билома печени - 1 (1,7 %) больных. В 9 (15%) случаях потребовалось повторное чрескожное пункционное вмешательство. Пункционное наружно-внутреннее дренирование желчных протоков (НВДЖП) выполнено 30 (42,9%) больным, первичное у 10 (14,3%). У 3 (4,2%) безуспешно. Полное НВДЖП сделано 19 (63,3%), раздельное подолое у 8 (26,7%), супрапапиллярное у 7 (23,3%) больных. Одномоментно НВДЖП дополнено ЭПСТ у 5 (16,7%). Осложнения: 2 (6,6%) – панкреатит, 1(3,3%) – гемобилия, 1(3,3%) – дислокация. Чрескожная чреспечёночная холецистостомия выполнена 4 (5,7%) больным. Умерло 3 (4,2%) больных: 2 от полиорганной недостаточности; 1 от прогрессирования ПКН.

Нами разработан способ пункционной трепан-биопсии опухолей ГПЖ и ДОХ и устройство для его выполнения (патент №2722655). Сутью изобретения является одномоментное чрескожное чреспечёночное наружно-внутреннее дренирование желчных протоков с трансколангиостомической трепан-биопсией опухолей ГПЖ и ДОХ и ЭПСТ у больных с МЖ. Выполнена трепан-биопсия 6 больным с одномоментным билиодуоденальным дренированием. В 4 случаях верифицирован рак ГПЖ. В 1 - хронический панкреатит, подтвержденный эксцизионно. В 1 - цитологическая верификация рака ГПЖ при отрицательной гистологии. Осложнений не было.

С целью выполнения браш-биопсии дистального отдела холедоха в тяжелой группе больных со злокачественными стриктурами ДОХ, обусловленными ДОХ или ГПЖ, которым радикальный метод оперативного лечения не показан и выполняются билиодигестивные анастомозы, а опухоль не определяется ни визуально, ни пальпаторно для выполнения интраоперационной аспирационной или трепан-биопсии нами разработано и применено устройство (патент №2729017). Предложенное устройство позволяет с высокой эффективностью выполнить забор цитологического материала из зоны поражения ДОХ. Простота делает предлагаемое изобретение безопасным, а его применение значительно сокращает время операции, экономит человеко-ресурсы и исключает дополнительную лучевую нагрузку на пациента и операционную бригаду.

Выводы. Сочетание ретроградных и антеградных методик обеспечивает большую эффективность лечения механической желтухи. Возможность в рамках одного комбинированного малоинвазивного оперативного вмешательства добиться внутреннего дренирования желчи с получением гистологического материала при низком риске осложнений делает перспективным данное направление в решении проблемы морфологической верификации опухолей ГПЖ и ДОХ, осложнённых механической желтухой.

Хутиев Ц.С., Хутиева И.К., Беслекоев У.С., Наниев Б.Л., Хутиева Н.Ц., Магамаев Х.А., Дудаева Э.В.

Кафедра хирургических болезней №1 СОГМА

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ В 2015- 2019 ГГ

По данным Международного агентства по изучению рака в 2018 г. рак яичников (РЯ) является третьим из наиболее распространенных гинекологических раков в мире. Ежегодно регистрируется более 295 тыс. новых случаев или в интенсивных показателях 6,6 на 100 тыс. женского населения. За 10 лет эти показатели неуклонно росли. Смертность от РЯ в доле всей онкологической патологии находится на втором месте, при этом 5-летняя выживаемость составляет менее 50%. Заболеваемость в РФ, по данным Н.Д. Каприна и соавт., в 2018 г. составила 11,14 на 100 тыс. женщин, что выше на треть среднемирового уровня. Наиболее часто (66-88%) РЯ выявляется в поздние сроки - на III-IV стадиях, когда уже имеются метастатические поражения.

В 2015г. в России зарегистрировано 14049 случаев РЯ и умерло - 7789 (55,44%) больных. Индекс достоверности учета 0,55. «Грубый» показатель заболеваемости РЯ составил 17,88 и стандартизованный - 11,03 на 100 тыс. женского населения. «Грубый» показатель смертности - 9,91 и стандартизованный - 5,33 на 100 тыс. женщин. В 2019 г. количество больных составило 14206 и увеличилось на 157 (1,11%) по сравнению с 2015г., а умерло - 7520 на 269 (3,45%) ниже показателя 2015г. «Грубый» показатель заболеваемости - 18,06 и стандартизованный - 11,02 на 100 тыс. женского населения, что на 1,0% и 0,9% больше показателей 2015 г. «Грубый» показатель смертности - 9,56 и стандартизованный - 4,89 на 100 тыс. женщин, что на 3,53% и 8,25% ниже показателей 2015г.

