

Организаторы:

Правительство Санкт-Петербурга

Союз Госпиталей для ветеранов войн

СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова»
Минздрава России

Медицинский университет «Реавиз»

Конгресс с международным участием
**«ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН.
80 ЛЕТ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ»**

21–22 мая 2026 года,
Санкт-Петербург

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Научное издание.

Конгресс с международным участием «Госпиталь для ветеранов войн. 80 лет на страже здоровья»:
сборник тезисов: /под редакцией д.м.н., профессора, Кобанова М.Ю. — Санкт-Петербург: 2026. —
88 с.

ISBN 978-5-905149-58-0

СОДЕРЖАНИЕ

КОМПЛЕКСНЫЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА <i>Акимов А. Г., Кузнецов М. В.</i>	7	БЕЗОПАСНАЯ БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА ДЛЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ <i>Гаврильчук Е. М.</i>	17
ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ОНМК <i>Алексеев Г. А.</i>	7	АНАЛИЗ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОЖОГАХ ПИЩЕВОДА <i>Гавицук М. В., Бойков А. А., Ельчинская Л. Э., Павелец М. К.</i>	18
БИОАКУСТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА С ДИФFUЗНЫМ АКСОНАЛЬНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ <i>Астахова Е. А.</i>	8	ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ БРОНХООБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Герасименко О. Н., Зимина Ю. Д., Толмачева А. А., Маркова Я. Р.</i>	19
АМБУЛАТОРНАЯ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ, 2018–2024 ГГ. <i>Барсукова И. М., Бумай А. О.</i>	9	ИНФАРКТ МИОКАРДА И КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА — УЧАСТНИКА БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ <i>Герасименко О. Н., Толмачева А. А., Зимина Ю. Д., Соловьева В. И., Марачкова Д. О.</i>	20
КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИИ <i>Барсукова И. М., Полюкова М. В.</i>	10	КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРОМБОФИЛИИ У МОЛОДОЙ ПАЦИЕНТКИ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ПРИЧИНАМИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ <i>Голан Э. К.</i>	21
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНСУЛЬТНЫМИ ПАРЕЗАМИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТНЫХ МЕТОДОВ НА ОСНОВЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО БИОУПРАВЛЕНИЯ <i>Беляева С. И., Абель Д. К., Абель А. В., Воскобойник У. Е.</i>	11	КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС И ПРИРАВНЕННЫХ К НИМ ЛИЦ <i>Горбунова А. М., Герасименко О. Н., Толмачева А. А., Знахаренко Е. А., Зимина Ю. Д.</i>	22
ДИНАМИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОНМК КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ИНДИКАТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ <i>Беляева С. И., Дмитришин Р. А., Ямалдинова Е. А.</i>	12	РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕСФОРМИРОВАННЫХ БОКОВЫХ СВИЩЕЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ПРОИСХОЖДЕНИЯ <i>Городецкий Е. Б., Каптанова К. В., Левчик Е. Ю.</i>	23
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ <i>Бехтенов Д. А., Герасименко О. Н., Толмачева А. А., Горбунова А. М.</i>	13	ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ: РОЛЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ОСОЗНАННОСТИ В ПРЕОДОЛЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Горчакова Н. М.</i>	24
ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РИСК РАЗВИТИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА (ПТСР) <i>Бикбаева К. Р., Павличенко А. В., Спикина А. А., Мохова Ю. С., Смирнова Д. А.</i>	14	СПЕЦИФИКА РАБОТЫ ЛОГОПЕДА С ПАЦИЕНТАМИ СЕРЕБРЯНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИМИ ОНМК С НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ, В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН <i>Гришанина И. Н., Луника Н. В.</i>	25
ПЕРВИЧНЫЕ И ВТОРИЧНЫЕ ЦЕФАЛГИИ У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧЕРЕПНО- МОЗГОВУЮ ТРАВМУ: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ <i>Валиев В. С.</i>	15	О ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ, БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ <i>Гугалев Г. С., Горшенин Т. Л., Мовчан К. Н., Ярцев М. М., Зайцев Д. А., Бакалкина Е. М., Чистякова В. Д.</i>	26
НОВЫЙ МЕТОД ЗАКРЫТОГО СИНУС-ЛИФТИНГА С ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ 3D-НАВИГАЦИИ И МАТЕРИАЛА «ЛитАр» <i>Воронцов В. Л.</i>	16		

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРИСУДИСТОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ <i>Давыденко Т. Е., Доценко Е. В., Андожская Ю. С.</i>	ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ДГПЖ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ: РОЛЬ ЭНУКЛЕАЦИОННОГО ИНДЕКСА В ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОМ ПОДХОДЕ <i>Костенков Н. Ю., Аль-Шукри С. Х., Невирович Е. С., Кузьмин И. В., Ткачук И. Н., Четвериков А. В., Кривокрыотов К. В., Михеев В. В., Ланков В. А., Симейко А. В., Потанин А. А.</i>
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ <i>Давыденко Т. Е., Гайбатова Л., Доценко Е. В.</i>	ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ГРУППАМИ КРОВИ СИСТЕМЫ АВ0 <i>Котов В. И., Лысов Д. Н.</i>
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САРКОИДОЗОМ <i>Давыденко Т. Е., Юдинцева Л. Р., Кудряшова Е. Ю., Никитина А. В., Доценко Е. В.</i>	ОДНОЭТАПНЫЕ И ДВУХЭТАПНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА КИШЕЧНИКЕ И БРЮШНОЙ СТЕНКЕ ПОСЛЕ ПРОНИКАЮЩИХ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЖИВОТА <i>Левчик Е. Ю., Чернышов А. В., Потоцкий М. И.</i>
ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ МНОГОКРАТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ КУРСОВ ВНУТРИСУДИСТОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Давыденко Т. Е., Якушина И. Н., Громова Н. П., Гаврилова Е. А., Доценко Е. В.</i>	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И СОВРЕМЕННАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛЕЖНЕЙ. ИННОВАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ «СТАРОЙ» ПРОБЛЕМЫ <i>Левчук А. Л., Игнатъев Т. И., Гринь Н. А.</i>
СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД ПРИ РАССМОТРЕНИИ СТАРТОВОЙ ПРОЧНОСТИ ФИКСАЦИИ ОКОЛО- И ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ОБЛАСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА <i>Еникеев Р. И., Рахматуллин А. С., Нурлыгаянов Р. З., Немальцев И. Ю.</i>	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО МЕТОДА НАРУЖНОЙ ОЗОНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫМИ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ <i>Либова Е. В., Дмитриева Е. К., Доник А. В., Дорофеева М. Н., Жерносек О. С., Кудрин В. И.</i>
СИНДРОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СТРЕССОВЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЮ <i>Канунникова Л. В., Торгашов М. Н., Маслова Т. И., Воронова Ю. С.</i>	ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА <i>Макарова О. В., Погода Т. Е., Сунцова В. А., Жигулина С. А.</i>
ВОЗРАСТНАЯ И ВРЕМЕННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ <i>Канунникова Л. В., Торгашов М. Н., Маслова Т. И., Воронова Ю. С.</i>	ЭВОЛЮЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ИНВАЛИДОВ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ ЗА 80 ЛЕТ <i>Макарова О. В., Погода Т. Е.</i>
ПЕНСИОНЕРСКИЕ ДЕРЕВНИ США — АЛЬТЕРНАТИВА АКТИВНОЙ ЖИЗНИ НА ПЕНСИИ <i>Катюхин В. Н.</i>	ЦЕНТР АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЧАСТНИКАМ СВО В ГОРОДЕ МОСКВЕ. СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ СОВРЕМЕННОГО ВЕТЕРАНА БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ. <i>Мелконян Г. Г., Мовсисян П. С., Колесникова О. П.</i>
ВРАЧЕБНЫЕ ТЕЛЕКОНСУЛЬТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА — ПРОБЛЕМЫ СТАНОВЛЕНИЯ МЕТОДИК <i>Катюхин В. Н., Каваляк Д. В.</i>	РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП <i>Михеев В. В., Невирович Е. С., Костенков Н. Ю., Салахашев В. Н., Кузьмин И. В.</i>
ПИЛОТИРОВАНИЕ СВЕРХМАНЕВРЕННЫХ ИСТРЕБИТЕЛЕЙ: ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ПИЛОТОВ И ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ, А ТАКЖЕ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕНДЫ ИНТЕГРАЦИИ ПИЛОТОВ С ИИ <i>Колесниченко О. Ю.</i>	ИНСОМНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА <i>Московцева Л. О.</i>
ПРОФИЛАКТИКА ГРУБОГО РУБЦЕВАНИЯ КОЖИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВ IIIA-IIIБ СТЕПЕНИ КИСТЕЙ <i>Комков К. Н., Чмырёв И. В., Варфоломеев И. В., Бутрин Я. Л.</i>	

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ НА ТЕРРИТОРИИ ДРУГИХ ГОСУДАРСТВ. 30-ЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ ВИТЕБСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ <i>Мужиченко В. А.</i> 47	БОЕВАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОМБАТАНТОВ <i>Павличенко А. В., Павлова Е. Д., Стикина А. А., Мохова Ю. С.</i> 57
ПРИМЕНЕНИЕ ИНКОБОТУЛОТОКСИНА ПРИ КОРРЕКЦИИ СПАСТИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ПРОНИКАЮЩЕЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ <i>Наумов К. М., Суворов А. В.², Самарцев И. Н., Никишин В. О.</i> 48	ВНЕДРЕНИЕ КРАТКОСРОЧНОЙ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В СТАЦИОНАРНЫЙ КОНТЕКСТ ЦЕНТРА МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ <i>Подкорытов А. В., Одинец А. А., Шилова О. П., Погорельская Е. С.</i> 57
КОРРЕКЦИЯ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ <i>Никитин А. В., Мануковский В. А., Пивоварова Л. П., Демко А. Е., Тулунов А. Н., Громов М. И.</i> 49	ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В КОМПЛЕКСЕ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Потоцкий М. И., Левчик Е. Ю., Костарева Е. С.</i> 58
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ ДЕКОМПРЕССИИ С ВЕНТРАЛЬНОЙ ДИСКЭКТОМИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ СТЕНОЗОМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА <i>Никитин С. М., Гончаров М. Ю.</i> 50	БЕЗОПАСНАЯ БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА <i>Прохоренко В. С.</i> 59
ТАКТИКА НЕВРОЛОГА ПРИ КУРАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО СТРУКТУРНЫМИ ГЕНЕТИЧЕСКИМИ ЭПИЛЕПСИЯМИ <i>Никитина В. В., Гусева В. Р.</i> 51	СТРУКТУРА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА — ЖИТЕЛЕЙ БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА <i>Родионова А. Ю., Макарова О. В., Столов С. В.</i> 60
ПОСТУРАЛЬНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЁГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ВСЛЕДСТВИЕ ВЗРЫВА <i>Никишин В. О., Литвиненко И. В., Наумов К. М., Дынин П. С., Голохвастов С. Ю.</i> 52	ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ ЭПИДУРАЛЬНЫЕ ГЕМАТОМЫ — РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ <i>Рында А. Ю., Павлов О. А., Подгорняк М. Ю., Дуданов И. П.</i> 61
ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СТЕНОКАРДИИ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Овасапян Э. Д., Столов С. В.</i> 52	ТЯЖЕЛЫЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ ТРАВМЫ И СВЯЗАННЫЕ С НИМИ ПОСЛЕДСТВИЯ В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ I-ГО УРОВНЯ <i>Рында А. Ю., Павлов О. А., Подгорняк М. Ю., Дуданов И. П.</i> 62
ИЗМЕНЕНИЯ НОРМАТИВОВ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ <i>Орел В. И., Гавицук М. В., Алексеенко А. А.</i> 53	ФОРМИРОВАНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ, КАК РЕЗУЛЬТАТ ИСХОДА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ <i>Рында А. Ю., Павлов О. А., Подгорняк М. Ю., Дуданов И. П.</i> 63
ЭВОЛЮЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА <i>Орел В. И., Баранцевич Е. Р., Рошковская Л. В., Гавицук М. В.</i> 54	АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ НАЛИЧИЯ И СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА (ПТСР), ТРЕВОЖНОГО ТИПА РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ, ФАНТОМНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ОБЪЕКТИВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК СНА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Самарцев И. Н., Денисова Ю. В., Живолупов С. А., Богинский В. С.</i> 64
ЛОКАЛИЗАЦИЯ И МЕТОДИКА ГАСТРОСТОМИИ, КАК ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА <i>Павелец М. К.</i> 55	МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД НА ЭТАПЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЕВОЙ ТРАВМОЙ КОНЕЧНОСТЕЙ (2024–2025 ГГ., НА БАЗЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СПБ ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ МАРИЙНСКАЯ БОЛЬНИЦА») <i>Синицын П. С., Реутский И. А., Соловьев И. А., Павлов О. А., Шинкаренко Д. В., Купренкова М. Н.</i> .. 65

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С АМПУТАЦИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ БОЕВОЙ ТРАВМЫ НА ЭТАПЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ <i>Синицын П. С., Кудяшев А. Л., Соловьев И. А., Купренкова М. Н., Шинкаренко Д. В.</i>	ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ <i>Тулунов А. Н., Мануковский В. А., Демко А. Е., Гавришук Я. В.</i>	66	75
РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕСЯТИЛЕТНЕЙ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТОСТОПЫ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ <i>Смиренин С. В., Кесаева И. В., Гладуш М. П., Крикунов Д. Ю.</i>	ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ <i>Тулунов А. Н., Мануковский В. А., Демко А. Е., Гавришук Я. В.</i>	68	76
НАПРАВЛЕНИЯ СОТРУДНИЧЕСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СПБГВВ И ИНСТИТУТА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ УНИВЕРСИТЕТА «РЕАВИЗ»: ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У УЧАСТНИКОВ СВО <i>Смирнова Д. А., Спикина А. А., Мохова Ю. С., Павличенко А. В., Яковлев В. В., Иванова М. А., Попова Т. Н., Малютин К. Г., Лысов Н. А., Кабанов М. Ю.</i>	ДЕБЮТ БОЛЕЗНИ КРОНА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ <i>Филь Т. С.</i>	69	77
ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВ В НЕМЕЦКОЙ АРМИИ В 1914–1918 ГГ. И ЕГО НАУЧНОЕ ОСМЫСЛЕНИЕ <i>Соколов В. А.</i>	ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ФАНТОМНО-БОЛЕВОГО СИНДРОМА <i>Халипова М. А., Помников В. Г.</i>	70	78
ЛЕЧЕНИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА И СОЦИАЛЬНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ОБОЖЖЕННЫХ АНГЛИЙСКИХ ЛЕТЧИКОВ В ГОСПИТАЛЕ ИСТ-ГРИНСТЕД В ГОДЫ ВТОРОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ (1940–1945) <i>Соколов В. А.</i>	КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ПЕРВИЧНОГО ВАСКУЛИТА ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ <i>Хилова К. И., Шулешова Н. В., Зуева О. Н.</i>	70	79
ВКЛАД Ф. Н. НАМИЛТОН И ЕГО ПОСЛЕДОВАТЕЛЕЙ В СОЗДАНИЕ МЕТОДА СВОБОДНОЙ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ <i>Соколов В. А., Чариков Н. А.</i>	ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛОЖНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ И (ИЛИ) АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫМИ ФИСТУЛАМИ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЫ <i>Чехленков П. А., Мартиросян Б. Р., Заргаров К. В., Кузнецов А. М., Мелконян Г. Г.</i>	71	80
ПРИМЕНЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ И ГРУППОВЫХ ПРОТОКОЛОВ ДПДГ В РАМКАХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ НА БАЗЕ СПБ ГБУЗ «ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН» <i>Спикина А. А., Абриталин Е. Ю., Мохова Ю. С., Яковлев В. В.</i>	БЕЗОПАСНАЯ БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА ДЛЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>Чичина С. В.</i>	72	81
О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ВЕРИФИКАЦИИ <i>HELICOBACTER PYLORI</i> ПРИ ОСТРЫХ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ <i>Творогов Д. А., Мовчан К. Н., Зайцев Д. А., Чистякова В. Д.</i>	СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ КОЛОТО-РЕЗАННЫХ РАНЕНИЙ ПОЧКИ <i>Шанава Г. Ш., Клишевич И. А.</i>	73	82
НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТЬ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНМК <i>Телятникова Г. Б.</i>	САНИРУЮЩИЕ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ЭТАПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНЫМ СТЕРНОМЕДИАСТИНИТОМ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ <i>Шевченко Ю. Л., Левчук А. Л., Катков А. А., Гудымович В. Г., Миминошвили Л. Г., Юнусова Р. С. .</i>	74	83
	КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ФЛЕГМОНА ЛЕВОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ АССОЦИИРОВАННАЯ С СОСТОЯВШИМСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Шур М. С., Бутько Б. Е.</i>		84
	ВЫСОКОИНТЕНСИВНАЯ ИНФРАКРАСНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЕВОЙ ТРАВМЫ <i>Ямалдинова Е. А., Скоромец Т. А., Андреева Д. В.</i>		85
	АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.....		86

КОМПЛЕКСНЫЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Акимов А. Г., Кузнецов М. В.

ЧУОО ВО Медицинский университет «Реавиз», г. Самара, Россия

Актуальность:

Высокая распространенность дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), достигающая 83 % среди стоматологических заболеваний, сложность диагностики и многообразие этиологических факторов (окклюзионные нарушения, нейромышечные дисгармонии, травмы) обуславливают необходимость внедрения унифицированных комплексных подходов к обследованию пациентов. Современная тенденция к цифровизации стоматологии открывает новые возможности для точной функциональной диагностики, однако отсутствие стандартизированных протоколов снижает эффективность лечения.

Цель

Обоснование применения комплексного протокола диагностики дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с окклюзионными нарушениями на основе современных цифровых методов.

Материалы и методы исследования

В основу работы положен анализ результатов обследования двух групп пациентов: контрольной (26 человек с равномерными окклюзионными контактами) и основной (31 человек с окклюзионными нарушениями). Для оценки состояния ВНЧС и зубочелюстной системы использовался комплексный диагностический протокол, включающий: интраоральное сканирование для получения цифровых моделей зубных рядов, цифровую аксиографию для анализа движений нижней челюсти, конусно-лучевую компьютерную томографию (КЛКТ) для оценки костных структур, магнитно-резонансную томографию (МРТ) для визуализации мягких тканей и внутрисуставного диска.

Результаты исследования

Применение комплексного протокола диагностики позволило выявить у пациентов основной группы структурные и функциональные нарушения, коррелирующие с окклюзионными нарушениями. Установлено, что в 74 % случаев происходит смещение мышелка нижней челюсти в задние отделы суставной ямки, а у 63 % пациентов выявлены изменения костной структуры мышелка. Данные МРТ и КЛКТ подтвердили компрессию позадисуставных тканей и деформацию суставного диска, что невозможно было бы полноценно оценить при использовании только клинических методов.

Выводы

Разработанный комплексный протокол диагностики, включающий интраоральное сканирование, аксиографию, КЛКТ и МРТ, позволяет объективно оценить морфофункциональное состояние височно-нижнечелюстного сустава, выявить степень выраженности патологических изменений его структурных элементов и определить индивидуальную тактику лечения пациентов с окклюзионными нарушениями. Унификация данного подхода способствует повышению эффективности диагностики и предсказуемости результатов реабилитации.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ОНМК

Алексеев Г. А.

СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия

Согласно статистике, за период с 2023 по 2025 гг., в среднем, заболеваемость цереброваскулярными болезнями, а именно церебральным инсультом, составляет от 350 до 400 на 100000 человек населения в год, увеличение потенциально негативных факторов, таких как: пандемия COVID-19 и ее последствия, повышение верхней границы трудоспособного возраста, социально-политические потрясения. Важным фактором является тенденция к росту случаев острого нарушения мозгового кровообращения среди лиц трудоспособного возраста и риски возникновения первичной инвалидизации у данной категории населения.

Работа клинического психолога в неврологическом отделении, с лицами, перенесшими острое нарушение мозгового кровообращения — это неотъемлемая часть комплексного, междисциплинарного процесса по максимально возможному восстановлению здоровья и уровня качества жизни как самого пациента, так и его семьи. В острый период заболевания, психоэмоциональная сфера подвергается дополнительной нагрузке, и как следствие: депрессивные тенденции, чувство беспомощности, раздражительность, плаксивость, тревога и расстройства сна — основные причины формирования расстройства адаптации, депрессии и генерализованного тревожного расстройства. Борьба с этими состояниями, ключевой фактор в формировании мотивации пациента и приверженности к процессу лечения.

Вследствие поражения центральной нервной системы, у пациентов с ОНМК, отмечается совокупность неврологической симптоматики, выражающаяся в нарушении двигательных функций, координации целенаправленных действий, нарушений речи и снижении когнитивных функций. Так, клинический психолог интегрирует свою деятельность со специалистами других направлений для комплексного восстановления пациентов, реализуя индивидуальный подход в отношении каждого пациента, тем самым повышая их реабилитационный потенциал.

Так, в деятельности клинического психолога на неврологическом отделении, можно выделить 6 приоритетных направлений:

- 1) Формирование приверженности пациента к процессу лечения и доверительного взаимоотношения с медицинским персоналом;
- 2) Психотерапевтический эффект занятий, выражающийся в снижении тревожных и депрессивных компонентов поведения обусловленными расстройством адаптации и реакцией на ситуацию заболевания;
- 3) Восстановление функций мелкой моторики и движения верхних конечностей;
- 4) Поддержание позитивного мотивационного компонента поведения в отношении реабилитационного процесса;
- 5) Когнитивные тренинги для восстановления и поддержания высших корковых функций на достаточном уровне;
- 6) Консультирование родственников пациента, с целью обучения взаимодействию с ним;

Таким образом, работа клинического психолога в инсультном отделении включает в себя комплексную поддержку пациента и его семьи на пути к восстановлению, без которой невозможно полноценное возвращение к активной жизни после инсульта.

БИОАКУСТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА С ДИФфуЗНЫМ АКСОНАЛЬНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Астахова Е. А.

ГБУ СПб НИИ СП им. И. И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия

Тяжелая черепно-мозговая травма (ЧМТ) остается одной из ведущих причин инвалидизации населения трудоспособного возраста. Особую клиническую сложность представляют случаи диффузного аксонального повреждения (ДАП), сопровождающиеся длительными нарушениями сознания и ограниченной эффективностью медикаментозной терапии. В связи с этим актуальным направлением современной нейрореабилитации является поиск методов, направленных на активацию нейропластических механизмов восстановления функций головного мозга.

Одним из таких методов является биоакустическая коррекция (БАК), основанная на компьютерном преобразовании параметров электроэнцефалограммы пациента в акустический сигнал с последующим предъявлением его в режиме реального времени. Использование ЭЭГ-зависимой сенсорной стимуляции позволяет формировать контур биологической обратной связи, направленный на модуляцию текущей функциональной активности нейрональных сетей мозга.

В НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе в период с 22.02.2024 по 30.08.2024 проходил лечение пациент Д., 42 года, с тяжелой сочетанной травмой головы и груди после ДТП при выполнении боевой задачи. Диагностированы ушиб головного мозга тяжелой степени с контузионно-геморрагическими очагами в лобной и височных долях, субарахноидальное кровоизлияние, диффузное аксональное повреждение и множественные переломы костей свода и основания черепа.

При поступлении уровень сознания соответствовал глубокому оглушению — 13 баллов ШКГ. Пациент открывал глаза на обращение, однако команды не выполнял и словесный контакт отсутствовал, отмечалась дисфагия.

На 97-е сутки пребывания в стационаре был начат курс биоакустической коррекции. Пациенту проведено 30 процедур ЭЭГ-зависимой сенсорной стимуляции с использованием аппаратного комплекса «Синхро-С». Во время процедур пациент прослушивал акустические сигналы, синхронизированные с текущей биоэлектрической активностью мозга, регистрируемой в передневисочных (F7–F8) и задневисочных (T5–T6) отведениях.

До начала БАК пациент получал медикаментозную терапию (витамины В1, В6, В12, Мексидол, Цероксон) без выраженной положительной динамики.

На фоне проведения курса биоакустической коррекции отмечено постепенное восстановление уровня сознания. Появилось понимание обращенной речи, пациент начал выполнять простые инструкции, возникла малоразборчивая речь. В дальнейшем сформировалась осознанная речь на бытовом уровне, частично восстановилась память, пациент начал читать и выполнять простые счетные операции. Одновременно наблюдалось улучшение глотательной функции и восстановление самостоятельного приема пищи.

По данным электроэнцефалографии до начала лечения регистрировалась низкоамплитудная полиморфная асинхронная активность со сниженной реактивностью. В процессе терапии отмечалось формирование более организованного фонового паттерна с доминированием альфа- и тета-диапазонов и восстановлением реактивности биоэлектрической активности (рис. 1). Подобные изменения биоэлектрической активности могут отражать восстановление функциональной организации корково-подкорковых взаимодействий, участвующих в поддержании уровня сознания.

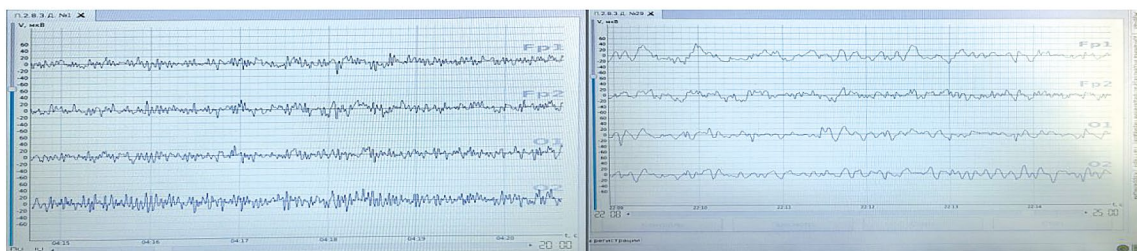


Рис. 1. Фрагменты записи ЭЭГ 1 и 29-й сеанса БАК.

Представленный клинический случай демонстрирует положительную динамику восстановления сознания у пациента с ДАП на фоне применения биоакустической коррекции. Сочетание клинического улучшения и нормализации биоэлектрической активности может свидетельствовать о вовлечении механизмов нейропластичности. Полученные данные позволяют предположить, что биоакустическая коррекция может способствовать функциональной реорганизации нейрональных сетей мозга, участвующих в регуляции сознания, что определяет перспективность дальнейшего изучения метода в клинической нейрореабилитации.

АМБУЛАТОРНАЯ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ, 2018–2024 ГГ.

Барсукова И. М.^{1,2}, Бумай А. О.¹

¹ГБУ СПб НИИ СП им. И. И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Кровь — важнейший компонент внутренней среды организма, связывающий его в единое целое, обуславливающий работу всех органов и систем. В этой связи гематология, как наука и область медицины, занимающаяся изучением крови, ее компонентов и кроветворных органов, является, с одной стороны, узкоспециализированной областью знаний, а с другой — всеобъемлющим элементом всей клинической медицины. Гематология имеет ключевое значение для диагностики множества заболеваний.

По сути, врач любой специальности должен быть гематологом, разбираться в способах и методах диагностики, лечения и профилактики заболеваний, опираясь на гематологические показатели пациентов (Викисловарь, ru.wiktionary.org). Однако, в ряде случаев требуется специализированная медицинская помощь профильного специалиста — врача-гематолога.

Цель исследования: изучить показатели деятельности медицинских организаций по оказанию медицинской помощи гематологического профиля в амбулаторных условиях в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы. Изучены данные официальной федеральной статистической отчетности (ФСН № 30) по Санкт-Петербургу за 2018–2024 гг. Используются статистический и аналитический методы.

Результаты исследования. По данным федерального статистического наблюдения за 2018–2024 гг. в Санкт-Петербурге насчитывалось $18,1 \pm 1,0$ подразделений (отделов, кабинетов, кабинетов) гематологического профиля, из которых $4,6 \pm 0,5$ — объединенных подразделений (отделов, отделений) и $15,0 \pm 1,3$ отдельных кабинетов. В динамике отмечалось снижение объединенных гематологических подразделений (на 20,0%) при росте числа отдельных кабинетов (на 15,4%) гематологов.

За исследуемый период ежегодно отмечалось около 100 тыс. ($99,1$ тыс. $\pm 7,2$ тыс.) посещений (включая профилактические) врачей-гематологов, из которых 77,8% ($77,1$ тыс. $\pm 6,2$ тыс.) — посещения взрослого населения (18 лет и старше) по поводу заболеваний, а 22,2% ($22,0$ тыс. $\pm 2,8$ тыс.) — посещения пациентов детского возраста (0–17 лет). Регистрировался существенный рост числа посещений врачей-гематологов в городе (на 15,8%, до 101,5 тыс. в 2024 г.), прежде всего, взрослого (на 20,8%, до 78,0 тыс. в 2024 г.) населения. Доля сельского населения, посещающая гематологов города, немногочисленна и составляет 1,6% ($1571,9 \pm 471,5$ человек), однако, фиксирован рост их числа в 2,1 раза (на 115,1%, до 1805 пациентов в 2024 г.).

Рост числа посещений пациентов свидетельствует об увеличении востребованности врачей-гематологов в городе. По данным 2024 г. в медицинских организациях, подведомственных Минздраву России, в амбулаторных условиях работали 44 человека, что составило 24,0% специалистов этого профиля в городе; за 2018–2024 гг. их число выросло существенно — на 76,0%, что является позитивным показателем укрепления кадрового потенциала в городе. Наиболее существенное увеличение показателя наблюдалось в период 2022–2023 гг. (на 39,3%), оно продолжилось и в период 2023–2024 гг. (на 12,8%). Обеспеченность населения Санкт-Петербурга гематологами была близкой к показателям московского региона и составила $0,30 \pm 0,03$ человек на 10 тыс. населения с динамикой роста на 22,2% за период наблюдения, в 2024 г. показатель составил 0,33 человек на 10 тыс. населения.

Заключение. Сегодня ресурсы национальных и федеральных проектов нацелены на развитие высокотехнологичных, ресурсоемких и социально-значимых отраслей здравоохранения, к которым относится и гематологическая помощь. Рост ее кадрового обеспечения — путь к повышению доступности и качества этой помощи.

КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИИ

Барсукова И. М.^{1,2}, Полюкова М. В.^{1,2}

¹ГБУ СПб НИИ СП им. И. И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Старение населения выступает одним из главных демографических трендов современности. Государственная «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения до 2030 года» отмечает увеличение абсолютной численности и доли граждан старшего поколения в населении страны. Центральным фактором долголетия граждан старшего возраста является их здоровье. Врачебные кадры — основной ресурс системы здравоохранения, определяющий доступность и качество медицинской помощи.

Целью исследования было оценить численность и обеспеченность (число врачей на 10 тыс. населения) врачами-гериатрами регионов Российской Федерации (РФ), определяемую согласно утвержденной методике расчета (Приказ Минздрава России от 01.04.2021 N 284 «Об утверждении методик расчета отдельных основных показателей национального проекта «Здравоохранение» и дополнительных показателей федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», входящего в национальный проект «Здравоохранение»).

Материалы и методы. Проведен анализ данных федерального статистического наблюдения, представленных в статистических сборниках Минздрава России за период 2022–2024 гг., применялись статистический и аналитический методы исследования.

Результаты исследования. По данным 2024 года из общего количества врачей в РФ число гериатров было немногочисленным (753 человека), что составило всего 0,001% врачебного сообщества страны. Среднее их число — $692,7 \pm 57,3$ человек с тенденцией роста на 17,8% за период наблюдения. Распределение специалистов по субъектам РФ было крайне неравномерным: в 2024 году наибольшее их число было в Санкт-Петербурге (72 врача) и Москве (34 врача); в 5-и (6,0%) субъектах РФ (из 85-и анализируемых) гериатры отсутствовали, а в 9-и (10,7%) — их было по 1 человеку.

Обеспеченность гериатрами населения страны составила $0,20 \pm 0,01$ человек на 10 тыс. населения, то есть, в среднем, 1 врач на 50 тыс. человек, она также была крайне неравномерной. Отмечена тенденция к росту показателя на 10,5% за 2022–2024 гг. Наибольшее значение, значительно превосходящее средний общероссийский показатель, в 2024 г. он имел в Республиках Ингушетия и Тыва (1,18), Магаданской области (0,76), Республике Саха (Якутия) (0,69), Кабардино-Балкарской Республике (0,59), Республике Дагестан (0,58), Мордовия (0,56) и Северная Осетия-Алания (0,54), Санкт-Петербурге, Чеченской Республике и Пензенской области (0,51 человек на 10 тыс. населения). В Москве обеспеченность гериатрами была низкой и составила всего 0,10 человек на 10 тыс. населения (в 2 раза ниже среднего общероссийского показателя).

Заключение. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2024 № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года» ставит целью к 2030 году увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет. Национальный проект «Продолжительная и активная жизнь» направлен на опережающий рост показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни. В этой связи медицинские кадры, в том числе работающие с лицами пожилого и старческого возраста — важнейший ресурс системы здравоохранения, центральный структурный элемент цепочки охраны здоровья и спасения жизни пациентов, нуждающихся в медицинской помощи. Преодоление кадрового дефицита — один из ключевых вопросов, направленных на решение поставленных государством задач.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНСУЛЬТНЫМИ ПАРЕЗАМИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТНЫХ МЕТОДОВ НА ОСНОВЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО БИОУПРАВЛЕНИЯ

Беляева С. И.^{1,2}, Абель Д. К.¹, Абель А. В.¹, Воскобойник У. Е.²

¹Центр реабилитации СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБОУ ВО «РГПУ им. А.И. Герцена», г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. В последние годы в РФ регистрируется от 430 до 470 тысяч случаев инсульта в год. Данное заболевание несет в себе опасность не только высокой смертности, но и является одной из основных причин инвалидизации лиц трудоспособного возраста. Одним из наиболее частых последствий инсульта является парез — состояние, при котором наблюдается частичная утрата двигательных функций (слабость мышц, ограничение объема движений) и снижение чувствительности, которые возникают из-за нарушения кровообращения или кровоизлияния в участки мозга, контролирующие двигательные функции. Двигательные нарушения в виде пареза представляют наиболее частую причину инвалидности пациентов, перенесших инсульт. Активизация пациента составляет основу ведения пациентов с постинсультным парезом. Целью исследования стало изучение динамики нейропсихологических параметров функционального диагноза пациентов с последствиями инсульта, проходивших реабилитацию с использованием аппаратных методов на основе функционального биоуправления (БОС-терапии).

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Центра реабилитации СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн». В исследовании приняли участие 19 пациентов (из них 10 женщин и 9 мужчин, средний возраст участников выборки составил $66,4 \pm 7$ г.). Госпитализация пациентов в реабилитационный центр осуществляется по решению отборочной комиссии, на которой каждому пациенту формируется индивидуальная программа. Срок реабилитации исследованных пациентов составлял 40 дней. В программе реабилитации исследованных пациентов применялась перчатка-тренажер

Senso-Rehab — аппарат с биологической обратной связью, который позволяет проводить реабилитацию мелкой моторики и координации движений кисти и пальцев в игровой форме. Психологическая диагностика проводилась посредством нейропсихологических проб: «Кулак-ребро-ладонь» — проба на динамический праксис рук; проба на реципрокную координацию рук, которая позволяет оценить нарушения двигательной координации, кинетики, регуляции движений, а также межполушарного взаимодействия мозга; проба Хеда — для оценки пространственного праксиса; графомоторная проба для оценки зрительно-моторной координации; нейропсихологические пробы, направленные на диагностику речи, письма, счета и орального праксиса.

Результаты и обсуждение. В ходе анализа результатов, было выявлено, что наибольшая положительная динамика за период реабилитации проявляется в изменении нейропсихологических параметров, отражающих характеристики динамического праксиса. Так, у 42,1 % пациентов наблюдалось значительное улучшение при выполнении пробы «Кулак-ребро-ладонь» правой рукой ($p=0,008$), у 31,6 % пациентов — улучшение при выполнении данной пробы левой рукой ($p=0,02$), что выражалось в повышении точности движений, а также темпа смены поз. У 36,8 % пациентов за время реабилитации выявлена положительная динамика при выполнении пробы Хеда ($p=0,035$) и у 31,6 % пациентов при выполнении пробы на реципрокную координацию было отмечено улучшение плавности и точности движений ($p=0,05$).

Таким образом, полученные результаты показали, что в процессе реабилитации пациентов с постинсультными парезами с применением аппаратных методов на основе функционального биоуправления (перчатка-тренажера) наблюдается выраженная положительная динамика следующих нейропсихологических параметров: динамический праксис и реципрокная координация рук, а также пространственный праксис. Это может свидетельствовать об их чувствительности к результатам применения БОС-терапии у пациентов с постинсультными парезами и применяться как нейропсихологический индикатор оценки эффективности данных реабилитационных мероприятий.

ДИНАМИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОНМК КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ИНДИКАТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Беляева С. И.^{1,2}, Дмитришен Р. А.¹, Ямалдинова Е. А.¹

¹*Центр реабилитации СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия;*

²*ФГБОУ ВО «РГПУ им. А. И. Герцена», г. Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. В России заболеваемость цереброваскулярными болезнями составляет 950,9 случая на 100 тыс. населения, из них на долю ишемического инсульта приходится 213,6 случая на 100 тыс. населения. Острое нарушение мозгового кровообращения (далее — ОНМК) является одной из основных причин первичной инвалидизации взрослого населения (535 на 100 тыс. населения). Только 8 % пациентов, перенесших инсульт, возвращаются к труду, сохраняя свою профессиональную пригодность; 20 % нуждаются в постоянном уходе; ограничение трудоспособности отмечается у 31 %. Нарушения эмоционального состояния, как следствие органического поражения мозга и как психологическая реакция на болезнь у пациентов, перенесших инсульт, могут проявляться в виде депрессии, тревоги, апатии, повышенной утомляемости. Результаты динамической диагностики эмоционального состояния пациентов являются психологическими показателями оценки эффективности реабилитационных мероприятий. Целью исследования стало изучение динамики показателей эмоционального состояния пациентов, проходивших реабилитацию в стационарном отделении реабилитационного центра после перенесенного ОНМК.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Центра реабилитации СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн». В исследовании приняли участие 60 пациентов (из них 19 (31,7 %) женщин и 41 (68,3 %) мужчина, общий средний возраст обследованных пациентов составил — 66,5 лет), поступивших на реабилитацию диагнозом: «Цереброваскулярные заболевания. Последствия ОНМК» с февраля по сентябрь 2025 года. Пациенты имели умеренные когнитивные и эмоциональные нарушения, стабильный соматический статус и неврологический дефицит (право- или левосторонний гемипарез), по шкале NHISS средняя оценка составила $6,91 \pm 0,8$ балла; по шкале реабилитационной маршрутизации — 4 балла. В комплексном лечении на втором этапе реабилитации после перенесен-

ного ОНМК, помимо медикаментозного (патогенетического и симптоматического) лечения, занятий ЛФК, роботизированной кинезотерапии и массажа, использовались методы физиотерапии (далее — ФТ) и психологические коррекционно-восстановительные занятия. Из методов ФТ для оказания антигипоксанта, антиагрегантного, антиоксидантного, нейропротекторного воздействия применялись трансцеребральная магнитотерапия, нормоксическая баротерапия, узкополосная ФХТ (с длиной волны 500нм), а также транскраниальная электростимуляция (ТЭС-терапия). Для оценки эмоционального состояния использовались «Шкала самооценки депрессии Зунга», «Интегративный тест тревожности» и «Анкета самооценки состояния». Исследование проводилось в два этапа — при поступлении пациента (до начала реабилитационных мероприятий) и перед выпиской (после их завершения).

Результаты и обсуждение. За время реабилитации эмоциональный фон пациентов изменялся от легкой депрессии ситуативного или невротического генеза ($M=50,8\pm 9,2$) до показателя «без депрессии» ($M=38,6\pm 6,4$) по «Шкале самооценки депрессии Зунга». Отмечалась положительная динамика как по показателю общей тревоги, так и ее структурных компонентов: эмоционального дискомфорта, астенического компонента тревоги и тревожной оценки перспектив. Результаты анализа самооценки состояния, направленного на изучение субъективного самочувствия пациентов выявили, что до реабилитации этот показатель составлял 5 стэнов ($32,6\pm 7,2$ балла), что соответствует «удовлетворительному» уровню, а после реабилитации — 8 стэнов ($43,1\pm 4,3$ балла), что характеризуется «хорошим» самочувствием. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности осуществленных реабилитационных мероприятий.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ

*Бехтенов Д. А., Герасименко О. Н., Толмачева А. А., Горбунова А. М.
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия*

Введение: Высокая распространённость остеоартрита (ОА) в мировой популяции (до 302 млн. человек) определяет актуальность совершенствования подходов к его терапии. Современные стратегии лечения ОА основаны на сочетании медикаментозных и немедикаментозных методов, при этом особое значение придаётся реабилитации. В соответствии с международными и национальными клиническими рекомендациями, реабилитация пациентов с ОА должна носить мультидисциплинарный характер и охватывать широкий спектр мероприятий: от лечебной физкультуры и коррекции массы тела до психологической поддержки и образовательных программ.

