
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Державне підприємство Український науково-дослідний інститут
медицини транспорту
Державний департамент морського і річкового транспорту
України
Професійна спілка робітників морського транспорту України

ВІСНИК
МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році. Журнал є фаховим виданням для публікації основних результатів
дисертаційних робіт у галузі медичних наук
(Бюлетень ВАК України від 9 червня 1997р. №4)

Зареєстрований в Міністерстві інформації України
Свідоцтво серія КВ № 2830

№ 4 (46)
(жовтень - грудень)

Одеса 2009

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **А.І. Гоженко**

*О. М. Ігнат'єв (заступник головного редактора), В. О. Лісобе́й (науковий редактор),
Н. А. Мацего́ра (відповідальний секретар), Є. П. Белобров, В. М. Євстаф'єв, О. І. Верба,
Ю. І. Гульченко, О. В. Кузнєцов, Т. П. Опаріна, Б. В. Панов, Н. Ф. Петренко, С. А. Праник,
Е. М. Пся́дло, В. Г. Руденко, Л. М. Шафран, К. А. Ярмула*

РЕДАКЦІЙНА РАДА

*О. К. Асмолов (Одеса), К. Д. Бабов (Одеса), Ю. І. Бажора (Одеса), М. І Голубятніков
(Іллічівськ), С. А. Гуля́р (Київ), В. М. Запорожан (Одеса), М. Ф. Ізмеров (Москва), С. Іднані
(Індія), Н. К. Казимирко (Луганськ), О. О. Коваль (Київ), М. О. Корж (Харків),
І. Ф. Костюк (Харків), О. М. Кочет (Київ), Ю. І. Кундієв (Київ), Т. Л. Лебеде́ва (Одеса),
В. І. Лузі́н (Луганськ), В. В. Поворо́знюк (Київ), А. М. Пономаре́нко (Київ), М. Г. Проданчук
(Київ), А. М. Сердю́к (Київ), Ю. Б. Чайко́вський (Київ)*

Адреса редакції

65039, ДП УкрНДІ медицини транспорту
м. Одеса, вул. Канатна, 92
Телефон/факс: (0482) 728-14-52; 42-82-63
e-mail nymba@mail.ru

Редактор Н. І. Єфременко

Здано до набору..... р.. Підписано до друку..... Формат 70×108/16
Папір офсетний № 2. Друк офсетний. Умов.-друк.арк. .
Зам №

ISSN 0049-6804

©Міністерство охорони здоров'я України, 1999

©Державне підприємство Український науково-дослідний
інститут медицини транспорту, 2005

©Державний департамент морського і річкового транспорту
України, 1999

©Професійна спілка робітників морського транспорту
України, 1999

УДК 613.68(680)

Marcus Brauer

**REVIEW OF MEDICALLY DISEMBARKED SOUTH AFRICAN CREW MEMBERS OF
A CRUISE SHIP COMPANY FROM 2005 – 2007**

South African Cruise Ship Company, Cape-Town, South Africa

Реферат. Маркус Брауэр. **МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ СПИСАНИЯ ЮЖНОАФРИКАНСКИХ МОРЯКОВ С КРУИЗНЫХ СУДОВ.** Автор статьи является ведущим специалистом в области морской медицины в ЮАР. Настоящая работа представляет собой детальный анализ случаев списания по медицинским причинам граждан ЮАР, занятых на круизных судах. Анализу подверглись медицинские документы 49 моряков (24 мужчины и 25 женщин), средний возраст 30,8 лет (разброс 21-50 лет). Анализ проводился за период январь 2006 - декабрь 2007. Анализируемая медицинская информация включала специфический медицинский диагноз, время выздоровления, необходимость хирургического вмешательства и др. данные. Кроме того анализировали образ жизни, массу тела, наличие вредных привычек (курение, алкоголь). Анализ проводился по нескольким группам – пол, возраст, профессия, патология, проявившаяся во время рейса. Данные, полученные в результате выполнения данного исследования однозначно свидетельствуют о необходимости медицинского скрининга при поступлении на работу. Кроме того, автор рекомендует расширить рутинную процедуру медицинского профосмотра, выполняемого при поступлении на работу за счет изучения психофизиологического состояния кандидатов и углубленного обследования ОДА, в первую очередь у женщин.