В 2015 г. в Северо- Кавказском Федеральном округе число случаев РЯ составило 593 и умерло 276 (46,54%). Индекс достоверности учета составил 0,46. «Грубый» показатель заболеваемости РЯ составил 11,62 и стандартизованный - 9,0 на 100 тыс. женского населения. «Грубый» показатель смертности - 5,41 и стандартизованный - 3,86 на 100 тыс. женщин. В 2019 г. количество больных РЯ составило 603, на 10 (1,66%) больше, чем в 2015г., а умерло - 267, на 9 (3,26%) меньше, чем в 2015г. «Грубый» показатель заболеваемости - 11,60 и стандартизованный - 8,85 на 100 тыс. женского населения, что на 0,17% и 1,67% ниже показателей 2015 г. «Грубый» показатель смертности - 5,14 и стандартизованный - 3,60 на 100 тыс. женщин, что на 4,99% и 6,74% ниже показателей 2015г.

В 2015г. в РОД РСО-Алания РЯ установлен у 48 женщин, а число случаев смерти составил - 31 (64,58%). Индекс достоверности учета составил 0,65. «Грубый» показатель заболеваемости соответствовал 12,68 и стандартизованный - 7,82 на 100 тыс. женского населения. «Грубый» показатель смертности - 8,19 и стандартизованный - 4,06 на 100 тыс. женщин. В 2019 г. число случаев РЯ в республике составило 56, на 8 (14,28%) больше, чем в 2015г., а умерло 35 (62,50%). Индекс достоверности учета - 0,63. «Грубый» показатель заболеваемости составил 14,95 и стандартизованный - 9,66 на 100 тыс. женского населения, что на

15,18% и 19,05% % больше показателей 2015 г. «Грубый» показатель смертности - 9,34 и стандартизованный - 4,72 на 100 тыс. женщин, что на 12,31% и 13,98% выше показателей 2015г.

В РСО-Алания в 2019г. «грубый» и стандартизованный показатели заболеваемости на 17,22% и 12,34% и смертности на 2,3% и 3,48% ниже аналогичных среднероссийских показателей и выше на 22,41% и 8,39% и 44,97% и 23,73% соответственно усредненных показателей СКФО.

Нами анализированы данные популяционного канцер-регистра республики за 2004-2018гг. За 15 лет число больных раком яичников составило 446, из которых I стадии заболевания- 10 (2,24%), II - 23 (5,16%), III - 84 (18,83%) и IV стадии - 329 (73,77%). В первой стадии РЯ до 5 лет прожили 60,0%, 5 лет и более - 40,0% больных. Во второй - до 5 лет прожили 82,62% и 5 лет и более - 17,38%. В третьей эти показатели соответствовали - 82,15% и 17,85%, а в четвертой стадии - 93,0% и 7,0% соответственно. В общей сложности из всех больных 400 (89,69%) прожили менее 5 лет и только 46 (10,31%) прожили 5 лет и более.

Хутиев Ц.С., Хутиева И.К., Беслекоев У.С., Наниев Б.Л., Хутиева Н.Ц., Магамаев Х.А., Дудаева Э.В.

Кафедра хирургических болезней №1 СОГМА

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ В 2015-2019 ГГ

Рак шейки матки (РШМ) - единственное онкологическое заболевание, при котором известен этиологический фактор (вирус папилломы человека), определены факторы риска и разработан эффективный скрининг. И, тем не менее, в первый год после установления диагноза умирает 14% первично выявленных больных. Организованный популяционный скрининг предрака и РШМ, проводимый в ряде развитых стран Западной Европы и Америки способствовал снижению заболеваемости и смертности от инвазивного РШМ на 60-80% через 20-30 лет от начала проведения скрининга.

Внедрение цитологического скрининга предрака и РШМ в существующую систему здравоохранения ряда стран, в том числе и СССР, происходило в 80-х годах прошлого века с утратой основных принципиальных организационных положений популяционного скрининга. Скрининг стал спонтанным, выборочным, неконтролируемым. В странах с неорганизованным, неконтролируемым скринингом, куда, безусловно, относится Россия, где он включен в существующую систему диспансеризации и массовых профилактических осмотров, трудно подсчитать процент охвата скринингом женского населения, по оценочным данным он не превышает 30-40%. Следовательно, большая часть женского населения не принимает участия в цитологическом скрининге. Это является основной причиной низкой эффективности скрининга в снижении заболеваемости и смертности от инвазивного РШМ.

В 2015г. в России зарегистрировано 16710 больных РШМ и умерло - 6628 (39,66%). Индекс достоверности учета составил 0,40. «Грубый» показатель заболеваемости - 21,27 и стандартизованный - 15,01 на 100 тыс. женского населения. «Грубый» показатель смертности - 8,44 и стандартизованный - 5,39 на 100 тыс. женщин. В 2019 г. число больных РШМ составило 17503 и увеличилось на 793 (4,53%) по сравнению с 2015г., а умерло 6389, на 239 (3,61%) меньше, чем в 2015г. «Грубый» показатель заболеваемости РШМ - 22,25 и стандартизованный - 15,38 на 100 тыс. женского населения, что на 4,40% и 2,41% превышает показатели 2015г. «Грубый» показатель смертности - 8,12 и стандартизованный - 7,05 на 100 тыс. женщин, что на 3,79% и 7,05% ниже показателей 2015г.