Цель: оценить эффективность индивидуальных программ медицинской реабилитации (ИПМП) пациентов с первичным остеоартритом (ОА) на втором этапе медицинской реабилитации.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе ГБУЗ НСО «НОКГВВ № 3» в период с 01.02.2025 по 01.05.2025 г. В исследование включено 62 пациента (средний возраст $58,2\pm 8,2$ лет) с первичным ОА II–III стадии по Келлгрэну-Лоуренсу. В 1 группу вошли 32 пациента, которым была разработана комплексная ИПМП. Во 2 группе ($n=30$) пациенты получали исключительно медикаментозную терапию. Индивидуальная программа реабилитации включала лечебную физкультуру, физиотерапию, образовательные программы, нутритивную поддержку, психологическую коррекцию и медикаментозную терапию. Эффективность оценивали исходно и через 2 недели по 100-мм визуальной аналоговой шкале (ВАШ), суммарному индексу WOMAC (Western Ontario and McMaster University) и опроснику EQ-5D.

Результаты: При распределении пациентов на группы отсутствовали статистически значимые различия по возрасту и полу. Через 2 недели лечения в первой группе отмечается снижение показателей болевого синдрома по ВАШ (внутригрупповой анализ: до лечения $52,6\pm 11,3$ мм, после $32,3\pm 9,1$ мм, $p=0,017$; межгрупповое сравнение после терапии $32,3\pm 9,1$ мм против $46,8\pm 13,6$ мм, $p=0,0002$). Кроме того, наблюдалось значительное улучшение функциональных способностей: индекс WOMAC снизился в 1 группе с $1152,3\pm 359,5$ до $812,1\pm 302,5$, $p=0,00016$; при межгрупповом анализе $812,1\pm 302,5$ против $962,3\pm 239,3$ $p=0,034$). Также отмечено улучшение качества жизни согласно опроснику EQ-5D с $63,3\pm 9,2$ до $87,3\pm 10,1$, $p<0,001$ при межгрупповом анализе $87,3\pm 10,1$ против $69,4\pm 13,9$ $p<0,001$.

Выводы: Комплексные программы медицинской реабилитации демонстрируют клинически значимый эффект у пациентов с остеоартритом: снижение болевого синдрома, улучшение функциональ-

ной активности и качества жизни. Результаты подчёркивают необходимость мультидисциплинарного взаимодействия специалистов при разработке индивидуальных программ медицинской реабилитации. Для подтверждения надёжности достигнутых результатов и оценки эффективности реабилитации в отдалённом периоде запланировано увеличение объёма выборки в последующих этапах исследования.

ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РИСК РАЗВИТИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА (ПТСР)

Бикбаева К. Р.¹, Павличенко А. В.², Спикина А. А.², Мохова Ю. С.³, Смирнова Д. А.²

¹Самарский Институт психического здоровья, Медицинский Университет «Реавиз», г. Самара, Россия;

²Институт психического здоровья, Университет «Реавиз», г. Санкт-Петербург, Россия;

³СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. В связи с ростом распространённости посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) особое внимание уделяется поиску генетических маркёров, которые могут быть связаны с риском развития данного заболевания. В патогенезе клинических проявлений ПТСР задействованы определённые морфологические субстраты головного мозга: в частности, зона СА3 гиппокампа, миндалина, гипоталамус, префронтальная кора и др. [Guzowski et al., 2004]. Нейробиологические изменения, формирующиеся при развитии ПТСР, являются результатом ген-средовых взаимодействий [Afifi et al., 2010]. Такие гены, как FKBP5 (вовлечен в нейроэндокринную регуляцию) и CRHR1 (рецептор кортиколиберина) экспрессируются в вышеуказанных областях головного мозга [Zhang et al., 2017]. Однонуклеотидные варианты (ОНВ) данных генов, их эпистазис и взаимодействие со средовыми факторами могут влиять на формирование предрасположенности к развитию ПТСР.

Цель, материалы и методы исследования. Целью работы явилась оценка генетических основ и средовых факторов (ОНВ в генах), ассоциированных с риском развития ПТСР, на основании данных исследований. Проведён поиск научных работ по ключевым словам в базе данных PubMed, связанных с генетикой ПТСР, период с 2018 г.

Результаты. Наиболее значимыми ОНВ в генах нейроэндокринной оси являются FKBP5 (rs9470080) и CRHR1 (rs1724402) (Гайдук и соавт., 2024). В исследовании Zhang и соавт. (2020) выявлено, что минорная аллель А полиморфизма rs2267715 в CRHR2 коррелирует с более тяжелым течением ПТСР ($p < 0.01$), а также выявлен эпистаз ОНВ FKBP5-CRHR1 (rs9470080×rs4458044), усиливающий тяжесть течения ПТСР у мужчин ($p < 0.05$). Voscario и соавт. (2022), обнаружили значимую связь FKBP5 (rs16969968) с развитием ПТСР ($p < 0.05$). Hu и соавт. (2020) показали, что у лиц, подвергшихся физическому насилию в детстве и несущих две минорные аллели FKBP5 (rs9296158, rs3800373, rs1360780 и rs9470080), выраженность симптомов ПТСР сильнее. Li и соавт. (2019), исследовав четыре известных ОНВ гена FKBP5 ($n=1140$), обнаружили, что генотип rs9470080 ТТ связан с увеличением риска развития ПТСР и депрессии после стрессовых событий низкой интенсивности ($p < 0.05$). В работе Wang и соавт. (2021) ($n=1132$, после землетрясения) обнаружен эпистаз ADCYAP1R1-FKBP5 (rs2267735×rs1360780), влияющий на тяжесть клинической картины ПТСР ($p < 0.05$). Эпистаз ADCYAP1R1-CRHR1 (rs2267735×rs242924) определяет более тяжелое течение ПТСР у мужчин ($p < 0.05$).

Выводы. ОНВ FKBP5 (rs9470080) и CRHR1 (rs1724402), являются ключевыми факторами биологической предрасположенности к ПТСР. Эпистаз генов FKBP5 и CRHR1, а также ADCYAP1R1 и FKBP5, CRHR1 модулируют выраженность симптоматики. Генетическая предрасположенность реализуется в клинически значимый фенотип ПТСР при наличии определённых средовых факторов, что создаёт основу для разработки таргетных профилактических и терапевтических стратегий.

ПЕРВИЧНЫЕ И ВТОРИЧНЫЕ ЦЕФАЛГИИ У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Валиев В. С.

ГБУЗ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн», г. Уфа, Россия

Актуальным в настоящее время вопросом является оказание помощи лицам молодого возраста, участвовавшим в боевых действиях. Их количество в России растет, а головные боли среди этой категории больных выходят на первое место как фактор, снижающий качество жизни самих пациентов и членов их семей. Жалобы на хроническую головную боль и головокружение являются основными у ветеранов, перенесших минно-взрывную закрытую черепно-мозговую травму (ЗЧМТ). Это обусловлено повреждающими факторами взрыва (ударной волны) на структуры центральной нервной системы и ЛОР-органов, а также психоэмоциональным стрессом боевой обстановки [1, 2, 3].

Согласно Международной классификации головных болей [4], головную боль подразделяют на первичную и вторичную. И та и другая наблюдается у пациентов — ветеранов боевых действий [5].

Несмотря на то, что влияние головных болей на военнослужащих является значительным, опубликованных исследований о распространенности расстройств, связанных с головной болью, среди военнослужащих, проходящих действительную службу, по-прежнему недостаточно [7].

Таким образом, современные инструменты анализа данных позволяют учесть информацию неврологических, психологических тестах для дополнения алгоритмов оказания медицинской помощи у ветеранов боевых действий страдающих цефалгиями, перенесших черепно-мозговую травму.

Цель исследования — Провести анализ клинической картины заболевания у ветеранов боевых действий с первичными и вторичными цефалгиями с использованием неврологических, психометрических тестов для дополнения алгоритмов оказания медицинской помощи данной группе пациентов.

Материалы и методы. В исследование было включено 56 пациентов ветераны боевых действий, участвовавшие в боевых действиях в Афганистане, Чечне, СВО с посттравматической энцефалопатией, страдающие головными болями.

Были сформированы 2 группы ветеранов боевых действий больных Посттравматической энцефалопатией.

В первую группу вошли 28 ветеранов войн с впервые установленным диагнозом: Посттравматическая энцефалопатия с цефалгическим синдромом, находящиеся на стационарном лечении в отделении неврологии ГБУЗ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн» (средний возраст $34,6 \pm 1,5$ года). В исследование были включены пациенты в возрасте от 27–50 лет мужского пола, медиана возраста данной группы пациентов составила $34,6 \pm 1,5$ года. Длительность заболевания данной группы пациентов составила 6 [1; 12] месяцев.

Вторую группу составили 28 ветеранов боевых действий мужского пола с ранее установленным диагнозом: Посттравматическая энцефалопатия с цефалгическим синдромом, получающих очередное плановое лечение в неврологическом отделении ГБУЗ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн». Медиана возраста больных составила 50,4 года $\pm 1,7$ лет. Продолжительность заболевания составила 5 [1; 7] лет.

Всем пациентам проводилось неврологическое обследование по международным стандартам, анализировались амнестические данные пациента с уточнением информации о перенесенных ранее заболеваниях, развитии настоящего заболевания и анамнеза жизни.

Так же было проведено комплексное нейропсихологическое обследование с помощью Таблицы Шульте, Шкалы тревоги и депрессии (HADS), Шкалы градации степени тяжести усталости (fatigue severity scale), Индекса «Влияние головной боли»: индекс ВГБ (НПТ-6).

Результаты. Клиника неврологических нарушений характеризовалась полиморфизмом, ведущим синдромом являлся цефалгический, который наблюдался в 100 % случаев, и имел характер головной боли напряжения, однако не сопровождалась тошнотой, рвотой и усиливалась на фоне физической и психоэмоциональной активности.

По результатам когнитивного тестирования у пациентов обеих групп наблюдалось характерное изменение большинства исследуемых когнитивных шкал. Значимые различия результатов статистической обработки данных нейропсихологического анализа показали связь выраженного влияния цефалгии и когнитивных нарушений с полученной черепно-мозговой травмой в недавнем времени: По данным

таблицы Шульте в 1 исследуемой группе снижение концентрации внимания в 1,6 раз, снижение устойчивости внимания в 6 раз выше, чем во 2 группе ($p=0,027$); госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии (HADS) Клинически выраженная тревога пациентов 1 группы в 1,692 раза превышает 2 группу исследуемых ($p<0,001$); Шкалы градации степени тяжести усталости (fatigue severity scale) в 1,1 раз выше у 1 группы ($p=0,035$); Индекса «Влияние головной боли» в 1,381 раз выше у 1 группы ($p<0,005$).

Заключение.

- Определение методов исследования: Таблицы Шульте, Шкалы тревоги и депрессии (HADS), Шкалы градации степени тяжести усталости (fatigue severity scale), Индекса «Влияние головной боли»: индекс ВГБ (НПТ-6) представляется информативным в отношении рекомендаций по дальнейшей тактике ведения пациентов ветеранов боевых действий страдающих первичными и вторичными цефалгиями, перенесших черепно-мозговую травму.
- Пациенты — участники боевых действий представляют сложный для курации контингент и требуют тщательного и персонифицированного подхода и учета психологических особенностей при формировании лечебно-реабилитационных программ

Список литературы / References

1. Мякотных В.С. Патология нервной системы у ветеранов современных военных конфликтов. — Екатеринбург: Издательство Уральской государственной медицинской академии, 2009. — 324с.
2. Kozminski M. Combat-related posttraumatic headache: diagnosis, mechanisms of injury, and challenges to treatment. The Journal of American Osteopathic Association 2010; 110: 9:514–519.
3. Halbauer J.D., Ashford J. W., Zeitzer J. M. et al. Neuropsychiatric diagnosis and management of chronic sequelae of war-related mild to moderate traumatic brain injury. Journal of Rehabilitation Research and Development 2009; 46: 6:757–796.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders? 3rd edition // Cephalgia 2018? Vol. 38(1) 1–211.
5. Ахмадеева Л.Р., Валиев В.С., Парсамян Р.Р. и др. Цефалгия у ветеранов боевых действий, перенесших черепно-мозговую травму. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (38): 12–16

НОВЫЙ МЕТОД ЗАКРЫТОГО СИНУС-ЛИФТИНГА С ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ 3D-НАВИГАЦИИ И МАТЕРИАЛА «ЛитАр»

Воронцов В.Л.

ЧУОО ВО Медицинский университет «Реавиз», г. Самара, Россия

Аннотация. Восстановление костной ткани в боковых отделах верхней челюсти остается сложной задачей из-за анатомической вариабельности и низкой васкуляризации. В работе представлен клинический случай применения нового метода закрытого синус-лифтинга, сочетающего цифровое планирование, навигационные шаблоны и остеопластический материал «ЛитАр». Предложенный подход позволил добиться двукратного увеличения высоты кости и высокой первичной стабильности имплантата.

Ключевые слова: синус-лифтинг; дентальная имплантация; 3D-навигация; хирургический шаблон; материал «ЛитАр»; ангиогенез.

Дефицит костной ткани в боковом отделе верхней челюсти диагностируется у большинства пациентов старше 40 лет, что делает невозможной установку имплантатов без предварительной костной пластики. «Золотым стандартом» является синус-лифтинг, однако его эффективность ограничена риском перфорации мембраны Шнайдера (до 25–30%) и недостаточной васкуляризацией области, замедляющей остеогенез [1, 3]. Перспективным направлением является использование материалов, стимулирующих ангиогенез, в сочетании с цифровыми технологиями для повышения точности вмешательства.

Цель исследования: разработать и апробировать метод закрытого синус-лифтинга с одномоментной дентальной имплантацией, основанный на цифровом планировании, навигационной хирургии и применении материала «ЛитАр» для стимуляции ангиогенеза.

Материал и методы. В клинический протокол включен пациент Л., 53 лет, с вторичной адентией зуба 1.6 и высотой костной ткани 4,5 мм. На этапе планирования проведено сопоставление данных конусно-лучевой компьютерной томографии и интраорального сканирования. Создана виртуальная 3D-модель, спроектированы и напечатаны два навигационных хирургических шаблона: для доступа

к мембране синуса и для установки имплантата. В ходе операции через шаблон с использованием фрезы со стоппером (Патент № 2857013) сформирован доступ к мембране, проведена ее транспозиция. В сформированное пространство введен коллаген-апатитовый имплантат «ЛитАр», после чего через второй шаблон установлен дентальный имплантат.

Результаты исследования. Первичная стабильность имплантата составила 35 Н/см² (ISQ 79). Через 6 месяцев контрольная томография показала увеличение высоты костной ткани до 9,0 мм, что означает двукратный прирост объема. Показатель стабильности имплантата повысился до ISQ 92, что свидетельствует об успешной остеоинтеграции. Через 1 год после протезирования коронкой из ZrO₂ отмечена функциональная стабильность конструкции и отсутствие жалоб пациента.

Заключение. Разработанный метод, включающий этапы цифрового планирования, навигационной хирургии и применения материала «ЛитАр», продемонстрировал клиническую эффективность. Использование 3D-шаблонов минимизирует риск перфорации мембраны, а стимуляция ангиогенеза материалом «ЛитАр» биологически обосновывает метод и позволяет преодолеть ограничения регенерации в области верхнечелюстного синуса, обеспечивая прогнозируемое восстановление костной ткани.

Литература:

1. Цициашвили А. М., Панин А. М., Лепилин А. В. и др. Хирургическое лечение пациентов с использованием имплантатов при частичном отсутствии зубов в условиях дефицита костной ткани // *Стоматология*. — 2019. — Т. 98, № 1. — С. 30–33.
2. Литвинов С. Д., Леонтьев В. К., Марков И. И. и др. Современные тенденции в биоматериаловедении и полимер-солевой имплантат «ЛитАр» // *Вестник медицинского института «Реавиз»*. — 2017. — № 5 (29). — С. 11–38.
3. Díaz-Olivares L. A., Cortés-Bretón Brinkmann J., Martínez-Rodríguez N. et al. Management of Schneiderian membrane perforations during maxillary sinus floor augmentation // *Int J Implant Dent*. — 2021. — Vol. 7, № 1. — P. 91.

БЕЗОПАСНАЯ БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА ДЛЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Гаврильчук Е. М.

СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия

Введение: Проект направлен на обеспечение безопасности пожилых пациентов в периоперационном периоде, учитывая возрастные и когнитивные особенности. Изучаются методы оценки когнитивного состояния и предотвращения гипотермии для снижения рисков послеоперационных осложнений. Цель — разработка рекомендаций и внедрение их в клиническую практику для улучшения качества ухода и результатов лечения.

Цель работы: Создание и внедрение стандартов безопасной больничной среды для геронтологических пациентов в периоперационном периоде с целью снижения риска послеоперационного делирия и других осложнений, а также внедрить в учреждении протокол ускоренного восстановления ERAS.

Освещаемая проблема: Геронтологические пациенты имеют повышенный риск развития послеоперационного делирия и других осложнений из-за когнитивных нарушений в силу возрастных особенностей, так же они более подвержены возникновению интраоперационной гипотермии; отсутствие четких протоколов создает угрозу безопасности этих пациентов в медучреждениях.

Актуальность проблемы: Внедрение рекомендаций может снизить послеоперационный делирий и острые нарушения сознания, сократить срок госпитализации на 15–20%. Оптимизация ухода должна уменьшить дыхательные и легочные осложнения. Психосоциальная поддержка возможно снизит тревожность, улучшив восстановление. Стандартизация ухода призвана повысить качество и безопасность лечения пожилых пациентов.

Задачи: 1. Изучить существующие методы скрининга когнитивных нарушений у пожилых пациентов. 2. Разработать рекомендации по использованию теста оценки когнитивных функций Mini-cog в предоперационном периоде. 3. Определить параметры контроля температуры тела и методы предотвращения гипотермии у пожилых пациентов. 4. Создать памятки и обучающие материалы для медицинского персонала. 5. Провести пилотное внедрение разработанных рекомендаций в госпитале. 6. Оценить эффективность мероприятия и подготовить отчет.

Методы: Для безопасного ухода за геронтологическими пациентами в периоперационном периоде необходимо: системный скрининг когнитивных функций, правильное укладывание после операции, постоянный контроль и наблюдение, организация комфортного режима сна и адаптированная коммуникация. Особое внимание уделяется контролю температуры и профилактике осложнений. Эти меры обеспечивают эффективность ухода и снижение рисков.

Заключение: Проект выявил ключевые факторы безопасности геронтологических пациентов в периоперационный период. Внедрение теста оценки когнитивных нарушений для скрининга, контроль температуры снизили риски послеоперационного делирия и гипотермии. Разработаны рекомендации по уходу и намечена программа обучения специалистов, что призвано улучшить клинические показатели и качество помощи. Включение данных методов в стандарт предоперационной оценки может обеспечить индивидуализацию ухода и снизить риски осложнений, связанных с когнитивным дефицитом, а также минимизирует стрессовое воздействие хирургического лечения данной группы пациентов на всех этапах периоперационного периода.

Библиография:

1. Published: 11 Mai 2025 [Электронный ресурс] // airhab.ru — Режим доступа: <https://airhab.ru/wp-content/uploads/2025/06/особенности-в-гериатрической-анестезиологии.pdf>, свободный.
2. Глава 3. Методические рекомендации по обеспечению качества... [Электронный ресурс] // asmu.ru — Режим доступа: <https://asmu.ru/upload/iblock/a5e/vkr-tropina.pdf>, свободный.
3. Мониторинг температуры и терморегуляция в периоперационном... [Электронный ресурс] // www.critical.ru — Режим доступа: https://www.critical.ru/actual/anest/temp_monitor_2.htm
4. Опросник оценки когнитивных функций (Mini-Cog) [Электронный ресурс] // cmrvsm.ru — Режим доступа: <https://cmrvsm.ru/wp-content/uploads/2024/12/oprosnik-otsenki-kognitivnyh-funktsij-mini-cog.pdf>
5. ERAS протокол-время пересмотреть взгляды. (Электронный ресурс) // Режим доступа: https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14_iss6/a17
6. Периоперационное ведение пациентов пожилого и старческого... [Электронный ресурс] // intensive-care.ru — Режим доступа: <https://intensive-care.ru/wp-content/uploads/2022/07/01.pdf>
7. СЕСТРИНСКИЙ УХОД [Электронный ресурс] // www.informio.ru — Режим доступа: https://www.informio.ru/files/main/documents/2021/11/su_v_geriatrii.pdf

АНАЛИЗ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОЖОГАХ ПИЩЕВОДА

Гавщук М. В.¹, Бойков А. А.², Ельчинская Л. Э.², Павелец М. К.¹

¹ ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия;

² СПб ГБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи», г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Химические ожоги пищевода опасны как в остром, так и в отдаленном периоде, для которого характерно развитие стриктур пищевода и увеличение риска развития онкологической патологии, что требует пожизненной активной диспансеризации и лечебных мероприятий по необходимости. Скорая медицинская помощь является первым этапом оказания медицинской помощи и от ее эффективности зависят результаты оказания помощи больным с химическими ожогами пищевода в целом.

Цель исследования. Анализировать организацию скорой медицинской помощи при химических ожогах пищевода.

Материалы и методы. Выполнен анализ случаев оказания скорой медицинской помощи в Санкт-Петербурге за 2025 год по данным информационной системы Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская станция скорой медицинской помощи».

Результаты. В 2025 году при оказании скорой медицинской помощи химический ожог пищевода был диагностирован в 79 случаях. Среди пострадавших было 23 (29,1%) детей до 18 лет и 56 (70,9%) взрослых.

Пострадавшие дети находились в возрасте от 0,6 до 16 лет, Ме 2,25 (Q1-Q3: 1,53–6,0) лет. Среди детей 5 (21,7%) мальчиков и 18 (78,3%) девочек, статистически значимой разницы в возрасте при проверке с помощью U-критерия Манна-Уитни не выявлено ($p > 0,05$). В 21 (91,3%) случае причиной ожога был недосмотр за ребенком, в 1 (4,3%) случае — неосторожность подростка при приготовлении пищи и в 1 (4,3%) случае — суицидальная попытка. Реагентом в 11 (47,8%) случаях были препараты бытовой химии, в 4 (17,4%) — разгрызенные батарейки, в 4 (17,4%) — столовый уксус, в 2 (8,7%) — 3% раствор

перекиси водорода, в 2 (8,7%) — растворитель и смесь для розжига огня. Время прибытия бригады СМП к пациенту после приема вызова составило от 7 до 20 минут, среднее — $15 \pm 3,8$ минут. После оказания первой медицинской помощи 22 (95,7%) доставлены в СПбГБУЗ «Детская городская больница № 5 им. Нила Федоровича Филатова», в 1 (4,3%) случаев родители отказались от госпитализации в связи с удовлетворительным состоянием ребенка и отсутствием клинических проявлений патологии.

Взрослые пострадавшие были в возрасте от 19 до 94 лет, Ме 40,5 (Q1-Q3: 30,75–67,75) лет. В этой когорте было 29 (51,8%) мужчин в возрасте: Ме 37,0 (Q1-Q3: 28,0–58,0) лет и 27 (48,2%) женщин в возрасте: Ме 62,0 (Q1-Q3: 36,0–82,0) лет, разница в возрасте статистически значима ($p < 0,05$). Среднее время приезда скорой помощи к пострадавшему составило $14,0 \pm 5,63$ минуты. Наиболее частыми реагентами были уксусная кислота в различных разведениях — 11 (19,6%) случаев, бытовая химия (моющие, отбеливающие средства и их концентраты, средства для устранения засоров труб и т.п.) — 21 (37,5%) случаев, растворители и обезжириватели — 11 (19,6%) случаев. В большинстве (85,7%) случаев травма получена по неосторожности, в 6 (10,7%) случаях травму получили люди с диагностированной ранее деменцией по недосмотру, в 2 (3,6%) случаях выявлена суицидальная попытка. Большинство (98,2%) доставлены в городские стационары, 1 (1,8%) пациент от госпитализации отказался из-за удовлетворительного состояния и отсутствия клинических проявлений.

Заключение. Скорая медицинская помощь при химических ожогах пищевода оказывается эффективно. С учетом редкости патологии и высокого риска негативных отдаленных последствий целесообразно создать специализированные центры для лечения и диспансерного наблюдения этой группы пациентов на базе медицинских организаций, имеющих соответствующий опыт и материально-техническую базу.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ БРОНХООБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Герасименко О. Н.^{1,2}, Зими́на Ю. Д.^{1,2}, Толмачева А. А.^{1,2}, Маркова Я. Р.²

¹ ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск, Россия; ² ГБУЗ НСО «Новосибирский областной клинический госпиталь ветеранов войн № 3», г. Новосибирск, Россия

Актуальность. Сочетанная патология бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) ассоциирована с более тяжелым течением, частыми обострениями, быстрым снижением функции внешнего дыхания и крайне низким качеством жизни. В связи с этим, поиск эффективных и безопасных методов медицинской реабилитации (МР), способных улучшить функциональное состояние и психоэмоциональный фон таких больных, является актуальной задачей.

Цель. Продемонстрировать клинический опыт проведения курса комплексной МР у пациента с тяжелой неконтролируемой БА, крайне тяжелой ХОБЛ.

Результаты. Пациент Л., 60 лет, участник специальной военной операции поступил в стационарное отделение медицинской реабилитации ГБУЗ НСО «Новосибирский областной клинический госпиталь ветеранов войн № 3» с жалобами на постоянную одышку смешанного характера, возникающую при минимальной физической нагрузке, выраженную общую слабость, значительное снижение толерантности к физической нагрузке, приступы удушья частотой до 2–3 раз в сутки, а также дистанционные хрипы. Их анамнеза: в период участия в боевых действиях пациент перенес тяжелую двустороннюю пневмонию, после перенесенного заболевания впервые отмечено прогрессирующее ухудшение дыхательной функции, появление одышки, приступов удушья, потребовавших регулярной бронхолитической и противовоспалительной терапии. При динамическом обследовании верифицирован фенотип АСО. Клинический диагноз при поступлении: АСО: бронхиальная астма, эндогенная, тяжелая персистирующая, неконтролируемая, с фиксированной обструкцией дыхательных путей; ХОБЛ 4 стадии (ОФВ1–25% от должного), крайне тяжелой степени тяжести, группа Е (многочисленные обострения в анамнезе), показатель mMRC — 3 балла, САТ — 27 баллов, хроническая дыхательная недостаточность (ХДН) 2 степени. Специалистами мультидисциплинарной бригады была разработана индивидуальная 14-дневная программа МР которая включала: коррекцию базовой медикаментозной терапии; лечебную физкультуру (групповые и индивидуальные занятия с инструктором, дыхательную

гимнастику, тренировки на велотренажере и стабиллоплатформе); коррекцию психосоматического состояния (индивидуальная работа с психологом, занятия на аппаратно-программном комплексе); обучение в школе здоровья. По завершении курса МР зафиксирована положительная динамика: повышение толерантности к физической нагрузке, регресс выраженности одышки, полное купирование приступов удушья и дистанционных хрипов, стабилизация психоэмоционального фона и улучшение качества жизни по субъективной оценке пациента. Объективно динамика подтверждена реабилитационными шкалами (значения при поступлении / при выписке): шкала реабилитационной маршрутизации — 5 / 4 баллов; тест 6-минутной ходьбы (Т6МХ) — 215 м / 370 м; шкала HADS (тревога/депрессия) — 9 / 5 и 6 / 2 баллов; mMRC (одышка) — 3 / 2 балла; CAT (оценка симптомов ХОБЛ) — 27 / 13 баллов, соответственно.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует целесообразность активного включения пациентов с тяжелой сочетанной патологией легких и низким ОФВ1 в программы медицинской реабилитации, а также необходимость дальнейших исследований по оптимизации реабилитационных подходов в данной клинической группе.

ИНФАРКТ МИОКАРДА И КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА — УЧАСТНИКА БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

*Герасименко О. Н.^{1,2}, Толмачева А. А.^{1,2}, Зимица Ю. Д.^{1,2},
Соловьева В. И.¹, Марачкова Д. О.¹*

*¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Новосибирск, Россия; ²ГБУЗ НСО «Новосибирский областной клинический госпиталь ветеранов
войн № 3», г. Новосибирск, Россия*

Актуальность. Острый инфаркт миокарда (ОИМ) традиционно считается патологией лиц пожилого и старческого возраста, однако в последнее время наблюдается тенденция к росту заболеваемости ОИМ среди лиц молодого возраста (18–44 лет по классификации ВОЗ). Появление новой когорты пациентов — ветеранов боевых действий — формирует уникальную клиническую проблему, т.к. современные шкалы сердечно-сосудистого риска не учитывают фактор стресса военных действий, который может послужить триггером к развитию ССЗ в более раннем возрасте. У пациентов молодого возраста, перенесших ОИМ, существенное значение приобретает комплексная медицинская реабилитация, направленная на восстановление клинико-функциональных показателей, снижение риска инвалидизации, повышение качества жизни, уменьшению социально-экономического ущерба.

Цель. Представить клиническое наблюдение пациента молодого возраста — участника боевых действий с инфарктом миокарда и коморбидной патологией.

Результаты. Пациент М., 36 лет, поступил в стационарное отделение медицинской реабилитации ГБУЗ НСО «Новосибирский областной клинический госпиталь ветеранов войн № 3» с жалобами на одышку смешанного характера, возникающую при привычных физических нагрузках, снижение толерантности к физической нагрузке, головную боль на фоне повышения АД до 200/100 мм. рт.ст. Клинический диагноз при поступлении: ИБС: Стенокардия напряжения, ФК II. ПИКС (Острый Q-негативный инфаркт миокарда нижней стенки ЛЖ неизвестной давности). Гипертоническая болезнь III стадия. Целевой уровень АД не достигнут. Риск 4. Дислипидемия, 2б. ГЛЖ. НАЖБП. Атеросклероз БЦА, гемодинамически незначимый. Сахарный диабет 2 тип, целевой уровень HbA1c менее 6,5% (фактический HbA1c 6,3% от 26.02.2026). ХСН I стадии с сохраненной ФВ (ФВ ЛЖ 56% от 02.203.2026), ФК II (NYHA). Согласно данным анамнеза, до участия в военных действиях пациент работал водителем, регулярно проходил ежегодные медицинские осмотры, при этом из сердечно-сосудистых факторов риска в анамнезе присутствовали ожирение I степени, табакокурение, наследственная предрасположенность. Дополнительное воздействие повышенных физических и психоэмоциональных нагрузок в условиях боевых действий у данного пациента способствовало развитию коморбидной патологии (ОИМ, ГБ, сахарный диабет, ХСН). В отделении реабилитации специалистами МДРК была разработана индивидуальная программа медицинской реабилитации (ИПМР), направленная на увеличение толерантности к физической нагрузке и улучшения качества жизни пациента, которая включала в себя: физическую реабилитацию, коррекцию психосоматического состояния (индивидуальные и группо-

вые занятия с психологом), диетотерапию, обучающий аспект (школы здоровья) и коррекцию базовой медикаментозной терапии. Положительные результаты реабилитации нашли объективное отражение в реабилитационных шкалах: ШРМ — 4 баллов / 3 балла, тест 6-минутной ходьбой — 290 м / 420 м, шкала тревоги и депрессии (HADS) — 8/8 баллов и 5/4 балла, качество жизни по шкале EQ-5D 65/80 баллов при поступлении и выписке, соответственно. Также на момент выписки пациента удалось добиться стабилизации артериального давления на уровне 130–140/70–80 мм.рт.ст.

Заключение. Представленный клинический случай подтверждает роль хронического боевого стресса как триггера раннего дебюта сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), что обосновывает отнесение ветеранов боевых действий к группе высокого риска развития ранних ССЗ. Эффективность проведенной реабилитации свидетельствует о необходимости комплексной кардиореабилитации у пациентов после ОИМ для улучшения клинических и психологических показателей.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРОМБОФИЛИИ У МОЛОДОЙ ПАЦИЕНТКИ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ПРИЧИНАМИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ

Голан Э. К.

СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Причинами развития инсульта у молодых пациентов могут быть самые различные состояния, часть из которых встречается довольно редко. Тромбофилия является одной из вероятных и немаловажных причин развития инсульта у пациентов молодого возраста. Сочетание наличия у пациента тромбофилии в диагнозе и других различных факторов риска, приводит к увеличению вероятности развития инсульта.

Цель. Представить клиническое наблюдение развития ишемического инсульта (ИИ) у пациентки с наследственной тромбофилией и другими возможными факторами риска, и обсудить особенности диагностического поиска.

Клинический случай. Пациентка М., 33 г. доставлена в приемное отделение с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Жалоб не предъявляет из-за речевых нарушений. Известно, что длительное время страдает сахарным диабетом, хроническим пиелонефритом. Утром после сна отметила нарушение речи, отсутствие движений в правых конечностях.

В неврологическом статусе: сознание ясное. Контакт с больной резко затруднен, в виду сенсомоторной афазии. Правосторонний центральный прозопарез. Глубокий правосторонний гемипарез до 2б.

Проведена компьютерная томография (КТ) головного мозга с ангиографией сосудов, с диагнозом: ИИ в левой средней мозговой артерии (лСМА), тромб в левой внутренней сонной (лВСА) и наружной сонной артерии. Врачебным консилиумом принято решение о проведении тромбэмболэктомии по экстренным показаниям.

В анализах крови уровень гемоглобина — 90 г/л, глюкозы — 13,9 ммоль/л, креатинин 202 мкмоль/л. Антинейтрофильные антиплазматические антитела (АНЦА), антифосфолипидные антитела — отрицательные. Исследования уровня гомоцистеина — 15,37 мкмоль/л (при норме 4,14–13,56 мкмоль/л). Молекулярно-генетическое исследование крови на полиморфизм генов факторов свертывания крови выявил наличие тромбофилии, ассоциированной с полиморфизмом генов F2, PAI — 1.

Пациенту был выполнен дуплекс брахиоцефальных артерий: на уровне бифуркации общей сонной артерии, неокклюзирующий тромбоз лВСА 75–80%. КТ органов грудной клетки: КТ-картина тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). КТ органов брюшной полости: КТ-картина воспалительных изменений в обеих почках (острый апостематозный пиелонефрит). На эхокардиографии в полости правого предсердия (ПП) визуализируется образование, фиксированное к стенке ПП — Фиброэластома?. Магнитно-резонансно томография головного мозга: мультифокальное ОНМК по ишемическому типу в бассейнах лСМА и вертебробазилярном бассейне (ВББ).

Результаты и обсуждения. С учетом комплекса полученных диагностических результатов, позволяет нам подтвердить диагноз: Ишемический инсульт (криптогенный подтип по TOAST) в бассейнах лСМА, ВББ от 20.02.2025 г. Тромбофилия, ассоциированная с полиморфизмом генов F2, PAI — 1. Гипергомоцистеинемия. Образование правого предсердия (фибраэластома), тромб? ТЭЛА сегментарных

и субсегментарных ветвей. Тромбэмболэктомия из общей, внутренней сонной артерии слева. Острый пиелонефрит тяжелого течения. Сахарный диабет 1 типа.

Выводы: Таким образом данный клинический случай указывает на то, что факторы риска и причины ишемического инсульта у относительно молодых пациентов значительно отличается от таковых в старших возрастных группах, распознавание которых существенно затрудняет своевременную постановку диагноза. Необходимо тщательное обследование пациентов молодого возраста с ишемическим инсультом, исключая, прежде всего, различные варианты тромбофилии как одного из этиологических факторов.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС И ПРИРАВНЕННЫХ К НИМ ЛИЦ

*Горбунова А. М.^{1,2}, Герасименко О. Н.^{1,2}, Толмачева А. А.^{1,2},
Знахаренко Е. А.^{1,2}, Зимица Ю. Д.^{1,2}*

*¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Новосибирск, Россия; ²ГБУЗ НСО «Новосибирский областной клинический госпиталь ветеранов
войн № 3», г. Новосибирск, Россия*

Введение. В настоящее время заболевания сердечно-сосудистой системы остаются одной из наиболее актуальных проблем для мирового медицинского сообщества, включая Россию. Это связано с высокой распространённостью, частым возникновением в молодом возрасте, склонностью к осложнённому течению и увеличением числа летальных исходов, несмотря на достижения в диагностике и лечении. Особую опасность представляют желудочковые аритмии, которые часто развиваются на фоне ишемической болезни сердца и могут приводить к внезапной сердечной смерти. Важную роль в развитии сердечно-сосудистых заболеваний играют внешние факторы, среди которых особое значение имеет ионизирующее излучение.

Цель. Оценить наличие симптомов, которые могут быть проявлением желудочковых нарушений ритма, у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС и приравненных к ним лиц в отдаленные сроки наблюдения для разработки мероприятий, способных предотвратить развитие грозных осложнений.

Материалы и методы. Группу наблюдения составили 205 участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС и приравненных к ним лиц в возрасте 60–85 лет, наблюдавшихся у главного радиолога Минздрава Новосибирской области.

Результаты. В исследуемой когорте чаще всего регистрировалась ишемическая болезнь сердца — в 109 случаях (53,2%). У лиц этой группы отмечена высокая частота астенического синдрома с выраженной утомляемостью (84,4%), слабостью (77,3%), и вегетативными нарушениями в виде потливости и тахикардии (30,7%). В то же время в результате комплексного физикально-инструментального обследования желудочковая аритмия в форме желудочковой тахикардии диагностирована в 38% случаев, экстрасистолии — в 30,2%

Заключение. У ликвидаторов Чернобыльской аварии и лиц, приравненных к ним, страдающих ишемической болезнью сердца, в отдалённом периоде чаще встречаются неспецифические симптомы — утомляемость, слабость, потливость. Это может затруднять своевременное выявление желудочковых аритмий, повышая риск тяжёлых осложнений и летальных исходов. Необходимо учитывать эти особенности течения болезни для ранней диагностики и профилактики осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕСФОРМИРОВАННЫХ БОКОВЫХ СВИЩЕЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Городецкий Е. Б.¹, Капитанова К. В.², Левчик Е. Ю.^{2,3}

¹ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1», г. Екатеринбург, Россия;

²ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ г. Екатеринбург, Россия;

³ГАУЗ СО «Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн», г. Екатеринбург, Россия

Частота возникновения кишечных свищей, после операций на органах брюшной полости, составляет 1–2%. Из них, пациенты с наружными свищами двенадцатиперстной кишки составляют 3,4–33%. Травма двенадцатиперстной кишки (ДПК), в структуре повреждений органов брюшной полости, составляет всего около 1,2%, и не превышает 10,0% всех травм органов пищеварения. При развитии инфекционных осложнений, летальность пациентов достигает 100% (Каншин Н. Н., 2007; Левчик Е. Ю. и соавт., 2024).

Задачей работы было изучение исходов лечения пациентов с боковыми свищами ДПК послеоперационного (94) и посттравматического (22) происхождения, на основе выявленных ранее прогностических факторов повышения их послеоперационной летальности. В настоящее время нами анализируются результаты лечения 150 больных и пострадавших с несформированными боковыми свищами ДПК.

К факторам, наиболее значимо влиявшим на повышение летальности пациентов, выявляемым при поступлении в стационары 3 уровня, были: 1) распространенные инфекционные осложнения свищей (гнойный и разлитой перитонит, забрюшинная флегмона, и их сочетание); 2) декомпенсированные нарушения функций хотя бы одной из жизненно важных систем организма; 3) поздний (свыше 7 суток) перевод пациентов в специализированное отделение многопрофильного стационара 3 уровня. В процессе лечения (после 20 суток) значимым фактором увеличения летальности становилось сохранение безвозвратных потерь по свищу более 1000,0 в сутки, или сохранение дебита свища 2000,0 и более). Сохранение экстремально большого дебита свищей приводило, несмотря на лечебное питание, к прогрессированию белково-энергетической недостаточности и иммунокатаболической фазе сепсиса, как причине смерти больных.

Всего мужчин в группе было 70 (60%), женщин 46 (40%); в подгруппе посттравматических свищей мужчин 16 (73%), женщин 6 (27%); в подгруппе послеоперационных 54 (57%) мужчины, а 40 (43%) женщин. Средний возраст ($M \pm \delta$) в подгруппе пациентов с послеоперационными свищами составил $54,4 \pm 10,4$ лет, в подгруппе с посттравматическими $31,9 \pm 9$ лет ($p < 0,05$), что было связано с их происхождением.

У 17 (77%) из 22 пациентов с посттравматическими свищами ДПК причиной возникновения были разрывы органа в результате тупых травм живота. У 4 (18%) больных повреждение стенки ДПК произошло в результате ножевого, у 1 (5%) — огнестрельного ранения. Несмотря на разницу в происхождении, как посттравматические (12 (55%) из 22), так и послеоперационные (57 (60%) из 94) фистулы чаще располагались в супрапапиллярном отделе ДПК.