Ключевые слова: медицинские причины списания с судна, круизное судно, профессиональный медицинский осмотр.

Реферат. Маркус Брауэр. **МЕДИЧНІ АСПЕКТИ СПИСАННЯ ПІВДЕННО-АФРІКАНСЬКИХ МОРЯКІВ З КРУЇЗНИХ СУДЕН.** Автор статті є провідним спеціалістом в області морської медицини у ПАР. Робота являє собою детальний аналіз випадків списання за медичними причинами громадян ПАР, зайнятих на круїзних судах. Було проаналізовано медичні документи 49 моряків (24 чоловіка і 25 жінок), середній вік 30,8 років (21 - 50 років). Аналіз проводився за період січень 2006 - грудень 2007. Медична інформація, яку аналізували, включала специфічний медичний діагноз, термін лікування, необхідність хірургічного втручання та інші дані. Крім того аналізували спосіб життя, вагу, наявність шкідливих звичок (куріння, алкоголь). Аналіз проводився за показниками – стать, вік, професія, патологія, яка проявилася під час рейсу. Дані, які були отримані в результаті виконання дослідження, однозначно свідчать про необхідність медичного скринінгу під час прийому на роботу. Крім того, автор рекомендує розширити рутинну процедуру медичного профогляду, який проводять під час прийому на роботу, за рахунок вивченні психофізіологічного стану кандидатів і поглибленого обстеження ОДА, в першу чергу у жінок.

Ключові слова: медичні причини списання з судна, круїзне судно, професійний медичний відбір.

Summary. Marcus Brauer. **MEDICAL DISEMBARCATION OF SOUTH AFRICAN CREW HIRED TO WORK ABOARD CRUISE SHIPS.** *Objective.* To make a retrospective Review of medically disembarked South African crew aboard a Cruise Ship Company from 2005 - 2007. *Materials and methods.* Baseline health status was captured from seafaring medical examination records. Records of medically disembarked crew members were available from January 2005 to December 2007. Prospective seafarers undergo their pre-employment seafaring medical examination with the author. The data gathered for this study was derived from each crew members disembark file and their baseline health status was elicited from their pre-employment seafaring medical examination records. The following variables were recorded: demographic information such as age in years, a differentiation between younger and older crew members (< 34 yrs old and > 35 yrs old), gender, occupation (specified) and department in which they worked. In addition underlying lifestyle health status was recorded by capturing body mass index, smoking status and recorded alcohol consumption patterns at pre-employment medical examination. *Results.* In total 49 crew members were disembarked, there was an even gender distribution with 24 men and 25 women, the average age of disembarked crew members was 30.8 years with a range of 21 to 50 years. Baseline health parameters showed that 36 or 73.47% of crew members had a normal BMI, with 12 or 24.49% being overweight and only one underweight crew member. Most crew members were not taking any chronic medication (45 or 91.84%). Amongst the disembarked crew members 26 were non-smokers and 23 were smokers. 42 crew members consumed alcohol on a regular basis with 5 of these volunteering that they regularly consumed more than 10iU per week. In 21 of 49 crew members the medical conditions that lead to disembarkation were known conditions and 6 crew members had had a history of being medically disembarked in previous contracts. 19 or 38.37% disembarked crew members required surgery as part of their treatment plan. Time taken to reach maximum medical improvement was 16.3 weeks on average with a range of 4 weeks to 78 weeks. Of all disembarked crew members 18 out of 49 (36.73%) were ultimately deemed unfit to return to seafaring duties once their underlying condition had been treated. *Conclusions.* The findings of this study emphasize the importance of thorough pre-employment medical screening to ensure that crew members are appropriately fit to work at sea. Besides it may be worthwhile to add additional questions to screen for past and current psychological morbidity, a musculoskeletal or fitness assessment could be instituted for women who are more prone than men in this study of overuse injuries, or who clinically may appear to be unfit.

Key words: medical disembarkation, cruise ship, pre-employment medical fitness examination.