В 2015г. в Северо-Кавказском Федеральном округе количество больных РШМ составило 750 и умерших - 270 (36,0%). Индекс достоверности учета - 0,36. «Грубый» показатель заболеваемости - 14,70 и стандартизованный - 12,01 на 100 тыс. женского населения. «Грубый» показатель смертности - 5,29 стандартизованный - 4,16 на 100 тыс. женщин. В 2019г. количество больных выросло до 803, на 53 (6,6%) больше, чем в 2015г., а умерло - 247, на 8,52% меньше, чем в 2015г. «Грубый» показатель заболеваемости - 15,45 и стандартизованный - 11,71 на 100 тыс. женского населения, что на 4,85% больше по «грубому» и 2,50% меньше по стандартизованному показателям по сравнению с 2015г. «Грубый» показатель смертности - 4,75 и стандартизованный - 3,49 на 100 тыс. женщин, что на 10,21% и 16,10% меньше, чем показатели 2015г.

В 2015г. в РОД Республики Северная Осетия-Алания зарегистрировано 48 случаев РШМ и 27 (56,25%) случаев смерти. Индекс достоверности учета - 0,56. «Грубый» показатель заболеваемости - 12,68 и стандартизованный - 8,89 на 100 тыс. женского населения. «Грубый» показатель смертности - 7,13 стандартизованный - 4,54 на 100 тыс. женщин. В 2019 г. число больных РШМ составило - 55, на 7 (12,73%) больше, чем в 2015г. «Грубый» показатель заболеваемости - 14,68 и стандартизованный - 9,27 на 100 тыс. женского населения, что на 13,62% и 4,10% больше показателей 2015г. «Грубый» показатель смертности - 6,67 и стандартизованный - 4,14 на 100 тыс. женщин, что на 6,45% и 8,81% ниже показателей 2015г.

Показатели заболеваемости в 2019 г. в РСО-Алания на 34,68% по «грубому» и 39,73% по стандартизованному ниже среднероссийских показателей и на 4,98% и 20,84% меньше показателей СКФО. Показатели смертности в РСО-Алания на 17,86% по «грубому» и 17,37% по стандартизованному ниже среднероссийских показателей и на 28,79% и 15,70% больше средних показателей СКФО.

Анализ данных популяционного канцер-регистра за период с 2004- 2018 гг. показал, что число случаев РШМ соответствовало 350, из них в I стадии - 38 (10,86%), II - 145 (41,43%), III - 107- (30,57%) и IV стадии - 60 (17,14%). В I стадии менее 5 лет прожили - 73,68%, 5 лет и более - 26,32%, II стадии менее 5 лет прожили - 84,83%, 5 лет и более 15,17%, III стадии менее 5 лет прожили - 92,52%, 5 лет и более - 7,48% и IV стадии менее 5 лет жили 100% больных. В общей сложности менее 5 лет прожили - 90,86%, 5 лет и более - 9,14% пациентов.

Хутиев Ц.С., Хутиева И.К., Беслекоев У.С., Наниев Б.Л., Хутиева Н.Ц., Магамаев Х.А., Дудаева Э.В.
Кафедра хирургических болезней №1 СОГМА

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ПРИ РАКЕ ТЕЛА МАТКИ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ В 2015-2019 ГГ

Рак тела матки (РТМ) в структуре заболеваемости злокачественными опухолями у женщин в России занимает 3-е место после рака молочной железы и кожи, и составляет 7,8%. Среди онкогинекологических заболеваний он стоит на первом месте. В последние десятилетия отмечен рост заболеваемости РТМ. В структуре смертности от опухолей органов гениталий у женщин РТМ занимает 2-ое место после рака яичников и составляет 5,0%.

В 2015г. в России зарегистрировано 24422 случая РТМ и умерло 6847 (38,04%). Индекс достоверности учета - 0,28. «Грубый» показатель заболеваемости составил 31,08 и стандартизованный (мировой стандарт) - 17,57 на 100 тыс. женского населения. «Грубый» показатель смертности - 8,71 и стандартизованный - 4,24 на 100 тыс. женщин. В 2019 г. число случаев РТМ составило 27151 и увеличилось на 2729 (10,05%) больных по сравнению с 2015г., а умерло - 6820, на 27 (0,33%) меньше, чем в 2015г. «Грубый» показатель заболеваемости - 34,52 и стандартизованный - 18,75 на 100 тыс. женского населения, что на 9,96% и 6,29% соответственно выше, чем показатели 2015г. «Грубый» показатель смертности - 8,67 и стандартизованный - 3,94 на 100 тыс. женщин, что на 0,46% и 7,08% ниже показателей 2015г.