Основной составляющей послеоперационного лечения пациентов с несформированными боковыми свищами ДПК были постоянное активное аспирационное дренирование зоны свища внутренним и/или наружным двухканальным дренажем, и раздельное активное дренирование прилежащей к свищу анатомической области (с разрежением до 0,2 кПА). Необходимым компонентом временного физического и функционального отключения ДПК из контакта с пищевыми массами было создание постоянного питательного тракта (назоеюнальный зонд, подвесная еюностома) для искусственного энтерального питания пациента и сокращения безвозвратных потерь по свищу путем сбора, фильтрации и возврата отделяемого в отводящие от свища отделы кишечника. Обязательными были адекватное хирургическое и консервативное лечение общих и местных осложнений свища ДПК (и осложнений исходного заболевания или травмы!), включая многоэтапные оперативные вмешательства, антибактериальную и противоязвенную терапию, профилактику тромбоэмболических осложнений, другие методы интенсивного лечения, по показаниям — полное, или дополнительное парентеральное питание.

Госпитальная летальность в общей группе составила 45 (38,8%) из 116 больных и пострадавших; среди пациентов со свищами ДПК посттравматического происхождения — 9 (40,9%) из 22, послеоперационного — 36 (38,3%) из 94 ($p > 0,2$). Несмотря на отсутствие статистических различий в частоте

летальных исходов у пациентов с послеоперационным и посттравматическим происхождением несформированных боковых свищей ДПК, частота распространенных инфекционных осложнений была выше при посттравматических. Вероятно, это было обусловлено поздней диагностикой повреждений ДПК при тупых травмах живота мирного времени.

Близкие значения летальности в подгруппах пациентов со свищами ДПК различного происхождения подтвердили возможность использования организационного алгоритма, тактики и техники органосохраняющего лечения несформированных боковых фистул ДПК, в качестве универсальных, как при свищах послеоперационного, так и посттравматического происхождения.

Основным направлением предложенного нами алгоритма является ограничение объемов хирургической помощи пациентам в стационарах общей сети неотложными вмешательствами по поводу инфекционных осложнений свищей ДПК, и их ранняя неотложная госпитализация в стационары 3 уровня медицинской помощи, имеющие достаточный опыт, кадры и материальные ресурсы для лечения этой редкой и тяжелой категории больных и пострадавших.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ: РОЛЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ОСОЗНАННОСТИ В ПРЕОДОЛЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Горчакова Н. М.

*СПб ГБУ ДПО «Центр последипломного образования специалистов медицинского профиля»,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Хронические заболевания представляют собой одну из ведущих проблем современной медицины, оказывая значительное влияние на качество жизни пациентов и систему здравоохранения в целом. Несмотря на достижения фармакотерапии и физиотерапии, устойчивость многих заболеваний к лечению указывает на необходимость учета психосоматических факторов. Психосоматический подход рассматривает человека как целостную систему, в которой психологические процессы тесно связаны с физиологическими. В этом контексте особую роль играет эмоциональная осознанность — способность человека распознавать, понимать и регулировать собственные эмоциональные состояния. Современные исследования подтверждают, что хронический стресс, подавленные эмоции и неосознанные внутренние конфликты могут способствовать развитию и поддержанию соматических нарушений. Среди ключевых механизмов выделяются:

- дисрегуляция вегетативной нервной системы;
- хроническая активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси;
- повышение уровня воспалительных процессов;
- нарушение иммунного ответа.

Эмоциональное подавление, особенно таких чувств, как тревога, гнев или печаль, может приводить к соматизации — процессу, при котором психическое напряжение выражается через телесные симптомы. Это характерно для таких состояний, как гипертония, синдром раздраженного кишечника, хроническая боль и ряд аутоиммунных заболеваний.

Эмоциональная осознанность включает в себя: распознавание собственных эмоций; дифференциацию эмоциональных состояний; понимание причин возникновения эмоций; способность к их экологичному выражению и регуляции. Недостаток эмоциональной осознанности (алекситимия) часто наблюдается у пациентов с психосоматическими расстройствами и связан с ухудшением прогноза заболевания. Такие пациенты испытывают трудности в идентификации эмоций и склонны игнорировать внутренние переживания, что усиливает соматическое напряжение. Развитие эмоциональной осознанности способствует: снижению уровня стресса. Осознание эмоций позволяет своевременно реагировать на стрессовые факторы и предотвращать их накопление. Улучшению саморегуляции. Пациенты учатся управлять эмоциональными реакциями, что стабилизирует физиологические процессы. Повышению комплаентности. Осознанные пациенты лучше соблюдают рекомендации врачей и активнее участвуют в процессе лечения. Снижению симптоматики. Практики осознанности способствуют уменьшению боли, тревожности и депрессивных проявлений. В рамках психосоматической реабилитации используются следующие подходы: майндфулнесс-практики (осознанность): медитации, направленные на наблюдение за текущим опытом без оценки; когнитивно-поведенческая терапия: работа

с автоматическими мыслями и эмоциональными реакциями; телесно-ориентированная терапия: восстановление контакта с телесными ощущениями; эмоционально-фокусированная терапия: углубленная работа с эмоциональным опытом; дневники эмоций: инструмент для развития рефлексии и самонаблюдения. Эффективность данных методов подтверждается снижением уровня тревожности, улучшением физиологических показателей и повышением качества жизни пациентов. Интеграция в медицинскую практику. Для повышения эффективности лечения хронических заболеваний необходимо: включение психологов и психотерапевтов в мультидисциплинарные команды; обучение медицинского персонала основам психосоматического подхода; разработка комплексных реабилитационных программ; индивидуализация терапии с учетом эмоционального профиля пациента. Такой подход способствует переходу от симптоматического лечения к системному восстановлению здоровья. Эмоциональная осознанность является важным фактором психосоматической реабилитации и играет ключевую роль в преодолении хронических заболеваний. Ее развитие позволяет не только снизить выраженность симптомов, но и воздействовать на глубинные механизмы заболевания. Интеграция методов развития эмоциональной осознанности в медицинскую практику открывает новые перспективы для повышения эффективности лечения и улучшения качества жизни пациентов. Дальнейшие исследования в данной области необходимы для уточнения механизмов воздействия и оптимизации терапевтических подходов.

СПЕЦИФИКА РАБОТЫ ЛОГОПЕДА С ПАЦИЕНТАМИ СЕРЕБРЯНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИМИ ОНМК С НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ, В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН

Гришанина И. Н., Луника Н. В.

СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия

Острое нарушение мозгового кровообращения у людей старшего возраста протекает тяжелее, чем у молодых пациентов, и это связано с возрастными изменениями головного мозга и сопутствующими заболеваниями, снижением компенсаторных возможностей организма. Потеря речи — одно из самых тяжёлых последствий инсульта, влияющих на качество жизни как самого пострадавшего, так и его близких людей, а также, влечет за собой снижение мотивации к восстановлению и соответственно, значительно снижает реабилитационный потенциал.

Возрастные изменения у пожилых пациентов часто затрагивают все стороны речевой деятельности (импрессивную и экспрессивную речь), влияют на процесс общения и зависят от преморбидного уровня и состояния здоровья.

Речевые нарушения у пациентов старшего поколения и степень их выраженности вариативны, требуют составление индивидуальной программы восстановительного обучения уже на стационарном этапе.

Эффективность восстановления речи у пожилого человека после инсульта зависит от множества факторов, которые взаимосвязаны и требуют индивидуального подхода:

1. Степень и локализация поражения мозга.
2. Своевременность начала восстановительного обучения.
3. Общее состояние здоровья и наличие сопутствующих заболеваний. Сопутствующие заболевания (сердечно-сосудистые патологии, деменция, атеросклероз, артериальная гипертензия, сахарный диабет, последствия ранее перенесённого инсульта) могут замедлять процесс восстановления.
4. Когнитивные нарушения. Снижение внимания, памяти, интеллекта может негативно влиять на восстановление речевых функций.
5. Возраст. С возрастом мозг становится более уязвимым к повреждениям, а его пластичность снижается, что замедляет восстановление утраченных функций, включая речь.
6. Тип и форма речевого нарушения.
7. Качество и интенсивность реабилитационных мероприятий. Комплексный подход, включающий медикаментозное лечение, логопедические занятия, физиотерапию, когнитивную терапию и психологическую поддержку, значительно повышает эффективность восстановления.
8. Мотивация пациента.
9. Поддержка родственников. Создание благоприятной и поддерживающей среды способствует мотивации пациента и уверенности в своих силах.

Специфика работы логопеда с пожилыми пациентами заключается в учёте индивидуальных особенностей каждого пациента при оценке речевых способностей и определении оптимальных методов коррекции. Особое внимание уделяется общему состоянию здоровья, уровню когнитивных способностей, наличию сопутствующих заболеваний. С возрастом часто возникают проблемы с коммуникацией, которые возникли ещё до инсульта (болезнь Альцгеймера, ухудшение слуха, зрения, а также естественные процессы старения.) Необходимо помнить, что пожилым пациентам, у которых имеются хронические заболевания, требуется более длительная и систематическая работа.

При работе с пожилыми пациентами обращаем внимание на восстановление или поддержание коммуникативных навыков. Коммуникация с людьми, имеющими речевые нарушения — это всегда индивидуальный маршрут и универсальных решений нет.

Пациенты старшего возраста с речевыми нарушениями находятся в группе риска граждан, которым необходимо создавать условия для формирования коммуникативной среды, позволяющей оставаться полноценным и активным членом общества. И помощь, которую оказывает логопед на самых ранних этапах заболевания больному с нарушениями речи, голоса и глотания, является ключом к успешному ведению пациента на дальнейших этапах реабилитации.

О ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ, БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

*Гугалев Г. С.², Горшенин Т. Л.^{1,2}, Мовчан К. Н.¹, Ярцев М. М.¹, Зайцев Д. А.¹,
Бакалкина Е. М.¹, Чистякова В. Д.¹*

¹ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия;

²СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. От полноты и адекватности предоперационной подготовки (ПрОП) долгожителей (ДЖ), больных острым холециститом (ОХ), во многом зависят переносимость пациентами хирургического вмешательства (ХргВм) и его негативных последствий, как операционной травмы, а также частота формирования послеоперационных (п/о) осложнений и исход заболевания в целом. Однако, у людей, чей возраст превышает 90 лет (долгожители), проведение ПрПО сопряжено с рядом особенностей, обусловленных атипичным течением заболевания, высоким уровнем коморбидности, а также ограниченными возможностями адаптации организма индивидуумов к предстоящей операции. Многие вопросы оптимизации ПрПО т.н. возрастных пациентов с ОХ остаются без исчерпывающих ответов. Единое мнение о содержании контента модулей алгоритма подготовки ДЖ к операции по поводу ОХ отсутствует, что обуславливает вариабельность лечебной тактики, неоднозначность результатов оказания медицинской помощи (МедП).

Цель исследования: обосновать критерии учета параметров, содержащихся в контенте модулей алгоритма ПрПО долгожителей, больных ОХ с учётом особенностей клинического течения заболевания.

Материалы и методы. Основу исследования составили клинические сведения о 69 долгожителях, у которых Хрг лечение осуществлялось по поводу ОХ. Во всех наблюдениях у больных констатирована отягощенность сопутствующими заболеваниями (как правило в форме полиморбидности). В 100% случаев у пациентов синхронно верифицировалось сочетание пяти и более сопутствующих заболеваний: ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, цереброваскулярная болезнь, дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника, остеоартроз крупных суставов, сенильный остеопороз, дивертикулярная болезнь ободочной кишки и др. Показатели индекса Charlson, варьировали от 6 до 16 (в среднем 11,4). В 48 случаях (72,7%) анестезиологический риск сопровождения операции расценивался как ASA 3, у 18 пациентах (26,1%) — ASA 4, и у 3 больных (4,3%) — ASA 5.

Результаты. Краткосрочно ПрПО проводилась лишь двум больным (2,5%) из-за их тяжёлого общего состояния, обусловленного перитонитом и эндогенной интоксикацией. В 10 наблюдениях (12,7%) ПрПО в среднем длилась от 2 до 6 часов, и стратегически проводилась с целью стабилизации общего состояния пациентов. Подготовка к операции от 6 до 12 часов осуществлена 7 долгожителям (8,8%) — им выполнены малоинвазивные ХргВм. Досуточно операции по поводу ОХ долгожителям проводились в 45,4% случаев (28 чел) после коррекции декомпенсации сопутствующей патологии. Ещё 22 долгожителям (27,8), больным ОХ, операции выполнены через сутки после госпитализации пациентов. Это

обуславливалось тяжелой степенью декомпенсацией сопутствующей патологии, неясностью диагностики и затруднениями в плане определения противопоказаний к осуществлению ХргВм и его объему.

Обсуждение. Очевидно, что ПрПО должителей, больных ОХ, оказывается ключевым этапом лечебного процесса у данной возрастной когорты населения. Проведенная адекватно коррекция всех нарушений витальных функций, выявленных до ХргВм определяет качество МедП как непосредственно в период госпитализации, так и отдаленные сроки после Хрг лечения. Оказание МедП должителям при ОХ сопряжено со значительной неоднозначностью сроков и объемов ПрПО, что отражает сложность клинической оценки данных обследования престарелых пациентов. Наличие сочетания пяти и более хронических заболеваний существенно ограничивает возможности одномоментной коррекции полиорганной недостаточности посредством стандартной ПрПО и обуславливает необходимость индивидуализированного подхода к каждому пациенту. Данные о результатах проведенных изысканий сходны со сведениями специалистов-геронтологов, публикующих их в современных международных изданиях. Тактика лечения больных ОХ должна основываться с учетом оценки тяжести состояния пациентов и степени прогноза операционного риска. При оказании ХргП должителям приоритетным считается применение малоинвазивных технологий и соблюдение этапного подхода к лечению. Это позволяет минимизировать операционную травму и снизить риск формирования осложнений. У всех ДЖ на фоне выраженной полиморбидности констатируются высокие значения операционного риска (ASA 3–5), что побуждает к проведению индивидуальной комплексной ПрПо. Сокращение сроков проведения ПрПО допустимо лишь по жизненным показаниям к экстренному ХргВм.

Заключение. Содержание ПрПо больных, у которых проявления ОХ индуцируются в возрасте должителей, отличается неоднозначностью и зависит (как и само течение данного заболевания у т.н. возрастных пациентов) от своевременной компенсации явлений разбалансированности сопутствующей патологии. Разработка оптимального контента, отражаемого в модулях алгоритма ПрПО должителей, больных ОХ позволяет (с учетом оценки тяжести состояния пациентов, широты линейки коморбидности и индексов показателя операционного риска) повысить безопасность хирургического лечения и снизить частоту п/о осложнений.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРИСОСУДИСТОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

Давыденко Т. Е.¹, Доценко Е. В.¹, Андожская Ю. С.²

¹СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение: Постковидный синдром является достаточно частым осложнением у лиц перенесших коронавирусную инфекцию (COVID 19) чаще в средней и тяжелой форме и проявляющийся слабостью, головными болями, васкулитами, когнитивными и другими нарушениями. Основой его патогенеза являются нарушения микроциркуляции и перфузии органов, как следствие диффузного поражения эндотелия во время острого периода коронавирусной инфекции. Ранее было показано, что фотомодификация крови в виде внутрисосудистого лазерного облучения крови (ВЛОК) способствует улучшению микроциркуляции при таких заболеваниях как атеросклероз и васкулиты, однако данных на эффективность метода при постковидном синдроме в литературе нет.

Цель работы: Оценить влияние курса ВЛОК на состояние и микроциркуляцию у пациентов с постковидным синдромом

Материал и методы: На отделении экстракорпоральных методов обработки крови (ЭКМОК) Госпиталя для ветеранов войн в период с 2023 по 2024 год прошли амбулаторное лечение 154 пациента с направлением «постковидный синдром» в возрасте от 30 до 65 (44±17) лет. Среди них 112 женщин и 42 мужчины. Пациенты получали внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК) с длиной волны 632,8 нм ежедневно в течение 5 дней. ВЛОК проводили на аппаратах российского производства, дающих низкоинтенсивное лазерное излучение длиной волны 632, 8 нм и мощностью на конце световода 2–4 мВт. Расчёт времени экспозиции соответствовал времени необходимому для облучения 1/10 объема циркулирующей крови и в среднем составил 17±3 минуты. Динамику состояния оценивали на основании мнения пациентов в конце курса лечения по критериям «улучшение самочувствия», «без перемен», «ухудшение самочувствия». Также у 35 пациентов изучали микроциркуляцию ногтевое ложе

1-го пальца верхней конечности с помощью высокочастотного ультразвукового доплерографа Мини-макс Допплер К (Россия) до и после лечения. Допплеровские изображения анализировали по форме и спектру кривых и изменению показателя объёмного кровотока (Qam).

Результаты: Субъективное улучшение после курса ВЛОК отмечено у 114 пациентов (74%), остальные 49 (26%) пациентов изменений в самочувствии не отметили. Ухудшений самочувствия не было ни в одном случае. Исследования микроциркуляции показали, что исходно у всех обследуемых наблюдалось выраженное ухудшение спектральных характеристик по сравнению с доплерограммами здоровых лиц. После курса лечения достоверная положительная динамика в микроциркуляции зарегистрирована в 100% случаев, однако показателей здоровых лиц достигнуто не было.

Выводы: ВЛОК улучшает самочувствие и микроциркуляцию у большинства пациентов с постковидным синдромом

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Давыденко Т. Е., Гайбатова Л., Доценко Е. В.

СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Женское бесплодие остается важной медико-социальной проблемой в современном мире. Причины его многообразны и не во всех случаях понятны. В настоящее время, несмотря на отмеченные успехи в решении этой проблемы, у части женщин, даже после применения целого арсенала лечебных мер, добиться беременности не удастся. Поэтому в этих случаях актуален поиск эффективных видов лечения. В научной литературе есть указания на эффективность применения плазмафереза (ПФ) в комплексном лечении женского бесплодия, предполагая, что при этом возникает временная элиминация (или снижение концентрации) из крови веществ, препятствующих наступлению беременности.

Цель исследования: оценить влияние изолированного применения курса ПФ при женском бесплодии, резистентном к традиционному лечению.

Материал и методы: с 2019 по 2025 год на отделении экстракорпоральных методов обработки крови (ЭКМОК) проводилось амбулаторное лечение 7 пациенток в возрасте 28–41 лет с женским бесплодием, резистентным к комплексу традиционной терапии. Всем пациенткам проводился курс из 5 процедур мембранного плазмафереза на аппарате «Гемма» (Россия) с объемом одномоментной экфузии плазмы 25–30% объема циркулирующей плазмы, с интервалом 1–3 суток между процедурами. Никакого другого лечения они в этот период не получали. Всем пациенткам предлагалось сразу после окончания курса ПФ возобновить попытки беременности естественным путем.

Результаты: у всех 7 женщин в сроки 1–1,5 месяца после окончания курса ПФ наступила беременность, которая развивалась без особенностей и завершилась родами

Вывод: изолированный курс плазмафереза может быть эффективен в лечении женского бесплодия, резистентного к традиционному лечению

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САРКОИДОЗОМ

Давыденко Т. Е., Юдинцева Л. Р., Кудряшова Е. Ю., Никитина А. В., Доценко Е. В.

СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Саркоидоз — распространенное системное аутоиммунное заболевание, при котором в тканях появляется множество эпителиоидных гранул (скоплений эпителиоидных клеток, мононуклеарных фагоцитов, Т-лимфоцитов). Гранулемы постепенно замещаются фиброзом нарушая функцию органов или, поражая лимфоузлы, могут сдавливать окружающие органы. Чаще процесс поражает легкие (внутригрудная форма), реже — другие органы (внегрудная форма). Клинические проявления: слабость и быстрая утомляемость, сухой кашель, одышка с затруднённым вдохом, невозможность вдохнуть полной грудью, боль и тяжесть в грудной клетке, преимущественно в области спины, жжение между лопатками. На компьютерной томографии (КТ) — типичная внутригрудная лимфаденопатия

в сочетании с множественными мелкими очагами в обеих легких. При поражении кожи — множественные папулы, бляшки, узелки. Лечение направлено на подавление аутоиммунной реакции — прием кортикостероидов при легочной форме, противомаларийных препаратов — при поражении кожи. Клинические рекомендации в стандарт лечения также включают курс плазмафереза (ПФ) для элиминации аутоиммунных комплексов.

Цель исследования: оценить влияние изолированного применения курса ПФ при внутригрудном саркоидозе и саркоидозе кожи на самочувствие пациентов и данные КТ грудной клетки.

Материал и методы: с 2019 по 2025 год на отделении экстракорпоральных методов обработки крови (ЭКМОК) проводилось лечение 286 пациентов с саркоидозом в возрасте 24–68 (37 ± 21) лет, среди них 53% женщины (151 человек) и 47% мужчины (135 человек). У всех пациентов в диагнозе направления значился «саркоидоз легких», из них у 21 (8%) человека также имелись кожные проявления. Всем пациентам проводился курс из 5 процедур мембранного плазмафереза на аппарате «Гемма» (Россия) с объемом одномоментной эксфузии плазмы 25–30% объема циркулирующей плазмы, с интервалом 1–3 суток между процедурами. На время проведения ПФ пациенты кортикостероидов не получали. Об эффективности лечения судили по оценке динамики самочувствия пациента по окончании курса: улучшение, без перемен, ухудшение; а также у 165 человек по динамике КТ грудной клетки спустя 3–4 недели после лечения.

Результаты: субъективное улучшение самочувствия отметили 68% пациентов (195 человек), остальные 32% (91 пациент) существенной динамики не отметили, ухудшения самочувствия не было отмечено ни разу. Среди 21 пациента с саркоидозом кожи улучшение отметили 17 (80%) пациентов. Положительная динамика КТ грудной клетки — отмечена у 27% обследованных.

Вывод: курс плазмафереза способен улучшать состояние пациентов как с легочной, так и с кожной формой саркоидоза.

ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ МНОГОКРАТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ КУРСОВ ВНУТРИСОСУДИСТОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Давыденко Т. Е., Якушина И. Н., Громова Н. П., Гаврилова Е. А., Доценко Е. В.
СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Фотомодификация крови посредством внутрисосудистого лазерного облучения крови (ВЛОК) была внедрена в российское здравоохранение с начала 70-х годов прошлого века для лечения разнообразной патологии, т.к. у этой технологии были зафиксированы такие эффекты, как иммуномодуляция и повышение общей резистентности организма, улучшение реологии крови, снижение воспалительной реакции и т.д. Вместе с тем, информация, как влияет ВЛОК при многократном регулярном применении на человека в научной литературе отсутствует.

В Госпитале для ветеранов войн, начиная с 1989 года эта технология также была широко внедрена на отделении экстракорпоральных методов обработки крови (ЭКМОК). Ежегодно сотни пациентов получали курсы ВЛОК 1–2 раза в год. Поскольку особенностью госпиталя было приоритетное обслуживание ветеранов войн, то именно эти пациент из года в год, постепенно старея, находились на лечении и наблюдении. Образовалась значительная группа лиц пожилого и старческого возраста, которые регулярно на протяжении многих лет в отделении ЭКМОК получали курсы ВЛОК и поэтому появилась возможность оценить последствия.

Цель исследования: оценить последствия многократных, проводимых регулярно на протяжении многих лет, курсов ВЛОК на пациентов пожилого и старческого возраста.

Материал и методы: проанализированы истории болезней 176 пациентов, из числа больных регулярно, проходящих лечение в госпитале и, которые на отделении ЭКМОК на протяжении 1989–1999 г получили 20 курсов (каждый курс по 8–10 процедур) ВЛОК (основная группа). Возраст пациентов на момент начала ВЛОК составил 67–93 г (72 ± 21) г. Среди них 111 мужчин и 75 женщин. Среди патологии преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы. В качестве группы сравнения были проанализированы 150 историй болезней пациентов госпиталя, которые в тот же период 1989–1999 проходили регулярное лечение в госпитале, но не получали процедур ВЛОК (группа сравнения), но были схожие по возрасту, полу и основной патологии пациентов. В этих группах сравнивали: отдаленную

смертность, частоту зафиксированных онкологических заболеваний и частоту острых сосудистых событий (острое нарушение мозгового кровообращения, острый инфаркт миокарда). Использовали метод медицинской статистики для подтверждения различий сравниваемых показателей.

Результат: отмечено достоверно меньшее количество зафиксированных случаев онкопатологии, острых сердечно-сосудистых событий и ниже отдаленная смертность в группе пациентов, получивших многократные курсы ВЛОК.

Вывод: регулярные курсы ВЛОК могут оказывать благоприятное течение на жизнь пациентов пожилого и старческого возраста

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД ПРИ РАССМОТРЕНИИ СТАРТОВОЙ ПРОЧНОСТИ ФИКСАЦИИ ОКОЛО- И ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ОБЛАСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА

Еникеев Р. И., Рахматуллин А. С., Нурлыгаянов Р. З., Немальцев И. Ю.

ГБУЗ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн», г. Уфа, Россия

Введение. Учитывая общую широкую распространенность около- и внутрисуставных повреждений области коленного сустава и тот факт, что переломы мыщелков бедренной и большеберцовой кости часто встречаются у людей трудоспособного возраста, а также у лиц пожилого и старческого возраста, с остеопорозными изменениями в структуре суставообразующих костей, поиск в направлении методов фиксации переломов с высокой стартовой стабильностью остается весьма актуальным. Важность системного подхода (Никитин В. В. и соавт., 1999; Нурлыгаянов Р. З., 2003; Гюльназарова С. В. 2014) и проведение в послеоперационном периоде эффективной антиостеопоротической терапии определяет также динамическую прочность фиксации вплоть до сращения перелома и возможность функционального ведения пациента с около- и внутрисуставными переломами области коленного сустава.

Цель исследования: На материале биоманекенов (трупы людей в возрасте от 45 лет и старше при патолого-анатомическом и судебно-медицинском исследовании в условиях прозектуры) изучить стартовую прочность фиксации винтов со спонгиозной и кортикальной нарезкой резьбы.

Материал и методы:

Объектом исследования явились 70 биоманекенов (исследовали трупы людей в возрасте от 45 лет и старше при патолого-анатомическом и судебно-медицинском исследовании в условиях прозектуры); 30 секционных свежих, немацерированных образцов суставных концов бедренной и большеберцовой костей (для стендовых испытаний). Прочностные свойства костной ткани и отбор образцов для биомеханического исследования проводили с использованием прибора для определения твердости кости «Остеопенетромтра-1» («ОП-1») оригинальной конструкции [3].

Исследования проводили в лаборатории кафедры сопротивления материалов и строительной механики УГНТУ.

Результаты:

Таблица 1. Стартовая прочность фиксации винтов в образцах остеопорозной кости

Отделы костей	Винты	
	Спонгиозные	Кортикальные
Диафиз бедра	2280	1730
Диафиз большеберцовой кости	1950	1300
Метафиз бедра	515	280
Метафиз большеберцовой кости	388	170

В контрольной группе при испытании на прочность соединения «кость-фиксатор» при отсутствии остеопоротических изменений в костях получены результаты указанные в таблице 2. Радиальную жесткость фиксации измеряли в Н (Ньютон).

Таблица 2. Стартовая прочность фиксации винтов в образцах с ненарушенной прочностью (контроль)

Отделы костей	Винты	
	Спонгиозные	Кортикальные
Диафиз бедра	3850	4680
Диафиз большеберцовой кости	3190	3900
Метафиз бедра	2340	2100
Метафиз большеберцовой кости	1200	973

Выводы:

1. Винты со спонгиозной резьбой показали высокую стартовую прочность в остеопорозной кости как в метафизарной зоне, так и в диафизарной зоне. Таким образом, при остеосинтезе в условиях остеопороза целесообразно использование спонгиозных винтов как в метафизарной, так и диафизарной зонах костей.

2. Первичная стартовая стабильность металлоконструкции при металлоостеосинтезе имеет значение и при динамической стабильности вплоть до сращения перелома. Дальнейший поиск способов фиксации переломов должен вестись именно в этом направлении

Литература:

1. Никитин В.В., Еникеев Р.И., Нурлыгаянов Р.З. Элементы системного подхода при остеосинтезе чрезмышечковых переломов бедренной и большеберцовой кости. / Материалы докладов II съезда Ассоциации ортопедов-травматологов протезистов Республики Башкортостан «Актуальные проблемы ортопедо-травматологической помощи населению» 8–9 декабря 1999 г. Уфа: Издательство «Здравоохранение Башкортостана» 1999 С. 62.
2. Никитин В.В., Еникеев Р.И., Нурлыгаянов Р.З. Проблема остеопороза в травматологии и ортопедии. / Материалы докладов II съезда Ассоциации ортопедов-травматологов протезистов Республики Башкортостан «Актуальные проблемы ортопедо-травматологической помощи населению» 8–9 декабря 1999 г. Уфа: Издательство «Здравоохранение Башкортостана» 1999 С. 62.
3. Пат. RU 2161914 С2 МПК А61В 10/00 (2001.01) Российская Федерация. Остеопенетромтр [Текст] / Никитин Валентин Викторович, Нурлыгаянов Радик Зуфарович, Еникеев Рафаэль Исхакович, Ерофеева Ирина Валентиновна. 99105293/14 заявл., 10.03.1999, опубл. 20.01.2001.
4. Гюльназарова С.В. Морфоструктурные изменения костной ткани в условиях применения металлофиксаторов на фоне иммобилизационного остеопороза [Текст] / С.В. Гюльназарова, И.П. Кудрявцева, А.А. Ганжа // Фундаментальные исследования. — 2014. — № 7, Ч. 3. — С. 468–472

СИНДРОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СТРЕССОВЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЮ

Канунникова Л. В., Торгашов М. Н., Маслова Т. И., Воронова Ю. С.

*ГБУЗ Новосибирской области «Новосибирский областной госпиталь №2 ветеранов войн»,
г. Новосибирск, Россия*

Цель: изучить и провести детальный анализ взаимоотношений феномена преждевременного старения при различных состояниях, запущенных боевым стрессом (БС), в особенности с ПТСР и хроническими болевыми синдромами (ХБС).

Материалы и методы: Нами наблюдались 156 ветеранов боевых действий в возрасте от 24 до 69 лет. Все они перенесли воздействие разного рода БС. Показатели биологического возраста (БВ) рассчитывались с помощью методик, разработанных в НИИ геронтологии АМН СССР в модификации, предложенной в лаборатории патофизиологии старения Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя для ветеранов войн. В определении ПТСР применялся опросник травматического стресса Котенёва И.О., интенсивность ХБС по ВАШ.

Результаты: В 145 (92,9%) наблюдениях диагностировано ПТСР различной интенсивности. ХБС присутствовали у 95 (60,9%) пациентов. У большей части обследуемых (n=104; 66,7%) были выявлены два и более заболеваний, поражающих различные органы и системы. Сочетание ПТСР с ХБС опреде-

ляет выраженность дизрегуляционных изменений в ЦНС, происшедших в результате стрессовых воздействий и приводит к усилению, как интенсивности боли, так и проявлений ПТСР ($p=0,0001$).

При разной выраженности ПТСР среди лиц с отсутствием ХБС не выявлено отчетливых колебаний показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ), антиокислительной защиты (АОЗ), связанных исключительно со степенью интенсивности клинической симптоматики ПТСР. Среди лиц с сочетанием ПТСР и ХБС изменения данных показателей представлялись более значительными у 22 (23,9%) пациентов с наиболее интенсивными ХБС по визуально-аналоговой шкале ($53,4\pm 4,6$ баллов; $p<0,01$) по сравнению с 24 (26,1%) пациентами с наименьшей интенсивностью ХБС ($46,8\pm 1,9$).

Наибольшее влияние на повышение показателей БВ оказало сочетание ПТСР и ХБС, менее значимое — только ПТСР. У лиц старше 60 лет, интенсивность ПТСР снижается, и на первый план в качестве предиктора повышения БВ выступают ХБС и возрастзависимая соматическая патология, в первую очередь, сердечно-сосудистая.

Таблица 1. Средние значения БВ у лиц разного возраста, страдающих разными вариантами стресс-индуцированных расстройств

КВ: (от – до); M±m (лет)	ДБВ: M±m (лет)	БВ лиц с разными вариантами стресс-индуцированных расстройств: M±m (лет)	
		ПТСР без ХБС (n=50)	ПТСР с ХБС (n=92)
24–30 (n=22); 27,7±0,39	30,8±0,44	36,7±0,86	41,4±0,47*
31–40 (n=29); 34,5±0,54	36,6±0,59	41,4±1,27	43,1±0,64
41–50 (n=80); 45,6±0,29	46,2±0,33	49,7±0,93	51,2±0,35
51–60 (n=19); 54,2±0,72	53,6±0,68	56,7±0,81	59,3±0,57
61–69 (n=6); 64,0±1,29	62,1±1,03	62,6±0,63	67,5±0,44*

Примечание: * — $p<0,05$ — достоверность различий между лицами, страдающими ПТСР, но без ХБС, и лицами с сочетаниями ПТСР и ХБС; КВ — календарный возраст, ДБВ — должный биологический возраст.

Заключение: Обнаруженные стойкие патологические сдвиги показателей ПОЛ системы крови в совокупности с преждевременным старением можно считать стресс-индуцированными состояниями наряду с ПТСР и ХБС. Это представляется весьма важным в проведении лечебно-профилактических и геропротекторных мероприятий у лиц, переживших тяжелые стрессовые воздействия.

ВОЗРАСТНАЯ И ВРЕМЕННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Канунникова Л. В., Торгашов М. Н., Маслова Т. И., Воронова Ю. С.

*ГБУЗ Новосибирской области «Новосибирский областной госпиталь №2 ветеранов войн»,
г. Новосибирск, Россия*

Клиническое исследование проводилось с привлечением 317 пациентов в возрасте от 24 до 69 лет — бывших участников боевых действий в Афганистане и на Северном Кавказе с их добровольного согласия. Оценку интенсивности БС проводили по авторской 5-балльной шкале [Мякотных В. С., Торгашов М. Н., Боровкова Т. А., 2016]. Для определения наличия и степени выраженности ПТСР использовался опросник травматического стресса (ОТС) [Котенёв И. О., 1996].

Согласно результатам БС испытали 305 (96,2%) из 317 наблюдавшихся нами ветеранов боевых действий (ВБД). У лиц в возрасте старше 60 лет ($n=13$; 4,1%), у которых продолжительность послевоенного периода была 25 и более лет, ретроспективная оценка боевых стресс-факторов более интенсивно воздействовала на психологическое состояние пациентов, чем у представителей молодого и средне-

го возраста и при относительно недавних боевых событиях. При этом у лиц данного пожилого возраста, отмечался определённого рода «скачок» степени выраженности БС от $3,3 \pm 0,2$ до $4,2 \pm 0,1$ баллов ($p < 0,05$) по сравнению с таковой у ВБД в возрасте 51–60 лет. ПТСР различной интенсивности диагностировано в 289 (91,2%) из 317 наблюдений, и средняя выраженность данного расстройства по ОТС составила $65,5 \pm 0,95$ баллов. Выраженная симптоматика ПТСР определена у 114 (36,0%) ВБД и соответствовала интенсивности БС ($p = 0,001$). В 175 (55,3%) наблюдениях диагностированы умеренно и незначительно выраженные варианты ПТСР. Также как и субъективное восприятие событий БС, с течением времени интенсивность ПТСР претерпевала изменения, что зависело от трёх составляющих: а) увеличения возраста ветеранов боевых действий, б) продолжительности послевоенного периода, в) преобладающих клинических проявлений ПТСР. Наименьшие средние значения интенсивности ПТСР были у лиц в возрасте 61–69 лет ($62,7 \pm 3,6$ балла), наибольшие — 51–60 лет ($66,9 \pm 2,6$ баллов). Можно предположить поэтому, что с увеличением возраста степень выраженности ПТСР снижается, а негативное психологическое воздействие самого БС наоборот, усиливается. При этом нельзя исключить наслаения на реальные воспоминания о бывших боевых стресс-факторах нередко встречающихся в пожилом и старческом возрасте конфабуляций, возникающих в качестве симптомов возраст-ассоциированных когнитивных расстройств [Мякотных В. С., Торгашов М. Н., Боровкова Т. А., 2016]. Подобного рода психопатологические феномены могут свидетельствовать в пользу патологического, преждевременного старения, формирующегося на основе стресс-индуцированной мультиморбидности. Симптоматика ПТСР состоит из преобладания тех или иных симптомов, составляющие клиническую картину самого заболевания. Совершенно отчетливо ($p = 0,029$) по отношению к возрасту снижалась выраженность симптомов «избегания». В возрастной категории 31–40 лет средняя интенсивность симптомов «избегания» составила $60,2 \pm 2,1$ баллов, в 51–60 лет — $68,0 \pm 2,2$ баллов, в возрасте старше 60 лет — $58,4 \pm 2,9$ баллов. Выраженность иных симптомов ПТСР не имела подобной возрастной зависимости, что подтверждается исследованиями распространённости ПТСР у пожилых ветеранов Второй мировой войны [Spiro A., 1994]. Выраженность симптомов дистресса, наоборот, несколько усилилась у представителей пожилого возраста, что вполне закономерно совпадает с возрастным усилением выраженности психологического воздействия бывшего БС. Таким образом, определенная этапность в формировании и развитии стресс-индуцированной патологии, такой как ПТСР наблюдается в связи с возрастом ВБД в период пребывания в действующей армии, продолжительности послевоенного периода.

ПЕНСИОНЕРСКИЕ ДЕРЕВНИ США — АЛЬТЕРНАТИВА АКТИВНОЙ ЖИЗНИ НА ПЕНСИИ

Катюхин В. Н.

Университет «РЕАВИЗ», г. Санкт-Петербург, Россия

Пенсионерские деревни или пенсионные поселения США (retirement communities) — центры совместного проживания для пожилых людей старше 55 лет стремительно набирают популярность. Если в 2020 году таких учреждений было зарегистрировано более двух с половиной тысяч с общим количеством проживающих около 850 тысяч, то десять лет назад их было в два раза меньше с общим количеством организованных в сообщества пенсионеров около полумиллиона. Исторически идею создания поселения, где пенсионеры могли бы проживать с максимальным комфортом, реализовал белорусский эмигрант Бен Шлейфер. В 1955 неподалёку от Финикса (штат Аризона) он основал небольшой посёлок для небогатых пожилых американцев. Проект, получивший название Youngtown («молодой город»), большого успеха не имел, зато идею подхватили другие предприниматели. Поселки строят на частной основе, но социальную помощь и медицинское обслуживание осуществляют государственные структуры по принципу общемедицинской практики. Формальный контроль всех аспектов жизни людей, вышедших на заслуженный отдых, осуществляет Министерство здравоохранения и социальных служб (United States Department of Health and Human Services, HHS) — федеральный исполнительный департамент США. С февраля 2025 года его возглавляет министр здравоохранения и социальных служб США Роберт Кеннеди-младший. Таких комплексов особенно много в предместьях крупных американских городов и в штатах южного пояса: Алабама, Аризона, Джорджия, Гавайи, Калифорния, Луизиана, Миссисипи, Невада, Техас, Флорида. Традиционно поселение такого рода представляет собой жилой комплекс, где пожилые люди живут в собственных отдельных квартирах или коттеджах неподалеку от естественных водоемов. Их названия часто носят гордые наименования типа «Город

Солнца», а улицы внутри поселка обозначены звучно и достойно. Все передвижения чаще всего предусматривают собственные автомобили или велосипеды. Здесь есть бассейны, фитнес-центры, обязательно бильярд, теннис малый или большой, поля для гольфа, библиотеки и кинозалы. Обязательный атрибут любого пенсионного поселения — клубы по интересам и многочисленные спортивные секции. Весьма распространены товарищеские соревнования или культурные встречи с соседними подобными учреждениями. Существуют также пенсионные поселения с постоянным уходом. Резиденты пенсионного поселения с постоянным уходом (continuing care retirement communities, CCRC) в зависимости от состояния здоровья могут проживать независимо и получать необходимую помощь от медицинских сестёр, а также пользоваться врачебными услугами различной степени сложности. Секрет популярности CCRC — активный образ жизни и постоянное общение. Типичное ежегодное определение с веб-сайта Департамента здравоохранения таково: «Сообщества пенсионеров непрерывного ухода (CCRC) и сообщества пенсионеров непрерывного ухода с оплатой за обслуживание (FFSCCRC) являются альтернативами жилья для взрослых». Основное преимущество модели CCRC заключается в том, что она позволяет людям стареть в одном коллективе и при потребности получать необходимые социальные и медицинские услуги. Поэтому при выходе на пенсию гражданам страны могут быть предложены конкретные условия жизни:

- а) свободное проживание в поселке, где семейные граждане живут самостоятельно и имеют доступ к широкому спектру удобств;
- б) проживание с уходом, при котором оказывается помощь в выполнении повседневных задач, таких как купание и одевание;
- в) круглосуточный уход по типу дома для престарелых людей.

Во всех подобных учреждениях ограничено пребывание малолетних детей, полиция постоянно и чрезвычайно активно ведет наблюдение и профилактику преступлений. Стоимость проживания в пенсионном поселении определяется уровнем необходимого ухода: свободное самостоятельное проживание, частичный или минимальный уход, а также полный пожизненный. Чаще всего пребывание в CCRC предусматривает покупку квартиры (коттеджа) или вступительный взнос. В дальнейшем необходимы ежемесячные платежи (обычные для любого гражданина страны). Размер регулярных выплат может меняться с переводом с одного уровня ухода на другой, а также за счет ежегодной индексации на 6–8%. Счета за телефон, телевизор и прочее оплачивают отдельно. Представленный опыт США может быть использован в нашей стране при освоении новых территорий с теплым климатом и обилием водных ресурсов.