Introduction. Every year, thousands of South Africans are recruited to work as staff on board cruise ships. Travel around the globe, new career opportunities, a glamorous setting and tax free US dollar earnings are all part of the attraction. The positions they fill are varied and include job descriptions such as waiters, chefs, beauticians, pursers, cleaners, doctors, nurses, photographers, entertainers and able bodied seamen.

The retention of staff onboard cruise ships is a pressing problem as the cruise ship industry increases in size.

It is anticipated that recruiting activities will increase in South Africa in order to meet the growing need for staff on cruise ships.

After a successful interview with a recruiting agent, a candidate wishing to work aboard a cruise ship needs to pass a seafaring medical examination in order to be certified medically fit to work at sea. This examination aims to ensure that certified seafarers do not have any unstable underlying conditions which may endanger their life at sea.

Lengths of contract offered to successful applicants range from 2 – 8 months at sea. The standard contract duration for South African crew is 6 months.

Contracts usually end on successful completion of employment. The crew member will then take leave for 1-2 months and then rejoin on a new contract if they wish to continue working on a cruise ship.

Some contracts end prematurely due to ill health. Crew members are expected to be fit for normal duties for the duration of their contract. Allowance is made for occasional illnesses which resolve completely after a few days, but due to work requirements and a limit to the medical and

rehabilitation facilities on board ships, any serious medical conditions requiring further prolonged and specialized treatment and recovery are medically disembarked to their home country for further medical care. The consequences of a medical disembarkation are undesirable to both employer and employee.

The employer loses a productive member of staff and faces increased costs for repatriation, medical treatment and sick leave wage payments due to the ill crew member as well as facing additional costs in arranging staff at short notice to replace the ill disembarked crew member. The employee has to deal with their illness and its consequences as well as financial difficulty due to the loss of their full earning capacity, as sick leave pay is never an equal substitute for normal wages.

Literature review. Seafaring is an international occupation that has unique challenges that make the profession significantly different to equivalent land based work [9]. Jensen et al [1] showed in a study of 6461 seafarers that the average working hours are between 67-70 hours, a level above South African legal maximum working hours [2]. In addition there are generally no rest days while working on a contract [1].

These working hours place increased demands on crew members and what would often be considered minor problems can be aggravated by the daily work pressures and lead to medical sick leave or medical disembarkation.

In addition to their work requirements of their job description, all crew members need to fulfill safety critical functions to assist passengers in case of safety critical incidents such as onboard fires, during which crew members need to assist passengers to evacuate the ship.

Fatigue is commonly reported finding amongst seafarers and may be implicated in the development of psychological and physical illnesses as well as posing an increased risk of accidents [10]. It was found that tiredness on waking was a relatively sensitive marker of fatigue. Fatigue was shown to be more common in the first week and towards the end of a tour of duty [10]. In personal discussion with seafarers a pattern of fatigue with initial adjustment occurs, followed by a stage of adaptation and then finally increasing fatigue towards the end of a 6 month contract seems to occur frequently. Shore leave is often spent in a sedentary fashion while crew rest and weight gain is common while on leave (based on personal observation and interviews with crew members).

Seafarers are recognized as having an increased incidence of lifestyle related medical conditions, aggravated by smoking, alcohol consumption and poor diet and lack of exercise [3,8]. In a study performed by Saarni et al, they were able to demonstrate a positive impact on lifestyle factors such as partaking in more regular exercise and reduced alcohol consumption in Finnish sailors who received informative lectures and guidance on health related issues [3]. In a study of 1257 Danish male seafarers an incidence of obesity (defined as a body mass index of greater than 30) was found to be 30.9% [4]. It is postulated that this high level of obesity in Danish Seafarers may explain a higher incidence of life style related diseases observed in this group.

In a cohort study of 24132 Danish seafarers an excess mortality rate compared to cohort matched members of the general population was demonstrated [5]. This is related to a higher risk work environment as well as a greater incidence of lifestyle related diseases linked to drinking and smoking. A higher mortality rate than age matched land based peers was also observed in seafarers after retirement from seafaring duties.