В 2015г. в Северо-Кавказском Федеральном округе зарегистрировано 891 и умерло - 198 (22,22%). Индекс достоверности учета - 0,22. «Грубый» показатель заболеваемости РТМ - 17,46 и стандартизованный - 13,66 на 100 тыс. женского населения. «Грубый» показатель смертности - 3,88 стандартизованный - 2,55 на 100 тыс. женщин. В 2019г. число случаев РТМ достигло 1064 и увеличилось на 173 (16,23%) по сравнению с 2015г., а умерло - 224, на 26 (11,61%) больше, чем в 2015г. «Грубый» показатель заболеваемости - 20,47 и стандартизованный - 14,76 на 100 тыс. женского населения, что на 14,70% и 7,45% больше, чем показатели 2015г. «Грубый» показатель смертности - 4,31 и стандартизованный - 2,81 на 100 тыс. женщин, что на 9,98% и 9,89% больше, чем показатели 2015г.

В 2015г. в РОД РСО-Алания зарегистрировано 78 больных РТМ и 30 (38,46%) случаев смерти. Индекс достоверности учета - 0,38. «Грубый» показатель заболеваемости - 20,61 и стандартизованный - 13,17 на 100 тыс. женского населения. «Грубый» показатель смертности - 7,93 и стандартизованный - 3,80 на 100 тыс. женщин. В 2019 г. количество больных РТМ составило 118 и увеличилось на 40 (33,90%) по сравнению с 2015г. Число случаев смерти составило 20, на 10 (33,33%) меньше, чем в 2015г. Индекс достоверности учета - 0,17. «Грубый» показатель заболеваемости - 31,50 и стандартизованный - 18,84 на 100 тыс. женского населения, что на 10,89% и 30,10% превышает показатели 2015г. «Грубый» показатель смертности - 5,34 и стандартизованный - 2,57 на 100 тыс. женщин, что на 32,66% и 32,37% ниже показателей 2015г. Показатели заболеваемости в РСО-Алания в 2019г. по «грубому» показателю на 8,75% ниже среднероссийского показателя и приблизительно равны по стандартизованному. По смертности показатели республики по «грубому» на 38,41% и стандартизованному 34,77% ниже соответственно. По сравнению с усредненными показателями с СКФО в РСО-Алания заболеваемость по «грубому» показателю на 35,02% и стандартизованному на 21,66% больше, а по смертности на 19,29% больше по «грубому» показателю и почти одинаковы по стандартизованному.

По данным республиканского популяционного канцер-регистра за 15 лет (2004-2018 гг.) количество больных РТМ составило 343, из которых в I стадии было 9 (2,62%), II стадии - 196 (57,14%), III стадии - 87 (25,36%) и IV стадии - 51 (14,87%) пациент. В первой стадии менее 5 лет прожили - 6 (66,67%), 5 лет и более - 3 (33,33%), второй стадии менее 5 лет прожили - 135 (68,88%), 5 лет и более - 61 (31,12%), третьей стадии менее 5 лет прожили - 72 (82,76%), 5 лет и более - 15 (17,24%) и IV стадии соответственно 47 (92,16%) и 4 (7,84%) пациент. В целом менее 5 лет прожили - 260 (75,80%), 5 лет и более - 83 (24,20%) пациента.

Хутиев Ц.С., Хутиева И.К., Беслекоев У.С., Наниев Б.Л., Хутиева Н.Ц., Магамаев Х.А., Дудаева Э.В.
Кафедра хирургических болезней №1 СОГМА

СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО: ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ПО ДАННЫМ ПОПУЛЯЦИОННОГО КАНЦЕР-РЕГИСТРА РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ – АЛАНИЯ ЗА 2004-2018 ГГ

Рак легкого (РЛ) остается основной причиной заболеваемости и смертности населения во многих экономически развитых странах мира. В 2019г. в России зарегистрировано более 60000 больных и более 50000 умерших от этого заболевания. Индекс достоверности учета сохраняет свой высокий уровень – 0,83, что свидетельствует о существенном недоучете первичных больных.

Вместе с тем, следует отметить, что стандартизованные показатели заболеваемости и смертности от РЛ продолжают снижаться. Наиболее эффективным критерием оценки деятельности онкологической службы является показатель наблюдаемой и относительной выживаемости больных злокачественными новообразованиями.

В 2015 г. число заболевших в России достигло 60351 и умерло 51280 больных. Индекс достоверности учета составил 0,85. В 2019 г. количество вновь выявленных больных РЛ составил 60113 на 238 (0,4%) меньше. Индекс достоверности - 0,83, то есть сохраняется высокий уровень этого показателя, что свидетельствует о существенном недоучете первичных больных РЛ.

В Северо-Кавказском Федеральном округе в 2015 г. зарегистрировано 2582 случая РЛ и 2075 случаев

смерти. Индекс достоверности учета составил 0,8. В 2019 г. число впервые выявленных больных РЛ составило 2416 на 166 (6,4%) меньше. Индекс достоверности учета 0,76.

Официальные данные о числе учтенных случаев рака с высоким уровнем летальности в некоторых онкологических учреждениях существенно занижены. Это подтверждается показателем индекса достоверности учета.