ВРАЧЕБНЫЕ ТЕЛЕКОНСУЛЬТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА — ПРОБЛЕМЫ СТАНОВЛЕНИЯ МЕТОДИК

Катюхин В. Н., Кавталюк Д. В.

Университет «РЕАВИЗ», г. Санкт-Петербург, Россия

По определению экспертов ВОЗ телемедицина (дистанционная медицина) — это предоставление услуг здравоохранения в условиях, когда расстояние является критическим фактором, работниками здравоохранения, использующими информационно-коммуникационные технологии для обмена необходимой информацией в целях диагностики, лечения и профилактики заболеваний и травм, проведения исследований и оценок, а также для непрерывного образования медицинских работников в интересах улучшения здоровья населения и развития местных сообществ. Дистанционные форматы медицинских консультаций уверенно вошли в клиническую практику, но для лиц старших возрастов телемедицинские сервисы зачастую оказываются менее доступными. У таких пациентов доверительная коммуникация со специалистом традиционно строится на визуальных и невербальных сигналах: выражении лица врача, мимике, жестах, ощущении «личного присутствия». На протяжении жизни у людей старшего поколения формировался определённый устойчивый паттерн взаимодействия с медицинскими работниками: измерение артериального давления, аускультация, пальпация и другие привычные диагностические действия служили для них индикатором профессионализма врача и соучастия в решении проблемы. В условиях онлайн-консультации у них возникает сомнение: «Как врач может оценить моё состояние без очного осмотра и сможет ли он при этом помочь?» Также необходимо учитывать, что для многих пожилых пациентов визит к врачу является не только способом получить медицинскую

помощь, но и значимым элементом социального взаимодействия. Личное присутствие, возможность живого общения и ощущение участия в социальном контексте играют важную роль в поддержании эмоционального благополучия. Переход к телемедицине лишает пациента этого компонента, что в отдельных случаях может снижать удовлетворённость консультацией и усиливать чувство социального изолирования. Для людей в старшем возрасте цифровые сервисы — это не просто новые инструменты, а полноценный вызов, требующий адаптации. Регистрация через интернет, запись к врачу, получение результатов анализов онлайн могут вызывать затруднения по целому ряду причин: недостаточная цифровая грамотность, снижение остроты зрения, возрастные когнитивные особенности, отсутствие опыта взаимодействия с современными гаджетами. Распространённым является страх технологий: боязнь случайно «сломать» устройство, нажать не ту кнопку или столкнуться с интернет-мошенничеством. При рутинных консультациях представителей старшей возрастной группы можно применять приёмы коммуникации, которые гарантируют повышение комплаентности пациента.

1. Во время всего сеанса видеосвязи необходимо поддержание визуального контакта и невербальной коммуникации. Врач должен демонстрировать внимание и заинтересованность в рассказе пациента через зрительный контакт, интонацию, открытые жесты и улыбку. Такие приёмы помогают укрепить доверие и снизить тревожность, создавая ощущение «личного присутствия» даже в виртуальном формате.

2. Необходима простая и последовательная подача информации. Пациентам старшего возраста важно объяснять диагностическую гипотезу простыми словами, без сложных медицинских терминов. Следует поэтапно описывать план обследования, объясняя, зачем назначается каждый анализ или процедура, и какие состояния специалист стремится исключить.

3. Адаптация интерфейса и сопровождение цифровых процессов. В процессе консультации важно уточнять у пациента понимание использования сервиса, можно предложить зафиксировать основные этапы в письменном виде или сохранить их в электронных заметках. Такой подход способствует формированию чувства уверенности, уменьшает тревожность и облегчает навигацию по цифровым сервисам, что, в свою очередь, повышает приверженность к медицинским рекомендациям и улучшает качество коммуникации.

4. Совмещение онлайн-консультаций и очных приемов — эффективный способ преодоления барьеров у пациентов старшего возраста. Возможность хотя бы периодического личного осмотра формирует ощущение надёжности, подтверждает компетентность специалиста и снижает опасения в том «что-то может быть упущено» при дистанционном формате. Пациент ощущает, что его ведёт не один специалист, а целая команда, работающая в согласованном формате на его благополучие.

ПИЛОТИРОВАНИЕ СВЕРХМАНЕВРЕННЫХ ИСТРЕБИТЕЛЕЙ: ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ПИЛОТОВ И ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ, А ТАКЖЕ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕНДЫ ИНТЕГРАЦИИ ПИЛОТОВ С ИИ

Колесниченко О. Ю.

Исследовательский проект Quantum Valchug IT (QBIT), г. Москва, Россия

Технические характеристики современных истребителей позволяют осуществлять высокоманевренные полеты с большими перегрузками: МиГ-31 — до 5G, Су-34–7G, МиГ-35–9G, Су-57–11G. Особо инвалидизирующими и наиболее частыми являются перегрузки +Gz (голова-таз) и +Gx (грудь-спина), которые могут быть продолжительными или ударными, критическими, и обуславливают биомеханические и гемодинамические эффекты, приводящие к таким повреждениям, как смещение позвонков и переломы позвоночника, а также ишемия тканей, внутренние кровоизлияния и разрывы органов [1].

В целом, периодическое воздействие перегрузок на военных пилотов, защитное мышечное напряжение, эргономические особенности кабины самолета, вибрация, и другие факторы полетов способствуют высокой распространенности среди летного состава остеохондроза позвоночника, грыж и протрузий, выраженного болевого синдрома (радикулиты), последствий выраженной гипоксии мозга и сетчатки (энцефалопатия, ретинопатия, хориоретинальная дистрофия сетчатки) [2], когнитивных нарушений и других патологий.

Современные тренды по усложнению полетов военных самолетов включают: маневры на высокой скорости, предельные перегрузки, разные многофункциональные задачи в сетцентрическом инфор-

мационном окружении театра военных действий, совмещение искусственного интеллекта с авионикой, а также интерактивную авионику, связанную со шлемом пилота через неинвазивные, пассивные технологии интерфейса мозг-компьютер (когнитивный шлем). Технологии с искусственным интеллектом и интерфейсом мозг-компьютер внедряются для помощи пилоту в сложном управлении самолетом и для того, чтобы иметь возможность продолжить выполнение боевых задач в полете в беспилотном режиме, если пилот потеряет сознание. Эта новая технологическая тенденция влечет за собой еще более травмирующее воздействие перегрузок на пилота, так как когнитивная авионика при выполнении автопилотирования будет продолжать задавать максимально возможные скорости и перегрузки, чтобы завершить выполнение сложной боевой задачи.

Искусственный интеллект в военной авиации актуализирует проблему влияния на пилотов инвалидизирующих профессиональных факторов, так как логика внедрения искусственного интеллекта в пилотирование не связана с созданием более щадящих условий для здоровья пилота, а ставит цель по достижению превосходства над противником в сложных маневрах в бою. Такая технологическая тенденция требует новых подходов к системе реабилитации в военной авиационной медицине. Востребованы разработка специальных принципов и специфичных целей реабилитации для военных пилотов [3] и внедрение Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ) как в восстановительное реабилитационное лечение пилотов, допущенных к полетам, так и в реабилитационное сопровождение пилотов, получивших инвалидность.

Список литературы

1. Mastalerz, A., Maruszynska, I., Kowalczyk, K., et al. Pain in the Cervical and Lumbar Spine as a Result of High G-Force Values in Military Pilot. A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022; 19:13413. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013413>.
2. Medrzycka, J., Rotuski, G., Rozycki, R., Golebiewska, J. Role of Flight Duration and Altitude in Ocular Health of Military Pilots. *Medical Science Monitor*, 2025; 31: e948936. <https://doi.org/10.12659/MSM.948936>.
3. Singh, R., Nair, A. Effects Of Cervical Spine Rehabilitation In Fighter Pilots: A Literature Review. *Journal of Pharmaceutical Negative Results*, 2022; 13(8):4038–4041. <https://doi.org/10.47750/pnr.2022.13.S08.510>.

ПРОФИЛАКТИКА ГРУБОГО РУБЦЕВАНИЯ КОЖИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВ IIIA–IIIБ СТЕПЕНИ КИСТЕЙ

Комков К. Н., Чмырёв И. В., Варфоломеев И. В., Бутрин Я. Л.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Формирование рубца — прямое следствие повреждения дермы при ожоге и морфологически проявляется последовательной сменой регрессивных и прогрессивных изменений кожи. Это характерно как для поверхностных ожогов со спонтанной эпителизацией, так и для глубоких, требующих оперативного восстановления кожного покрова. Рубцовые изменения, вызывающие контрактуры, деформации суставов и выраженные косметические дефекты, — одна из основных причин утраты трудоспособности и снижения качества жизни после ожогов. По данным ожоговых центров, 6,9–22,8% пострадавших становятся инвалидами и нуждаются в длительной реабилитации; около 85% из них — люди 20–49 лет.

Особое значение имеют послеожоговые рубцовые контрактуры кисти: поражение кистей встречается в 85–89% случаев. Чаще развиваются контрактуры пальцев, в 22,2% — комбинированные. Контрактуры, осложнённые синдактилией (5,6–45,5%), относятся к наиболее тяжёлым деформациям и являются ведущей причиной инвалидизации, составляя до 48,5% утраты трудоспособности при ожогах. Наиболее частое последствие рубцевания кисти — контрактура первого пальца, нарушающая его функцию и биомеханику соседних пальцев и снижающая функциональные возможности кисти более чем на 50%.

Основной подход к лечению послеожоговых рубцов — своевременная профилактика с момента поступления пациента в стационар, поскольку предотвращать грубое рубцевание проще и эффективнее, чем лечить сформировавшиеся рубцы.

Цель исследования. Сравнить эффективность различных методов лечения ожогов кистей с акцентом на профилактику грубых рубцовых изменений и оценить влияние комплексной консервативной противорубцовой терапии.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 62 пациента с ожогами кистей IIIA-IIIБ степени. Сформированы 3 группы, в зависимости от применяемого метода лечения. Группа I (n=16) — ранняя некрэктомия с аутодермопластикой при ожогах IIIБ (в течение 5 суток), группа II (n=25) — отсроченная аутодермопластика при ожогах IIIБ (на 21–27 сутки), группа III (n=21) — консервативное лечение при ожогах IIIA. В каждой группе выделены подгруппы А (применение ферментного средства из коллагеназ + силиконовый гель) и Б (без противорубцовой терапии). Оценка результатов через 6 месяцев включала: биомеханические параметры (эластичность, влажность, TEWL), шкалу POSAS, потребность в реконструктивных операциях.

Результаты. Во всех подгруппах биомеханические показатели рубцовой ткани статистически значимо отличались от интактной кожи: отмечены снижение эластичности и влажности и повышение TEWL ($p < 0,05$). Во всех клинических группах применение противорубцовой терапии (подгруппы А) обеспечивало достоверно лучшие значения влажности/эластичности и более низкие TEWL по сравнению с подгруппами Б ($p < 0,05$). Наилучшие показатели качества рубца зарегистрированы в подгруппе I-А (эластичность $56,6 \pm 2,0$ у.е.; влажность $41,3 \pm 2,4$ у.е.; TEWL $8,6 \pm 1,1$ у.е.), что сопровождалось минимальными значениями POSAS (POSAS-O 26,7; POSAS-P 36,2). Наихудшие результаты отмечены в подгруппе II-Б (эластичность $37,5 \pm 1,4$ у.е.; TEWL $14,8 \pm 1,6$ у.е.; POSAS-O 50,5; POSAS-P 52,0). Частота потребности в реконструктивных операциях варьировала от 10% (I-А) до 75% (II-Б) ($p < 0,05$). Противорубцовая терапия не увеличивала сроки стационарного лечения ($p > 0,05$). При этом ранняя хирургическая тактика при глубоких ожогах позволила сократить длительность лечения: $18,2 \pm 1,3$ суток в группе I против $36,6 \pm 1,0$ суток в группе II ($p < 0,05$).

Заключение. Установлено, что стратегия раннего активного хирургического лечения глубоких ожогов кистей с последующей комплексной противорубцовой терапией является наиболее эффективной. Данный подход достоверно способствует формированию функционально полноценных рубцов и минимизирует потребность в реконструктивно-восстановительном лечении. Положительный эффект консервативной противорубцовой терапии подтвержден независимо от исходной глубины ожога и хирургической тактики, в то время как отказ от неё ассоциирован с наихудшими отдалёнными результатами.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ДГПЖ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ: РОЛЬ ЭНУКЛЕАЦИОННОГО ИНДЕКСА В ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОМ ПОДХОДЕ

*Костенков Н. Ю.^{1,2}, Аль-Шукри С. Х.², Невирович Е. С.^{1,2}, Кузьмин И. В.²,
Ткачук И. Н.^{1,2}, Четвериков А. В.¹, Кривокорытов К. В.¹, Михеев В. В.¹, Ланков В. А.¹,
Симейко А. В.¹, Потанин А. А.²*

¹СПб ГБУЗ «Городская больница № 15», г. Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) объемом более 80 см³ является частой причиной нарушения качества жизни мужчин старшего возраста. Выбор оптимального метода хирургического лечения у таких пациентов остается сложной клинической задачей. «Золотой стандарт» (трансуретральная резекция) при больших объемах железы уступает по эффективности и безопасности эндоскопическим методам энуклеации. Однако четкие критерии выбора между биполярной трансуретральной резекцией (БиТУРП) и тулиевой лазерной энуклеацией простаты (ThuLEP) отсутствуют. Внедрение магнитно-резонансной томографии (МРТ) в предоперационную диагностику позволяет учитывать индивидуальные анатомические особенности железы.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения больных ДГПЖ большого объема путем разработки персонализированного алгоритма выбора метода эндоскопического вмешательства на основе данных МРТ.

Материалы и методы. Проведено сравнительное проспективно-ретроспективное исследование, включавшее 160 пациентов с ДГПЖ объемом 80–150 см³, в два этапа. На первом этапе 120 пациентов рандомизированы в две группы (n=60) для выполнения БиТУРП либо ThuLEP. Проведен анализ интраоперационных показателей (длительность, кровопотеря), ранних послеоперационных результатов (время катетеризации, койко-день) и функциональных исходов через 6 и 12 месяцев (IPSS, QoL, Qmax, остаточная моча). Всем выполнялась МРТ, на основании которой рассчитан новый прогностический

параметр — энуклеационный индекс (ЭИ) как отношение общего объема простаты к объему ее транзитной зоны. На втором этапе (проспективная валидация, 40 пациентов) выбор операции осуществлялся строго на основании значения ЭИ.

Результаты. БиТУРП и ThuLEP продемонстрировали сопоставимую общую эффективность и безопасность: во всех группах зафиксировано статистически значимое улучшение функциональных показателей. Детальный анализ выявил зависимость преимуществ метода от ЭИ. ThuLEP предпочтительнее при ЭИ от 1,2 до 1,43 (меньшая кровопотеря и длительность операции, более короткие катетеризация и госпитализация). БиТУРП является методом выбора при ЭИ от 1,63 до 2,4. Интервал ЭИ 1,44–1,62 определен как «серая зона» сопоставимости методов. Применение алгоритма на основе ЭИ в проспективной группе позволило минимизировать риски и достичь оптимальных результатов у всех пациентов.

Выводы. Биполярная трансуретральная резекция и тулиевая лазерная энуклеация являются высокоэффективными методами лечения ДГПЖ больших размеров. Ключевым прогностическим критерием персонализированного выступает энуклеационный индекс, рассчитываемый по данным МРТ. ThuLEP предпочтительна при значениях индекса 1,2–1,43, БиТУРП — при 1,63–2,4, а в интервале 1,44–1,62 методы сопоставимы. Разработанный алгоритм позволяет оптимизировать хирургическую тактику, улучшая интраоперационные показатели и отдаленные функциональные результаты.

ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ГРУППАМИ КРОВИ СИСТЕМЫ АВ0

Котов В. И., Лысов Д. Н.

ЧУОО ВО Медицинский университет «Реавиз», г. Самара, Россия

Аннотация. Обследовано 100 пациентов с хроническим пародонтитом. Проведен анализ связи групп крови АВ0 с типом костной ткани, биотипом десны и степенью тяжести заболевания. Выявлены статистически значимые различия: у носителей В(III) и АВ(IV) преобладают тяжелые формы, у 0(I) — более легкое течение

Ключевые слова: *хронический пародонтит, группы крови АВ0, плотность костной ткани, биотип десны, тяжесть заболевания.*

Пародонтит — актуальная проблема стоматологии, в развитии которой важную роль играют генетические факторы, включая групповую принадлежность крови. Исследования последних лет указывают на возможную связь антигенов АВ0 с предрасположенностью к деструктивным процессам в пародонте, однако данные остаются противоречивыми.

Цель исследования: выявить взаимосвязь группы крови АВ0 с параметрами пародонтологического статуса (тип кости, биотип десны, степень тяжести течения пародонтита) для персонализированной диагностики.

Материалы и методы. Обследовано 100 пациентов с хроническим пародонтитом (средний возраст 44,6 года). Распределение по группам крови: 0(I) — 28, А(II) — 29, В(III) — 23, АВ(IV) — 20. Всем пациентам проведены клинический осмотр, КЛКТ с определением типа кости по Lekholm и Zarb (D1–D4), оценка биотипа десны (толстый/тонкий) и степени тяжести пародонтита (лёгкая, средняя, тяжёлая).

Результаты. Установлены статистически значимые различия. У пациентов с группой крови В(III) тяжёлая степень пародонтита в 47,8%, тип кости D3/D4 (69,5%), тонкий биотип (56,5%). В группе А(II) средняя степень пародонтита (62,1%), тип D3/D4 (58,6%), тонкий биотип (72,4%). У носителей 0(I) средняя степень пародонтита (60,7%), лёгкая — 21,4% (максимум), тип D2/D3 (67,8%), толстый биотип (53,6%). В группе АВ(IV) тяжёлая степень пародонтита (45,0%), тип D4 (50,0%), тонкий биотип (70,0%).

Заключение. Подтверждена связь антигенов АВ0 с клиническим течением пародонтита. Наибольший риск тяжёлых форм пародонтита выявлен у носителей В(III) и АВ(IV). Группа 0(I) ассоциирована с более благоприятным течением пародонтита. Результаты обосновывают учет групповой принадлежности при разработке программ профилактики и лечения.

ОДНОЭТАПНЫЕ И ДВУХЭТАПНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА КИШЕЧНИКЕ И БРЮШНОЙ СТЕНКЕ ПОСЛЕ ПРОНИКАЮЩИХ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЖИВОТА

Левчик Е. Ю.^{1,2}, Чернышов А. В.¹, Потоцкий М. И.¹

¹ГАУЗ СО «СОКП Госпиталь для ветеранов войн», г. Екатеринбург, Россия;

²ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Екатеринбург, Россия

Введение. Одновременное выполнение восстановительных операций по поводу наружных свищей кишечника и послеоперационных грыж брюшной стенки до сих пор является дискуссионным направлением в хирургии. Выполнение аллогерниопластики в условиях контаминированной операционной раны является фактором риска развития инфекционных осложнений и увеличивает продолжительность вмешательств (M. J. Rosen et al., 2013). С другой стороны, этапное лечение не учитывает этиопатогенетическую связь существования кишечных свищей и послеоперационных вентральных грыж, что чревато рецидивами энтерокутаных фистул, возрастанием технической сложности повторных операций и увеличением сроков восстановительного лечения (T. Curran et al., 2019). Впервые о выполнении в 1996–1998 гг. одновременных восстановительных операций при фистулах тонкой и толстой кишки, располагавшихся на послеоперационных вентральных грыжах у 7 больных, сообщили Е. Ю. Левчик и соавт. (1999); сетчатые эндопротезы располагали частично или полностью ретромускулярно, а раны дренировали аспирационными дренажами. В 2001 г. те же авторы опубликовали опыт 11 вмешательств без существенных осложнений. Об успешном выполнении 2 операций внутрибрюшинного закрытия илеостом и симультанной аллогерниопластики сообщили А. А. Адамян и Б. Ш. Гогиа (2001). D. J. Geisler et al. (2003) году опубликовал результаты использования нерассасывающегося сетчатого эндопротеза при закрытии кишечных стом у 29 пациентов. Частота рецидивов грыж составила 43 %, из них большая часть — у подгруппы с парастомальными грыжами, что могло объясняться подкожным расположением эндопротезов; частота местных инфекционных осложнений составила 7%. В. И. Белоконев и соавт. (2011) сообщили об успешном выполнении 18 одновременных восстановительных операций на кишечнике и брюшной стенке у пациентов с кишечными фистулами; авторы использовали ненапряжные методы герниопластики с помощью полипропиленовых эндопротезов. А. Г. Кригером и соавт. (2022) было выделено понятие «кишечный свищ в грыже брюшной стенки» имеющее, по мнению авторов, значение при определении показаний к одновременным операциям. Показано многими авторами, что необходимым условием профилактики рецидивов свищей является устранение хронической рецидивирующей непроходимости в отводящем отделе кишки, стеноз канала кишки на уровне свища, на формирование которых прямо влияют пространственные деформации петель кишечника и спайки брюшины, особенно выраженные в полости грыжевого мешка (С. А. Алифанов, 2009). Это кажется особенно актуальным, в связи с формированием лапаростом и выведением кишечных стом у пациентов с огнестрельными проникающими ранениями живота на этапах медицинской эвакуации, которые часто осложняются эвентрациями и вентральными грыжами.

Цель исследования: оценить возможность одноэтапного лечения пациентов с наружными кишечными свищами и грыжами передней брюшной стенки после огнестрельных проникающих ранений живота.

Материалы и методы: в исследование включены 22 пациента, прошедших обследование и лечение в «ГАУЗ СОКП госпиталь для ветеранов войн», г. Екатеринбург, через 6–18 месяцев после ранений. Пациентам на этапах медицинской эвакуации, в связи с огнестрельными проникающими ранениями живота с повреждением различных отделов кишечника были выведены одностольные (19) и петлевые (3) илео- (16) и колостомы (6). В отдаленном послеоперационном периоде развились большие и огромные срединные (20) и параколостомические послеоперационные грыжи живота. У всех пациентов причины выведения илео- и колостом подразумевали наличие выраженного спаечного процесса в брюшной полости; у 4 свищ располагался непосредственно в грыже. Всем пациентам была выполнена герниолапаротомия, разделение спаек, резекция кишки, несущей стому с межкишечным анастомозом (16). Обходные анастомозы бок в бок для одностороннего выключения илео- и колостом выполнены при недостаточной подготовке отводящих отделов кишечника (6). Всем пациентам выполнена аллопластика грыжевых ворот различными методами, в том числе с применением технологии сепарации компонентов, дренирование раны по Редону. В выборе метода установки сетчатого протеза в определенной позиции (–onlay, –inlay, –sublay) исходили из клинической ситуации. Пациентам после

выключения кишечных фистул после получения стабильного стула (через 1–8 месяцев) выполнили внебрюшинное ушивание одноствольных неполных илео- и колостом. Средняя продолжительность операций составила 4,5–5 часов.

Результаты исследования: Послеоперационный период протекал без внутрибрюшных и отдаленных инфекционных осложнений. Краевые ишемические некрозы кожно-подкожных лоскутов, вследствие необходимости их широкой мобилизации, развились у 6 пациентов. У 3 раненых выявили острые инфекции области хирургического вмешательства, потребовавшие повторных санирующих операций без удаления сетчатых имплантов. Все пациенты выписаны со снятыми швами брюшной стенки и восстановленным естественным стулом.

Вывод: Выполнение одномоментных восстановительных операций на кишечнике и брюшной стенке у пациентов после огнестрельных ранений живота является выполнимым, и показания к ним могут быть рассмотрены в комплексе реабилитации раненых.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И СОВРЕМЕННАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛЕЖНЕЙ. ИННОВАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ «СТАРОЙ» ПРОБЛЕМЫ

Левчук А. Л., Игнатьев Т. И., Гринь Н. А.

ФГБУ «НМХЦ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия

Резюме. Актуальность проблемы лечения пролежней не уменьшается, несмотря на достижения современной медицины. С клинической позиции пролежнем обозначается декубитальная язва, образующаяся вследствие позиционного давления, у малоподвижных и коморбидных пациентов с нарушением трофики тканей и дефектами медицинского ухода.

Материалы и методы: клиническое исследование включало ретроспективный и проспективный этапы с лечебно-диагностической программой двух рандомизированных групп пациентов с пролежнями. В 1 (контрольную) группу (n=28) вошли больные, которым лечение пролежней осуществлялось традиционными средствами «открытой» методикой. Лечение пациентов основной 2 группы (n=32) проводилось с учетом степени поражения декубитальной язвы с применением этапных ВХО, ВАК — терапии, местного воздействия эпидермального фактора роста и выполнения пластических операций, направленных на замещение дефекта.

Результаты: наиболее высокими диагностическими возможностями при данной патологии обладали: УЗИ, МСКТ и визуальный контроль участка поражения. Основной целью лечения пролежней явилось восстановление целостности кожного покрова «проблемных» зон, при этом тактика ведения определялась стадийностью раневого процесса и степенью поражения трофики тканей. Комплексное лечение декубитальных язв включало как фармакологическое воздействие при I–II степенях поражения, так и хирургические (санационные ВХО и аутодермопластику) вмешательства. Эффективность лечения пролежневых дефектов у больных основной группы оказалось на 61 % выше, с меньшим количеством осложнений (на 24 %) и летальности (в 65 раз), с одновременным снижением затрат на 35,6 %, по сравнению с контрольной группой.

Заключение: на современном этапе развития медицинских технологий приоритетом в лечении пролежней должна стать хирургическая направленность с выполнением: этапных ВХО, включающих физические методы подавления гнойно-септического процесса, ВАК-терапии, местным применением ортобиологических эпидермальных факторов роста, рациональной антибиотикотерапией и ранним осуществлением аутодермопластики для закрытия раневого дефекта кожи.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ
ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО МЕТОДА НАРУЖНОЙ ОЗОНОТЕРАПИИ
У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ,
ОСЛОЖНЕННЫМИ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

*Либова Е. В., Дмитриева Е. К., Доник А. В., Дорофеева М. Н.,
Жерносек О. С., Кудрин В. И.*

СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия

Аннотация. В комплексном лечении пациентов с травматическими повреждениями конечностей, осложненными раневой инфекцией, эффективен физиотерапевтический метод наружной озонотерапии.

Цель исследования. Оценить эффективность использования метода физиотерапии — наружной озонотерапии при травматических повреждениях, осложненных раневой инфекцией.

Материал и методы исследования. На фоне комплексного хирургического лечения в Госпитале для ветеранов войн за 2023–2025 годы на отделении физиотерапии методом наружной озонотерапии было пролечено 79 пациентов, их них: послеоперационные раны культи с диастазом краев раны, заживаемые «вторичным» натяжением — 38, гнойно-некротические раны и свищи после вскрытия флегмон — 22, инфицированная рана культи с рожистым воспалением — 1, последствия аутодермопластики при термических ожогах — 12, подготовка обширных ран тела и конечностей, требующих аутодермопластики — 4. Возраст пациентов составил от 19 до 55 лет, среди них: мужчин — 100%. Наиболее важные эффекты в методе наружной озонотерапии: бактерио-, фунги-, вируцидный, противовоспалительный, обезболивающий, дезинтоксикационный. Процедура наружной озонотерапии проводилась аппаратом «АОТ-1». Параметры: концентрация кислорода 8 мг/л, режим — 1, время озонирования раневой поверхности — 20 мин, ежедневно, курс 6–15 процедур.

Результаты и их обсуждение. Общее количество выполненных процедур — 312. Оценка эффективности лечения проводилась путем клинического наблюдения и фотофиксации в три этапа: до, во время и после завершения курса. С 2–3 процедуры отмечалось очищение ран, уменьшение раневого содержимого, купировался болевой синдром в послеоперационной ране, уменьшался отек ампутированной или травмированной конечности. С 4–6 процедуры отмечалось заполнение раны грануляционной тканью и появление краевой эпителизации. По завершению курса отчетливо наблюдалась положительная динамика в виде значительного уменьшения или исчезновения болевого синдрома и отека культи ампутированной нижней конечности. В 5 случаях удалось избежать аутодермопластики путем заживления обширных ран тела и конечностей «вторичным натяжением». С первых процедур наружной озонотерапии отмечено также дезинтоксикационное положительное общее действие озона на организм, в виде купирования головных болей, улучшения психоэмоционального состояния, сна и уменьшения тревожности.

Выводы. Проведенное нами клиническое наблюдение показало высокую терапевтическую эффективность наружной озонотерапии в комплексном лечении вяло и длительно незаживающих ран. За 10–15 процедур приводит к заживлению в короткие сроки послеоперационных и гнойно-некротических ран и свищей при ампутациях и реампутациях нижних конечностей в следствии минно-взрывных и огнестрельных ранений, улучшает состоятельность швов культи, купирует раневую инфекцию с рожистым воспалением, увеличивает приживаемость кожных лоскутов, в том числе при лечении термических ожогов, предотвращает необходимость пересадки кожного лоскута в рану путем заживления «вторичным натяжением». Имеет хорошую переносимость, оказывает общее системное дезинтоксикационное действие.

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Макарова О. В.¹, Погода Т. Е.², Сунцова В. А.^{1,2}, Жигулина С. А.²

¹ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, г. Санкт-Петербург, Россия;

²СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия

В структуре заболеваемости лиц 60 и старше лет особое место занимают болезни органов дыхания и основной хронической патологией является хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). С возрастом снижается эластичность легких, сила дыхательной мускулатуры, что приводит к увеличению остаточного объема и снижению жизненной емкости легких, объема форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ₁), меняется мукоцилиарный клиренс, снижается местный иммунитет, кашлевой рефлекс.

В структуре больных, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении Госпиталя для ветеранов войн в 2023–2025 гг. первое место занимали преимущественно острые заболевания органов дыхания (60,8%) (пневмония, острые бронхиты), на долю ХОБЛ приходилось 31,5%.

Проведен анализ пролеченных в течение 6 лет 635 больных ХОБЛ. Мужчин было 597 (94,0%), женщин — 38; возраст составил от 69 до 97 лет, длительность анамнеза у всех свыше 25 лет. Во всех случаях отмечены сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сахарный диабет, остеоартроз, ревматоидный артрит, хронический пиелонефрит и др.). В среднем на 1 пациента приходилось 5,6 заболеваний.

Все больные обследовались по единой программе: физикальное исследование; клинический и биохимический анализы крови с целью уточнения степени активности воспалительного процесса; общий анализ мокроты и посев на флору; пульсоксиметрия и газы крови; спирография, рентгенография грудной клетки, ЭКГ, эхокардиография.

Основные жалобы больных были на одышку в покое и при незначительной физической нагрузке, слабость, раздражительность, повышенную утомляемость, потливость, особенно в ночные часы, плохой сон, депрессию, в ряде случаев — похудание.

Течение заболевания средней тяжести определено у 36,8% (234 чел). В соответствии с результатами спирометрии, определялась стадия GOLD 2 или 3, обострения заболевания, требующие госпитализации, отмечались ≤1 раза в год, сопровождалась кратковременным повышением температуры или субфебрилитетом, увеличением цианоза. ЧД в покое составила в среднем 21 +2; выслушивались жесткое дыхание, сухие разнотональные хрипы; у 1/3 больных было отмечено увеличение печени. Признаки легочной гипертензии обнаружены у 83,7%, умеренная гипоксемия — у 84,2%; по результатам спирометрии показатели ОФВ₁ составили от 64% до 35%. Программа лечения осуществлялась в соответствии с клиническими рекомендациями. По завершению курса лечения 83,7% больных отмечали улучшение общего состояния, настроения, повышалась толерантность к физической нагрузке, социальная адаптация.

В группе больных ХОБЛ тяжелого течения 63,2% (401 чел) обострения заболевания, требующие госпитализации, отмечались чаще 2 раз в год, характеризовались значительным усилением одышки, увеличением печени, нарастанием или появлением отеков нижних конечностей, диффузного цианоза верхней половины туловища, ЧД в покое — более 26–28 в мин. При аускультации дыхание ослаблено, выслушивался резко удлиненный выдох, небольшое количество сухих хрипов в нижних отделах легких или единичные сухие хрипы при форсированном дыхании или кашлевой пробе. При спирографическом исследовании устанавливалась стадия GOLD 4, показатель ОФВ₁ у всех был менее 30%. В периферической крови лейкоцитоз определялся в отдельных случаях, у 28,9% обследованных отмечен небольшой эритроцитоз. Во всех случаях при отсутствии кислородной поддержки определялись выраженная или тяжелая гипоксемия в покое (PaO₂–58–39 мм.рт.ст.), повышение давления в легочной артерии (ДЛА_{сис.} 42–49 мм.рт.ст.), явления декомпенсации хронического легочного сердца. Лечение больных этой группы затрудняло тяжелое физическое состояние, нуждаемость в кислородотерапии, множественная взаимоотношающаяся сопутствующая патология. По окончании курса лечения улучшение или стабилизацию состояния отметили 62,1% — уменьшались одышка, отеки, уходили проявления депрессии, улучшались настроение и социальная адаптация.

Таким образом, клиническая картина ХОБЛ у больных старшего возраста имеет определенные отличия от таковой у более молодых: медленное прогрессирование бронхообструктивного синдрома, скудная симптоматика, невысокая активность воспалительного процесса, постоянная, чаще выражен-

ная, гипоксемия, невысокая легочная гипертензия, декомпенсация хронического легочного сердца, множественная сопутствующая патология, особенно, сердечно-сосудистые заболевания и сахарный диабет. В программе лечения особое внимание необходимо уделять не только стандартной терапии, но и применению немедикаментозных методов (ЛФК, массаж, дыхательная гимнастика и пр.), психологической поддержке, а также исключению полипрагмазии.

ЭВОЛЮЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ИНВАЛИДОВ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ ЗА 80 ЛЕТ

Макарова О. В.¹, Погода Т. Е.²

¹ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, г. Санкт-Петербург, Россия;

²СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия

В первые послевоенные годы (1946–1959гг) в структуре терапевтических заболеваний Госпиталя ветеранов войн (ГВВ) удельный вес бронхолегочной патологии составлял 5%. В основном, это были последствия ранений грудной клетки, туберкулез органов дыхания, нагноительные процессы, возраст больных составлял $28,5 \pm 1,1$ лет. Постепенно возрастал удельный вес бронхолегочной патологии (до 32%), такой как пневмонии, хронические бронхиты, бронхиальная астма и др., в связи с чем в 1971 г. было организовано пульмонологическое отделение. Надо отметить, что в этот период течение хронических заболеваний органов дыхания проходило с периодами обострений и ремиссий без выраженного прогрессирования процесса.

В период до 2000 г. в общей структуре терапевтической патологии на бронхообструктивную патологию легких приходилось 32,8%, средний возраст больных составлял уже $62,4 \pm 2,8$ лет. На отделении пульмонологии в эти годы в структуре болезней органов дыхания хронические заболевания составили 77,8%, острые — 13,4%, рак легкого 8,1% и туберкулез легких — 0,7%. Среди хронических заболеваний органов дыхания основное место занимала хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — 94,4%, в структуре острых заболеваний — внебольничные пневмонии (87,1%), реже нагноительные заболевания легких (15,5%). У всех больных отмечались сопутствующие заболевания (в среднем на 1 больного 3,4 заболеваний), часть из которых значительно снижала адаптационные возможности дыхательной системы и качество жизни пациентов, затрудняла социальную адаптацию (например, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сахарный диабет и др.), что определяло неустойчивую компенсацию состояния.

Сотрудниками коллектива врачей Госпиталя ветеранов войн, кафедры МСЭ при внутренних болезнях СПбИУВЭКа и НИИ пульмонологии выполнены научные исследования, которые позволили проследить периоды становления и эволюции структуры легочных заболеваний у ветеранов Отечественной войны, особенности их течения, отметить вопросы полиморбизма и синдрома взаимного отягощений нозологических форм. Результаты совместных исследований опубликованы более чем в 120 работах — сборниках научных трудов, журналах, материалах тезисов научно-практических конференций, съездов пульмонологов, кардиологов.

За последние 10 лет на отделении пульмонологии в структуре пролеченных больных 26,5% составили внебольничные пневмонии, 17% ХОБЛ, 36% сердечная недостаточность, средний возраст больных — 83 года.

С возрастом функции всех органов и систем постепенно меняются: происходит снижение эластичности легких, увеличение ригидности грудной клетки, снижаются жизненная емкость легких, объем форсированного выдоха за 1 с, кашлевой рефлекс. При ХОБЛ (наиболее тяжелой бронхообструктивной патологии из всех хронических болезней органов дыхания) отмечается медленное прогрессирование заболевания и формирование необратимого бронхообструктивного синдрома. Постепенно развивается гипертрофия правых отделов сердца, происходит перестройка в сосудах малого круга кровообращения, формируется легочная гипертензия, развивается правожелудочковая недостаточность, постепенно вовлекаются в процесс и левые отделы сердца. Тяжесть состояния больных вне обострения хронической патологии определяется выраженностью дыхательной и сердечной недостаточности. Болезни органов дыхания в настоящее время протекают, как правило, на фоне многих сопутствующих заболеваний (чаще всего сердечно-сосудистых), что затрудняет процессы компенсации и адаптации. На одного больного в настоящее время приходится уже 5–7 заболеваний (ИБС, СД 2 типа, гипертоническая бо-

лезнь, остеоартроз и др.), которые взаимно отягощают друг друга. Все эти изменения вместе с «малой» симптоматикой, низкой активностью заболевания по результатам клинико-лабораторных исследований, нечеткой рентгенологической картиной, требуют тщательного подхода к диагностике, назначению терапии, оценке ее эффективности, определению методов реабилитации. В программе лечения особое внимание следует уделять улучшению бронхиальной проходимости, нормализации транспорта кислорода, повышению неспецифической резистентности организма, в том числе немедикаментозными методами (дыхательная гимнастика, ЛФК и др.), а также адекватной терапии сопутствующей патологии.

Таким образом, за прошедшие годы работы пульмонологического отделения ГВВ, прослеживается эволюция изменений хронической бронхолегочной патологии, которая формировалась вместе с возрастными изменениями больных, от острых нагноительных процессов, последствий ранений грудной клетки до развития тяжелой хронической бронхообструктивной патологии на фоне множественных коморбидных заболеваний.

ЦЕНТР АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЧАСТНИКАМ СВО В ГОРОДЕ МОСКВЕ. СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ СОВРЕМЕННОГО ВЕТЕРАНА БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ.

Мелкоян Г. Г., Мовсисян П. С., Колесникова О. П.

ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 3 ДЗМ», г. Москва, Россия

Участники локальных вооруженных конфликтов и боевых действий в современном обществе относятся к наиболее уязвимым слоям населения, требующим особого отношения и специфики организации медицинской, социальной помощи, многопрофильной реабилитации и условий жизнедеятельности. Для понимания их потребностей и организации медицинской помощи необходимо знать социально-гигиенический состав данной группы респондентов.

Целью исследования явилась комплексная статистическая оценка социально-гигиенического состава ветеранов, включая анализ социально-демографических характеристик, выявление связей между факторами, влияющими на здоровье, медицинскую активность и социальное благополучие, а также прогнозирование рисков.

Базой исследования послужил ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов № 3 Департамента здравоохранения города Москвы», Центр амбулаторной помощи участникам специальной военной операции. В данный центр прикреплены для оказания первичной медико-санитарной помощи ветераны СВО, уволенные из рядов военнослужащих.

Всего на 31.12.2025 года в ЦАМП обратилось и прикреплено 2700 участников СВО. В анкетировании приняло участие 2239 человек, что составило 82,9% от всех обратившихся в центр. Из них мужчины составили 2210 человека (98,7%), женщины — 29 (1,3%). Ввиду того, что число женщин находится в рамках статистической погрешности анализ данной группы пациентов не проводился. Анализу подвергнуты анкеты 2210 ветеранов боевых действий (n=2210).

Исследуемые данные содержали информацию о поле, возрасте, способе попадания в армию, социальной категории, образовании, семейном положении, количестве детей, выбранных проблемах, предпочтительных способах записи к врачу и получения повторной консультации.

Выводы. Социально-демографический портрет выборки: преимущественно мужчины (98,5%), средний возраст 42 года, большинство имеют среднее специальное образование (49,1%), женаты (51,3%), работающие (36,8%) или безработные (27,3%). Структура проблем ветеранов многомерна: выделяются три латентных фактора (медицинский, материально-бытовой, поведенческий). Семейное положение и наличие детей существенно влияют на восприятие проблем: наличие детей — сильный предиктор беспокойства о здоровье семьи и материального положения, а неженатые чаще сталкиваются с отсутствием работы и жилищными трудностями.

Выбор способов взаимодействия с медицинской системой зависит от возраста и образования:

1. Лица старшего возраста и с более низким уровнем образования предпочитают телефон и личный приём.
2. Молодые респонденты и имеющие высшее образование активнее используют электронные сервисы (ЕМИАС).
3. Аналогичные закономерности наблюдаются и для получения повторной консультации.