A further retrospective study of occupational mortality in a group of seafarers with 983 119 seafarer-years at risk revealed a high incidence of deaths linked to lifestyle factors such as smoking, obesity and heavy alcohol consumption [6]. In this study 600 deaths due to disease were reported of which 71% were due to cardiovascular disease. 9% of all deaths were related to gastrointestinal illnesses such as liver cirrhosis, stomach ulcers and acute pancreatitis.

In a study of 1330 male polish seafarers, an increased incidence of cardiovascular risk factors (notably obesity and hypercholesterolaemia) was observed compared to the general polish male population [11]. No significant increase in medical adverse events was noted in these seafarers.

A further study highlighted an increase in lifestyle risk factors when comparing sea captains and chief engineers to a group of matched land based men [13]. Smoking, increased alcohol consumption and lack of leisure time physical activity were noted.

Work related musculoskeletal disorders are to be expected in categories of workers who perform manual work, such as is present in the restaurants of cruise ships. In a study of 905 hotel restaurant workers, an 83.8% prevalence of work related musculoskeletal disorder was detected [12]. The most commonly affected body regions were the shoulder, neck, lower back, finger/wrist and ankle/foot. Due to the high workload that restaurant and kitchen staff in the cruise ship industry face, musculoskeletal disorders can be expected to play a significant role in illness presentation.

Poor psychosocial health has been implicated in a number of contexts [14]. Poor quality of social contacts was associated with an increased risk of depression in women. Dissatisfaction with leisure time activities was associated with increased alcohol consumption in men and frequent overtime work was associated with increased alcohol consumption in women. Although this study focused on land based workers, there may be a similar correlation with workers on cruise ships.

Of concern regarding seafarers health is the risk of acquiring sexually transmitted diseases. A Croatian study highlighted a significant lack of knowledge amongst 243 seafarers regarding the risk of contracting HIV through sexual contact [15]. The majority of the sailors did not use condoms to protect against HIV and other sexually transmitted diseases.

A Danish study of hospitalized seafarers found that standardized hospitalization ratios was high for lifestyle related diseases. It was also shown that in the subgroup with high risk of hospitalization due to lifestyle related diseases there was also an increased risk of hospitalization due to injury and poisoning [7].

The literature on medical sources of disembarkation in seafarers is limited and to date there has been no review article written on the subject (Pubmed).

To date there has not been a study assessing the causes of medical disembarkation amongst South African Seafarers.

Purpose. To review the medical conditions which lead to medical disembarkation of South African Crew aboard a Cruise Ship Company.

Objectives. To gain an overview of the causes of medical disembarkation amongst South African crew of Cruise Ships.

To identify common conditions that lead to medical disembarkation.

To describe the demographics and baseline medical health of disembarked crew members.

To evaluate the likelihood of returning to seafaring work after being medically disembarked.

To review the length of time required to reach MMI.

To make recommendations that may assist the health and reduce the rate of medical disembarkations of future seafarers.

Implementation Objectives. To present the data and recommendations to the Medical Director of the Cruise Ship Company, and to improve the medical screening and health advice given to crew members at the time of their seafaring medical examinations.

Methods.

The records of all medically disembarked South African crew members were assessed from 2005 to 2007. The respective crew member's previous seafaring medical examination was retrieved and utilized to complete baseline health information. Only files of seafarers who had reached MMI were reviewed.

Study population and sampling. All medically disembarked South African crew members records of crew members assessed by Dr Brauer from 2005 - 2007.

Measurements. Baseline health status was captured from seafaring medical examination records.

The following factors were analyzed: gender, age, job description, body mass index, smoking status, alcohol consumption, chronic medication and a record of any previous medical disembarkation.

Diagnosis and outcome was captured from progress report files kept for each case.

These included the diagnosis leading to disembarkation, time taken to reach maximal medical improvement and outcome in terms of being able to return to seafaring duty.

All data was captured on an excel spreadsheet (Appendix A).

Logistics and time schedule. Records of medically disembarked crew members were available from January 2005 to December 2007. These were reviewed in 2008.

Data Management and analysis. Data will be recorded in Microsoft Excel Spreadsheets and analyzed using the statistical package “STATA Version 6”.