Цель исследования: Изучение реальной выживаемости больных РЛ в республике.

Материалы и методы: Используются данные форм государственной статистической отчетности Республиканского диспансера (РОД): форма №7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями»; «35 «Сведения о больных с злокачественными новообразованиями»; данные популяционного канцер-регистра 2004-2018 гг.; №5 (таблица С51) «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти»; таблица 2 РН «Численность населения по полу и возрасту» по ГОССТАТ республики. Обработка данных с помощью программы Microsoft office Excel 2014.

Результаты: В 2015 г. в РОД госпитализировано 169 больных РЛ. Мужчин- 131 (77,5%), женщин- 38 (22,5%). Соотношение мужчин и женщин 3,4:1. «Грубый» показатель заболеваемости составил 23,99 и стандартизованный (мировой стандарт)- 15,33 на 100 тыс. населения. У мужчин «грубый» показатель заболеваемости у мужчин- 40,19 и стандартизованный- 30,41 и у женщин соответственно 10,04 и 5,59.

В 2019 г. число случаев РЛ составило 156 на 13 (7,7%) меньше. Мужчин- 128 (82,1%) и женщин- 28 (17,9%). Соотношение мужчин и женщин- 4,5:1. «Грубый» показатель заболеваемости составил- 22,35 и снизился за 5 лет на 6,8% и стандартизованный- 13,79 на 10,0%. У мужского населения «грубый» показатель заболеваемости составил 39,57 и снижение на 1,5%, стандартизованный- 29,55 на 2,8%. У женского населения эти показатели соответствовали 7,47 и 3,37 и снижение на 25,6 и 39,7% соответственно.

В 2015 г. умерло от РЛ 147 больных. Индекс достоверности учета составил 0,9. Мужчины- 124 (84,4%) и женщины- 23 (15,6%). Соотношение мужчин и женщин 5,4:1. «Грубый» показатель смертности - 20,87 и стандартизованный (мировой стандарт) - 13,0 на 100 тыс. населения. У мужчин «грубый» показатель смертности - 38,04 и стандартизованный- 28,51, у женщин - 6,08 и 3,01 на 100 тыс. населения соответствующего пола.

В 2019 г. число случаев смерти от РЛ составило 158 больных. Индекс достоверности учета - 1,01, очень высок. Мужчин - 125 (79,1%) и женщин- 33 (20,9%). Соотношение мужчин и женщин 3,8:1. «Грубый» показатель смертности составил 22,63 и выросла на 7,8% и стандартизованный - 13,52 на 3,8%. У мужчин «грубый» показатель смертности - 38,65 и вырос на 1,6% и стандартизованный - 28,33 снизился на 0,6%. У женщин «грубый» показатель смертности 8,81 вырос на 31,0% и стандартизованный- 3,76 на 20,0%.

Для установления реальной выживаемости больных РЛ нами анализированы данные республиканского популяционного канцер-регистра за 2004-2018 гг. За 15 лет из 2441 случаев РЛ умерло 2036 пациентов. Индекс достоверности за этот период составил 0,83. В течение первого года умерло 89,3% больных, второго года- 5,0%, 3г.- 2,1%, 4г.- 1,1%, 5 лет- 0,9%, 6 лет- 0,4%, 7 лет- 0,3%, 8 лет- 0,1%, 9 лет- 0,1%, 10 лет- 0,4%, более 10 лет- 0,3% больных.

Заключение: Заболеваемость РЛ в республике в 2019г. по сравнению с 2015 г. в целом снизилось по «грубому» показателю на 6,8% и стандартизованному- 10,0%. У мужского населения снижение на 1,5% и 2,8%, а у женского- на 25,6% и 39,7% соответственно. Смертность больных за это время выросла в общей сложности по «грубому» показателю на 7,8% и стандартизованному на 3,8%. У больных мужского пола смертность выросла незначительно. У больных женского пола значительна на 31,0% по «грубому» и 20,0% стандартизованному показателям.

Реальная выживаемость больных РЛ в республике крайне низкая. Менее 5 лет прожили 97,5% и 5 лет и более 2,5% больных.

Хутиев Ц.С., Хутиева И.К., Беслекоев У.С., Наниев Б.Л., Хутиева Н.Ц., Магамаев Х.А., Дудаева Э.В.

Кафедра хирургических болезней №1 СОГМА

ДИНАМИКА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ В 2015-2019 ГГ. В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ

Первичная заболеваемость раком в мире составляет 143 случая на 100 тыс. населения, а в РФ этот показатель значительно превышает среднемировые значения. Ежегодный темп прироста злокачественных новообразований (ЗНО) составляет около 2%, что превышает на 0,3-0,5% рост численности населения мира. Ухудшается эпидситуация по ЗНО и в РФ, растет число пациентов как впервые заболевших ЗНО, так и состоящих на учете.