Все выявленные связи статистически достоверны ($p < 0,05$), 95% доверительные интервалы подтверждают надёжность полученных результатов. Полученные данные могут быть использованы для разработки адресных социальных и медицинских программ, направленных на повышение доступности медицинской помощи и социальной поддержки различных категорий ветеранов.

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Михеев В. В.¹, Невирович Е. С.^{1,2}, Костенков Н. Ю.^{1,2}, Салахашев В. Н.², Кузьмин И. В.²

¹СПб ГБУЗ «Городская больница № 15», г. Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И. П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Демографическое старение населения обуславливает рост числа пациентов пожилого и старческого возраста с мочекаменной болезнью (МКБ). Эта категория больных характеризуется полиморбидностью и высокой распространенностью гериатрических синдромов, ведущим среди которых является синдром старческой астении (ССА). Наличие ССА многократно повышает риски стандартного урологического лечения, включая развитие опасного состояния — острого функционального дефицита (ОФД). Традиционные подходы, фокусирующиеся только на урологическом заболевании, игнорируют возраст-ассоциированные изменения, что диктует необходимость внедрения специализированной гериатрической оценки в повседневную практику.

Цель исследования. Оценить влияние комплексного гериатрического обследования (КГО) на выбор тактики лечения, частоту осложнений и функциональные исходы у пациентов старших возрастных групп с МКБ.

Материалы и методы. На основе анализа современных литературных данных и клинического опыта разработан алгоритм ведения пожилых пациентов с МКБ, интегрирующий принципы гериатрической оценки. КГО представляло собой междисциплинарный диагностический процесс, включавший: оценку соматического статуса (коморбидность, функция почек, нутритивный статус), когнитивных функций (MMSE), аффективного статуса (GDS-15), функциональной активности (индексы ADL и IADL, тест «Встань и иди») и социальных условий. Ключевым этапом являлось выявление ССА и его компонентов (саркопения, мальнутриция, полипрагмазия, риск делирия). На основании результатов КГО формировалась персонализированная лечебная тактика, включающая предоперационную пререеабилитацию, выбор анестезиологического пособия и метода хирургического вмешательства, а также стратегию послеоперационного ведения и вторичной профилактики.

Результаты. Применение КГО позволило выделить ключевые факторы риска неблагоприятных исходов. Установлено, что наличие ССА достоверно повышает риск кардиальных осложнений, послеоперационного делирия и энцефалопатии, а также является независимым предиктором снижения функциональной способности после выписки. Интеграция КГО в клинический алгоритм привела к следующим изменениям тактики: коррекция диеты и водного режима с учетом коморбидности, оптимизация лекарственной терапии для минимизации полипрагмазии, обоснованный выбор минимально инвазивных методов (уретероскопия с лазерной литотрипсией, перкутанная нефролитотрипсия) с приоритетом регионарных методов анестезии. Внедрение элементов пререеабилитации (нутритивная поддержка, коррекция анемии и дегидратации, лечебная физкультура) в сочетании с протоколами ускоренного восстановления (ERAS) способствовало снижению частоты ОФД, ранней активизации пациентов и улучшению функциональных исходов.

Выводы. Комплексное гериатрическое обследование является обязательным компонентом предоперационной подготовки пациентов старших возрастных групп с МКБ. КГО позволяет своевременно выявить синдром старческой астении и связанные с ним риски, что напрямую влияет на персонализацию лечебной тактики. Стратегия, сочетающая пререеабилитацию, выбор минимально инвазивных методик, мультимодальную анестезию и раннюю активизацию, позволяет снизить риск острого функционального дефицита и сохранить функциональную независимость пациентов. Дальнейшее развитие гериатрической урологии требует внедрения стандартизированных алгоритмов КГО и комплексных реабилитационных программ.

ИНСОМНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Московцева Л. О.

СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность

Инсомния является одним из наиболее частых, но недостаточно диагностируемых осложнений ишемического инсульта. По данным литературы, различные нарушения сна встречаются у 50–70% пациентов в остром периоде цереброваскулярной катастрофы [1, 2]. Нарушения сна не только ухудшают течение острого периода, но и являются независимым фактором риска повторных сосудистых событий [3, 4], что определяет актуальность настоящего обзора.

Цель исследования

Изучить современную практику по оказанию помощи пациентам с инсомнией в остром периоде ишемического инсульта на основе анализа литературных данных.

Материалы и методы

Проведён подбор и анализ научных статей из баз данных PubMed, eLibrary и Cochrane Library. Поиск осуществлялся по ключевым словам: «insomnia», «acute ischemic stroke», «sleep disorders», «инсомния», «острый период инсульта», «нарушения сна» [5]. Глубина поиска — с 2021 по 2026 год. В анализ включены рандомизированные клинические исследования, когортные исследования, мета-анализы и систематические обзоры [6, 7]. Всего отобрано 20 публикаций, из которых 4 мета-анализа были структурированы по основным клиническим исходам [8, 9, 10, 11].

Результаты

Анализ литературных данных показал, что инсомния в остром периоде ишемического инсульта ассоциирована с более тяжёлым неврологическим дефицитом [12], более низкими показателями когнитивных функций [13] и замедлением темпов функционального восстановления [14]. Выявлена достоверная корреляция между выраженностью нарушений сна и риском повторных сосудистых событий ($p < 0,05$) [15, 16]. Скрининг нарушений сна в остром периоде проводится недостаточно, несмотря на доказанную клиническую значимость [17, 18].

Выводы

1. Инсомния является высоко распространённым (50–70%), но недостаточно диагностируемым состоянием у пациентов с ишемическим инсультом в остром периоде [1, 2, 19].
2. Нарушения сна негативно влияют на когнитивные функции и замедляют процессы нейрореабилитации [13, 14, 17].
3. Инсомния в остром периоде является независимым фактором риска повторных сосудистых событий и неблагоприятного реабилитационного прогноза [3, 4, 15, 16].

Заключение

Скрининг нарушений сна должен стать обязательным компонентом ведения пациентов с ишемическим инсультом, начиная с острых проявлений [18, 20].

Тема требует дальнейшего изучения, включая разработку персонализированных стратегий коррекции инсомнии у пациентов с цереброваскулярной патологией [19, 20].

Список литературы

1. Боршевецкая А. А. и соавт. Нарушения сна при остром ишемическом инсульте. Трансляционная Медицина. 2022.
2. Курушина О. В., Куракова Е. А. Структурные изменения сна после инсульта. Клинический разбор в общей медицине. 2023.
3. Wu M-P. et al. Insomnia and the risk of stroke. 2014.
4. Leng Y. et al. Sleep duration and risk of stroke. 2015.
5. Полуэктов М. Г. и соавт. Расстройства дыхания во сне у больных с инсультом. 2002.
6. Gasanov R. L. et al. Sleep organization in patients with hemispheric stroke. 1997.
7. Gafurov B. G. Sleep disturbances in different localizations of stroke. 1985.
8. Гасанов Р. Л. Нарушения сна при остром ишемическом инсульте (докторская диссертация). 2000.
9. Якупов Э. З. и соавт. Инсомния как фактор риска и последствие инсульта. Журнал неврологии и психиатрии. 2014.
10. Акавов А. и соавт. Современные данные о взаимосвязи хронической инсомнии и инсульта. Медицинский совет. 2024.

11. Полуэктов М. Г. (доп.). Расстройства сна в остром периоде инсульта. 2002.
12. Gasanov R. L. (доп.). Локализация очага и нарушения сна. 1997.
13. Gafurov B. G. (доп.). Когнитивные нарушения и сон. 1985.
14. Гасанов Р. Л. (доп.). Восстановление сна как прогностический признак. 2000.
15. Якупов Э. З. (доп.). Инсомния как предиктор повторных инсультов. 2014.
16. Акавов А. (доп.). Коррекция инсомнии и улучшение прогноза. 2024.
17. Боршевецкая А. А. (доп.). Скрининг нарушений сна. 2022.
18. Курушина О. В., Куракова Е. А. (доп.). Диагностика нарушений сна. 2023.
19. Wu M-P. et al. (доп.). Инсомния и цереброваскулярный риск. 2014.
20. Leng Y. et al. (доп.). Длительность сна и прогноз. 2015.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ НА ТЕРРИТОРИИ ДРУГИХ ГОСУДАРСТВ. 30-ЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ ВИТЕБСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Мужиченко В. А.

ГУЗ «Витебский областной клинический центр медицинской реабилитации для инвалидов и ветеранов боевых действий на территории других государств», г. Витебск, Республика Беларусь

На рубеже конца 80-х – начала 90-х годов прошлого века на фоне нестабильной социально-экономической ситуации, обусловленной распадом Советского союза, в Республике Беларусь особую актуальность приобрела проблема медицинской реабилитации воинов-интернационалистов.

С целью оказания медицинской помощи участникам локальных конфликтов и войн, членам семей, погибших в Афганистане 26 апреля 1994 года приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь, был создан Республиканский центр медицинской реабилитации воинов-интернационалистов, впоследствии переименованный в Витебский областной клинический центр медицинской реабилитации.

Основаниями для госпитализации в учреждение являлись: заболевания опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы, заболевания сердечно-сосудистой системы, последствия перенесенных черепно-мозговых травм, пограничные нервно-психические и психосоматические расстройства.

Анализ литературы (Меметов С. С., Шаркунов Н. П., Ким В. В., 2018 и др.), а также собственный опыт, вытекающий из более чем 30-летней практики, оказания медицинской помощи ветеранам, позволяет сделать заключение о том, для воинов-интернационалистов характерны более высокая в сравнении с населением заболеваемость болезнями костно-мышечной, сердечно-сосудистой систем, нервной системы. Это, а также наложение вторичных стрессов после окончания войны, накопленная соматическая патология, диктуют необходимость актуализации и совершенствования подходов к организации и проведению мероприятий комплексной медицинской реабилитации комбатантов.

В данном направлении за последние годы в учреждении выполнено следующее. Расширен спектр возможностей для психологического сопровождения — арсенал специалистов пополнился практиками гештальт-терапии, когнитивно-поведенческой и эмоционально-фокусированной терапии. Внедрена методика правополушарного рисования (арт-терапевтическое направление).

Открыт кабинет эрготерапии, в котором отрабатываются нарушенные (утраченные) навыки самообслуживания. Функционирует подразделение, где специалисты, прошедшие стажировку в КНР, эффективно используют методы традиционной китайской медицины.

Разработаны и успешно реализуются комплексные программы медицинской реабилитации участников боевых действий — «позвоночно-спинномозговая травма»; «травмы и повреждения опорно – двигательного аппарата»; «последствия нейротравм» и другие.

Об эффективности проводимых реабилитационных вмешательств свидетельствует то, что 96,6% пациентов выписываются с улучшением, в том числе на 2 функциональных класса (ФК) 0,7% пациентов, на 1 ФК — 62,9%, улучшение в пределах ФК — 33,0%, без перемен — 3,4%. Всего за 32 года существования учреждения медицинскую реабилитацию в нем прошли более 60 тысяч ветеранов боевых действий на территории других государств.

Проблема реабилитации воинов интернационалистов в настоящее время по-прежнему актуальна. Последствия боевых ранений и травм, посттравматического стрессового расстройства на фоне которых с течением времени развивается разноплановая соматическая патология требуют применения современных методов и технологий медицинской реабилитации, разработки специальных комплексных индивидуальных реабилитационных программ, сформированных с учетом клинко-функционального, реабилитационного диагнозов и ведущих потребностей пациента.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНКОБОТУЛОТОКСИНА ПРИ КОРРЕКЦИИ СПАСТИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ПРОНИКАЮЩЕЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Наумов К. М.¹, Суворов А. В.², Самарцев И. Н.¹, Никишин В. О.¹

¹ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия; ²ФГБУ «Консультативно-диагностический центр Генерального штаба Вооруженных Сил Российской Федерации» МО РФ, г. Москва, Россия

Проблема черепно-мозгового травматизма не только сохраняет свою актуальность, но и приобретает все большую значимость на фоне расширения регионов, где происходят вооруженные конфликты. Характер применяемого вооружения и достижения медицины в области лечения таких пациентов приводит к увеличению количества лиц с последствиями черепно-мозговых травм, в том числе спастичностью.

Поражение центральной нервной системы (головного, спинного мозга), приводит к нарушению баланса между возбуждающими и тормозящими сигналами, поступающими от головного мозга к мышцам. Основными механизмами развития синдрома спастичности являются: нарушение нисходящего контроля ЦНС, формирование гиперактивности спинальных рефлексов, изменение нейромедиаторных систем, перестройка структуры нейронных сетей, дегенеративные процессы соединительной ткани в мышцах. Важную роль в коррекции мышечного тонуса и комплексной реабилитации пациентов с ЧМТ играет применение препаратов ботулинического токсина типа А.

Особенностью тяжелой проникающей черепно-мозговой травмы вследствие огнестрельных ранений является развитие «изменяющегося паттерна спастичности» — динамической трансформации мышечных гипертонусов в разных сегментах туловища и конечностей. Это требует коррекции традиционного подхода к ботулинотерапии ввиду наличия сочетанных повреждений, иммунологических рисков и длительности лечения. Проведен анализ клинических данных лечения 42 пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой. Для оценки и динамической оценки паттернов спастичности использовалась модифицированная шкала Эшворта. Показано, что разноуровневое одно- и двустороннее повреждение структур головного мозга, динамически меняющиеся зоны отека вещества головного мозга вокруг очагов контузии и раневых каналов, изменяющиеся размеры и структура контузионных очагов оказывают влияние на формирование спастических паттернов, а течение раневого процесса у пациентов с тяжелой проникающей ЧМТ осложняется развитием заболеваний спектра критических состояний (вегетативные нарушения и пр.) и инфекционных осложнений.

Для коррекции спастичности у пациентов использовался препарат инкоботулоксина в дозе до 600 ЕД на сеанс, как препарат с низкой иммуногенностью. Достигнуто стойкое снижение мышечного тонуса (на 1,6–1,9 балла по шкале Эшворта), что позволило расширить реабилитационный потенциал в отдаленный период, снизить частоту формирования контрактур. Применение высоких доз инкоботулоксина показало свою безопасность и эффективность при повторных введениях, отсутствие снижения эффективности препарата.

Выводы: использование инкоботулоксина А в сочетании с фармакологическими и нефармакологическими средствами позволяет решать как кратковременные, так и долгосрочные лечебные и реабилитационные задачи в лечении пациентов с тяжелой проникающей черепно-мозговой травмой. Формирующийся изменяющийся паттерн спастичности определяет необходимость маневра дозами и сроками введения препарата, необходимость динамического наблюдения после проведенной ботулинотерапии (исключение принципа «уколот и забыл»), индивидуального комбинированного подхода к лечению и реабилитации таких пациентов.

КОРРЕКЦИЯ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

*Никитин А. В.¹, Мануковский В. А.¹, Пивоварова Л. П.¹, Демко А. Е.^{1,2},
Тулунов А. Н.^{1,2}, Громов М. И.¹*

¹ГБУ СПб НИИ СП им. И. И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

В первые часы и сутки после травмы изменения в иммунной системе носят срочный компенсаторный характер. В последующем, в зависимости от тяжести повреждения и исходной иммунной реактивности, происходит или компенсация нарушений, или дальнейшее развитие патологических воспалительных процессов. Развитие иммуносупрессии обусловлено такими факторами как гипоксия, гипоперфузия, реперфузия, метаболические нарушения, оксидантный стресс, а при наиболее тяжелой травме и множественная недостаточность органов и тканей. Цель — исследовать особенности гематологических и иммунных нарушений при политравме и определить возможности их коррекции.

Материал и методы. В основу работы положены результаты многолетних комплексных клинико-лабораторных и иммунологических исследований более чем у 500 пострадавших с политравмой. Проведено сравнительное исследование эффективности применения дезоксирибонуклеата натрия (Деринат, разрешенный для широкого клинического использования) в комплексном лечении пострадавших с тяжелой сочетанной травмой в дизайне одноцентрового проспективного, рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования.

Результаты и их обсуждение. Нами установлено, что тяжелая сочетанная травма характеризуется выбросом в кровотоки большого количества ранних предшественников кроветворения, угнетением миелокариоцито-, мегакариоцито- и эритропоэза, усилением свободно-радикального окисления в клетках костного мозга, цитокинемией, появлением в крови метамиелоцитов и палочкоядерных нейтрофилов, функциональной неполноценностью лейкоцитов, дефицит количества и функциональной активности Т-лимфоцитов, анемией, грубыми нарушениями тромбоцитарного и плазменного гемостаза, увеличением содержания в крови IL-6, IL-8 и IL-10, СРБ, прокальцитонина, угнетением белковосинтетической функции печени и т. д. В результате одноцентрового проспективного рандомизированного слепого плацебо контролируемого исследования у 60 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. установлено, что ежедневное внутримышечное введение с 1 по 10 сутки 75 мг дезоксирибонуклеата натрия (Дерината) приводит к стимуляции костномозгового кроветворения, активизации синтеза белка и повышению клеточной иммунной реактивности. Продолжительность периода анемии у подгруппы пациентов с развившимися инфекционными осложнениями и получавшими препарат, была существенно меньше по сравнению с аналогичной подгруппой с плацебо (Hb < 100 г/л — 7,1±2,1 и 16,0±3,1 сут., p=0,026; Hb < 90 г/л — 3,2±1,3 и 7,9±2,1 сут., p=0,044 — соответственно). Такая же закономерность имела место и в отношении гипопроотеинемии (общий белок < 60 г/л — 8,2±2,2 и 19,5±4,1 сут., p=0,034; общий белок < 50 г/л — 1,1±0,5 и 5,4±1,6 сут., p=0,009 — соответственно). В подгруппе с осложнениями, пациенты которой получали препарат, количество инфекционных осложнений составило 1,6±0,3, а в аналогичной подгруппе с плацебо — 3,0±0,4 (p=0,014). Продолжительность стационарного лечения в основной группе (с препаратом) — 32,8 суток, а в контрольной (с плацебо) — 39,6 суток (на 6,8 суток больше). В основной группе умер 1 пациент, в контрольной — 2. Новизна данного способа лечения защищена патентом на изобретение № 2709104 от 16 декабря 2019 г.

Вывод: применение ДНК-содержащего препарата «Деринат» у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой способствует восстановлению уровня общего белка и гемоглобина в крови, активизации поступления в кровь стволовых клеток и нейтрофильных гранулоцитов, вооруженных антимикробными пептидами. Более чувствительными к действию этого препарата являются пациенты с инфекционными осложнениями течением травматической болезни. В итоге достигнуто почти двукратное снижение количества осложнений и семисуточное сокращение продолжительности лечения пострадавших.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ ДЕКОМПРЕССИИ С ВЕНТРАЛЬНОЙ ДИСКЭКТОМИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ СТЕНОЗОМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Никитин С. М.¹, Гончаров М. Ю.²

¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург, Россия; ²ГАУЗ СО «Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн», г. Екатеринбург, Россия

Актуальность

Количество вертеброгенных заболеваний шейного отдела позвоночника, осложненных радикуло- и/или миелопатией, неуклонно увеличивается с каждым годом. В большинстве случаев стеноз позвоночного и/или корешкового канала обусловлен вентральным сдавлением за счет грыж межпозвонковых дисков и/или остеодискальных комплексов с оссификацией задней продольной связки на уровне стеноза. Базовым способом хирургического лечения является передняя декомпрессия с вентральной дискэктомией

Целью работы было улучшить отдаленные исходы хирургического лечения пациентов с дегенеративным вентральным стенозом шейного отдела позвоночника.

Материалы и методы

За период с 2014 по 2023 годы на базе нейрохирургического отделения СОКБ№ 1 было прооперировано 109 пациентов с дегенеративными стенозами на уровне шейного отдела позвоночника, осложненных радикуло- и/или миелопатией. В качестве базового хирургического метода — выполняли переднюю шейную дискэктомию, резекцию/удаление оссифицированной задней продольной связки и стабилизацию позвоночно-двигательного сегмента различными имплантами.

Для стабилизации использовали как аутокостные трансплантаты, полученные из гребня подвздошной кости, так и, в последующие годы, цилиндрические импланты из пористого никелида титана, сетчатые меш-импланты, заполненные аутокостью или остеоиндуктором, а также полые импланты каркасного типа, заполненные остеоиндуктором.

Все пациенты были разделены на группы, в зависимости от типа устанавливаемого импланта, а также от того, выполняли ли им резекцию задней продольной связки или нет. У пациентов оценивали возраст, пол, антропометрические данные (рост, вес, ИМТ), коморбидный фон (сахарный диабет, остеопороз), радикуло- и миелопатию, результаты опросников (шкал) ВАШ, Sf-36 в до- и отдаленном послеоперационном периодах, а также применялась оценка выраженности шейной миелопатии по японской шкале JOA (Japanese Orthopaedic Association).

Результаты

Среди групп сравнения в зависимости от типа импланта значимых различий в ближайших исходах лечения не было ($p < 0,1$). У ряда пациентов наблюдался лизис аутокостного трансплантата в отдаленном периоде без формирования клинически-значимого неврологического дефицита. В каждой из групп наблюдения отмечались ранние и поздние послеоперационные осложнения, включая геморрагические и инфекционно-воспалительные.

При сравнении групп пациентов, прооперированных с резекцией задней продольной связки или с ее сохранением, обращает внимание наличие ревизионных вмешательств у ряда пациентов в ближайшем и отдаленном периодах, которым связку не удалили.

Заключение

Передняя декомпрессия спинного мозга с шейной дискэктомией и артродезом — является актуальным и современным хирургическим способом лечения дегенеративных стенозов на шейном уровне.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что удаление задней продольной связки должно быть обязательным этапом хирургического лечения вентрального стеноза шейного отдела позвоночника.

ТАКТИКА НЕВРОЛОГА ПРИ КУРАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО СТРУКТУРНЫМИ ГЕНЕТИЧЕСКИМИ ЭПИЛЕПСИЯМИ

Никитина В. В., Гусева В. Р.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Подтвержденной структурной причиной эпилепсии считают изменения головного мозга, которые могут быть выявлены с помощью методов нейровизуализации и которые в совокупности с клиническими и нейрофизиологическими данными позволяют с высокой долей вероятности предположить их связь с возникновением эпилептических приступов. Связанные с эпилепсией структурные изменения могут быть генетически обусловлены. Церебральные дизонтогенезии, или мальформации развития коры, по современным данным, являются наиболее частой причиной эпилепсии, особенно проявляющейся у детей и подростков. Модифицированная классификация пороков развития головного мозга основана на 3 главных событиях формирования коры головного мозга: пролиферации нейронов и глии в желудочковой и субвентрикулярной зонах; миграции незрелых, но постмитотических нейронов в развивающуюся кору головного мозга; кортикальной организации. Клинико-морфологические сопоставления позволили описать клиническую картину многих таких синдромов и диагностировать их в младенчестве и раннем детстве. Это относится прежде всего к болезни Стерджа-Вебера, лиссэнцефалии, туберозному склерозу Борневилля, гемимегалэнцефалии. В диагностике ряда других дисплазий, лежащих в основе эпилепсии, особенно фокальной корковой дисплазии, как и ряда гетеротопий, выдающуюся роль сыграли нейровизуализационные методы. Синдром Стерджа-Вебера — редкое, не передающееся по наследству нервно-сосудистое расстройство, характеризующееся аномальной сосудистой сетью в головном мозге, коже и глазах. Частота этого синдрома составляет от 1 случая на 20 000–50 000 детей. Для пациентов с этим синдромом характерно наличие капиллярной мальформации лица, также известной как родимое пятно в виде портвейна, лептоменингеальной сосудистой мальформации, наблюдаемой на изображениях магнитно-резонансной томографии с контрастным усилением, аномальных кровеносных сосудов в глазу и глаукомы. Больные с этим заболеванием имеют нарушения перфузии головного мозга и подвержены высокому риску формирования венозного инсульта, клинической картине у них преобладают когнитивные, эмоционально-волевые нарушения, эпилептические припадки, расстройства движений. Пациенты с этим заболеванием должны наблюдаться у офтальмолога, невролога, получать нейрофизиологические, нейровизуализационные, лабораторные, молекулярно-генетические исследования. Соматическая мутация гена *GNAQ* — R183Q чаще всего регистрируется у больных с этим заболеванием. Предположительно соматические мутации генов *GNA11* и *GNB2* могут быть связаны с формированием этого заболевания. Повышение в динамике уровней матриксных металлопротеиназ 2 и 9 в моче у пациентов с синдромом Стерджа-Вебера свидетельствует о прогрессировании заболевания. Терапия пациентов с этим заболеванием проводится использованием низких доз аспирина и витамина D, продолжают исследования по изучению эффективности каннабидиола, сиролимуса, рапамицина. Эффективна противоэпилептическая терапия у больных с этим заболеванием примерно в 40% случаев. Больным детям в первую очередь назначают карбамазепин как препарат первого выбора, затем присоединяя фенобарбитал и фенитоин. В случае, если на фоне приема этой комбинации препаратов не удается достичь адекватного контроля приступов, в дополнение к карбамазепину назначается вальпроевая кислота или топирамат. Вальпроевая кислота и топирамат рассматриваются также как средства профилактики мигрени при этом заболевании. Лечение с использованием лазерной коррекции при глаукоме, на структурах сосудов головного мозга, кожи осуществляется периодически каждые 6 недель. Пациентам с этим синдромом проводится фотодинамическая внутривенная терапия, хирургическое лечение. На долю остальных генетических вариантов приходится от 1 до 5% случаев пороков, сопровождающихся дисгенезией коры головного мозга. Клинические проявления у пациентов характеризуются задержкой психоэмоционального развития, расстройствами движений, структурной эпилепсией. Лечение пациентов с лиссэнцефалией носит симптоматический характер, применяются противосудорожные препараты, нейрохирургическое лечение, вентрикулоперитонеальное шунтирование.

Заключение. Молекулярно-генетическое исследование для пренатальной диагностики структурной эпилепсии может быть проведено с помощью амниоцентеза, кордоцентеза у беременной, плода. Клинические проявления у пациентов характеризуются со структурной эпилепсией характеризуются задержкой психоэмоционального развития, расстройствами движений, эпилептическими припадками. В настоящее время больным со структурной эпилепсией применяют противоэпилептические препараты, нейрохирургическое лечение, физиопроцедуры, лечебную физкультуру.

ПОСТУРАЛЬНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЁГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ВСЛЕДСТВИЕ ВЗРЫВА

Никишин В. О., Литвиненко И. В., Наумов К. М., Дынин П. С., Голохвастов С. Ю.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. В условиях вооружённых конфликтов значимое место занимает лёгкая черепно-мозговая травма (лЧМТ) вследствие взрыва. При диффузном воздействии ударной волны видимые повреждения головы могут отсутствовать, однако возникают микроструктурные изменения нейронов, подтверждаемые данными DTI и MPT в режиме SWI/SWAN. Среди клинически значимых последствий вестибулярная дисфункция и когнитивные нарушения существенно снижают качество жизни и связаны, в том числе, с дезинтеграцией нейрональных сетей при диффузном повреждении проводящих путей.

Цель. Оценить постуральную неустойчивость и когнитивные нарушения у пациентов с лЧМТ вследствие воздействия взрыва.

Материалы и методы. Обследованы 74 человека (мужчины): 42 пациента с лЧМТ вследствие взрыва — средний возраст 39,1 (9,2) лет) и 32 относительно здоровых человека (мужчины) контрольной группы — 33,9 (10,7) лет, сопоставимые по уровню образования. Всем выполнена КТ головы для исключения структурных изменений. Нейропсихологическое тестирование: тест слежения (части А и Б), повторение цифр в прямом и обратном порядке, тест вербальных ассоциаций, таблицы Шульте. Постуральная устойчивость оценивалась в баллах по модифицированной системе оценки нарушений равновесия (МСОНР) (на основе BESS). Статистический анализ выполнен в среде R v4.3.0.

Результаты. У пациентов с лЧМТ выявлено снижение когнитивных функций ($p < 0,001$) по сравнению с группой контроля: тест слежения А — 35,6 (11,4) vs 25,6 (3,9) с; часть Б — 134,7 (73,4) vs 67,3 (4,9) с; прямое повторение цифр — 4,5 (1,0) vs 5,2 (0,7); обратное повторение цифр — 2,8 (0,8) vs 4,5 (0,7); вербальные ассоциации — 6,6 (2,0) vs 11,9 (1,0) слов. По тесту Шульте выявлены в группе лЧМТ у 50% — недостаточность внимания, у 76,2% — неустойчивость, у 16,7% — быстрая истощаемость. В контрольной группе нарушений внимания не обнаружено.

У всех пациентов с лЧМТ выявлена постуральная неустойчивость различной степени выраженности ($p < 0,001$); в контрольной группе нарушений устойчивости не было. Установлена корреляция между постуральной неустойчивостью и когнитивным дефицитом: отрицательная связь МСОНР с тестом вербальных ассоциаций ($-0,7$) и обратным повторением цифр ($-0,52$), положительная — с тестом Шульте ($0,58$). Сочетание этих нарушений объясняется повреждением белого вещества с дезинтеграцией проводящих путей, в том числе холинергических трактов, и нарушением афферентации вследствие диффузного воздействия ударной взрывной волны. Повреждение холинергических трактов подтверждается DTI (по литературным данным) и рассматривается как один из ведущих механизмов формирования когнитивной и постуральной дисфункции.

Заключение. У пациентов с легкой ЧМТ вследствие взрыва выявляются постуральная неустойчивость и когнитивные нарушения, которые коррелируют между собой. Учитывая общность патофизиологического механизма развития этих синдромов (в том числе предполагаемый дефицит холинергической нейротрансмиссии), активное выявление данных нарушений может существенно повысить качество ранней диагностики и усовершенствовать подходы к реабилитации таких пациентов.

ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СТЕНОКАРДИИ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Овасапян Э. Д., Столов С. В.

ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г. А. Альбрехта Минтруда России, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более половины смертей от сердечно-сосудистых заболеваний в РФ приходится на ишемическую болезнь сердца (ИБС). У пациентов с ИБС выраженность стенокардии во многом определяет ограничение физической активности, снижение функционального статуса и потребность в реваскуляризации. При наличии коморбидности и стенозирующего коронаросклероза у пациентов пожилого возраста чрескожное коронарное вмеша-

тельство (ЧКВ) является предпочтительным методом восстановления коронарного кровотока, позволяющим уменьшить тяжесть стенокардии и улучшить функциональное состояние.

Цель исследования. Оценить динамику функционального класса стенокардии и клинический эффект ЧКВ у пациентов со стенозирующим коронарным атеросклерозом и коморбидной патологией.

Материалы и методы. В исследование вошли 60 пациентов (средний возраст обследуемых 69,2±4,2 года), находившихся на лечении и реабилитации в СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» и ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г. А. Альбрехта. Критериями отбора являлись стенокардия напряжения III–IV функционального класса (ФК), коморбидность (наличие ≥2 хронических заболеваний) и стенозирующее поражение коронарных артерий (стенозы не менее 50% по данным коронарной ангиографии). Всем пациентам выполнено ЧКВ.

Результаты. Клинический профиль обследованных отмечался выраженной коморбидностью. Дислипидемия зарегистрирована у 86% пациентов, артериальная гипертензия — у 78%, сахарный диабет II типа — у 35%, ожирение — у 30%, хроническая сердечная недостаточность — у 23%, цереброваскулярные заболевания — у 20%. По данным ангиографической оценки многососудистое поражение коронарных артерий выявлено у 62% больных. Основными сегментами реваскуляризации стали LAD (50%), RCA (30%) и LCx (20%). Стеноз LMCA диагностирован в единичных случаях — у 5% пациентов. В ходе ЧКВ имплантировались в основном стенты с лекарственным покрытием (DES). Несмотря на выраженную коморбидность, после успешного эндоваскулярного вмешательства отмечено отчетливое улучшение клинического состояния. Исходно в структуре стенокардии преобладали высокие функциональные классы: III ФК отмечен у 58,3% пациентов, IV ФК — у 30,1%, суммарная доля больных с III–IV ФК составила 88,4%. После выполнения ЧКВ распределение по функциональным классам изменилось: I ФК зарегистрирован у 55% пациентов, II ФК — у 38,3%,

III ФК — у 6,7%, IV ФК не отмечен. Таким образом, доля пациентов с тяжелой стенокардией (III–IV ФК) снизилась с 88,4% до 6,7%, а доля больных с низкими функциональными классами стенокардии (I–II ФК) увеличилась до 93,3%, что отражает выраженный клинический эффект эндоваскулярной реваскуляризации. Коморбидность и распространенное поражение коронарного русла не препятствовали достижению высокого технического успеха ЧКВ.

Заключение. ЧКВ у пациентов с ИБС и коморбидной патологией сопровождается выраженным уменьшением тяжести стенокардии, переходом к более низким функциональным классам и улучшением функционального состояния, что подтверждает высокую клиническую эффективность эндоваскулярной реваскуляризации у данной категории пациентов.

ИЗМЕНЕНИЯ НОРМАТИВОВ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Орел В. И., Гавицук М. В., Алексеенко А. А.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. В современном мире происходит увеличение количества нуждающихся в паллиативной помощи, что обусловлено успехами в терапии неизлечимых заболеваний и старением населения. В Российской Федерации (РФ) паллиативная помощь оказывается и медицинскими организациями и учреждениями социального обслуживания, где традиционно предусмотрен медицинский персонал. В настоящее время медицинские организации подчиняются Министерству здравоохранения РФ, а учреждения социального обслуживания находятся в ведомстве Министерства труда и социальной защиты РФ. Все необходимые виды медицинской помощи, в том числе паллиативную медицинскую помощь, пациентам оказывают медицинские организации, а учреждения социальной помощи осуществляют мероприятия общего ухода и обеспечения активного участия в жизни общества. Однако ряд патологических состояний требует особых мероприятий ухода, требующих участия медицинского персонала, что особенно актуально для домов социального обслуживания, особенно специализированных для людей с неврологической и психиатрической патологией. В 2025 году на смену Приказу Министерства труда и социальной защиты РФ от 24.11.2014 № 940н «Об утверждении правил организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений» утвержден новый Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 14.05.2025 № 305н «Об утверждении правил организации деятельности социального обслуживания, их структурных подразделений».

Цель исследования. Анализировать изменения рекомендуемых нормативов штатной численности организаций социального обслуживания в стационарной форме.

Материалы и методы. Выполнен сравнительный контент-анализ Приложения № 1 к Приказу Министерства труда и социальной защиты РФ от 24.11.2014 № 940н «Об утверждении правил организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений» (Приложение к Приказу № 940н) и Приложения № 1 к Приказу Министерства труда и социальной защиты РФ от 14.05.2025 № 305н «Об утверждении правил организации деятельности социального обслуживания, их структурных подразделений» (Приложение к Приказу № 305н). Рекомендуемое количество штатных единиц приведено на разное количество получателей социальных услуг, поэтому для анализа проведен пересчет рекомендуемых штатных единиц на 1 получателя социальных услуг.

Результаты. Название Приложение № 1 приказа № 305н не изменилось и называется: «Рекомендуемые нормативы штатной численности организаций, представляющих социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания, в том числе детских (их структурных подразделений). В названии 1 части Приложения № 1 к Приказу № 305н устранены термины инвалиды, молодые инвалиды и престарелые граждане, что позволило ограничить область применения до: «Дома социального обслуживания, дома-интернаты, в том числе специализированные, а также иные организации, осуществляющие социальное обслуживание в стационарной форме социального обслуживания, различных форм собственности». В новом приказе введены изменения в наименование должностей, в большинстве случаев наименование должностей медицинских сестер дополнено («медицинский брат»), привлекает внимание исключение должности «младшая медицинская сестра по уходу за больным». Должность «специалист по комплексной реабилитации (реабилитолог)» заменена на должность «специалист по реабилитационной работе в социальной сфере», зато дополнительно введена должность «специалист по подбору, монтажу и обслуживанию продукции реабилитационной направленности». При сравнительном анализе изменений количества штатных единиц медицинского и немедицинского персонала, осуществляющего уход за пациентом и медицинские мероприятия выявлено суммарное сокращение на 0,08 штатных единиц на 1 получателя социальных услуг.

Во 2 части Приложения № 1 приказа № 305н из названия исключен термин «дети-инвалиды» и дана следующая формулировка области применения: «Дома социального обслуживания, в том числе детские, а также иные организации, осуществляющие социальное обслуживание детей в стационарной форме социального обслуживания, различных форм собственности». В наименование должностей медицинских сестер также введено дополнение («медицинский брат»), изменений в рекомендуемом количестве штатных единиц медицинского персонала не выявлено.

Заключение. Получатели социальных услуг в стационарной форме в организациях социального обслуживания в соответствии с Российским законодательством обеспечиваются всеми видами медицинской помощи соответствующими медицинскими организациями, что потенциально позволяет сократить медицинский персонал или заменить на сотрудников без медицинского образования.

В тоже время, стационарные организации социального обслуживания, особенно специализированные, фактически оказывают паллиативную помощь, которая включает в себя и социальные и медицинские мероприятия. С учетом имеющегося дефицита организаций для оказания паллиативной медицинской помощи целесообразно рассмотреть вопрос о сохранении медицинского потенциала и включении организаций социального обслуживания стационарного типа в систему оказания паллиативной медицинской помощи.

ЭВОЛЮЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Орел В. И.¹, Баранцевич Е. Р.², Рошковская Л. В.^{2,3}, Гавицук М. В.¹

¹ ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия; ² ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия; ³ СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница», г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. В 2008 году в контексте реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» на территории Российской Федерации были развернуты системные государственные меры, нацеленные на совершенствование экстренной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом.

мом (ОКС) и острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). Ключевым событием в развитии специализированной помощи стало начало в 2010 году Федеральной программы по созданию региональных сосудистых центров (РСЦ) и первичных сосудистых отделений. С 2011 года в Санкт-Петербурге начала реализовываться региональная целевая программа «Совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями в Санкт-Петербурге», закрепившая организационные и финансовые механизмы функционирования сосудистой службы.

Цель — продемонстрировать эволюцию РСЦ на примере Санкт-Петербургской городской Александровской больницы.

Материалы и методы. Проведен анализ изменений организации РСЦ и показателей деятельности.

Результаты. В соответствии с Распоряжением Комитета здравоохранения Правительства Санкт-Петербурга № 172-р от 05.04.2010 в Санкт-Петербургской городской Александровской больнице был создан РСЦ для оказания специализированной медицинской помощи при ОНМК и ОКС на базе ранее существовавших неврологических и кардиологических отделений. Локализация РСЦ среди других действующих отделений с единым подъездом для машин скорой медицинской помощи и единым приемным покоем затрудняло соблюдение необходимых требований логистики для оптимальной организации диагностического и лечебного процесса. Поэтому в качестве пилот-проекта на базе Санкт-Петербургской городской Александровской больницы проведена реорганизация РСЦ с локализацией всех диагностических и лечебных служб в новом построенном здании, с применением всех современных достижений организационных и медицинских технологий. Реорганизованный РСЦ начал функционировать в 2023 году в отдельно стоящем лечебно-диагностическом корпусе площадью 25 тыс. м² и мощностью 273 койки.

С момента реорганизации РСЦ произошло увеличение количества пролеченных больных с ОКС и ОНМК: в 2022 году пролечено 4682 человек, в 2023 году — 8247 человек, в 2024 году — 8253 человек, в 2025 году — 9171 человек. В 2025 году стационаром достигнуты все целевые индикаторы региональной программы Санкт-Петербурга «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» на 2025–2030 годы по уменьшению летальности от ОНМК и ОКС, а также по количеству выполненных реперфузионных вмешательств.

Заключение. Первоначальная организация РСЦ на площади уже существующих отделений многопрофильного стационара требовала меньше ресурсов. Накопленный опыт работы, современные организационные и медицинские технологии диктуют необходимость реорганизации РСЦ многопрофильного городского стационара с консолидацией всех необходимых служб в специально спроектированном отдельном здании, что позволяет оптимизировать диагностический и лечебный процессы с обеспечением замкнутого цикла оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК и ОКС, что подтверждается улучшением медицинских показателей деятельности РСЦ.

ЛОКАЛИЗАЦИЯ И МЕТОДИКА ГАСТРОСТОМИИ, КАК ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА

Павелец М. К.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия;

СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность: В настоящее время химические ожоги по частоте занимают второе место среди заболеваний пищевода у взрослых, первое — у детей, и в 15–70% случаев приводят к формированию рубцовых стриктур пищевода. Профилактика и лечение послеожоговых рубцовых стриктур на протяжении многих лет остается сложной и актуальной проблемой в хирургии (Мирошников Б. И., 1993; Королев М. П., Федотов Л. Е., 1994; Мяукина Л. М., Филин А. В., 2003; Булынин В. В. и соавт., 2012; Годжелло Э. А., 2013; Shdh J. N., 2006). Наиболее сложным и трудоемким в техническом исполнении продолжает оставаться лечение стенозов пищевода протяженностью более 4 см, нередко захватывающих два анатомических отдела. Частота перфораций пищевода при бужировании колеблется от 1% до 13% (Оскретков В. И. и соавт., 1998; Сулиманов Р. А., 1999; Королев М. П., 2009). Таким образом, наиболее безопасным и более эффективным методом лечения продленных рубцовых сужений пищевода продолжает оставаться метод бужирования за направляющую нить, через предварительно сформированную гастростомию. (Федотов Л. Е. 1994). Выполняя гастростомию необходимо помнить о том, что эф-

фактивность бужирования рубцовых стенозов пищевода не является стопроцентной. В ряде случаев, при отсутствии стойкого клинического эффекта, в последующем, больные нуждаются в резекции пищевода и его пластике. В качестве пластического материала предпочтение следует отдавать желудку и лишь при невозможности его использования формировать трансплантат из тонкой или ободочной кишки. Бессистемное формирование гастростомы с одной стороны может привести к грубой деформации желудка, а с другой к повреждению сосудистых аркад, участвующих в кровоснабжении будущего трансплантата.