Resources. Existing crew member’s files were utilized. The main resource required is the time taken to retrieve and capture the data, as well as the access to computers to assist data processing.

Ethical and legal considerations. No ethical or legal issues were identified in this study. The data will be anonymous and individual crew members and cruise ship company will not be named.

Complete medical records were available for a period of two years from January 2006 to December 2007. This data set was retrieved and the information recorded in excel spreadsheet format (see Appendix 1).

The following variables were recorded:

Demographic information such as age in years, a differentiation between younger and older crew members (in this context young crew members are traditionally viewed as being < 34 yrs old and older crew members > 35 yrs old), gender (female = 0 and male = 1), occupation (specified) and department in which they worked.

Medical Information captured included specific medical diagnosis, category of medical condition for ease of overview, length of time to recovery in weeks and whether surgery was required as part of the treatment plan.

In addition underlying lifestyle health status was recorded by capturing body mass index, smoking status (Non-smokers = 0, smokers = 1) and recorded alcohol consumption patterns at pre-employment medical examination (which was divided into non-drinkers = 0, <10 iU alcohol / week = 1 and >10 iU alcohol/week =2).

The recruiting Agency was contacted and was able to confirm that approximately 500 crew members are employed each year in a wide variety of categories, but particularly for the onboard shops, restaurants, reception administration staff and photographers.

Results.

In total 49 crew members were disembarked and managed by Dr Brauer in the time under study.

There was an even gender distribution with 24 men and 25 women. This seems to correspond with the fairly even mix of staff onboard the Cruise ships.

The ages of disembarked men and women was similar,

The average age of disembarked crew members was 30.8 years with a range of 21 to 50 years.

Baseline health parameters showed that 36 or 73.47% of crew members had a normal BMI, with 12 or 24.49% being overweight and only one underweight crew member. Most crew members were not taking any chronic medication (45 or 91.84%). Amongst the disembarked crew members 26 were non-smokers and 23 were smokers. 42 Crew members consumed alcohol on a regular basis with 5 of these volunteering that they regularly consumed more than 10iU per week. This finding will not be entirely accurate as it relies on the accuracy and honesty of the crew member in reporting alcohol consumption. In 21 of 49 crew members the medical conditions that lead to disembarkation were known conditions and 6 crew members had had a history of being medically disembarked in previous contracts - 19 or 38.37% Disembarked crew members required surgery as part of their treatment plan. Time taken to reach maximum medical improvement was 16.3 weeks on average with a range of 4 weeks to 78 weeks.

Of all disembarked crew members 18 out of 49 (36.73%) were ultimately deemed unfit to return to seafaring duties once their underlying condition had been treated.

Causes of medical disembarkation

The specific diagnoses of ill disembarked crew members are listed below in Table 1. This group was then further subdivided into groupings according to medical classifications in order to obtain a clearer overview. The results are reflected below in Table 2.

Table 1

Specific diagnoses of ill disembarked crew members

Diagnosis	Freq.	Percent	Cum.
Acute Otitis Media	1	2.04	2.04
Acute Psychotic Episode	1	2.04	4.08
Allergic Conjunctivitis	1	2.04	6.12
Anxiety/Adjustment Disorder	2	4.08	10.20
Back Injury	2	4.08	14.29
Back Pain	2	4.08	18.37
Bipolar Mood Disorder	1	2.04	20.41
Cancer Colon	1	2.04	22.45
Cluster headaches/Back Pain	1	2.04	24.49
Crush Injury both hands	1	2.04	26.53
Depression	1	2.04	28.57
Depression & Suicidal ideation	1	2.04	30.61
Depression/Adjustment	5	10.20	40.82
Fall - Back Injury	1	2.04	42.86
Fracture ankle	1	2.04	44.90
Fracture humerus	1	2.04	46.94
Haematuria	1	2.04	48.98
Hip Injury - contusion	1	2.04	51.02
IBS / Stress	1	2.04	53.06
Inguinal Hernia	1	2.04	55.10
Knee Injury	1	2.04	57.14
Lumbar disk prolapse	3	6.12	63.27
Mastalgia	1	2.04	65.31
Melanoma	1	2.04	67.35
Meningitis	1	2.04	69.39
Peptic Ulcer	1	2.04	71.43
Pregnant	2	4.08	75.51
Renal Calculi	3	6.12	81.63
Shoulder pain	2	4.08	85.71
Sprain ankle	2	4.08	89.80
Trigger Finger	2	4.08	93.88
Varicose veins	1	2.04	95.92
Wrist Pain	1	2.04	97.96
Wrist and shoulder pain	1	2.04	100.00
Total	49	100.00	