В 2015 г. в России число больных с ЗНО составило 589381 и умерло 296476 больных. Индекс достоверности учета составил 0,5. «Грубый» показатель заболеваемости - 402,57 и стандартизованный - 241,35 на 100 тыс. населения. Мужчин было - 270046 (45,82%). «Грубый» показатель заболеваемости у мужчин - 398,01 и стандартизованный - 284,04 на 100 тыс. мужчин. Женщины составили - 319335 (54,18%). «Грубый» показатель заболеваемости у женщин - 406,42 и стандартизованный - 223,01 на 100 тыс. женщин.

В 2015г. число случаев смерти 296476 (50,30%). «Грубый» показатель смертности в целом составил 202,50 и стандартизованный (мировой стандарт) - 114,79 на 100 тыс. населения. Мужчины составили - 158019 (53,30%). «Грубый» показатель составил 232,96 и стандартизованный - 164,04 на 100 тыс. мужчин. Женщины составили - 138447 (46,70%). «Грубый» показатель смертности у женщин - 176,20 и стандартизованный - 85,72 на 100 тыс. женщин.

В 2019г. в России зарегистрировано 640391 случаев ЗНО и умерло - 294400 больных. Индекс достоверности учета - 0,46. «Грубый» показатель заболеваемости - 436,34 и стандартизованный (мировой стандарт) - 249,54 на 100 тыс. населения. Мужчин было 291497 (45,52%). «Грубый» показатель заболеваемости у мужчин - 427,98 и стандартизованный - 286,79 на 100 тыс. мужчин. Женщин составили 348894 (54,48%). «Грубый» показатель заболеваемости у женщин - 443,58 и стандартизованный - 234,51 на 100 тыс. женщин.

В 2019г. число случаев смерти в России от ЗНО составило 294400 (46,0%). «Грубый» показатель смертности составил 200,59 и стандартизованный (мировой стандарт) - 106,79 на 100 тыс. населения. Мужчины составили - 157859 (53,62%). «Грубый» показатель смертности у мужчин - 231,77 и стандартизованный - 152,42 на 100 тыс. мужчин. Женщин было 136541 (46,38%). «Грубый» показатель смертности у женщин - 173,60 и стандартизованный - 79,47 на 100 тыс. женщин.

В 2015г. в Северо-Кавказском Федеральном округе зарегистрировано 24619 случаев ЗНО и умерло 11482. Индекс достоверности учета - 0,47. «Грубый» показатель заболеваемости составил 254,10 и стандартизованный (мировой стандарт) - 204,13 на 100 тыс. населения. Мужчины составили 11483 (46,64%). «Грубый» показатель заболеваемости у мужчин - 250,36 и стандартизованный - 235,05 на 100 тыс. мужчин. Женщины - 13136 (53,36%). «Грубый» показатель у женщин составил 257,47 и стандартизованный - 189,61 на 100 тыс. женщин.

В 2015г. умерло 11482 (46,64%). «Грубый» показатель смертности составил 118,51 и стандартизованный - 92,34 на 100 тыс. населения. Мужчины составили 6348 (55,29%). «Грубый» показатель смертности у мужчин - 138,41 и стандартизованный - 127,73 на 100 тыс. мужчин. Женщин было 5134 (44,71%). «Грубый» показатель смертности у женщин - 100,63 и стандартизованный - 68,77 на 100 тыс. женщин.

В 2019 г. в СКФО число взятых на учет с ЗНО составило 26450 на 1831 (6,9%) больше, а умерло - 10636 больных. Индекс достоверности учета составил 0,40. «Грубый» показатель заболеваемости составил 267,20 и стандартизованный (мировой стандарт) - 202,07 на 100 тыс. населения. Мужчины составили 12178 (46,04%). «Грубый» показатель заболеваемости у мужчин - 259,03 и стандартизованный - 222,20 на 100 тыс. мужчин. Женщин было 14272 (53,96%). «Грубый» показатель заболеваемости у женщин составил 274,60 и стандартизованный - 192,92 на 100 тыс. женщин.

В 2019г. число случаев смерти составило СКФО- 10636 (40,21%) на 6,43% меньше, чем в 2015г. «Грубый» показатель смертности - 107,45 и стандартизованный (мировой стандарт) - 78,53 на 100 тыс. населения, то есть снижение показателей на 11,06% и 13,81% соответственно. Мужчины составили - 5848 (54,98%). «Грубый» показатель смертности у мужчин - 124,39 и стандартизованный - 105,73 на 100 тыс. мужчин. Женщин было - 4788 (45,02%). «Грубый» показатель смертности у женщин - 92,12 и стандартизованный - 60,23 на 100 тыс. женщин.

В 2015г. в РОД РСО-Алания госпитализировано 2314 и умерло 1188 больных ЗНО. Индекс достоверности учета составил 0,5. «Грубый» показатель заболеваемости составил 328,46 и стандартизованный (мировой стандарт) - 206,47 на 100 тыс. населения. Мужчины составили 1021 (44,12%). «Грубый» показатель заболеваемости у мужчин - 313,21 и стандартизованный (мировой стандарт) - 231,26 на 100 тыс. мужчин. Женщин было - 1293 (55,88%). «Грубый» показатель заболеваемости у женщин составил 341,59 и стандартизованный - 195,22 на 100 тыс. женщин.