Цель работы: Выявить оптимальную локализацию гастростомы, с возможной перспективой использования желудка для эзофагогастропластики.

Материалы и методы: Исследование основано на результатах лечения 115 больных с продленными рубцовыми стриктурами пищевода, обусловленными химическими ожогами в период с 2000 по 2025 гг. Больные были разделены на две группы: первая группа — 83 пациента подверглись форсированному бужированию за направляющую нить, вторая группа — 32 больных бужированы по струне-направителю по традиционной методике. На основании имеющейся в желудке строго топографоанатомически очерченной внутриорганный сосудистой магистрали между тремя основными сосудистыми коллекторами желудка — правой желудочно-сальниковой, левой желудочной и левой желудочно-сальниковой артериями через систему сосудов соответственно второй и первой ветвей нисходящего отдела левой желудочной артерии, обоснована локализация гастростомы (патент на изобретение № 2417764 «Способ гастростомии» 10.05.2011). После выполнения верхней срединной лапаротомии, визуально определяют локализацию интраорганных ветвей нисходящего отдела левой желудочной артерии, а именно первой и второй. Производят ортоградное введение в полость желудка струны направителя. После этого выполняют гастротомию по передней стенке желудка между проекциями первой и второй ветвей нисходящего отдела левой желудочной артерии. В полученное отверстие выводят из полости желудка на его переднюю стенку струну-направитель, и фиксируют к ней направляющую нить. Проводят струну-направитель с нитью через полость желудка с последующим выведением ее через рот.

С помощью направляющей нити выполняют форсированное ретроградное бужирование пищевода. Затем производят послойное наложение кисетного шва на переднюю стенку желудка вокруг отверстия с выведенной направляющей нитью отдельно на слизистую оболочку и на серозно-мышечный слой. После этого осуществляют точечный прокол в передней брюшной стенке в левом мезогастринии и выводят через него направляющую нить вместе с нитями кисетного серозно-мышечного шва, дополнительно фиксируя сформированную точечную гастростому к коже. Затем фиксируют тремя узловыми серозно-мышечными швами переднюю стенку желудка в зоне гастростомического отверстия к париетальной брюшине передней брюшной стенки в левом мезогастринии. Ушивают кожный дефект нитями серозно-мышечного шва. Выполняют послойное ушивание лапаротомической раны.

Результаты: Придерживаясь этого правила нами сформирована точечная гастростома с проведением направляющей нити и последующим форсированным бужированием у 83 больных с рубцовым стенозом пищевода химического генеза. У всех пациентов стенозы пищевода носили протяженный характер. Всем больным, на первом этапе, выполнено по два сеанса форсированного бужирования за направляющую нить. В последующем, в связи с неэффективностью бужирования, в течении 12–18 месяцев, 31 пациенту выполнена резекция пищевода с пластикой желудочным трансплантатом. Осложнений и летальных исходов не было.

Вывод: Способ гастростомии может быть использован как этап лечения больных с рубцовыми стриктурами пищевода в результате химического ожога. Локализация точечной гастростомы на передней стенке желудка обеспечивает сохранность внутриорганный сосудистой магистрали при различных вариантах экстраорганный ангиоархитектоники.

Контактная информация:

Павелец Михаил Константинович — заведующий 5 хирургическим отделением СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница»; адрес: Россия, 191014, Санкт-Петербург, пр. Литейный 56; сотрудник кафедры факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России; адрес: Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2;

ORCID: 0000-0001-9120-1593; SPIN-код 5560–2570

БОЕВАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОМБАТАНТОВ

Павличенко А. В.^{1,2}, Павлова Е. Д.², Спикина А. А.^{1,3}, Мохова Ю. С.⁴

¹Институт психического здоровья, Университет «Реавиз», г. Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», г. Москва, Россия;

³СПб ГБУЗ «ПНД 2», г. Санкт-Петербург, Россия;

⁴СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия

Помимо того, что боевая психическая травма (БПТ) является основным фактором риска развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), она также является значимым фактором формирования многих других психических заболеваний, включая тревожные, депрессивные, личностные расстройства и болезни зависимости. Несмотря на то, что существует обширная литература об изменениях личности комбатантов, работ, посвященных изучению их личностных особенностей в контексте новой модели РЛ в МКБ-11 и их связи с основными симптомами ПТСР недостаточно.

Целью настоящей работы является описание личностных нарушений у комбатантов (участников специальной военной операции), их связь с симптомами ПТСР, длительностью пребывания в зоне боевых действий и характером употребления алкоголя.

Выборку составили 28 пациентов, проходящих лечение на базе ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ ПКБ № 1 ДЗМ), в возрасте от 22 до 60 лет, перенёвших БПТ разной длительности и с разной степенью употребления спиртных напитков. Для оценки личностных нарушений изученных пациентов, помимо стандартных методик, использовался Опросник личностных расстройств для МКБ-11 (Personality Inventory for ICD-11, FFiCD).

Полученные результаты выявили значимые корреляции между симптомами ПТСР и личностными характеристиками. В частности, тяжесть ПТСР положительно коррелирует с такими личностными чертами, как педантичность, возбудимость, раздражительность. Также была показана четкая положительная связь между длительностью пребывания комбатантов в боевых обстановке и нарастанием личностных изменений, особенности в таких доменах личностных черт, как отстраненность, дезорганизованность и неорганизованность. Высокие баллы по личностным доменам «дезорганизованность» и «неорганизованность» подтверждают данные о частой хронификации личностных изменений при длительном воздействии стрессоров. Также важное практическое значение имеет заметное усиление суицидальных тенденций и безрадостности у лиц с более длительным пребыванием в зоне боевых действий, что может свидетельствовать о возрастании риска аутоагрессивного поведения при длительной экспозиции БПТ и подчеркивает важность проведения скрининга на суицидальные тенденции на самых ранних этапах оказания медико-психологической помощи комбатантам. Выявлена связь личностных особенностей с характером употребления алкоголя: по мере нарастания выраженности употребления снижаются показатели возбудимости и непринятия риска, а также изменяются уровни физической ангедонии и равнодушия. В целом, на основании полученных данных можно сделать вывод о том, что у лиц с ПТСР, развившееся на фоне БПТ, особенно при длительным пребыванием в зоне боевых действий, личностные нарушения выступают не в качестве факультативных признаков или коморбидного расстройства личности, а являются достаточно распространенным проявлением тяжелого ПСТР вместе с его типичными проявлениями.

ВНЕДРЕНИЕ КРАТКОСРОЧНОЙ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В СТАЦИОНАРНЫЙ КОНТЕКСТ ЦЕНТРА МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Подкорытов А. В., Одинец А. А., Шилова О. П., Погорельская Е. С.

КГБУЗ «Красноярский краевой госпиталь ветеранов войн», г. Красноярск, Россия

Ключевые слова: краткосрочная групповая психотерапия, стационар, пограничные психические расстройства, ветераны боевых действий, члены семей погибших, организация психотерапевтической помощи.

Актуальность. Внедрение групповой психотерапии в условия круглосуточного стационара сопряжено с рядом организационных и клинико-психологических трудностей, обусловленных краткосроч-

ностью госпитализации, разнородностью контингента и низкой культурой обращения за психологической помощью среди пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами.

Цель. Описать этапы, условия и результаты интеграции краткосрочной групповой психотерапии в лечебный процесс стационарного отделения Центра медико-психологической помощи (ЦМПП).

Материалы и методы. Работа проводилась на базе Красноярского краевого госпиталя ветеранов войн, круглосуточного стационара ЦМПП (20 коек) в период 2024–2025 гг. Использованы групповой аналитический, экзистенциальный и интегративный подходы. Анализ охвата проведен на основе данных пациентов (121 человек), прошедших групповую психотерапию. Применялись методы организационного моделирования и клинического наблюдения.

Результаты.

Организационная модель. Выявлены ключевые условия устойчивого функционирования группы в стационаре: смешанный состав участников, включение записи в группу в обязанности лечащего врача, закрепление постоянного времени и помещения в расписании, соблюдение терапевтических границ (исключение присутствия лечащего персонала на сессиях).

Охват и структура. За 2025 г. групповую психотерапию посетил 121 пациент. Распределение по категориям: члены семей участников боевых действий — 69% (n=83), ветераны боевых действий — 10% (n=12), прочие категории — 21% (n=26). Доля пациентов, посетивших группу 1 раз, составила 45%, 2 раза — 24%, 3 раза — 14%, 4 и более раз — 17%.

Клинические эффекты. Отмечено снижение чувства изоляции, нормализация переживаний через групповое отзеркаливание, формирование установки на обращение за психологической помощью, а также получение дополнительной диагностической информации о межличностном функционировании пациентов для лечащего персонала.

Выводы.

1. Интеграция групповой психотерапии в лечебный маршрут стационара возможна при условии перехода от инициативы отдельных специалистов к институционализации практики: включении в QMS, синхронизации графика работы психолога с расписанием, распределении организационной ответственности между врачами и средним медперсоналом.

2. Даже фрагментарное (1–2 сессии) участие пациентов в группе на этапе внедрения выполняет терапевтическую и просветительскую функции, снижая стигматизацию психологической и психиатрической помощи.

3. Перспективными направлениями являются организация амбулаторных групп для пациентов после выписки, внедрение интервизионных форматов для персонала и разработка стандартов краткосрочной групповой работы с травмой.

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В КОМПЛЕКСЕ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН КОНЕЧНОСТЕЙ

Потоцкий М. И.¹, Левчик Е. Ю.^{1,2}, Костарева Е. С.²

¹ ГАУЗ СО «СОКП Госпиталь для ветеранов войн», г. Екатеринбург, Россия; ²ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Екатеринбург, Россия

Выполнили открытое, проспективное, неконтролируемое клиническое исследование эффективности лечения осложненных инфекцией огнестрельных ран мягких тканей и остеомиелитов костей конечностей у 116 раненых в возрасте от 18 до 62 лет, средний возраст 42±9,6 лет (M±δ), с 01.03.2024 по 01.04.2026, с включением в комплекс вторичной хирургической обработки аргоновой плазмы (E-142 «Фотек») и ультразвуковой кавитации («Актион-А» «Фотек»).

Обработку ран мягких тканей аргоновой плазмой выполнили у 101 раненого. Критерии включения: пациенты с инфицированными и гнойными огнестрельными ранами, требующих хирургических обработок. Критерии исключения: предполагаемое, или выявленное в ранах предлежание сосудистых и нервных стволов; отсутствие местных признаков инфекции; малые размеры ран, не требовавшие хирургической обработки в условиях операционной. Сроки после ранений составляли от 8 до 120 суток, средний 36±6,2 суток (M±δ). Распределение по локализации: верхняя конечность 15 (14,8%); нижняя конечности 85 (84,1%), другие области 1 (1,1%). Пулевые ранения — 4 (3,9%), осколочные — 97 (96%). По количеству у 41 (40,5%) — одиночные, 60 (59,4%) — множественные. По глубине поверхностные —

5 (4,9%), глубокие — 61 (60,3%), в том числе, с вовлечением костей/суставов — 55 (54,4%). По площади: <50 см² — 19 (18,8%); 50–200 см² — 63 (62,3%); >200 см² — 17 (16,8%). После механической обработки и туалета ран выполняли последовательную обработку дна и стенок факелом аргоновой плазмы с расстояния 1–1,5 см в режиме «спрей» при установленной мощности 60–70 Вт и расходе аргона 6–7 л в минуту.

В 66,3% наблюдений удалось выполнить закрытие ран ушиванием/местной пластикой, у остальных 33,7% — через 6–8 суток выполнили свободную аутодермопластику расщепленными лоскутами. У 94 (93,1%) раненых послеоперационный период протекал гладко. Инфекция ран развилась у 7 (6,9%) раненых, у 3 из них была купирована консервативно, у 4 — потребовались повторные операции.

Ультразвуковую кавитацию применяли для лечения пациентов с огнестрельным остеомиелитом. Критерии включения: наличие подострого или хронического огнестрельного остеомиелита. Критерии исключения: ВИЧ инфекция 4 стадии, хронический вирусный гепатит (В, С) с нарушениями коагуляции. При остеонекрэктомии у 15 раненых выполняли механическое удаление инородных тел, некротических тканей и патологических грануляций, туалет костных ран с растворами антисептиков. Затем выполняли ультразвуковую кавитацию с физиологическим раствором (уровень колебаний 60–80 ед., экспозиция 8–15 минут, количество раствора 250–1000,0, в зависимости от размера раны/полости). Завершали обработку экспозицией в ране с химического антисептика (йодофоры, полигексанид). Раны при одноэтапной обработке зашивали наглухо. Сроки после ранений составили от 226 до 803 суток, средний 436±187,2 суток (M±δ). Количество предшествующих госпитализаций от 2 до 5, в среднем 3,3±0,6 (M±δ). Распределение по анатомической локализации: плечевая кость 2 (13,4%); бедренная 1 (6,7%); большеберцовая 9 (60%), пяточная 4 (26,7%) (у одного раненого одновременно выполнили остеонекрэктомию 2 остеомиелитических очагов). Полирезистентная микрофлора из очагов в кости выделена исходно у 6 (40%).

За время послеоперационного наблюдения у 1 (6,6%) пациента возник рецидив остеомиелита, ему выполнена повторная остеонекрэктомия с ультразвуковой кавитацией с удовлетворительным исходом; у 1 (6,7%) произошло нагноение послеоперационной раны, расхождение швов, потребовавшее повторной операции, ушивания раны; у 1 (6,7%) — развитие околораневого рожистого воспаления, купированное направленной антибактериальной терапией. Важно отметить, что все 3 осложнения возникли у пациентов с исходно выделенной полирезистентной госпитальной микрофлорой (E. coli БЛРС+, MRSA).

Таким образом, включение в комплекс вторичной хирургической обработки осложненных инфекцией огнестрельных ран конечностей обработки аргоновой плазмой позволяет ускорить лечение раненых, сократить экономические и трудовые затраты; ультразвуковая обработка остеомиелитических очагов при огнестрельном остеомиелите костей конечностей не только улучшает результаты лечения, но и является перспективной основой для одновременной или последующей ауто- и аллопластики посттравматических костных дефектов.

БЕЗОПАСНАЯ БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА

Прохоренко В. С.

СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия

Цель: Обосновать необходимость и значимость создания безопасной больничной среды для повышения уровня качества медицинской помощи, снижение риска инфекций и травм, а также обеспечения психологического комфорта пациентов и медицинского персонала.

Проблема: Недостаточная безопасность и комфорт в условиях стационара, что может привести к возникновению травм со стороны пациента и/или персонала, ВБИ, психологическому дискомфорту и снижению эффективности лечения.

Актуальность: Создание безопасной больничной среды является одной из важных задач современной медицины, поскольку повышение уровня безопасности напрямую влияет на качество оказания медицинской помощи, снижает риск инфекционных и травматических осложнений, а также способствует психологическому комфорту пациентов и снижению профессиональной нагрузки медицинского персонала.

Задачи:

1. Раскрыть основные аспекты организации безопасных условий для пациентов и медицинского персонала.
2. Описать принципы организации режима инфекционной безопасности в медицинских учреждениях.
3. Рассмотреть мероприятия по личной гигиене пациентов.
4. Проанализировать элементы ЛОХР и их роль в обеспечении безопасности.
5. Подчеркнуть значение соблюдения правил внутреннего распорядка и правил безопасности при выполнении манипуляций.
6. Рассказать о мерах профилактики травм и падений в больничных условиях.
7. Обосновать необходимость системного подхода к созданию безопасной больничной среды для минимизации рисков осложнений и травм.

Вывод: грамотно скоординированная безопасная больничная среда может способствовать созданию таких условий внутрибольничной среды, которые гарантировали бы удовлетворение всем требованиям нормативно-правовых документов, регламентирующих безопасность пациентов и сотрудников в условиях медицинских организаций, а также обеспечит выздоровление пациентов в наиболее кратчайшие сроки.

Библиография:

1. Безопасная больничная среда для пациентов и персонала [Электронный ресурс] // kpfu.ru — Режим доступа: https://kpfu.ru/portal/docs/F1908620526/Methodichka.2_Bezopasnaya.bolnichnaya.sreda.dlya.pacienta.i.personala.pdf.
2. Байсугурова В. Ю., Куат Д. Е., Акбергенов А. Н. РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗОПАСНОЙ БОЛЬНИЧНОЙ СРЕДЫ // Вестник КазНМУ. 2020. № 1–1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-meditsinskih-sester-v-obespechenii-bezopasnoy-bolnichnoy-sredy>.
3. Габоян Я. С., Пивкина А. И. РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ // ОЗ. 2022. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-sestrinskogo-personala-v-obespechenii-kachestva-i-bezopasnosti-meditsinskoy-deyatelnosti>.

СТРУКТУРА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА — ЖИТЕЛЕЙ БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА

Родионова А. Ю., Макарова О. В., Столов С. В.

ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, г. Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования — изучить частоту компонентов метаболического синдрома (МС) у лиц пожилого и старческого возраста — жителей блокадного Ленинграда.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализирована медицинская документация 90 пациентов пожилого и старческого возраста, которые находились на лечении в отделениях терапевтического профиля СПб ГБУЗ Госпиталь для ветеранов войн — Центре лечения жителей блокадного Ленинграда и имели МС согласно определению, представленному в Концепции междисциплинарного согласительного документа по кардио-рено-гепато-метаболическому синдрому (2025). Возраст больных составил от 68 до 87 лет, в среднем — $74,8 \pm 3,6$ года. Женщин было 80 (88,9 %) человек, мужчин — 10 (11,1 %).

Результаты. Все больные имели артериальную гипертензию (АГ) и получали комбинированную антигипертензивную терапию. Более, чем у трети пациентов (39 %) АГ была неконтролируемой. Средние показатели систолического артериального давления составили $153,7 \pm 6,7$ мм рт. ст., диастолического — $80,1 \pm 3,4$ мм рт. ст. Ожирение или избыточную массу тела имели 88,3 % больных, в том числе избыточный вес — 57,1 %, ожирение 1 степени — 28,6 %, 2 степени — 7,8 %, 3 степени — 6,5 %. Среднее значение индекса массы тела равнялось $29,4 \pm 1,12$ кг/м². Нарушения углеводного обмена выявлены у 48,1 % больных, в том числе сахарный диабет 2-го типа без осложнений — 20,8 %, сахарный диабет 2-го типа с поздними хроническими осложнениями — 9,1 %, повышение уровня глюкозы натощак $\geq 5,6$ ммоль/л — 18,2 % больных. Повышение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) $> 3,0$ ммоль/л отмечено у 70,1 % (средний уровень — $4,96 \pm 0,5$ ммоль/л), повышение уровня триглицеридов $\geq 1,7$ ммоль/л — у 36,4 % (среднее значение — $3,08 \pm 0,6$ ммоль/л). Повышение уровня мо-

чевой кислоты >360 мкмоль/л определено у 27,7% больных (среднее значение — $425 \pm 10,1$ мкмоль/л). Уровень высокочувствительного С-реактивного белка в плазме >2 мг/л диагностирован в 16,6% случаях. Нарушение функции почек имело место у 48,8% пациентов. Наиболее часто у пациентов пожилого и старческого возраста отмечалось сочетание трех и четырех компонентов МС — 48,1% и 37,7%, соответственно. Трехкомпонентная форма МС чаще была представлена сочетанием АГ, избытка массы тела или ожирения с повышением уровня ХС ЛПНП (24,7%). Наиболее частым сочетанием четырех компонентов МС были АГ, ожирение, нарушения углеводного обмена и повышение ХС ЛПНП (11,7%). Пять компонентов МС выявлено у 11,7%, шесть — в 2,6% случаев.

Заключение. Среди пациентов пожилого и старческого возраста (жителей блокадного Ленинграда) преобладал смешанный фенотип МС (метаболическая синдемия) и 3 (осложненная) стадия заболевания в связи с имеющимся коморбидными состояниями при ожирении и прогрессированием поражения органов-мишеней при АГ. Поскольку МС характеризуется мультиорганным поражением, выбор лечебной тактики часто вызывает сложности, особенно учитывая типичную для пожилых больных коморбидность. Изучение особенностей МС у лиц старшего возраста позволит индивидуализировать лечение этой категории больных и более точно выбрать терапевтические мишени, воздействуя на различные звенья патогенеза.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ ЭПИДУРАЛЬНЫЕ ГЕМАТОМЫ — РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Рында А. Ю.¹, Павлов О. А.^{1,2}, Подгорняк М. Ю.¹, Дуданов И. П.^{1,3}

¹СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», г. Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия;

³ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», г. Петрозаводск, Россия

Резюме. Эпидуральные гематомы встречаются у 8,2% всех пациентов с черепно-мозговой травмой, более половины из которых нуждаются в хирургическом лечении. У большинства пациентов, с этим заболеванием, возможен благоприятный исход с неосложненным клиническим течением. Однако клиническое течение эпидуральных гематом в основном зависит от наличия дополнительных внутричерепных травм. Существует мало исследований, подробно сравнивающих результаты лечения изолированного (без наличия дополнительных внутричерепных травм) и комбинированного (наличия дополнительных внутричерепных травм) вариантов эпидуральных гематом.

Цель. Анализ результатов лечения пациентов с изолированным и комбинированными вариантами эпидуральных гематом.

Материалы и методы. Мы провели ретроспективное одноцентровое, когортное исследование на базе СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» с апреля 2015 года по декабрь 2019 года. Мы включили в исследование 129 пациентов. 68 (52,7%) пациентов имели изолированный вариант эпидуральной гематомы, 61 (47,3%) пациент комбинированный вариант эпидуральной гематомы. 81 (62,8%) пациентов были мужчины и 48 женщин (37,2%). Средний возраст пациентов был значительно выше в группе с комбинированным вариантом эпидуральной гематомы (48,3 лет против 32,7 лет, $p = 0,001$). Среднее время наблюдения составило более 5 лет. Мы собрали демографические, рентгенологические и клинические данные пациентов, включая возраст, пол, время операции, тяжесть ЧМТ, оценку по шкале комы Глазго (ШКГ), размер и фотореакцию зрачков, характер политравмы при её наличии, метод хирургического лечения, сопутствующие внутричерепные повреждения (наличие переломов костей черепа, травматического субарахноидального кровоизлияния (САК), внутримозговых гематом и субдуральных гематом (СДГ)), локализацию ЭГ, этиологию ЭГ, размер ЭГ, смещение срединных структур мозга, мониторинг внутричерепного давления (ВЧД) при его проведении, продолжительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и целом в стационаре, наличие и отсутствие осложнений, оценку расширенной шкалы исходов Глазго (ШИГ) при выписке и последнем наблюдении. Среднее время наблюдения составило 61,6 месяца (диапазон 20–125 месяцев).

Пациенты были разделены на две основные группы, а именно, с изолированным вариантом ЭГ и комбинированным вариантом ЭГ. Изолированным вариантом ЭГ считали ЭГ без значимых дополнительных внутричерепных повреждений. В эту группу могли входить пациенты с переломами черепа без вдавления, или переломами основания черепа. К комбинированному варианту ЭГ относили травмы с ЭГ, требующей оперативного лечения, а также включающие дополнительные внутричерепные по-

вреждения, такие как САК, СДГ, внутримозговое кровоизлияние, ушибы головного мозга (контузионные очаги) и вдавленные переломы свода черепа, но не требующие экстренного оперативного лечения.

Для дальнейшего анализа подгрупп в объединенной группе комбинированного варианта ЭГ мы выделили три подгруппы: подгруппа 1 состоит из ЭГ с САК или внутримозговым кровоизлиянием, но без СДГ, подгруппа 2 состоит из ЭГ с САК или внутримозговым кровоизлиянием с СДГ, а группа 3 состоит из ЭГ, САК, внутримозгового кровоизлияния и СДГ в сочетании.

Результаты. С увеличением возраста комбинированный вариант эпидуральной гематомы имел более высокую частоту встречаемости, чем изолированный вариант эпидуральной гематомы. Уровень внутрибольничной смертности у пациентов в выборке составил 3,1 %, в группе с изолированным вариантом эпидуральной гематомы 1,5 % (1 пациент) и 4,9 % (3 пациента) в группе с комбинированной эпидуральной гематомой. Хороший благоприятный исход был достигнут у 84 (65,1 %) пациентов, в группе с изолированным вариантом эпидуральной гематомы этот показатель был 88,2 % (60 пациентов), в группе с комбинированным вариантом эпидуральной гематомы 41,4 % (24 пациента). Анализ у пациентов различных дополнительных внутричерепных повреждений при комбинированном варианте эпидуральных гематом не выявил существенной разницы в результатах. Пациенты с изолированным вариантом эпидуральной гематомы имели статистически значимо более низкий риск смертности (относительный риск: 0,31; 95 % ДИ: 0,11–0,41) и статистически значимо более низкий риск неблагоприятного исхода по шкале ШИГ (относительный риск: 0,19; 95 % ДИ: 0,11–0,29), чем пациенты с комбинированным вариантом эпидуральной гематомы.

Выводы. Как правило, у пациентов с хирургически пролеченным изолированным вариантом эпидуральной гематомы, отмечается положительный, благоприятный исход. Кроме того, благоприятные исходы могут быть в 50 % случаев у пациентов с комбинированным вариантом эпидуральной гематомы или изолированным вариантом эпидуральной гематомы с низким баллом по шкале комы Глазго (ШКГ). Поэтому следует прилагать все возможные усилия для лечения и достижения благоприятного исхода при такой потенциально смертельной травме.

ТЯЖЕЛЫЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ ТРАВМЫ И СВЯЗАННЫЕ С НИМИ ПОСЛЕДСТВИЯ В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ 1-ГО УРОВНЯ

Рында А. Ю.¹, Павлов О. А.^{1,2}, Подгорняк М. Ю.¹, Дуданов И. П.^{1,3}

¹СПб ГБУЗ «Городская Маршинская больница», г. Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия;

³ФГБВОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», г. Петрозаводск, Россия

Резюме. Тяжелая черепно-мозговая травма (ЧМТ) остается основной причиной смертности и долгосрочной заболеваемости, особенно при острой травме. На протяжении всего развития медицины исходы тяжелой ЧМТ значительно различаются, что делает крайне важным понимание взаимосвязей между ними для дальнейшего улучшения качества оказания помощи пациентам в травматологических центрах. Результаты варьируются от плановой выписки домой до стационарной реабилитации и могут также включать летальные исходы. Дополнительные переменные, такие как тактика при обеспечении проходимости дыхательных путей, содержание алкоголя в крови при поступлении, являются потенциальными факторами, влияющими на исходы. Эти переменные могут способствовать ухудшению клинического состояния пациентов с черепно-мозговой травмой и способствовать прогнозированию возможных исходов.

Цель исследования. Целью данного исследования является изучение взаимосвязей и корреляций между тяжестью травмы (шкала комы Глазго, шкала тяжести травмы (AIS), тяжестью травмы (ISS)), механизмами травмы (тупая или проникающая), параметрами пациента (жизненно важные показатели, вмешательства на дыхательных путях, содержание алкоголя в крови) и социально-экономическим статусом с клиническими исходами у пациентов с черепно-мозговой травмой, поступающих в травматологический центр первого уровня. Выявление этих корреляций крайне важно для улучшения прогнозирования результатов в отделениях интенсивной терапии и определения роли факторов, влияющих на клинические исходы.

Материалы и методы. Это одноцентровое ретроспективное исследование пациентов, поступивших с тяжелой ЧМТ в период с 1 января 2020 года по 31 декабря 2024 года в СПб ГБУЗ «Городская

Мариинская больница». Пациенты были идентифицированы с использованием кодов травм МКБ и сокращенной оценки тяжести травмы (AIS) ≥ 3 . Анализировались демографические данные, характеристики травм, жизненно важные показатели, вмешательства на дыхательных путях, уровень алкоголя и статус страхования.

Результаты. В общей сложности 537 пациентов соответствовали критериям включения. В когорте преобладали мужчины (68,7%), средний возраст составил 49,8 года. Тупая травма составила 91,5% случаев, с уровнем смертности 14,6%, в то время как проникающая травма составила 1,9%, с заметно более высоким уровнем смертности 43%. Пациенты, которые умерли в ранний период после поступления, имели более низкое среднее систолическое артериальное давление (79,6 мм рт. ст.), сатурацию кислорода (69%) и более короткое пребывание в отделении неотложной помощи (~1,3 ч). Средний балл по шкале комы Глазго (ШКГ) составил 11,5, снизившись до 6,3 у пациентов, которые умерли. Более того, более высокие значения балла по шкале тяжести черепно-мозговой травмы (ISS) AIS коррелировали с худшими исходами. У пациентов с тяжелой интоксикацией была более высокая частота черепно-мозговой травмы. Все ассоциации были статистически значимыми ($p < 0,0001$). Также статистические тесты подтвердили значимые ассоциации влияющие на исход заболевания: это тип травмы ($\chi^2 = 43,6$, $p < 0,0001$), причина травмы ($\chi^2 = 377,5$, $p < 0,0001$) и уровень алкоголя в крови ($\chi^2 = 117,4$, $p < 0,0001$).

Выводы. Эти результаты в совокупности свидетельствуют о ресурсоёмком характере восстановления после ЧМТ у пациентов, выживших, но оставшихся с функциональными нарушениями, что подтверждается данными о проходящих реабилитации пациентах. Они также подчёркивают обратную зависимость между выживаемостью и нагрузкой на больницу: пациенты с наиболее тяжёлыми, не поддающимися выживанию травмами умирают рано и имеют низкий уровень использования ресурсов, в то время как выжившие с тяжёлыми неврологическими нарушениями и, возможно, менее тяжёлыми проявлениями, часто сталкиваются с длительной госпитализацией, пребыванием в отделениях интенсивной терапии и длительной искусственной вентиляцией лёгких. С системной точки зрения это подчёркивает необходимость адекватного распределения ресурсов при планировании долгосрочного лечения ЧМТ.

ФОРМИРОВАНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ, КАК РЕЗУЛЬТАТ ИСХОДА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Рында А. Ю.¹, Павлов О. А.^{1,2}, Подгорняк М. Ю.¹, Дуданов И. П.^{1,3}

¹СПБ ГБУЗ «Городская Мариинская больница» Минздрава России», г. Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова», г. Санкт-Петербург, Россия;

³ФГБВОУ ВО Петрозаводский государственный университет, г. Петрозаводск, Россия

Резюме. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является основной причиной смерти, инвалидности и расходов на здравоохранение во всем мире. Помимо различных физических, когнитивных и психологических последствий, ЧМТ может привести к развитию посттравматической гидроцефалии из-за изменения динамики цереброспинальной жидкости. Конкретные патофизиологические механизмы, приводящие к посттравматической гидроцефалии, до конца не изучены; предполагается, что этому способствуют геморрагическая обструкция и последующий фиброз желудочковой системы, потеря эпендимальных ресничек и изменения динамики цереброспинальной жидкости, связанные как с травмой, так и с возможной декомпрессивной трепанацией и хирургическим лечением. Предыдущие исследования показали, что посттравматическая гидроцефалия может развиваться у 0,7–34,5% пациентов с ЧМТ, и что ЧМТ составляет 2–50% всех причин гидроцефалии. Риск посттравматической гидроцефалии, по-видимому, увеличивается с возрастом и при наличии таких рентгенологических признаков, как ушибы, травматическое субарахноидальное кровоизлияние и внутрижелудочковое кровоизлияние, а также при декомпрессивной краниэтомии.

Цель исследования. Оценить частоту и факторы риска посттравматической гидроцефалии, а также её связь с исходом у пациентов с ЧМТ, находившихся на лечении в отделении нейрохирургии СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница».

Материалы и методы. Авторы использовали базу данных отделения нейрохирургии СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» для ретроспективной идентификации всех взрослых пациентов с черепно-мозговой травмой, проходивших лечение в период с 2015 по 2024 год. Все пациенты на-

блюдались с момента выписки из стационара до постановки диагноза посттравматической гидроцефалии, смерти или конца 2024 года. Посттравматическая гидроцефалия определялась, как необходимость в вентрикуло-перитонеальном или вентрикуло-атриальном шунтировании после выписки. Мы собрали данные о процедурах установки шунтов, смертности и статусе инвалидности. Также рассчитали частоту и заболеваемость посттравматической гидроцефалией и использовали многофакторное логистическое регрессионное моделирование для определения факторов риска посттравматической гидроцефалии и её связи с исходом.

Результаты. У 18 из 711 пациентов (2,5%) посттравматическая гидроцефалия развилась в течение медианного периода наблюдения 3,3 года, с медианой 95 дней (межквартильный размах 48–197 дней) между выпиской из больницы и посттравматической гидроцефалией. Факторами риска развития посттравматической гидроцефалии были: возраст (OR 1,01 в год, 95% ДИ 0,9–1,08); смещение средней линии по данным МСКТ головного мозга более чем на 5 мм (OR 1,45, 95% ДИ 1,3–2,6); травматическое субарахноидальное кровоизлияние (OR 2,72, 95% ДИ 1,3–5,5); наружный вентрикулярный дренаж (OR 3,1, 95% ДИ 1,44–6,8); и декомпрессивная краниэктомия (OR 2,8, 95% ДИ 1,1–7,3). Посттравматическая гидроцефалия была независимо связана с постоянной инвалидностью после коррективной операции по структуре случаев (OR 3,17, 95% ДИ 1,9–5,7).

Выводы. Посттравматическая гидроцефалия — редкое отдалённое осложнение черепно-мозговой травмы (ЧМТ), имеющее ряд факторов риска, которые можно выявить на ранних стадиях лечения. Развитие посттравматической гидроцефалии независимо связано с неблагоприятным функциональным исходом, а именно с более медленным или длительным восстановлением, худшими долгосрочными исходами и более высоким риском развития посттравматической эпилепсии [1–7]. Приводит ли раннее выявление и лечение посттравматической гидроцефалии к улучшению результатов, остаётся неизвестным, что подчёркивает важность адекватного наблюдения, а также своевременного выявления и лечения этого заболевания.

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ НАЛИЧИЯ И СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА (ПТСР), ТРЕВОЖНОГО ТИПА РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ, ФАНТОМНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ОБЪЕКТИВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК СНА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Самарцев И. Н.¹, Денисова Ю. В.², Живолупов С. А.¹, Богинский В. С.¹

¹ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия;

²СПб ГБУЗ Клиническая больница Святителя Луки, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Тип реагирования на болезнь определяет не только комплаенс и участие в реабилитации, но и глубину нейропсихологического принятия травмы. В условиях боевой ампутации конечности, где травма носит сочетанный характер, тревожный тип выступает катализатором перехода острой стрессовой реакции в затяжное ПТСР. При гармоничном типе отношения пациент воспринимает ампутацию как тяжелое, но преодолимое препятствие. В то время как тревожный тип отношения к болезни при ампутации, характеризуется фиксацией на мнимых осложнениях, страхом перед будущим и ипохондрической переработкой болевого синдрома, что способствует хронизации фантомного болевого синдрома (ФБС).

Целью исследования была оценка взаимосвязи тревожного типа реагирования к болезни, симптомов посттравматического стрессового расстройства, интенсивности фантомной боли и объективного качества сна у пациентов с ампутациями конечностей.

Материалы и методы. В исследование было включено 38 мужчин в возрасте — $36,7 \pm 12,5$ лет, после боевой травмы конечностей, с длительностью постампутационного периода от 41–480 суток. Для диагностики и оценки выраженности ПТСР использовался опросник TSQ (Trauma Screening Questionnaire, Brewin C. et al., 2002), для оценки типа отношения к болезни использовалось заключение психолога, для оценки качества сна использовался клинический опросник питтсбургского индекса качества сна (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI, D. Buysse et al., 1989), интенсивность фантомных болей оценивалась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ, 0–100 мм). Для оценки связи между показателями использовался критерий χ^2 Пирсона, ранговая корреляция Спирмена.

Результаты и обсуждения. Пациенты с тревожным типом отношения демонстрируют достоверно более высокую частоту превышения порогового значения $TSQ > 6$ (78,9%) по сравнению с пациентами с гармоничным типом (21,1%). Средняя интенсивность фантомной боли по ВАШ в группе пациентов с тревожным типом отношения — 52 мм; с гармоничным — 31 мм ($p < 0,05$). Доля пациентов с нормальным сном (< 5 баллов) — 73,3%, средний PSQI в подгруппе < 5 — 1,77 балла; с нарушенным сном (> 5 баллов) 26,6%, средний PSQI в подгруппе < 5 — 8,20 балла. Случаи с нарушением сна и тревожным типом отношения встречались в 26,3% ($r = 0,41$). Была установлена статистически значимая связь между типом отношения к болезни пациентом и выраженностью симптомов посттравматического стресса (по шкале TSQ). Полученные данные подтверждают гипотезу о том, что преморбидная тревожность является предиктором развития высокого риска клинически значимого травматического стресса (χ^2 , $p = 0,005$; $p < 0,01$). А так же подтверждена статистически значимая связь тревожного типа отношения к болезни и интенсивностью фантомного болевого синдрома у пациентов после ампутации ($p < 0,05$). Однако корреляция между тревожным типом отношения и PSQI умеренно положительная ($r = 0,41$), что указывает на важность дополнительных исследований.

Выводы. Тревожное отношение к последствиям ампутации создает нейрофизиологический и когнитивный субстрат, трансформирующий фантомную боль в хроническое, инвалидизирующее состояние, неразрывно связанное с симптомами ПТСР. Полученные нами данные доказывают необходимость дифференцированного подхода в психологическом сопровождении пациентов с ампутациями.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД НА ЭТАПЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЕВОЙ ТРАВМОЙ КОНЕЧНОСТЕЙ (2024–2025 ГГ., НА БАЗЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СПб ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ МАРИИНСКАЯ БОЛЬНИЦА»)

*Синицын П. С., Реутский И. А., Соловьев И. А., Павлов О. А.,
Шинкаренко Д. В., Купренкова М. Н.*

СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Современная боевая травма в 50–70% случаев сопровождается повреждениями конечностей, при этом доля тяжелых сочетанных ранений неуклонно растет. После оказания специализированной помощи в военных госпиталях пациенты нуждаются в длительном восстановительном лечении на базе многопрофильных муниципальных учреждений. В современной концепции оказания помощи повреждению периферической нервной системы требуют ранней верификации с использованием нейровизуализационных методов, что позволяет отказаться от выжидательной тактики в пользу ранних реконструктивных вмешательств. Ключевую роль на этапе долечивания играет возможность раннего начала реабилитации и преемственность между военными и гражданскими медицинскими организациями.

Цель работы. Оценить эффективность модели мультидисциплинарного подхода на этапе хирургического лечения и ранней реабилитации пациентов с боевой травмой конечностей в условиях муниципального учреждения.

Материал и методы. С августа 2024 г. по декабрь 2025 г. на базе СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» развернут госпиталь для лечения участников боевых действий (распоряжение Комитета по здравоохранению № 433-р). В структуре госпиталя функционируют три профильных отделения: нейрохирургическое, травматологическое и хирургическое. Ядро мультидисциплинарной команды составили нейрохирурги, травматологи и хирурги. В качестве поддерживающих специалистов привлекались сосудистые хирурги, неврологи, реабилитологи и клинические психологи. Длительность госпитализации (в среднем около 30 дней) позволяла начинать реабилитационные мероприятия непосредственно в хирургическом стационаре. Важнейшим условием эффективности лечения являлась высокая мотивация пациента и его активное участие в восстановительном процессе.

Диагностический алгоритм включал топическую неврологическую диагностику, электронейромиографию (выполняемую после заживления огнестрельной раны, через 14–21 сутки). Ключевую роль играло совместное ультразвуковое исследование (нейрохирург + специалист УЗД), которое, согласно современным данным, обладает чувствительностью 93,6% и точностью 86,4% в выявлении поврежденных периферических нервов (Гайворонский А. И. и соавт., 2025). Данный подход позволял верифици-

ровать характер повреждения нервного ствола в ранние сроки (сразу после заживления раны) и определять показания к реконструктивному вмешательству в пределах 3–6 недель после травмы.

Комплексный подход к лечению невропатического болевого синдрома включал не только традиционные схемы (габапентин, антидепрессанты), но и, в резистентных случаях, применение препаратов с дофаминомиметическим действием и блокаторов NMDA-рецепторов под наблюдением невролога, что соответствует современным принципам мультимодальной анальгезии.