Table 2

Diagnostic Category of ill disembarked crew members

Diagn. Category	Freq.	Percent	Cum.
Psychol 1	12	24.49	24.49
Medical 2	9	18.37	42.86
Surgical 3	7	14.29	57.14
Accident 4	12	24.49	81.63
Overuse 5	6	12.24	93.88
Gynae/Obs 6	3	6.12	100.00
Total	49	100.00	

The leading causes for medical disembarkation were for psychological reasons and for acute injuries or accidents. Medical ill health was the third leading cause of medical

disembarkation followed by surgical illnesses. Overuse or repetitive strain injuries were the 5th leading cause of disembarkation followed by a few unplanned pregnancies.

The job descriptions of the disembarked crew members are listed in Table 3 below

Table 3

Specific Job descriptions of ill disembarked crew members

Job Descr.	Freq.	Percent	Cum.
Able Bodied Seaman	1	2.04	2.04
Art Auctioneer	1	2.04	4.08
Assistant Cruise Director	2	4.08	8.16
Assistant Purser	2	4.08	12.24
Bartender	2	4.08	16.33
Bosun	1	2.04	18.37
Buffet Steward	2	4.08	22.45
Captains Circle Host	2	4.08	26.53
Computer Officer	1	2.04	28.57
Dancer	2	4.08	32.65
Excursion sales	1	2.04	34.69
Junior Ass. Purser	4	8.16	42.86
Junior Waiter	8	16.33	59.18
Photographer	3	6.12	65.31
Production Assistant	1	2.04	67.35
Room Steward	1	2.04	69.39
Sales Associate	12	24.49	93.88
Third Cook	1	2.04	95.92
Waiter	2	4.08	100.00
Total	49	100.00	

In order to gain a clearer overview the job descriptions were grouped into work areas/descriptions as listed below in Table 4.

Table 4

Frequency per job category

Job Category	Freq.	Percent	Cum.
Dining 1	12	24.49	24.49
Galley 2	1	2.04	26.53
Bar 3	2	4.08	30.61
Shops 4	13	26.53	57.14
Photo 5	3	6.12	63.27
Medical 6	2	4.08	67.35
Pursers 8	12	24.49	91.84
Entertain 9	3	6.12	97.96
Cleaning 10	1	2.04	100.00
Total	49	100.00	

The departments with the highest incidence of disembarkation were the shop assistants, followed by dining room staff (particularly junior waiters) and pursers working in reception.

Comparisons between Groups Men and Women

Table 5

Categories of illness leading to disembarkation in Women

Diagn. Category	Freq.	Percent	Cum.
Psychol 1	6	24.00	24.00
Medical 2	3	12.00	36.00
Surgical 3	5	20.00	56.00
Accidents 4	3	12.00	68.00
Overuse 5	5	20.00	88.00
Gynae 6	3	12.00	100.00
Total	25	100.00	

The three leading reasons that women are most likely to be disembarked is for *psychological reasons* followed by *surgical illnesses* and *overuse or repetitive strain injuries*.

Table 6

Categories of illness leading to disembarkation in Men

Diagn. Category	Freq.	Percent	Cum.
Psychol 1	6	25.00	25.00
Medical 2	6	25.00	50.00
Surgical 3	2	8.33	58.33
Accidents 4	9	37.50	95.83
Overuse 5	1	4.17	100.00
Total	24	100.00	

Men have a different profile (Table 6), with most disembarkations caused by *accidents and injuries*, followed by *psychological causes* and *medical reasons*.