В 2015г. от ЗНО умерло 1188 (51,34%). «Грубый» показатель смертности составил 168,63 и стандартизованный (мировой стандарт) - 97,15 на 100 тыс. населения. Мужчины составили 630 (53,03%). «Грубый» показатель смертности у мужчин - 193,26 и стандартизованный - 138,31 на 100 тыс. мужчин. Женщин было 558 (46,97%). «Грубый» показатель смертности составил у женщин - 147,42 и стандартизованный - 71,79 на 100 тыс. женщин.

В 2019г. число вновь выявленных больных с ЗНО составило 2346 на 32 (1,36%) больше, чем в 2015г., а умерло - 1048 пациентов. Индекс достоверности учета составил 0,45. «Грубый» показатель заболеваемости составил 336,08 и стандартизованный (мировой стандарт) - 206,38 на 100 тыс. населения, что на 2,27% больше по «грубому» и 0,04% меньше по стандартизованному показателям по сравнению с 2015г. Мужчины составили 1044 (44,50%). «Грубый» показатель заболеваемости у мужчин - 322,81 и стандартизованный - 231,23 на 100 тыс. мужчин, что 2,97% больше по «грубому» и 0,01% меньше по стандартизованному показателям. Женщины составили 1302 (55,50%). «Грубый» показатель заболеваемости составил у женщин 347,54 и стандартизованный - 195,27 на 100 тыс. женщин, что на 1,71% и 0,03% больше, чем показатели 2015г.

В 2019г. от ЗНО умерло в республике 1048 (44,67%) больных, на 140 (11,78%) меньше, чем в 2015г. «Грубый» показатель смертности составил 150,13 и стандартизованный (мировой стандарт) - 85,02 на 100 тыс. населения, что на 10,97% и 12,49% ниже, чем в 2015г. Мужчины составили 544 (51,91%), что на 86 (13,65%) меньше, чем в 2015г. «Грубый» показатель смертности у мужчин составил 168,21 и стандартизованный - 117,25 на 100 тыс. мужчин, что на 12,96% и 15,23% меньше показателей 2015г. Женщины составили - 504 (48,09%), что на 54 (9,68%) ниже показателя 2015г. «Грубый» показатель смертности у женщин составил 134,53 и стандартизованный - 65,66 на 100 тыс. женщин, что на 8,74% и 8,54% ниже, чем показатели 2015г.

В 2019г. показатели заболеваемости ЗНО по сравнению с 2015г. в республике выросли в абсолютных числах на 32 (1,4%), по «грубому» - на 2,3% и стандартизованному - не изменились. По смертности - снизи-

лись в абсолютных числах на 140 (11,8%), по «грубому» показателю - 11,0% и стандартизованному - 12,5%. Показатели заболеваемости в РСО-Алания в 1,2 раза ниже среднероссийских, а смертности в 1,3 раза. А по сравнению с СКФО наоборот в 1,3 и 1,02 раза больше по заболеваемости и 1,4 и 1,1 по смертности.

Хутиев Ц.С., Хутиева И.К., Беслекоев У.С., Наниев Б.Л., Хутиева Н.Ц., Магамаев Х.А., Дудаева Э.В.

Кафедра хирургических болезней №1 СОГМА

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ

Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее распространенным злокачественным новообразованием у женщин. По данным американских исследователей пятилетняя выживаемость при локальном, местно-распространенном и метастатическом РМЖ составляет 99%, 86% и 27% соответственно.

В структуре онкологической заболеваемости у женщин РМЖ (20,9% 2015г. и 21,2% 2019г.) является в России ведущей онкологической патологией. В 2015г. число больных РМЖ, зарегистрированных в России составило 66621 и умерло 23052 (34,60%). Индекс достоверности учета - 0,35. «Грубый» показатель заболеваемости 84,79 и стандартизованный (мировой стандарт) - 49,75 на 100 тыс. женского населения. «Грубый» показатель смертности - 29,34 и стандартизованный - 15,17 на 100 тыс. женщин. В 2019г. количество больных выросло до 73918, на 7297 (9,87%) больше, чем в 2015 г., а умерло - 21720, на 1332 (5,78%) меньше, чем в 2015 г. «Грубый» показатель заболеваемости - 93,98 и стандартизованный - 53,34 на 100 тыс. женского населения, что на 9,78% и 6,73% больше показателей 2015г. «Грубый» показатель смертности - 27,61 и стандартизованный - 13,59 на 100 тыс. женщин, что на 5,90% и 10,41% меньше показателей 2015г.