Результаты. За период работы пролечено более 1100 раненых, из которых около 300 проходили лечение в нейрохирургическом отделении, где выполнено более 200 оперативных вмешательств. Хирургическая активность в отделении достигала 44%, оперативная активность — около 150%, что отражает высокую потребность в повторных и многоэтапных вмешательствах. В структуре хирургических вмешательств отделения доминировали операции по поводу поражений периферической нервной системы — до 70%. Это подтверждает ключевую роль нейрохирурга в мультидисциплинарной команде.

Частота фантомно-болевого синдрома (ФБС) среди этих пациентов составила около 50%, что сопоставимо с лучшими международными показателями (57–61%) и ниже общих популяционных данных (78–85%). Достигнутый результат мы связываем с комплексным подходом, включающим раннюю хирургическую коррекцию невром, своевременную диагностику повреждений нервных стволов, мультимодальную терапию боли и раннюю реабилитацию.

Более 40% пациентов с поражением ПНС потребовали хирургического вмешательства (невролиз, шов нерва, иссечение невром). Уровень послеоперационных осложнений по классификации Clavien-Dindo оставался низким и не превышал 2%. В структуре исходов госпитализации преобладало возвращение к службе: более половины пациентов выписаны в отпуск по болезни (с потенциалом возврата в строй), около трети переведены для продолжения реабилитации в другие специализированные стационары, часть пациентов направлена на санаторно-курортное лечение. Доля выписанных в связи с увольнением из ВС РФ была минимальной.

Заключение. Предложенная модель муниципального многопрофильного стационара доказала свою эффективность. Ключевыми факторами успеха являются:

1. Преемственность (взаимодействие с военными госпиталями и специалистами ВМедА).
2. Структурированный мультидисциплинарный подход с четким разделением ролей (ядро: нейрохирурги/травматологи/хирурги; поддержка: смежные специалисты).
3. Ранняя диагностика повреждений нервов с использованием современных методов нейровизуализации (совместное УЗИ), позволяющая выполнять реконструктивные вмешательства в оптимальные сроки (3–6 недель).
4. Раннее начало реабилитации непосредственно в хирургическом стационаре и мультимодальная терапия болевого синдрома с участием невролога.
5. Высокая мотивация и приверженность лечению со стороны самого пациента.

Достигнутая частота ФБС (около 50%), низкий уровень осложнений (менее 2%) и структура исходов, где более половины пациентов имеют потенциал возврата к службе, подтверждают правильность выбранной стратегии. Опыт работы демонстрирует стирание граней между военной и гражданской медициной и формирует новые требования к организации помощи на этапе долечивания, конечной целью которой является возвращение ветерана к активной жизни.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С АМПУТАЦИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ БОЕВОЙ ТРАВМЫ НА ЭТАПЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Синицын П. С.¹, Кудяшев А. Л.², Соловьев И. А.¹, Купренкова М. Н.¹, Шинкаренко Д. В.¹

¹СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», г. Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Для ветеранов боевых действий, перенесших ампутацию конечности, ключевым условием возвращения к активной жизни является купирование хронического болевого синдрома (ХБС). В 80–85% случаев источником боли служат посттравматические невромы культы. Особенностью современной боевой травмы является множественный и сочетанный характер повреждений, что определяет высокую частоту формирования невром. Стратегии их профилактики и лечения эволюцио-

нируют от простой изоляции культи нерва к концепции предоставления аксонам «цели» для организованного роста (таргетная мышечная реиннервация — TMR) (Scott et al., 2022). Однако в условиях, когда применение TMR ограничено, вопросы оптимизации традиционных методов сохраняют высокую актуальность. На этапе тылового муниципального учреждения приоритетными становятся реконструктивные вмешательства, направленные на устранение болевого синдрома и подготовку к протезированию.

Цель исследования. Оценить эффективность различных методов хирургического лечения невром ампутированных культей у пациентов с боевой травмой и определить факторы, влияющие на исход восстановительного лечения, сопоставив их с мировыми тенденциями.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 61 операции у 42 пациентов (средний возраст $37,8 \pm 8,5$ года, все мужчины) с боевой травмой и ампутациями конечностей, проходивших лечение в нейрохирургическом отделении СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» в 2024–2025 гг. Критерии включения: наличие болевого синдрома в культе, препятствующего протезированию, давность травмы не менее 1 месяца, период наблюдения не менее 6 месяцев. Оценка боли проводилась по ВАШ. В анализ эффективности вошли 46 первичных операций. В зависимости от метода лечения выделены группы: изолированные блокады ($n=7$), чрескожная алкоголизация под УЗ-контролем ($n=5$), микрохирургическое иссечение невром ($n=15$), микрохирургия с интраоперационной алкоголизацией культи нерва ($n=17$), реампутации и комбинированные вмешательства ($n=2$). Статистическая обработка выполнена с использованием критерия Манна–Уитни, χ^2 , корреляционного анализа Спирмена и логистической регрессии.

Результаты. Среднее число операций на одного пациента составило 1,45; у 6 пациентов (14,3%) потребовались повторные вмешательства (всего 15 операций, 24,6% от общего числа). При сравнении микрохирургических вмешательств с алкоголизацией и без нее выявлены статистически значимые различия: медиана послеоперационной боли по ВАШ составила 0,5 балла против 1,0 ($p=0,018$), а частота успешного протезирования — 76% против 53% ($p=0,022$). Полученные данные согласуются с классическими представлениями о роли химической обработки культи нерва (Приоров Н. Н., 1941). Современное понимание механизма (Maskinnon, 2015) позволяет рассматривать алкоголизацию как способ создания контролируемой аксотомии (повреждение II степени по Сандерленду), что «перезагружает» центральные механизмы боли и создает «период затишья» для ЦНС до момента повторной регенерации.

Малоинвазивные методы продемонстрировали эффективность 80–100% при умеренном болевом синдроме и сопровождались более короткими сроками госпитализации (медиана 10–11 дней) по сравнению с микрохирургическими вмешательствами (15–17 дней; $p<0,01$). Выявлена умеренная положительная корреляция между сроком от ранения до поступления в стационар и длительностью последующего лечения ($r=0,42$; $p=0,004$).

Логистическая регрессия позволила выделить факторы риска рецидива болевого синдрома:

- количество невром (ОШ=2,4 на каждую дополнительную неврому; $p=0,02$);
- ампутация на уровне бедра (ОШ=3,8; $p=0,03$);
- выполнение микрохирургического вмешательства без алкоголизации (ОШ=5,2; $p=0,01$).

Данные факторы, вероятно, отражают обширную зону первичного ранения. В таких случаях, согласно мировой практике, методы «целевой» реиннервации должны рассматриваться как приоритетные (Scott et al., 2022; Hoyt et al., 2021; Ganesh Kumar & Kung, 2021).

У 4 из 6 пациентов (66,7%) смена тактики при повторных операциях (переход к микрохирургии с алкоголизацией) позволила достичь успешного протезирования. Осложнения зарегистрированы в 3 случаях (все в группе микрохирургии с алкоголизацией): серома ($n=2$) и ТЭЛА ($n=1$), исход во всех случаях благоприятный.

Заключение. На этапе восстановительного лечения в условиях муниципального учреждения хирургическая коррекция болевого синдрома является критически важным компонентом подготовки к протезированию. Добавление интраоперационной алкоголизации к микрохирургическому иссечению невром значимо улучшает результаты, снижая риск рецидива в 5,2 раза. Несмотря на эффективность данного подхода (76% успешного протезирования), мировой тренд смещается в сторону TMR и RPNI, обеспечивающих функциональную реиннервацию и более низкие показатели фантомно-болевого синдрома. Выявленные факторы риска позволяют стратифицировать пациентов уже при первичном вмешательстве и определяют вектор развития мультидисциплинарной команды — внедрение методов «целевой» реиннервации в российскую практику. Требуется подтверждение полученных данных на больших проспективных выборках.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕСЯТИЛЕТНИЙ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТСТОПЫ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Смиренин С. В., Кесаева И. В., Гладуш М. П., Крикунов Д. Ю.
СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия

В октябре 2014 г. в составе СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» было организовано отделение гнойной хирургии (для лечения пациентов с синдромом диабет стопы (СДС). На отделении развернуто имеет 22 койки. Работа осуществляется силами 2 врачей и 1 заведующего отделением (соответствует штатному расписанию).

За 10 лет работы отделения (с 2015 по 2025 г.) пролечено 4272 пациента (в среднем 427 случаев в год). Оборот койки составил 15,1–15,9. Средняя длительность пребывания 17,9–18,5 сут.

По нозологическим группам пролеченные пациенты распределились так: синдром диабет стопы — 1371 случай, облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (часто ассоциация с сахарным диабетом) — 1343, остеомиелит стопы — 368, посттромбофлебитическая болезнь нижних конечностей — 227, хирургическая инфекция мягких тканей — 307, другие — 122 случая. Так же пролечено 519 пациентов с новой коронавирусной инфекцией covid — 19.

В год выполняется до 500 операций. За период работы выполнено 3494 операции. Из них: ампутаций бедра — 220, ампутаций голени — 45, малых ампутаций на уровне стопы — 493, некрэктомий — 1257, вскрытие, дренирование абсцессов, флегмон — 322, свободных кожных пластик — 112, реампутаций — 22, ангиографий — 255, баллонных ангиопластик артерий нижних конечностей (БАП) — 587, БАП со стентированием артерий нижних конечностей — 48, других операций — 133.

У пациентов с ишемическими формами поражения конечностей преобладали органосохраняющие операции с сохранением опороспособной конечности (малые ампутации и некрэктомии), которые выполнялись в случае успешной реваскуляризации и при сохраненном магистральном кровотоке. Ампутации на уровне голени и бедра составили 265 случаев (7,6% от числа всех операций или 6,2% от числа пролеченных больных), Небольшое число высоких ампутаций достигнуто за счет продуктивного взаимодействия с отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения (РХМДЛ) и тесной работой по отбору больных с поликлиниками и диабетцентрами города и области.

Общая летальность по отделению за описываемый период составила 293 случая (6,8% от числа пролеченных больных). Летальность после ампутации бедра составила 70 случаев (31,8% от числа ампутаций бедра), что соответствует показателям других стационаров Санкт-Петербурга в старшей возрастной группе. Все эти больные поступали в стационар в тяжелом состоянии. У большинства имелся сахарный диабет, у всех — отягощенный сердечно-сосудистый статус, многоуровневые окклюзионные поражения артерий н/конечностей, часто морбидное ожирение. 50% из них страдали хронической почечной недостаточностью, 57% — мерцательной аритмией. Все пациенты имели коагулопатию различной степени выраженности. Средний возраст больных, умерших после ампутации бедра составил 81,6 лет (в 2024 году — 79,5 лет). Более половины ампутаций бедра выполнены по неотложным показаниям. Среди пациентов с ампутацией на уровне голени, умерших не было.

Выводы: сотрудниками отделения гнойной хирургии (для лечения пациентов с синдромом диабет стопы) накоплен богатый опыт оказания помощи, указанной категории пациентов. Показатели работы отделения (за десятилетие) соответствуют результатам работы городских отделений аналогичного профиля.

НАПРАВЛЕНИЯ СОТРУДНИЧЕСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СПБГВВ
И ИНСТИТУТА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ УНИВЕРСИТЕТА «РЕАВИЗ»:
ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У УЧАСТНИКОВ СВО

*Смирнова Д. А.¹, Спикина А. А.¹, Мохова Ю. С.², Павличенко А. В.¹, Яковлев В. В.¹,
Иванова М. А.², Попова Т. Н.², Малиутин К. Г.², Лысов Н. А.³, Кабанов М. Ю.²*

¹Институт психического здоровья, Университет «Реавиз», г. Санкт-Петербург, Россия;

²СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия;

³Медицинский Университет «Реавиз», г. Самара, Россия

Актуальность. Рост числа комбатантов с посттравматическим стрессовым расстройством, коморбидными психическими и соматическими нарушениями требует пересмотра традиционных, узкоспециализированных подходов к терапии и реабилитации. В многопрофильном стационаре (в частности, СПбГВВ) возникает объективная необходимость интеграции психиатрической, психотерапевтической и клиничко-психологической помощи в единую систему общемедицинской помощи. В 2025 году между СПбГВВ и Университетом «Реавиз» заключено Соглашение о сотрудничестве.

Цель. Представить модель системного сотрудничества медико-психологической службы многопрофильного госпиталя и академического института, объединяющую три ключевых вектора: клиническую практику, образовательные инициативы и научно-исследовательскую деятельность, — для повышения качества помощи участникам СВО и ветеранам войн.

Материалы и методы. Анализ нормативно-правовой базы, календарного плана видов работ в мультидисциплинарном подходе, практического опыта реализации мультидисциплинарных программ на базе СПбГВВ.

Результаты. Предлагаемая модель включает три взаимосвязанных направления работы Института психического здоровья на базе СПбГВВ:

1. Клиническая практика («Лечить»). В СПбГВВ организована консультативная работа совместно с медико-психологической службой, где календарный график предусматривает дни консультаций пациентов с привлечением шести экспертов Института психического здоровья (ИПЗ) по специальностям: психиатрия, психотерапия, клиническая психология, детская психиатрия, психофармакология. Ключевая особенность разбор сложных коморбидных пациентов на стыке психических и соматических расстройств (например, ПТСР с нейрокогнитивными нарушениями, депрессия на фоне хронической боли, алкогольная зависимость с соматической патологией).

2. Образовательные инициативы («Учить»). Реализуется двухуровневая система непрерывного образования: 1) ключевые лекции на тему работы с психическими и поведенческими расстройствами для врачей СПбГВВ (неврологов, терапевтов, реабилитологов), 2) создание памяток по терапии для врачей и санитарно-просветительских материалов для семей участников СВО (напр., тема общения после возвращения, эмоциональной самопомощи, переживания утраты и неопределенности). Предусмотрены занятия со студентами-выпускниками по темам социально-психологического контекста профессиональной коммуникации и экстренной психиатрической помощи, практика ординаторов на базе СПбГВВ.

3. Научная деятельность («Заниматься наукой»). Ключевой проект — «Клиничко-патогенетическая концепция комплексной реабилитации комбатантов с посттравматическим стрессовым и аффективными расстройствами: прогностические модели и алгоритмы ресоциализации», в рамках которого планируется разработать персонализированную систему реабилитации на основе математико-статистического моделирования клинических, нейрофизиологических и социальных предикторов риска развития психических расстройств у комбатантов. Предусмотрены выпуск учебных пособий и курация кандидатских диссертаций сотрудников СПбГВВ.

Выводы. Представленная модель сотрудничества демонстрирует эффективный пример интеграции клинической, образовательной и научной деятельности в многопрофильном стационаре. Мультидисциплинарный подход позволяет: 1) повысить качество диагностики и терапии коморбидных состояний у участников СВО и ветеранов войн за счет консультаций экспертов; 2) обучить врачей непсихиатрических специальностей навыкам выявления и маршрутизации пациентов с психическими расстройствами; 3) снизить психоэмоциональную нагрузку на семьи комбатантов через системную психообразовательную работу; 4) внедрить в практику персонализированные алгоритмы реабилитации, основанные на доказательных научных данных.

ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВ В НЕМЕЦКОЙ АРМИИ В 1914–1918 ГГ. И ЕГО НАУЧНОЕ ОСМЫСЛЕНИЕ

Соколов В. А.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

Фаза I (1914–1916): Эмпирический отказ от традиции и становление «консервативно-абсорбционной» тактики. В первые годы войны произошел отказ от стандартов лечения мирного времени. Так, в 1915 г. С. Bunge подверг критике применение мазей на вазелиновой основе. По его мнению, метод задерживал тепло и экссудат, усугубляя интоксикацию. Он предложил обрабатывать ожоги стерильным тальком с борной кислотой для быстрого впитывания экссудата и образования защитного струпа. Данный подход был основан на интуитивном понимании главной опасности — резорбции токсинов («ожоговых ядов») (H. Fischer-Elfersdorf (1916)). Акцент сместился на этапность помощи: первичная асептическая повязка, борьба с шоком на перевязочном пункте (тепло, солевые растворы) и консервативное ведение в лазарете с доминированием «открытого» (бесповязочного) метода местного лечения ран для образования струпа.

Фаза II (1917–1918). К середине войны оформились два конкурирующих подхода: консервативно-выжидательная школа (ставшая официальной тактикой лечения и подробно изложенная после войны O. von Schjerning (1922)), рассматривала струп как биологическую повязку. Тактика заключалась в активной терапии шока, борьбой с токсемией, ожиданием самостоятельного отторжения некроза и отсроченной кожной пластикой (через 4–6 недель). Данный подход был менее рискованным в условиях массового потока обожженных.

Радикально-хирургическая школа, представителем которой был W. von Gaza (1918), предложила принципиально иную тактику. Некротический струп рассматривался как источник «смертельной токсемии». Поэтому ее сторонники выступали за раннее иссечение омертвевших тканей в первые дни после травмы с одномоментной аутодермопластикой. Однако данное предложение не было принято в немецкой армии из-за высоких рисков для пострадавших в послеоперационном периоде.

Фаза III (1918–1922). Систематизация опыта, теоретическое обобщение и рождение новых дисциплин. Послевоенный период позволил перейти к глубокому осмыслению опыта. Сформировалась концепция «ожоговой болезни» (Verbrennungskrankheit). Фундаментальный труд H. Koch (1926) дал патофизиологическое обоснование наблюдениям фронтовых хирургов. Автор описал ожог не как местное повреждение, а как системное заболевание с четкими фазами: первичный шок → токсемия → сепсис.

Работа E. Lexer (1918) о «восстановительной хирургии» (Wiederherstellungschirurgie) содержала философские и медицинские аспекты нового направления в хирургии — последствий боевой травмы (контрактур, деформаций). Это способствовало более частому использованию разнообразных методов пластики (лоскуты по Тиршу, стебель Филатова), сместив конечную цель с выживания к максимальному функциональному и социальному восстановлению личности.

Заключение. Первая мировая война стала катализатором, который за 4 года провел естественный отбор методик, на что в мирное время потребовались бы десятилетия. Итогом стала трехэтапная эволюция доктрины немецкой хирургии ожогов: 1) эмпирический отказ от догм и выработка полевых консервативных протоколов (1915–1916); 2) поляризация стратегий и появление радикально-хирургической альтернативы (1917–1918); 3) послевоенная систематизация, теоретизация («ожоговая болезнь») и рождение восстановительной хирургии как отдельного направления (1918–1922).

ЛЕЧЕНИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА И СОЦИАЛЬНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ОБОЖЖЕННЫХ АНГЛИЙСКИХ ЛЕТЧИКОВ В ГОСПИТАЛЕ ИСТ-ГРИНСТЕД В ГОДЫ ВТОРОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ (1940–1945)

Соколов В. А.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

Широкомасштабное применение авиации в годы Второй Мировой сопровождалось ростом обожженных среди летного состава воюющих стран. Только в британских ВВС (RAF) в воздушных боях сгорели около 22 000 человек, ещё 4500 были спасены с ожогами различной степени тяжести. Эффек-

тивное лечение и возвращение в строй этих военнослужащих стали вопросом поддержания боеспособности авиации.

В ответ на вызовы войны командование RAF в 1939–1940 гг. инициировало создание четырёх специализированных ожоговых отделений. Так, на базе госпиталя королевы Виктории, в Ист-Гринстеде, в пригороде Лондона построили деревянные бараки, оснастили операционный блок, отделение для солевых ванн, физиотерапии и трудотерапии. Ключевой проблемой была острая нехватка специалистов: на момент начала войны в Великобритании было всего 4 квалифицированных пластических хирурга. Начальником нового подразделения назначили новозеландца А. McIndoe, обладавшего опытом пластической хирургии.

Клиническая работа была основана на клинических наблюдениях и ежедневном практическом опыте. Это способствовало отказу от малоэффективных методов местного лечения (использования таннина для обработки ожоговой поверхности) и стимулировало поиск новых решений (солевые ванны).

Впервые в практике военной медицины реабилитация (физическая, психологическая, социальная) стала неотъемлемой частью лечебного процесса, без которой хирургические успехи теряли смысл.

Пациентам отделения разрешалось носить военную форму и выходить в город. Начальник отделения лично провёл работу с жителями Ист-Гринстеда, добился их согласия принимать обезображенных военнослужащих как часть сообщества, что способствовало их социальной интеграции.

Краеугольным камнем психологической поддержки «Клуб Морских свинок» (The Guinea Pig Club) — уникальный инструмент взаимопомощи. Основанный в 1941 году по инициативе самих пациентов, объединял тех, кто перенёс не менее двух операций, а также лиц, оказавшим значительную материальную помощь пострадавшим. Ироничное название, принятое членами Клуба, помогало играть важную роль в создании спокойной психологической обстановки в отделении. Председателем был избран А. McIndoe. Клуб обеспечивал чувство сплоченности, оказывал поддержку новичкам и продолжал свою деятельность после войны.

Понимая, что длительное лечение и последствия ожогов угрожают карьере лётчиков, А. McIndoe активно лоббировал их интересы у командования RAF и руководства Министерства авиации. Благодаря его усилиям пациенты не увольнялись со службы, сохраняли денежное довольствие и, по мере возможности, возвращались к лётной или штабной работе. В исключительных случаях Макиндо помогал им материально в начале гражданской жизни.

Накопленный опыт работы отделения в Ист-Гринстеде продемонстрировал необходимость создания специализированных структур для лечения массовой боевой патологии. Наряду с уроками применения напалма и ядерного оружия, он стимулировал создание специализированных ожоговых центров, научно-исследовательских институтов и профессиональных ассоциаций по всему миру.

ВКЛАД F. H. HAMILTON И ЕГО ПОСЛЕДОВАТЕЛЕЙ В СОЗДАНИЕ МЕТОДА СВОБОДНОЙ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ

Соколов В. А., Чариков Н. А.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Представлены материалы о первых клинических работах, которые заложили основу для разработки метода пластики свободными расщепленными кожными лоскутами.

Ключевые слова. *История медицины, свободная кожная пластика, краевая эпителизация, ранения мягких тканей, перекрестный лоскут, F. H. Hamilton, J.-L. Reverdin, С. А. Яценко.*

Цель исследования. Изучить вклад F. H. Hamilton и его последователей в создании методов пластики свободными расщепленными кожными лоскутами.

Материалы и методы. Выполнен поиск и анализ оригинальных работ F. H. Hamilton (1846, 1854), J.-L. Reverdin (1869), С. А. Яценко (1871), а также современных публикации, затрагивающих теоретические и практические вопросы свободной кожной пластики расщепленными лоскутами.

Результаты и обсуждение. Традиционно принято считать, что пионером свободной кожной пластики считается J.-L. Reverdin (1869). Однако в 1911 году L. Meunier, Léon в монографии «Histoire de la médecine depuis ses origines jusqu'à nos jours» отметил, что «в 1847 г. Гамильтон (из Нью-Йорка) сделал первую пересадку кожного лоскута, которая была упрощена швейцарским хирургом Реверденом (1872)».

Действительно, в 1846 г. F. H. Hamilton в статье «Indolent Ulcer» предположил возможность частичного закрытия дефекта мягких тканей кожным трансплантатом, который будет стимулировать заживление всей раны за счет роста эпителия от краев лоскута к краям раны. Клинически идея была не подтверждена т.к. пациент отказался от операции.

В 1854 г. F. H. Hamilton в монографии «Elcoplasty, or Anaplasty Applied to the Treatment of Old Ulcers» опубликовал результаты пластики с использованием перекрестного лоскута («cross-leg flap») на временной питающей ножки с одной нижней конечности на другую. В послеоперационном периоде отмечено, что лоскут не только закрыл большую площадь раны, но и стал источником активного роста эпителия с его краев, способствуя полному восстановлению кожного покрова.

Дальнейшее развитие идеи F. H. Hamilton сдерживалось не решенными вопросами антисептики и экспериментальным характером операции.

В 1869 г. J.-L. Reverdin в работе «Greffé épidermique» показал, что небольшие фрагменты эпидермиса, нанесенные на грануляционную ткань, служат источниками эпителизации и формируют «эпителиальные островки», ускоряющие заживление обширных раневых поверхностей. Тем самым J.-L. Reverdin продемонстрировал возможность более простой техники выполнения свободной кожной пластики.

В годы Франко-прусской войны (1870–1871) русский хирург А. С. Яценко применил метод J.-L. Reverdin для замещения кожных дефектов после огнестрельных ранений. Полученные клинические результаты продемонстрировали его эффективность в условиях массового поступления раненых и способствовали его быстрому распространению в госпитальной практике. По свидетельству E. Lехer (1919), в 1870–1871 гг. методика пересадки кожи J.-L. Reverdin была «принята с воодушевлением в военно-полевой хирургии» и в различных модификациях применялась вплоть до Второй мировой войны.

Выводы. F. H. Hamilton 1846–1854 гг. впервые высказал предположение о возможности восстановления кожного покрова за счет краевой эпителизации. J.-L. Reverdin, предложил более простую технику выполнения оперативного вмешательства. В период франко-прусской войны 1870–1871 гг. метод и его модификации доказали свою эффективность и на долгие годы вошли в практику военно-полевой хирургии разных стран.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ И ГРУППОВЫХ ПРОТОКОЛОВ ДПДГ В РАМКАХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ НА БАЗЕ СПб ГБУЗ «ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН»

Спикина А. А.^{1,2}, Абриталин Е. Ю.^{1,2}, Мохова Ю. С.³, Яковлев В. В.¹

¹Институт психического здоровья, Университет «Реавиз», г. Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия;

³СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия

Современные вооружённые конфликты сопровождаются комплексными стрессовыми факторами, включающими непосредственную угрозу жизни, политравматические воздействия и длительную информационную нагрузку, что существенно расширяет спектр психопатологических проявлений ПТСР и требует пересмотра традиционных терапевтических подходов.

Целью настоящей работы является создание алгоритма отбора и маршрутизации с учетом клинической оценки тревожной симптоматики и коморбидности. Показана роль ДПДГ в мультидисциплинарной модели наряду с психофармакотерапией, психообразованием, когнитивно-поведенческими и реабилитационными вмешательствами.

В работе описывается применение индивидуальных и групповых протоколов ДПДГ при тревожных расстройствах (8-фазная структура, подготовка и ресурсирование, работа с актуальными триггерами и дисфункциональными воспоминаниями, профилактика рецидива; особенности при паническом расстройстве, генерализованной тревоге, специфических фобиях, социальном тревожном расстройстве, а также при частой коморбидности с депрессией и травматическим опытом в динамике реабилитационного маршрута. описание личностных нарушений у комбатантов (участников специальной военной операции), их связь с симптомами ПТСР, длительностью пребывания в зоне боевых действий и характером употребления алкоголя.

В исследование включены 2 группы пациентов с диагнозом ПТСР, участвующих в реабилитационных программах в ГВВ: группа 1 проходит индивидуальную работу 6 сессий в 8 фазном протоколе ДПДГ, с проработкой мишеней, группа 2 участвует в 3 индивидуальных сессиях и 3 групповых по стандартному протоколу и по «слепому» протоколу.

Методы оценки: PCL-5 шкала самооценки проявлений ПТСР, IES-R шкала оценки влияния травматического события, HADS (тревога и депрессия), AUDIT (алкоголизация), DES-II (шкала диссоциативных переживаний).

Выбор индивидуальных и групповых протоколов ДПДГ определяется клинической картиной, этапом лечения. Индивидуальная терапия предпочтительнее для тяжелого ПТСР, острой травмы, выраженного избегания, суицидального риска, работы со стыдными аспектами травмы, предпочтений пациента и наличия временных ресурсов. Групповая терапия предпочтительнее для этапа реинтеграции, нормализации стигмы, развития коммуникативных навыков. Для ускорения процесса за счет групповой динамики, или возможности работы по «слепым» протоколам, без ретравматизации других участников. Комбинированный подход показывает наилучшие долгосрочные результаты, особенно при комплексном ПТСР.

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ВЕРИФИКАЦИИ HELICOBACTER PYLORI ПРИ ОСТРЫХ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Творогов Д. А.^{1,2}, Мовчан К. Н.^{1,2}, Зайцев Д. А.¹, Чистякова В. Д.²

¹ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия;

²СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Острые язвенные гастродуоденальные кровотечения (ОЯГДКр) остаются одной из ведущих причин экстренной госпитализации пациентов с осложнениями язвенной болезни (ЯБ). Эрадикация *Helicobacter pylori* (НР), что регламентировано в Рекомендациях Минздрава РФ «Язвенная болезнь» (2024) и положениях Маастрихт VI/Флорентийского консенсуса (2022), — один из векторов программированного влияния на патогенетические механизмы язвообразования и профилактики рецидивов ОЯГДКр. После достижения гемостаза, стабилизации гемодинамики и возобновления возможности питания *per os* пациентам с ОЯГДКр идентификация НР представляется целесообразным. При положительных результатах тестов на выявление НР проведение эрадикационной терапии (ЭТ) в отношении этого патогенетического агента способствует уменьшению количества случаев рецидивов ОЯГДКр, снижая показатель необходимости осуществления экстренных хирургических вмешательств — ХргВм (Pohl N., 2005; Бакулина Н. В., 2024; Ивашкин В. Т., 2024; Симаненков В. И., 2025).

Цель исследования: проанализировать частоту случаев верификации НР у пациентов острым язвенным гастродуоденальным кровотечением и необходимости проведения им эрадикационной терапии.

Материалы и методы исследования. Изучены данные о результатах оказания медицинской помощи (МедП) 90 больным ОЯГДКр, госпитализированным в 2010–2025 гг. в ФГБУ «Северо-Западный окружной научно-клинический центр им. Л. Г. Соколова» ФМБА России — СЗОНКЦ. Мероприятия МедП осуществлялись в соответствии протоколом (2014) и клиническими рекомендациями Минздрава РФ (2024).

Результаты исследования и их обсуждение. Верификация НР-статуса пациентов ОЯГДКр не проводилась в 73 случаях (81,1%). Уреазный тест выполнен 13 пациентам (14,4%). В 4 наблюдениях (4,4%) осуществлена биопсия слизистой оболочки с ее гистологическим исследованием. У всех 17 больных (18,9% от общего числа) верифицировано НР-инфицирование (степень обсемененности — средняя: ++). Низкая (18,9%) частота назначения целевого тестирования на НР в стационаре, лицензированном по экстренной МедП, мотивировалась приоритетностью интерпретации и учета сведений о гемостазе (устойчивый/неустойчивый), наличии технических сложностей визуализации источника кровотечения на фоне геморрагии, с откладыванием вопроса диагностического поиска НР на посткритический этап наблюдения за пациентами после из выписки из СЗОНКЦ.

При ретроспективной оценке результатов ЭТ 14 пациентов ОЯГДКр с доказанным инфицированием НР (санация осуществлялась стандартно по схеме первой линии, включая ингибиторы протонной помпы в сочетании с амоксициллином и кларитромицином) установлено, что больным, выписанным

из СЗОНКЦ ввиду отсутствия показаний к проведению ХргВм, проведение специфической ЭТ себя оправдывает. В 3 случаях из 17, несмотря на + Нр-тест системная ЭТ в отношении НР не осуществлялась.

Выводы. В условиях экстренной госпитализации пациентов ОЯГДКр тестирование на предмет НР-инфицирования проводится относительно редко (18,9%). Однако, верификация НР-инфекции и проведение этиотропной терапии на стационарном этапе оказания МедП больным ОЯГДКр могут оставаться востребованными, что, обеспечивает преемственность комплексного лечения и снижение риска повторных осложнений ЯБ с неблагоприятной перспективой осуществления ХргВм. Необходимость проведения диагностических мероприятий по верификации такого патогенетического агента язвообразования, как НР после стабилизации состояния больных ОЯГДКр подтверждается и должна реализовываться.

НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТЬ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНМК

Телятникова Г. Б.

*СПБ ГБУ ДПО «Центр последипломного образования специалистов медицинского профиля»,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Нейропластичность — это способность нейронов и нейронных сетей в мозге изменять свои связи и поведение в ответ на новую информацию, сенсорную стимуляцию, развитие, повреждение или дисфункцию. Понимание механизмов нейропластичности ведет к эффективной и действенной терапии, улучшению результатов лечения пациентов.

Синаптическая пластичность — это способность синапсов со временем усиливаться или ослабевать в ответ на изменение их активности. Это явление имеет решающее значение для различных функций мозга, включая обучение и память, и позволяет мозгу адаптироваться на основе опыта и изменений окружающей среды. Существует два важных механизма синаптической пластичности. Долговременная потенция (ДВП): возникает, когда синапс многократно стимулируется, что приводит к устойчивому увеличению силы синаптического ответа. Постсинаптический нейрон становится более чувствительным к нейромедиатору, высвобождаемому пресинаптическим нейроном. Долговременная депрессия (ДВД): является аналогом ДВП. ДВД включает длительное снижение синаптической силы, обычно возникающее в результате низкочастотной стимуляции пресинаптического нейрона. Она помогает уточнять синаптические связи, позволяя мозгу адаптироваться и реорганизовываться за счет устранения более слабых синапсов.

Структурная пластичность относится к способности мозга изменять свою физическую структуру в ответ на опыт, обучение и требования окружающей среды. Она включает рост и реорганизацию нейронных цепей, в т.ч. формирование и устранение синапсов, дендритов и даже целых нейронов. Структурная пластичность обеспечивает когнитивные функции и восстановление при ОНМК. Она позволяет ЦНС адаптироваться к новому опыту и среде, физически изменяя свою архитектуру. Эта форма пластичности имеет важное значение для стратегий реабилитации пациентов с ОНМК, лечения когнитивных расстройств. Ключевые компоненты структурной пластичности включают рост дендритов и ремоделирование из связей, синаптогенез, синаптический прунинг и нейрогенез. Следующий важный компонент — функциональная пластичность. Она позволяет разрабатывать эффективные стратегии нейрореабилитации с учетом следующих механизмов: адаптация нейронных сетей и использование компенсаторных стратегий.

В основе программы реабилитации пациентов после ОНМК должны лежать следующие принципы с учетом механизмов нейропластичности:

1. Активное использование функции для ее восстановления.
2. Специфичность тренировки, должна соответствовать желаемому результату реабилитации.
3. Интенсивность занятий ЛФК и повторение навыков позволяет моделировать скорость восстановления.
4. Ранее начало физической и когнитивной терапии.
5. Максимальная близость действий к опыту пациента и значимость действий для его повседневной деятельности.

6. Нейропластичность является основополагающей частью моторного обучения и переобучения, что важно при проведении физической терапии, занятий ЛФК и когнитивного тренинга.

7. Акцент на положительной обратной связи.

8. Акцентировать внимание пациента на результате движения, стимулировать активный контроль, поддерживать внешний фокус внимания, а не фокусировать внимание пациента на работе мышц.

Программа двигательной реабилитации после ОНМК должна быть направлена не просто на повторение движений, а на создание условий для направленной нейропластичности: высокоинтенсивной деятельности, значимой для пациента, с акцентом на внешний результат и поддержку его автономии.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ

Тулупов А. Н.^{1,2}, Мануковский В. А.¹, Демко А. Е.^{1,2}, Гаврищук Я. В.¹

¹ГБУ СПб НИИ СП им. И. И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

Целью работы является установление особенностей диагностики и лечения тяжелой сочетанной травмы груди. В основу работы положены результаты обследования и лечения в СПбНИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе более 1000 пострадавших с данной патологией. При их обследовании использовался комплекс современных лабораторных, лучевых (УЗИ, МСКТ, в т. ч. с внутривенным контрастированием), рентгенэндоваскулярных и инструментальных (фибробронхоскопия, видеоторакоскопия) методов исследования.

Результаты. Установлено, что у 40% пострадавших травма груди сочеталась с различными повреждениями головы, живота, таза и конечностей. Практически все эти повреждения груди сопровождались шоком I степени — в 50%, II степени — в 20%, III степени — в 30%, а тяжесть повреждений по шкале AIS составляла более 25 баллов. Сочетанная травма груди и плечевого пояса у 86,6% пациентов характеризовалась повреждением костного каркаса, а у 96,2% — повреждением внутренних органов груди. Травмы грудной клетки без повреждения костей встречались реже и были представлены массивными кровоизлияниями и гематомами мягких тканей грудной стенки. Переломы ребер диагностированы у всех пациентов с повреждением костей грудной клетки, причем рентгенонегативными при рутинной обзорной рентгенографии были 25,9% из них. Двойные переломы ребер имелись у 23,7% пострадавших, исключая пациентов с реберным клапаном. У большинства (почти у 60%) диагностированы одномоментные повреждения легких (ушибы и разрывы) и сердца (ушибы). Более чем у трети других были травмированы только легкие. Ушибы легких возникли у четверти пострадавших. У других пациентов патология была представлена повреждением легких отломками ребер, что стало причиной формирования закрытого пневмоторакса. У большинства из них пневмоторакс и гемопневмоторакс были средними и большими, а у 7% — напряженными. Медиастинальная эмфизема и скопление воздуха в мягких тканях грудной стенки, нередко с переходом на шею, лицо и живот, выявлены у 20% пациентов. Фиксацию реберного клапана производили с использованием ИВЛ, а в последующем, если он обуславливал наличие декомпенсированной вентиляционной дыхательной недостаточности, путем наложения аппарата внешней фиксации собственной оригинальной конструкции. Не значимые в функциональном отношении боковые, переднебоковые и даже передние билатеральные реберные клапаны, а также одиночные и множественные переломы ребер, переломы грудины лечили консервативно даже несмотря на наличие смещения костных отломков. Лечебно-диагностическую видеоторакоскопию проводили при продолжающемся внутриплевральном кровотечении с выделением по дренажам из плевральной полости крови в количестве от 250 до 500 мл/час, проникающих ранениях груди в проекции сердца и крупных сосудов и торакоабдоминальной зоне, нарастающей и напряженной эмфиземе средостения, некупируемом пневмотораксе, свернувшийся гемоторакс давностью до 2 нед., инородных телах плевральной полости, легкого и средостения. При закрытых разрывах крупных бронхов использовали разработанный нами способ их эндобронхиального клипирования. Частота разрыва грудной аорты у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой груди, доставленных в травмоцентр, по нашим данным, составляет около 0,5%. Диагностику и лечение закрытых разрывов перешейки аорты наряду с традиционными методами (торакотомия) производили путем ангиографии и установки стент-графта. Летальность при проведении как традиционного, так и современного рентгенэндоваскулярного лечения этой патологии составляет 50%, хотя на его начальном этапе сразу удается обеспечить надежный гемостаз.

Вывод. Благодаря использованию комплекса современных лечебно-диагностических методов летальность при тяжелой сочетанной травме груди удалось снизить с 44 % до 19 %, а частоту неотложных торакотомий — до 4 %.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

Тулупов А. Н.^{1,2}, Мануковский В. А.¹, Демко А. Е.^{1,2}, Гаврищук Я. В.¹

¹ГБУ СПб НИИ СП им. И. И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: Проанализировать организацию оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП в Санкт-Петербурге и наметить пути ее совершенствования.

Материалы и методы: Нормативные документы о порядке оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП в РФ и Санкт-Петербурге, отчеты травмоцентров города.

Результаты и обсуждение. В мегаполисе $\frac{3}{4}$ пострадавших политравму получают вследствие дорожно-транспортных происшествий. Оказание специализированной медицинской помощи таким пациентам в Санкт-Петербурге осуществляется в 7 травмоцентрах I уровня и 3 травмоцентрах II уровня. Травмоцентры I уровня развернуты на базе многопрофильных стационаров: СПбГБУЗ «Елизаветинская больница», «Мариинская больница», «Александровская больница», «Городская больница № 26», «Городская больница № 40», СПбНИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе и клиника военно-полевой хирургии ВМедА им. С. М. Кирова. В их структуре имеются противошоковая операционная и отделение сочетанной травмы. Травмоцентры II уровня организованы в составе менее крупных стационаров: СПбГБУЗ «Городская больница № 33», «Николаевская больница», и «Городская больница № 38 им. Н. А. Семашко». Функции по научно-методическому обеспечению организации оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в Санкт-Петербурге возложены на СПбНИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе. Все травмоцентры достаточно хорошо укомплектованы высококвалифицированными специалистами и в соответствии с федеральными и муниципальными программами по модернизации здравоохранения и обеспечению безопасности дорожного движения оснащены современной лечебно-диагностической аппаратурой. За всеми травмоцентрами закреплены территориальные зоны ответственности. Доставка пациентов производится, минуя приемные отделения, непосредственно в противошоковые операционные с предварительным оповещением дежурных бригад службой скорой помощи. Подавляющее большинство пострадавших доставляется в стационары в течение 1,5 ч после травмы. Ежегодно в травмоцентрах города получают лечение около 20 тыс. (около 1,5 тыс. в месяц) пострадавших с изолированными, множественными и сочетанными закрытыми травмами и ранениями. Частота сочетанных травм составляет около 10 %, доля сочетанных травм, сопровождающихся шоком — около 70 %. В течение последних 12 лет количество пострадавших, обследованных и пролеченных в травмоцентрах города, уменьшилось более чем в 6 раз, а летальность — с 17,6 до 12,6 %, что отражает имеющую место общую благоприятную тенденцию в отношении снижения дорожно-транспортного травматизма. В последние годы в СПбНИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе успешно разрабатывается технология консервативного и малоинвазивного (неоперативного и органосохраняющего) хирургического лечения пострадавших с изолированными и сочетанными закрытыми повреждениями паренхиматозных органов живота.