Study of psychologically disembarked crew members vs non-psychologically disembarked crew members

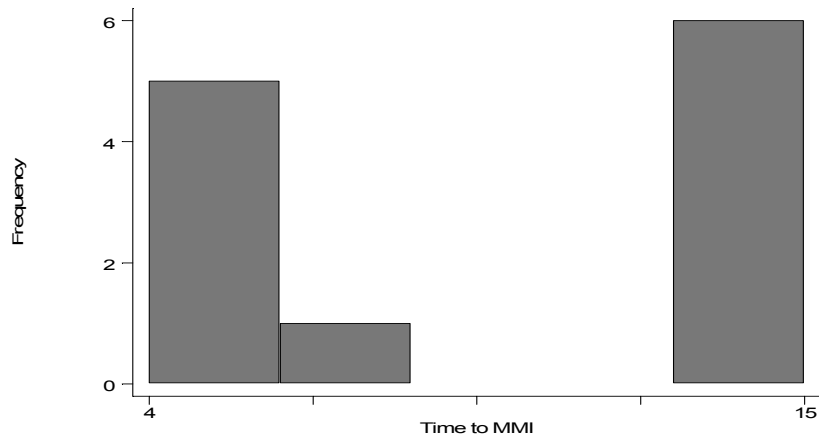
The most frequent cause of medical disembarkation was for psychological reasons which was analyzed further. Comparison was made between this group and disembarked crew members for other reasons.

Among lifestyle factors alcohol consumption was not significantly different between these two groups with an OR of 0.781 that a psychologically disembarked crew member consumed alcohol vs a non-psychologically disembarked crew member (P value 0.7686).

Psychologically disembarked crew members were less likely to be smokers (OR 0.474. P value 0.2771), overweight (OR 0.2148 P value 0.1342) but were more likely to have had a previous history of psychological problems (OR 3.69. P value 0.0551).

In addition the impact of a psychological disembark was shown to be statistically significant: Psychologically disembarked crew members were more likely to be deemed unfit to return to work at sea with an OR of 7.09 and a P value of 0.0056 compared to the group of non-psychological disembarks.

Time taken to reach MMI was also different between the two groups (P value 0.0644). Psychologically disembarked crew members had a mean recovery time to MMI of 9.58 weeks (Standard deviation 4.42 weeks and 95% CI lying between 6.77 weeks and 12.39 weeks) compared to the control group which had a mean recovery time of 18.51 weeks (Standard deviation of 19.71 weeks and a 95% CI of 11.93 to 25.08 weeks).

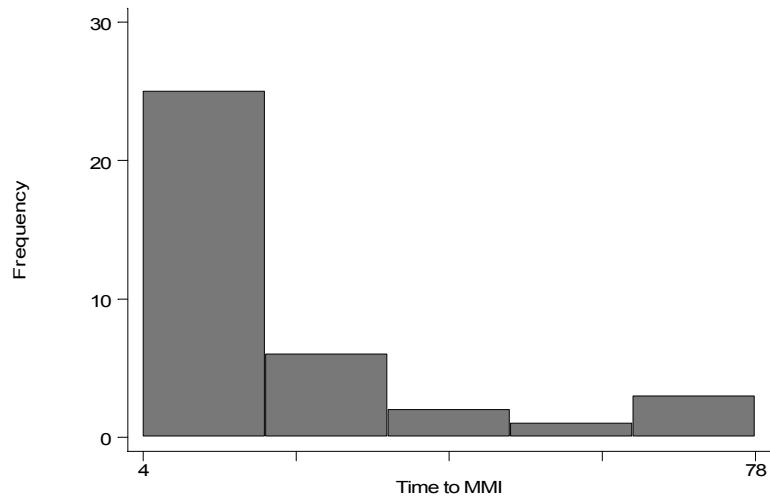


Graph – Time to MMI for psychological disembarks

Table

Distribution of time taken to reach MMI for psychologigally disembarked crew members

	Time to MMI	Freq.	Percent	Cum.
Weeks	4	2	16.67	16.67
	5	1	8.33	25.00
	6	2	16.67	41.67
	8	1	8.33	50.00
	13	3	25.00	75.00
	14	2	16.67	91.67
	15	1	8.33	100.00
Total		12	100.00	



Graph - Time to MMI for non - psychological disembarks

Discussion

This study has served to provide an overview and first insight of medically disembarked crew members.