В Северо-Кавказском Федеральном округе (СКФО) в 2015г. зарегистрировано 2981 больных РМЖ и умерло 1063 (35,66%). Индекс достоверности учета - 0,36. «Грубый» показатель заболеваемости - 58,43 и стандартизованный (мировой стандарт) - 45,07 на 100 тыс. женского населения. «Грубый» показатель смертности - 20,83 и стандартизованный - 14,74 на 100 тыс. женщин. В 2019г. число больных составило 3282, на 301 (9,17%) больше, чем в 2015г., а умерло - 1029, на 34 (3,20%) меньше, чем в 2015г. «Грубый» показатель смертности - 19,80 и стандартизованный - 13,28 на 100 тыс. женщин, что на 4,98% и 9,90% меньше показателей 2015г.

В 2015г. в РСО-Алания зарегистрировано 322 случаев РМЖ и умерло - 131 (40,68%). Индекс достоверности учета - 0,41. «Грубый» показатель заболеваемости - 85,07 и стандартизованный - 53,06 на 100 тыс. женского населения. «Грубый» показатель смертности - 34,61 и стандартизованный - 17,71 на 100 тыс. женщин. В 2019г. в РОД госпитализировано 374 женщины с РМЖ, на 52 (13,90%) больше, чем в 2015г., а умерло 131, на 9 (6,87%) меньше, чем в 2015г. «Грубый» показатель заболеваемости - 99,83 и стандартизованный - 61,27 на 100 тыс. женского населения, что на 14,78% и 13,40% больше показателей 2015г. «Грубый» показатель заболеваемости РСО-Алания превышает аналогичный показатель России на 5,86% и стандартизованный - на 12,94%, а СКФО - на 36,73% и 23,63% соответственно. «Грубый» показатель смертности - 32,57 стандартизованный - 16,11 на 100 тыс. женщин, что на 5,89% и 9,03% ниже показателей 2015г. «Грубый» показатель смертности в республике превысил российский показатель на 15,23% и стандартизованный на 15,64%, а СКФО на 39,21% и 17,57% соответственно.

Анализ данных популяционного ракового регистра республики показал, что за 15 лет число больных РМЖ составило 1620, из них с I стадией - 26 (1,6%), II ст. - 556 (34,32%), III ст. - 655 (40,43%) и IV ст. - 383 (23,64%) больных. В I ст. меньше 5 лет прожили - 53,84%, 5 лет и более - 46,16%. В II ст. меньше 5 лет прожили - 65,47%, а 5 лет и более - 34,53%. В III ст. меньше 5 лет прожили - 81,37%, а 5 лет и более - 18,63 % больных. В IV ст. заболевания эти показатели равнялись 91,12% и 8,88% соответственно. Итак, из всех случаев РМЖ меньше 5 лет прожили 77,78% и 5 лет и более - 22,22% больных.

Бабура Е.В.

Психиатрическая больница № 1, Макеевка, ДНР

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

В статье последовательно изложено содержание феноменологических проявлений аффективных, стрессовых и тревожно – депрессивных расстройств у переболевших COVID – 19. Рассмотрено понятие «пандемический стресс», его психологические особенности (быстрая распространённость информации, массовое негативное восприятие экстремальной ситуации и её последствий, масштабность людей, вовлечённых в эту ситуацию, полиморфизм и неопределённость) и состояние мотивационно – потребностной, эмоционально – волевой и когнитивной сферы личности.

Для совладания с экстремальной коронавирусной ситуацией на базе Психиатрической больницы №1 г. Макеевки внедрён личностно – ориентированный подход, который делает основной мишенью при оказании психиатрической помощи личность пациента в контексте ее многоуровневого функционирования на биологическом, психологическом, социальном, культуральном и духовном уровнях. Сделана комплексная оценка эффективности экзистенциально – личностной реабилитации, которая показала, что позитивная динамика ресурсных возможностей наблюдалась у всех больных, включенных в программу экзистенциально – личностной реабилитации.

Ключевые слова: пандемический стресс, коронавирусная инфекция, личность, экзистенциально – личностная реабилитация.

Babura E.V.

Psychiatric hospital number 1, Makeevka, DPR

EXISTENTIAL AND PERSONAL REHABILITATION OF PERSONS WITH MENTAL IMPAIRMENTS AFTER A POSTED CORONAVIRAL INFECTION

The article consistently outlines the content of the phenomenological manifestations of affective, stressful and anxiety-depressive disorders in COVID-19 patients. The concept of «pandemic stress», its psychological this situation, polymorphism and uncertainty) and the state of the motivational - need, emotional - volitional and cognitive spheres of the personality.

To cope with the extreme coronavirus situation, a personality-oriented approach has been introduced on the basis of Psychiatric Hospital No. 1 in Makeyevka, which makes the patient's personality the main target in the provision of psychiatric care in the context of its multi-level functioning at the biological, psychological, social, cultural and spiritual levels. A comprehensive assessment of the effectiveness of existential-personal rehabilitation was made, which showed that a positive dynamics of resource capabilities was observed in all patients included in the program of existential-personal rehabilitation. Key words: pandemic stress, coronavirus infection, personality, existential - personal rehabilitation.