Выводы: 1. В Санкт-Петербурге создана и успешно функционирует современная система оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП.

2. К числу требующих решения актуальных проблем относятся оптимизация догоспитального лечения пострадавших и их доставки в травмоцентры, устранение феномена хронического недофинансирования ее лечения в травмоцентрах, совершенствование статистического инструментария, увеличение доступности высокотехнологичных малоинвазивных диагностических и лечебных технологий (эндовидеохирургических, эндоваскулярных, травматологических и др.), создание системы реабилитации реконвалесцентов и др.

ДЕБЮТ БОЛЕЗНИ КРОНА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Филь Т. С.*ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия*

Болезнь Крона (БК) — это аутоиммунное воспалительное заболевание, поражающее любой отдел желудочно-кишечного тракта. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) с дебютом в пожилом возрасте — это ВЗК, впервые диагностированное у пациентов в возрасте 60 лет и старше.

На базе СЗГМУ им. И. И. Мечникова проведено когортное исследование пациентов с БК с анамнезом более 2 лет. В нашем исследовании доля пациентов, у которых дебют БК произошел в возрасте 60 лет и старше, составила 4,54% (22 человека из 484). Средний возраст на момент участия в исследовании составил $67,14 \pm 3,92$ года, 95% ДИ 65,40–68,87 лет. Средний возраст женщин составил 68,00 ($\pm 3,87$) лет, средний возраст мужчин 65,89 ($\pm 3,86$). Средний возраст постановки диагноза БК составил $64,05 \pm 3,21$ года, 95% ДИ 62,62–65,4, при этом максимальный — 71 год.

Клиническая картина в дебюте болезни Крона у пожилых пациентов неспецифическая: 72,7% пациентов (n=16) указывали на абдоминальный болевой синдром, у 72,7% пациентов (n=16) максимальная частота стула изменялась в пределах 1–4 раз в сутки, при этом кровь в стуле отмечали лишь 31,8% пациентов (n=7), лишь у 5 пациентов (22,7%) отмечалось повышение температуры тела. Клиническая тяжесть первой атаки по Индексу Харви-Бредшоу чаще была на уровне легкой атаки (медиана — 5 баллов, Q1–Q3: 5,00–9,00). Маркерами активности болезни Крона являются уровень гемоглобина и С-реактивного белка, данные показатели у большинства пациентов с поздним дебютом БК отклонялись от нормы весьма умеренно. Лишь у одного пациента отмечено снижение уровня гемоглобина до анемии тяжелой степени при первой атаке БК, и у одного пациента (другого) повышение уровня С-реактивного белка выше 250 мг/л. При исключении указанных экстремальных значений средний уровень гемоглобина при первой атаке БК составил $127,05 \pm 12,47$ г/л, а медиана уровня С-реактивного белка составила 5 мг/л (Q1–Q3: 2,00–11,50). У 17 пациентов (77,3%) был воспалительный фенотип заболевания, у 5 пациентов (22,7%) — стриктурирующий фенотип. Пенетрирующий фенотип при позднем дебюте БК не встречался в нашем исследовании. У пациентов с воспалительным фенотипом в дебюте первая атака клинически была легкой (5 баллов по Харви-Бредшоу, Q1–Q3: 4,00–8,00), а у пациентов со стриктурирующим фенотипом в дебюте чаще наблюдалась клиническая картина тяжелой атаки (9 баллов по Харви-Бредшоу, Q1–Q3: 6,00–10,00). Колит (n=8, 36,4%) и илеоколит (n=8, 36,4%) были наиболее частыми вариантами локализации патологического процесса в дебюте БК, реже встречался дебют в форме проктита (n=5, 22,7%). На первой видеокOLONоскопии чаще всего выявляли эрозии (n=11, 50%), реже — язвы (n=8, 36,4%). Почти половина пациентов с поздним дебютом БК получали стартовую терапию препаратами 5-АСК (n=10, 45,5%), значительно реже пациенты получали терапию системными ГКС в сочетании с тиопуринами (n=4, 18,2%) или без тиопуринов (n=4, 18,2%), а также терапию топическими стероидами (n=3, 13,6%). За весь период наблюдения из 22 пациентов 19 пациентов получали тиопурины: у 13 пациентов (68,4%) эта базисная терапия была эффективна, у 6 пациентов — нет (31,6%).

Дебют БК у пожилых пациентов может проявляться неярко клинической картиной. У большинства пациентов наблюдаются умеренные изменения в лабораторных маркерах системного воспаления, и неспецифические клинические признаки: абдоминальный болевой синдром, повышение частоты стула до 4 раз в сутки, чаще без повышения температуры тела и без примесей крови в стуле. У пациентов с дебютом болезни Крона в возрасте 60 лет и старше наблюдается воспалительный и стриктурирующий фенотип БК. Пенетрирующий и прианальный фенотип при позднем дебюте БК в нашем исследовании не выявлены, что соответствует данным литературы.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ФАНТОМНО-БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Халипова М. А., Помников В. Г.

ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. В мире насчитывается более 50 миллионов людей с ампутациями конечностей, при этом от 50 до 90% пациентов с ампутациями могут впоследствии страдать от фантомно-болевого синдрома (ФБС). Несмотря на то, что ФБС известен достаточно давно (первые описания сделаны в XVI веке Амбруазом Паре), до сих пор не существует общепринятой схемы лечения и реабилитации. Применяемые методы фармакотерапии не всегда являются достаточно эффективными и могут быть ограничены из-за развития нежелательных лекарственных реакций, поэтому идет активный поиск немедикаментозных методов лечения, таких как проведение зеркальной терапии, использование технологий виртуальной реальности, транскраниальной магнитной стимуляции, электростимуляции. Помимо описанных методов интерес заслуживает также информация в литературе о наличии связи между возникновением ФБС и электромагнитным излучением (ЭМИ), что находит отражение в поиске и применении экранирующих материалов для культы конечности. **Материалы и методы:** обзор литературных источников о влиянии ЭМИ на возникновение ФБС.

Результаты и обсуждение. Первые данные о взаимосвязи между ФБС и ЭМИ опубликованы в 1986 Pelz J. and Swantes H. J., которые по результатам 4-летнего наблюдения за 178 пациентами с ФБС зафиксировали положительную корреляцию между частотой возникновения ФБС и частотой гроз. В 2011 г. в исследовании Giumarra et al., заключавшемся в анкетировании 264 пациентов с ФБС получены данные, что 20% пациентов отмечали связь между ФБС и изменениями погоды (возникновением гроз). Авторы данных исследований связывают ФБС с действием низкочастотного ЭМИ, хотя при грозах могут генерироваться электромагнитные волны широкого диапазона частот. В других исследованиях ведущая роль в провокации ФБС отводится электромагнитным волнам высокочастотного диапазона (Kern U. et al., 2006; Helen Houston and Anne E. Dickerson 2015; Fisher K. et al., 2015), тем более что нет убедительных данных о вредном воздействии на организм электромагнитных волн низкой частоты. Повышенная чувствительность к ЭМИ, приводящая к ФБС, может быть связана с явлениями центральной и периферической сенситизации, наблюдаемыми вследствие повреждения нервов при ампутации конечности, поэтому пациенты без патологии нервной системы нечувствительны к изменениям электромагнитного поля. Провокация ФБС связывается авторами (Fisher K. et al., 2015) с повышением проницаемости клеточных мембран для кальция под действием ЭМИ. В пользу ведущей роли высокочастотного излучения свидетельствуют данные о том, что использование чехлов или лайнеров для культы, экранирующих ЭМИ высокого диапазона частот, приводило к уменьшению ФБС (Kern U. et al., 2006; Helen Houston and Anne E. Dickerson, 2015; Fisher K. et al., 2015). Данные исследования проведены на небольших выборках пациентов: 30 пациентов у Kern U. et al., 14 пациентов у Helen Houston and Anne E. Dickerson и 20 пациентов у Fisher K. et al. Во всех указанных исследованиях продемонстрировано снижение интенсивности ФБС в группе пациентов, применяющих экранирующий чехол для культы, но полученная информация требует подтверждения достоверности в исследовании на большей выборке пациентов. Применение экранирующих материалов для культы конечности является перспективным направлением, так как может повысить эффективность лечения и реабилитации пациентов с ФБС, устраняя одну из причин провокации болей, дополняя фармакотерапию или формируя альтернативный вариант лечения, при возникновении нежелательных эффектов от применения лекарственных препаратов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ПЕРВИЧНОГО ВАСКУЛИТА ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Хилова К. И.², Шулепова Н. В.¹, Зуева О. Н.²

¹СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2», г. Санкт-Петербург, Россия;

²СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия

Введение: В представленном клиническом случае рассматривается развитие у пациентки мульти-симптомного поражения центральной нервной системы, диагностический поиск и дифференциальная диагностика множественного поражения головного мозга.

Пациентка С., 58 лет, заболела остро в сентябре 2024 г., однако позже в ходе расспроса выяснилось, что в течение двух месяцев до обострения заболевания отмечала частые эпизоды головной боли, периодические приступы головокружения, которые связывала с нестабильностью артериального давления и усталостью от работы на даче. Кроме того, родственники заметили перемену в поведении — пациентка стала инфантильной, рассеянной. С 18.09.24 — прогрессирующее нарастание очаговой неврологической симптоматики в виде центрального парапареза нижних конечностей, задержки мочеиспускания, а также нарастания общемозговой симптоматики в виде снижения когнитивных функций, потери ориентации во времени и пространстве. В ходе нескольких госпитализаций в различные стационары города в ряду дифференциального диагноза звучали: острый рассеянный энцефаломиелит; дегенеративно дистрофическое заболевание позвоночника, болевой синдром, миелопатия; демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы неуточненное в виде нижнего парапареза, сенсорных и тазовых нарушений; первичный церебральный васкулит. За время нахождения в стационаре (ГМПБ № 2., отделение общей неврологии), пациентка получала пульс-терапию метилпреднизолоном в течение трех дней с дальнейшим переходом на пероральную форму глюкокортикостероидов (т. преднизолон) в дозировке 20 мг 1 раз в день с положительным эффектом.

Результаты: за время заболевания в течение месяца у пациентки развилась множественная клиника поражения центральной нервной системы: центральный тетрапарез, нарушение тазовых функций по центральному типу, координаторные нарушения, острая общемозговая симптоматика. В лабораторных данных обращали на себя внимание повышение уровня белка в спинномозговой жидкости (0.870 г/л) и уровня лимфоцитов (30 кл./мкл), а также отсутствие значимых изменений в биохимическом и клиническом анализе крови, включая уровень С-реактивного белка. Также была выполнена специфическая лабораторная диагностика: HLA-B51 типирование — без результатов, антитела к NMDA глутаматному рецептору, к аквапориру-4, к АНЦА, к эндотелиальным клеткам — не были обнаружены. Исследование олигоклонального иммуноглобулина IgG в ликворе и сыворотке крови, диагностика рассеянного склероза и определение ревматоидного фактора не дали положительных результатов. Не были обнаружены данные за паранеопластические энцефалиты, исключено герпетическое поражение, токсоплазмоз, системная красная волчанка. В стационаре также была выполнена серия МРТ головного мозга, выявивших картину многоочагового поражения обоих полушарий головного мозга (вероятно, острые инфаркты), многочисленных участков усиления лептоменингеального сигнала после в/в контрастирования вокруг очагов, что наиболее характерно для проявлений васкулита центральной нервной системы. Положительная динамика на фоне терапии глюкокортикостероидами наряду с особенностями клинической картины и данными нейровизуализации говорит в пользу выставленного окончательного диагноза: Первичный церебральный васкулит с картиной многоочагового поражения обоих полушарий головного мозга (острые инфаркты) и шейного отдела спинного мозга с центральным тетрапарезом, когнитивными и тазовыми нарушениями

Заключение: представленный клинический случай демонстрирует разнообразие картины первичного васкулита центральной нервной системы и вариативность дифференциальной диагностики данного состояния, а также эффективность применений глюкокортикостероидов в терапии представленной сосудистой патологии.

**ЭНDOVАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ЛОЖНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ И (ИЛИ) АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫМИ ФИСТУЛАМИ
СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
ВСЛЕДСТВИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЫ**

Чехленков П. А., Мартиросян Б. Р., Заргаров К. В., Кузнецов А. М., Мелконян Г. Г.
ГБУЗ «Госпиталь ветеранов войн № 3» Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва,
Россия

Актуальность:

Современная высоко-энергетическая комбинированная минно-взрывная травма часто приводит к повреждениям сосудистого русла и составляет одну из наиболее важных проблем современной военно-полевой хирургии, так как сопровождается тяжелыми осложнениями и частой инвалидизацией. В военное время частота сосудистых травм варьирует до 12–17%. Формирование посттравматических ложных аневризм периферических артерий является самым частым последствием повреждения сосудистой стенки и встречаются от 40 до 50% случаев от общего количества травм периферических сосудов нижних конечностей, требующее оперативного вмешательства не только в экстренном порядке, но и в более поздние сроки, из-за высокой вероятности рецидива кровотечений в бассейне посттравматического сосудистого русла.

Цель исследования:

Оценить эффективность эндоваскулярных методов лечения у пациентов с посттравматическими повреждениями сосудов нижних конечностей вследствие комбинированной минно-взрывной травмы.

Задачи исследования:

1. Определить роль и место эндоваскулярных методов лечения пациентов с посттравматическими ложными аневризмами (ЛА) и (или) артерио-венозными фистулами (АВФ) нижних конечностей вследствие комбинированной минно-взрывной травмы.

2. Оценить возможности эндоваскулярных методов лечения пациентов с ЛА и (или) АВФ нижних конечностей вследствие комбинированной минно-взрывной травмы.

Материалы и методы:

За период с января 2024 г. по январь 2026 г. в ГВВ № 3 ДЗМ проведено 53 эндоваскулярных вмешательств у пациентов с посттравматическими ЛА и (или) АВФ нижних конечностей в результате комбинированной минно-взрывной травмы. Всем больным выполнен комплекс диагностических исследований, включая УЗДГ, КТАГ и прямую селективную ангиографию целевой нижней конечности. Из них у 23, 13 и 22 пациентов выявлены ЛА, АВФ и комбинацию ЛА и АВФ, соответственно. По уровню локализации повреждений: проксимальный сегмент (выше колена) — 8 ЛА, 5 АВФ, 2 ЛА с АВФ; дистальный сегмент (ниже колена) — 13 ЛА, 8 АВФ, 17 ЛА с АВФ.

Результаты исследования:

В 51 случае эндоваскулярные вмешательства проведены успешно (спиральная эмболизация целевого афферента — 18, имплантация стент-графта — 24, комбинация стента со спиральной эмболизацией — 9), из них:

- 15 эндоваскулярных вмешательств с проксимальной локализацией повреждений (выше колена), в том числе 12 — в бассейне ГБА (1 — имплантация стент-графта, 5 — спиральная эмболизация, 6 — комбинация стента со спиральной эмболизацией), 3 — в бассейне ПБА (1 — имплантация стент-графта в ПБА, 2 — комбинация стента со спиральной эмболизацией в области культы бедра).
- 36 эндоваскулярных вмешательств с дистальной локализацией повреждений (ниже колена), в том числе 10 — в бассейне ПББА (5 — имплантация стент-графта, 5 — спиральная эмболизация); 12 — в бассейне ЗББА (7 — имплантация стент-графта, 5 — спиральная эмболизация); 14 — в бассейне МБА (1 — имплантация стент-графта, 5 — спиральная эмболизация, 6 — комбинация стента со спиральной эмболизацией), в бассейне ТПС — 2 (комбинация стента со спиральной эмболизацией).

В 7 случаях эндоваскулярные вмешательства выполнены повторно (5 — дополнительная спиральная эмболизация афферента формирующего АВФ в виду наличия остаточного АВ-сброса по данным контрольного УЗДГ, 2 — спиральная эмболизация дополнительных ретроградных афферентов выявленных по данным контрольного УЗДГ).

В 2 случаях эндоваскулярные вмешательства проведены безуспешно (1 — безуспешная попытка дистального доступа в области голени, 1 — безуспешная попытка суперселективной катетеризации целевого афферента).

Выводы:

1. У пациентов с посттравматическими ЛА и (или) АВФ боковых ветвей основных магистралей нижних конечностей вследствие комбинированной минно-взрывной травмы предпочтительно выполнять эндоваскулярные оперативные вмешательства.

2. У пациентов с посттравматическими ЛА и (или) АВФ нижних конечностей вследствие комбинированной минно-взрывной травмы при проведении эндоваскулярной эмболизации питающего афферента необходимо добиться полной редукции кровотока по целевому афференту по данным контрольной ангиографии.

3. У пациентов с посттравматическими ЛА и (или) АВФ нижних конечностей вследствие комбинированной минно-взрывной травмы при завершении успешного проведения эндоваскулярной эмболизации питающего афферента (полная редукция кровотока по целевому афференту) рекомендуется выполнение контрольной селективной ангиографии всех магистральных артерий нижней конечности с целью выявления возможных дополнительных антеградных и (или) ретроградных афферентов.

4. У пациентов с посттравматическими ЛА и (или) АВФ нижних конечностей вследствие комбинированной минно-взрывной травмы при проведении эндоваскулярной эмболизации питающего афферента рекомендуется позиционировать эмболизирующий материал максимально близко к полости ЛА и (или) АВФ с целью избежания формирования возможных дополнительных антеградных и (или) ретроградных афферентов.

БЕЗОПАСНАЯ БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА ДЛЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Чичина С. В.

СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия

Введение: Создать обоснованные рекомендации и практические меры для формирования безопасной больничной среды, учитывая медицинские, социальные и психологические аспекты жизни геронтологических пациентов с бронхиальной астмой.

Цель исследования: Обеспечить безопасную и комфортную больничную среду, способствующую эффективному лечению и уходу за геронтологическими пациентами с бронхиальной астмой.

Проблема: Отсутствие стандартизированных комплексных подходов к организации безопасной среды для пожилых пациентов с бронхиальной астмой в медицинских учреждениях повышает риск осложнений, ухудшает качество жизни и эффективность лечения.

Актуальность: Повышение качества оказания медицинской помощи пожилым пациентам с бронхиальной астмой за счет создания специализированной безопасной среды в лечебных учреждениях.

Задачи:

1. Разработать рекомендации по организации безопасной среды в больнице с учетом особенностей астмы.

2. Определить принципы сестринской деятельности и ухода за такими пациентами.

3. Создать рекомендации по информированию родственников и сиделок.

4. Разработать меры по профилактике осложнений и снижению риска приступов в условиях больницы.

Методы: Рекомендации по организации безопасной больничной среды для геронтологических пациентов с бронхиальной астмой в виде брошюры, обучения и методических указаний для медперсонала.

Вывод: Внедрение системных решений позволит улучшить качество жизни пожилых пациентов, повысить эффективность терапии и обеспечить скоординированную работу медицинского персонала и семейного окружения. Это станет основой для разработки стандартизированных протоколов, необходимых для оптимизации помощи пожилым пациентам с бронхиальной астмой в условиях стационара и вне его пределов.

Библиография:

1. Безопасная больничная среда для пациента и [Электронный ресурс] // krfu.ru — Режим доступа: https://krfu.ru/portal/docs/f1908620526/metodichka.2_bezopasnaya.bolnichnaya.sreda.dlya.pacienta.i.personala.pdf.
2. Бронхиальная астма > Клинические рекомендации РФ 2024... [Электронный ресурс] // diseases.medelement.com — Режим доступа: <https://diseases.medelement.com/disease/бронхиальная-астма-кп-рф-2024/18317>
3. Бронхиальная астма в пожилом и старческом возрасте... [Электронный ресурс] // pharmateca.ru — Режим доступа: <https://pharmateca.ru/articles/bronhialnaya-astma-v-pojilom-i-starcheskom-voznaste-osobennosti-diagnostiki-i-lecheniya.html>.
4. Особенности бронхиальной астмы в пожилом и старческом... [Электронный ресурс] // www.rmj.ru — Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/bolezni_dykhatelynykh_putey/osobennosti_bronhialnoy_astmy_v_poghilom_i_starcheskom_vozraste/.
5. Палеев Н. Р., Черейская Н. К. Бронхиальная астма у пожилых... [Электронный ресурс] // gastroscan.ru — Режим доступа: <https://gastroscan.ru/literature/authors/2519>.
6. Сестринская помощь при бронхиальной астме [Электронный ресурс] // medkirovdp.ru — Режим доступа: http://medkirovdp.ru/uploads/metod/сестринская_помощь_при_бронхиальной_астме_утверждено.pdf.
7. Сестринский уход при бронхиальной астме [Электронный ресурс] // salavatmk.ru — Режим доступа: https://salavatmk.ru/distancionnoe-obuchenie/mdk-02-01-sestrinskiy-ukhod-ri-razlichnykh-zabolevaniyakh-i-sostoyaniyakh/303s/лекция_поб.pdf.

СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ КОЛОТО-РЕЗАННЫХ РАНЕНИЙ ПОЧКИ**Шанава Г. Ш.^{1,2,3}, Клишевич И. А.⁴**¹ГБУ СПб НИИ СП им. И. И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия;²ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия;³ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия;⁴ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. В структуре открытых повреждений почки в мирное время преобладают колото-резаные ранения. Для их лечения в настоящее время применяются различные способы.

Целью исследования явилось определение оптимального способа лечения колото-резаных ранений почки.

Материалы и методы. В научно-исследовательском институте скорой помощи им. И. И. Джанелидзе за период с 1998 по 2023 гг. с колото-резаными ранениями почки проходили лечение 69 пострадавших. Тяжесть повреждения почки оценивалась по шкале предложенной Американской ассоциации хирургической травмы (AAST). Тяжесть травматического шока (ТШ) при сочетанных ранениях определялись в соответствии с бальной оценкой по Ю. Н. Цибину и др. (1976 г.), а также по шкале Injury Severity Score (ISS).

Лечение колото-резаных ранений почки осуществлялось консервативным, рентгенэндоваскулярным и традиционным хирургическим способами. Оперативный доступ при традиционных хирургических вмешательствах выполнялся в ходе лапаротомии или люмботомии.

Результаты. С сочетанными колото-резаными ранениями почки поступили 65 (94,2%) пострадавших. Среди них у 38 (55,1%) пострадавших сочетанные ранения сопровождались ТШ. У 4 (5,8%) пострадавших были изолированные ранения почки.

Консервативное лечение проводилось 17 (24,6%) пострадавшим со стабильной гемодинамикой, которые имели колото-резаные ранения почки II–III степени тяжести по шкале AAST. Троем пострадавшим с ранением почки IV степени тяжести по шкале AAST для купирования мочевых затеков выполнялась эндоскопическое стентирование мочеточника. Двоим пострадавшим с непрекращающимся кровотечением из поврежденной почки III степени тяжести по шкале AAST осуществили суперселективную эмболизацию рентгенэндоваскулярным способом. Остальным 47 (68,1%) пострадавшим с ранениями почки II–V степени тяжести проводились традиционные оперативные вмешательства. Ревизия почки 43 (62,3%) пострадавшим с сочетанными ранениями осуществлялась в ходе лапаротомии. С изолированными ранениями почки 4 (5,8%) пострадавшим выполнялась люмботомия. В ходе открытых

операций 34 (49,3%) пострадавшим с ранением почки II–III степени тяжести по шкале AAST провели первичную хирургическую обработку с ушиванием раны. При ранении почки IV степени тяжести по шкале AAST 7 (10,1%) пострадавшим во время операции осуществили дренирование чашечно-лоханочной системы мочеточниковым стентом или нефростомическим дренажом. В 5 (7,2%) случаях пострадавшим с ранением почки V степени тяжести по шкале AAST проводилась нефрэктомия. Одному пострадавшему с ранением почки V степени тяжести по шкале AAST выполнили органосохраняющую реконструктивную операцию.

Проведённое нами исследование показало, что при одинаковых по тяжести колото-резаных ранениях почки по шкале AAST лечение возможно проводить различными способами.

Заключение. Выбор способа лечения колото-резаных ранений почки определяется общим состоянием пострадавшего, наличием или отсутствием сочетанных повреждений, тяжестью травматического шока, градацией ренального повреждения, опытом лечащего врача и техническими возможностями медицинского учреждения.

САНИРУЮЩИЕ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ЭТАПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНЫМ СТЕРНОМЕДИАСТИНИТОМ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

*Шевченко Ю. Л., Левчук А. Л., Катков А. А., Гудымович В. Г.,
Миминошвили Л. Г., Юнусова Р. С.*

ФГБУ «НМХЦ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия

Резюме. Актуальность: гнойный стерномедиастинит является одним из грозных осложнений кардиохирургических вмешательств (от 0,4 до 16%) с высокой инвалидизацией (до 32%) и летальностью до 48%. Мультифакторность развития стеральной инфекции связана с дооперационным коморбидным состоянием больных, с особенностями проведения кардиохирургического вмешательства, характером течения раневого послеоперационного периода, диагностикой и хирургической тактикой возникшего гнойно-септического процесса.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный и проспективный анализ результатов комплексного лечения 24 пациентов с послеоперационным стерномедиастинитом, что составило 0,5% от общего числа кардиохирургических вмешательств за четырехлетний период исследовательской работы. В первую группу (контрольную) вошли 10 (41,6%) человек, лечившихся «одноэтапной» тактикой стандартным «открытым» методом ведения гнойно-некротической раны грудной клетки. Вторую (основную) группу составили 14 (58,4%) пациентов, лечение которых строилось на этапно-последовательном принципе оказания хирургической специализированной помощи.

Результаты. Активная saniрующая хирургическая тактика являлась основополагающей в лечении пациентов с гнойным стерномедиастинитом. Одноэтапный метод ВХО был применен в 40,5%, двухэтапный (санационный и реконструктивный) в 59,5% случаев. Внедрение ранних saniрующих хирургических технологий и вакуум-ассистированных инстилляционных повязок у пациентов II группы исследования позволили в 2,5 раза сократить время окончательного подавления микробного раневого обсеменения, что на 45,2% снизило количество реинфицирования ран, и помогло предупредить развитие остеомиелита реберно-грудинных структур. Стратегия второго (реконструктивного этапа) у пациентов II группы была направлена на восстановление каркасной функции грудины (реостеосинтез с помощью полимерных фиксаторов «хомутового» типа) и замещение мягкотканного раневого дефекта передней грудной стенки вторичными дерматензионными швами. Это позволило улучшить качество жизни исследуемых, снизить продолжительность госпитализации и уровень инвалидизации пострадавших, избежать летальных исходов.

Заключение. Стратификация пациентов с гнойным стерномедиастинитом после кардиохирургических вмешательств в соответствии с принципами: стратегии контроля антимикробной терапии; систематизации «двухэтапной» хирургической тактики в зависимости от типа распространения септического процесса и общесоматического состояния больного; рационального применения современных методик локального ведения раны, — позволили осуществить персонализированный подход и улучшить результаты лечения этого грозного осложнения.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ФЛЕГМОНА ЛЕВОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ АССОЦИИРОВАННАЯ С СОСТОЯВШИМСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Щур М. С., Бутько Б. Е.

СПб ГБУЗ «Городская больница № 14», г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность: В России в структуре заболеваемости ЗНО женского населения РМЖ занимает первое место (21,2%), как и в структуре смертности (15,9%). Местно-распространенный рак молочной железы (мрРМЖ) встречается в 5–10% случаев. Особую группу составляют женщины с выраженным локальным ростом опухоли, приводящим к инфильтрации кожи молочной железы, образованию неопластических изъязвлений, распаду и присоединению вторичной инфекции.

Цель работы. Представить клинический случай формирования флегмоны левой молочной железы, передней грудной стенки ассоциированной с состоявшимся кровотечением из злокачественной опухоли молочной железы.

Материалы и методы. Пациентка С, 58 лет, поступила в СПб ГБУЗ «ГБ№ 14» с жалобами на боль в левой половине грудной клетки, левой молочной железе, лихорадку до 38°C, отек левого плеча. Пациентка амбулаторно консультирована онкологом ГБУЗ «СПб КНпЦСВМП(о) им.Н.П.Напалкова». Установлен предварительный диагноз: отечно-инфильтративный рак ЛМЖ сT4cNxM, направлена на дообследование (УЗИ молочных желёз, маммографию, трепан-биопсию), через сутки появились вышеуказанные жалобы, госпитализирована в гнойно-септический стационар. При поступлении: Температура: 37,4°C; Общее состояние: средней тяжести. Локальный статус: В области нижне-внутреннего квадранта на 20–21 часах в 7 см от соска образование каменистой плотности, размерами 6,0x4,0 см, несмещаемое, болезненное, с выраженной гиперемией, возвышающееся над уровнем неизменной кожи на 0,5 см, прорастающее в толщу ПЖК. В центре образования рана диаметром до 0,7 см с поступлением из нее мутного отделяемого, симптом флюктуации положительный. Сосок втянут, в области наружных квадрантов молочной железы параареолярно пальпируется плотный инфильтрат без четких границ, с тенденцией к распространению выше к левой подмышечной области и флюктуацией над всей поверхностью. Контрлатеральная железа без особенностей. Оперативное вмешательство: вскрытие, санация, дренирование флегмоны левой молочной железы, передней грудной стенки слева: в области наружных квадрантов левой молочной железы вскрыт гнойный очаг, под давлением получено до 300 мл гнойно-геморрагического отделяемого, посев (*Staphylococcus aureus* 10⁵ КОЕ/мл), сгустков крови. При ревизии выявлены активные источники кровотечения в ПЖК и мышцах, в толще которых пальпировалось плотное образование. Последнее иссечено в пределах визуально неизменных тканей, отправлено на гистологическое исследование (гистологическое заключение: во всех исследуемых фрагментах множественные фокусы злокачественной эпителиальной опухоли плоскоклеточной дифференцировки с выраженным полиморфизмом, клеточной атипией и обилием некрозов). Взяты на зажимы и прошиты латеральная грудная артерия, перфоранты межреберных артерий.

Послеоперационный период без осложнений. На фоне проводимой системной антибактериальной, симптоматической и местной терапии воспалительный процесс купирован, раны очистились, гранулируют. Пациентка выписана под наблюдение хирурга, онколога на 11 сутки с диагнозом: острый гнойный нелактационный мастит левой молочной железы (N61), ЗНО левой молочной железы сT4N1Mx IIIb стадия (C50.9).

Заключение. Междисциплинарное взаимодействие, ранняя диагностика и комплексный подход к лечению этой группы пациентов имеют решающее значение для определения оптимальной тактики, проведения эффективного лечения и профилактики развития осложнений. Данный случай наглядно демонстрирует необходимость выполнения минимального диагностического обследования пациентов с подозрением на мрРМЖ уже при первичном обращении с целью профилактики развития жизнеугрожающих состояний.

ВЫСОКОИНТЕНСИВНАЯ ИНФРАКРАСНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЕВОЙ ТРАВМЫ

Ямалдинова Е. А.¹, Скоромец Т. А.¹, Андреева Д. В.²

¹СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Санкт-Петербург, Россия;

²Общество с ограниченной ответственностью «ПРОФ ФАРМ», г. Москва, Россия

Современная боевая травма характеризуется высокой полиморфностью повреждений и сочетанием различных патологических процессов. Такие изменения нередко сохраняются длительное время, существенно ограничивая функциональные возможности пациентов и ухудшая качество жизни. По характеру травмирующих факторов преобладают минно-взрывные и огнестрельные ранения, что предполагает наличие металлических осколков у пострадавших. В случае их присутствия в организме, многие физиотерапевтические методы могут быть противопоказаны при локальном воздействии. Таким образом, актуальным становится поиск преформированных физических факторов, применение которых возможно при данном характере повреждений для эффективной реабилитации.

В структуре медицинской реабилитации пациентов с последствиями огнестрельных и минно-взрывных ранений важную роль играют методы физиотерапии, направленные на уменьшение болевого синдрома, улучшение микроциркуляции, стимуляцию регенерации тканей и восстановление функции опорно-двигательного аппарата. Особое внимание обращает на себя такой физический метод лечения, как высокоинтенсивная инфракрасная лазерная терапия (ИК-ВИЛТ) за счет возможности применения в различные фазы раневого процесса при наличии металлических осколков в тканях, оказывая воздействие на глубоко расположенные структуры (мышцы, периферические нервные стволы, сосуды).

Цель исследования: повышение эффективности реабилитационных мероприятий у пациентов с последствиями боевой травмы.

Материалы и методы: Основная группа включала 30 пациентов (мужчины 18–68 лет). Пациенты основной группы получали курс ИК-ВИЛТ на аппарате GBOX-15AB (Gigaa Laser, КНР). Контрольная группа включала 15 пациентов, получавших НИЛИ. Обе группы получали стандартную медикаментозную терапию, лечебную физкультуру и массаж. Было выполнено открытое проспективное клиническое наблюдение пациентов, проходивших стационарную медицинскую реабилитацию по поводу последствий боевой травмы (МКБ-10 T94.0).

Оценивались: интенсивность болевого синдрома (по 5-балльной вербальной рейтинговой шкале боли ВРШ, выраженность отёка мягких тканей (оценивалась по данным легометрии в сантиметрах). Для количественных показателей результаты представлены в виде $\text{mean} \pm \text{SD}$. Статистический анализ проводился с использованием парного t-теста, t-теста Уэлча, χ^2 -теста и критерия Мак-Немара. Анализ динамики болевого синдрома показал статистически значимое снижение интенсивности боли в основной группе пациентов, получавших ИК-ВИЛТ. Частота клинически значимого уменьшения боли (≥ 2 баллов) составила 56,5% в основной группе и 20% в контрольной ($p = 0,018$). Регресс отёка к 10–14 суткам наблюдался примерно у 70% пациентов основной группы и у 40% пациентов контрольной группы ($p = 0,03$). Быстрое уменьшение отёка (на 5–7 сутки) отмечалось примерно у 48% пациентов, получавших ИК-ВИЛТ.

Выводы:

1. ИК-ВИЛТ является эффективным методом лечения пациентов с последствиями боевой травмы. Применение ИК-ВИЛТ обеспечивает достоверное уменьшение болевого синдрома и ускорение регресса посттравматического отёка мягких тканей.

2. Полученные результаты позволили сформировать клинические протоколы применения ИК-ВИЛТ в медицинской реабилитации пациентов с последствиями боевой травмы.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Абель А. В. 11
 Абель Д. К. 11
 Абриталин Е. Ю. 72
 Акимов А. Г. 7
 Алексеев Г. А. 7
 Алексеенко А. А. 53
 Аль-Шукри С. Х. 37
 Андожская Ю. С. 27
 Андреева Д. В. 85
 Астахова Е. А. 8

Б

Бакалкина Е. М. 26
 Баранцевич Е. Р. 54
 Барсукова И. М. 9, 10
 Беляева С. И. 11, 12
 Бехтенов Д. А. 13
 Бикбаева К. Р. 14
 Богинский В. С. 64
 Бойков А. А. 18
 Бумай А. О. 9
 Бутрин Я. Л. 36
 Бутько Б. Е. 84

В

Валиев В. С. 15
 Варфоломеев И. В. 36
 Воронова Ю. С. 31, 32
 Воронцов В. Л. 16
 Воскобойник У. Е. 11

Г

Гаврилова Е. А. 29
 Гаврильчук Е. М. 17
 Гаврищук Я. В. 75, 76
 Гавщук М. В. 18, 53, 54
 Гайбатова Л. 28
 Герасименко О. Н. 13, 19, 20, 22
 Гладуш М. П. 68
 Голан Э. К. 21
 Голохвастов С. Ю. 52
 Гончаров М. Ю. 50
 Горбунова А. М. 13, 22
 Городецкий Е. Б. 23
 Горчакова Н. М. 24
 Горшенин Т. Л. 26
 Гринь Н. А. 40
 Гришанина И. Н. 25
 Громова Н. П. 29

Громов М. И. 49
 Гугалев Г. С. 26
 Гудымович В. Г. 83
 Гусева В. Р. 51

Д

Давыденко Т. Е. 27, 28, 29
 Демко А. Е. 49, 75, 76
 Денисова Ю. В. 64
 Дмитриева Е. К. 41
 Дмитришен Р. А. 12
 Доник А. В. 41
 Дорофеева М. Н. 41
 Доценко Е. В. 27, 28, 29
 Дуданов И. П. 61, 62, 63
 Дынин П. С. 52

Е

Ельчинская Л. Э. 18
 Еникеев Р. И. 30

Ж

Жерносек О. С. 41
 Живолупов С. А. 64
 Жигулина С. А. 42

З

Зайцев Д. А. 26, 73
 Заргаров К. В. 80
 Зимина Ю. Д. 19, 20, 22
 Знахаренко Е. А. 22
 Зуева О. Н. 79

И

Иванова М. А. 69
 Игнатьев Т. И. 40

К

Кабанов М. Ю. 69
 Кавгалюк Д. В. 34
 Канунникова Л. В. 31, 32
 Катков А. А. 83
 Катюхин В. Н. 33, 34
 Каштанова К. В. 23
 Кесаева И. В. 68

Клишевич И. А. 82
 Колесникова О. П. 44
 Колесниченко О. Ю. 35
 Комков К. Н. 36
 Костарева Е. С. 58
 Костенков Н. Ю. 37, 45
 Котов В. И. 38
 Кривокорытов К. В. 37
 Крикунов Д. Ю. 68
 Кудрин В. И. 41
 Кудряшова Е. Ю. 28
 Кудяшев А. Л. 66
 Кузнецов А. М. 80
 Кузнецов М. В. 7
 Кузьмин И. В. 37, 45
 Купренкова М. Н. 65, 66

Л

Ланков В. А. 37
 Левчик Е. Ю. 23, 39, 58
 Левчук А. Л. 40, 83
 Либова Е. В. 41
 Литвиненко И. В. 52
 Луника Н. В. 25
 Лысов Д. Н. 38
 Лысов Н. А. 69

М

Макарова О. В. 42, 43, 60
 Малютин К. Г. 69
 Мануковский В. А. 49, 75, 76
 Марачкова Д. О. 20
 Маркова Я. Р. 19
 Мартиросян Б. Р. 80
 Маслова Т. И. 31, 32
 Мелконян Г. Г. 44, 80
 Миминошвили Л. Г. 83
 Михеев В. В. 37, 45
 Мовсисян П. С. 44
 Мовчан К. Н. 26, 73
 Московцева Л. О. 46
 Мохова Ю. С. 14, 57, 69, 72
 Мужиченко В. А. 47

Н

Наумов К. М. 48, 52
 Невирович Е. С. 37, 45
 Немальцев И. Ю. 30
 Никитина А. В. 28
 Никитин А. В. 49
 Никитина В. В. 51
 Никитин С. М. 50
 Никишин В. О. 48, 52
 Нурлыгаянов Р. З. 30

О

Овасапян Э. Д. 52
 Одинец А. А. 57
 Орел В. И. 53, 54

П

Павелец М. К. 18, 55
 Павличенко А. В. 14, 57, 69
 Павлова Е. Д. 57
 Павлов О. А. 61, 62, 63, 65
 Пивоварова Л. П. 49
 Погода Т. Е. 42, 43
 Погорельская Е. С. 57
 Подгорняк М. Ю. 61, 62, 63
 Подкорытов А. В. 57
 Полюкова М. В. 10
 Помников В. Г. 78
 Попова Т. Н. 69
 Потанин А. А. 37
 Потоцкий М. И. 39, 58
 Прохоренко В. С. 59

Р

Рахматуллин А. С. 30
 Реутский И. А. 65
 Родионова А. Ю. 60
 Рошковская Л. В. 54
 Рында А. Ю. 61, 62, 63

С

Салахашев В. Н. 45
 Самарцев И. Н. 48, 64
 Симейко А. В. 37
 Синицын П. С. 65, 66
 Скоромец Т. А. 85
 Смиренин С. В. 68
 Смирнова Д. А. 14, 69
 Соколов В. А. 70, 71
 Соловьева В. И. 20
 Соловьев И. А. 65, 66
 Спикина А. А. 14, 57, 69, 72
 Столов С. В. 52, 60
 Суворов А. В. 48
 Сунцова В. А. 42

Т

Творогов Д. А. 73
 Телятникова Г. Б. 74
 Ткачук И. Н. 37
 Толмачева А. А. 13, 19, 20, 22
 Торгашов М. Н. 31, 32
 Тулупов А. Н. 49, 75, 76

Ф

Филь Т. С. 77

Х

Халипова М. А. 78

Хилова К. И. 79

Ч

Чариков Н. А. 71

Чернышов А. В. 39

Четвериков А. В. 37

Чехленков П. А. 80

Чистякова В. Д. 26, 73

Чичина С. В. 81

Чмырёв И. В. 36

Ш

Шанава Г. Ш. 82

Шевченко Ю. Л. 83

Шилова О. П. 57

Шинкаренко Д. В. 65, 66

Шулешова Н. В. 79

Щ

Щур М. С. 84

Ю

Юдинцева Л. Р. 28

Юнусова Р. С. 83

Я

Яковлев В. В. 69, 72

Якушина И. Н. 29

Ямалдинова Е. А. 12, 85

Ярцев М. М. 26