According to the recruiting agents, gender distribution is roughly equal and the same trend was seen in the cases of medical disembarks. The estimated chance of being medically disembarked is approximately 5% per crew member.

The study has shown that in just under half of the disembarked crew members there was a pre-existing illness, and that most people who are disembarked for psychological have a past history of psychological morbidity. From personal experience it has been evident in retrospect that crew members neglect to inform the examiner of relevant past medical and psychological history.

It has been interesting to note the difference in disease aetiology that leads to disembarkations between men and women. Men are usually responsible for more physically demanding roles and are therefore at higher risk of physical injury. The lifestyle of living at sea away from family and friends seems to be a factor in the frequency of psychological disembarkations.

The concentration of cases in the departments of Shops, Dining room and Pursers department most likely reflects the numbers of staff recruited to these positions. Of note is that junior staff amongst the waiters and pursers is recorded as being most commonly disembarked. This again is likely to be a reflection of the greater volume of crew assigned to these positions.

Recommendations

The findings of this study emphasize the importance of thorough pre-employment medical screening to ensure that crew members are appropriately fit to work at sea.

The study has highlighted a few areas that deserve further attention:

1. On pre-employment examination the focus is largely on physical health. It may be worthwhile to add additional questions to screen for past and current psychological morbidity. One possibility would be to employ a screening questionnaire for psychological health. It's purpose should be to highlight any areas of concern for further clarification and management. This would be of particular relevance to new candidates who have not worked at sea previously.

2. A musculoskeletal or fitness assessment could be instituted for women who are more prone than men in this study of overuse injuries, or who clinically may appear to be unfit.

3. It would be beneficial to correlate crew member data in conjunction with the hiring agent to capture prevalence rates of different pathology.

References

1. Working conditions in international seafaring /Jensen OC, Sorenson JF, Thomas M, Canals ML, Hu Y // Occupational Medicine.- 2006.- Vol. 56, N 6. – P. 393-397
2. Basic Conditions of Employment Act Health promotion in the Finnish shipping industry / Saarni H, Laine M, Niemi L, Pentti J. // International Maritime Health. – 2001.- Vol. 52, N 1-4.- P. 44 -58.
3. Obesity among Danish Seafarers / Hoevers JL, Hansen HL // International Maritime Health. – 2005.- Vol. 56, N 1-4. - P. 48 - 55.
4. Influence of occupational accidents and death related to lifestyle on mortality among merchant seafarers / Hansen HL, Pedersen G. // International Journal of Epidemiology. – 1996.- Vol. 25, N 6. P.1237-1243.
5. Mortality from Disease among seafarers in British merchant shipping (1976-1995)./ Roberts SE. // International Maritime Health. – 2002.- Vol. 53.- N1-4.- P. 42 - 58.
6. Hospitalisations among seafarers on merchant ships / Hansen HL, Tuechsen F, Hannerz H. // Occupational and Environmental Medicine. – 2005.- Vol. 62, N 3.- P. 145 - 150
7. www.seafarershealth.org
8. www.ilo.org Guidelines for Conduction Pre-sea and Periodic Medical Fitness Examinations for Seafarers // ILO/WHO/D.2/1997
9. Patterns of fatigue among seafarers during a tour of duty / Wadsworth EJ, Alen PH, Wellens BT, McNamara RL, Smith AP. // American Journal of industrial Medicine. – 2006.- Vol. 49, N 10.- P. 836-844.
10. Studies on risk of ischaemic heart disease in fishermen, seafarers and dockers / Tomaszewski R, Dymnicki P, Flasiński J, Kliz J, Skwarlo B, Kapiszka T, Sokowski A, Goljan J, Winnicka A. // Bull Inst Trop Med Gdynia. – 1990.- Vol. 41.- N 1-4.- P. 21-26.
11. Musculoskeletal disorders in hotel restaurant workers / Jong-Yu Adol Chyuan, Chung-Li Du, Wen-Yu Yeh, Chung-Yi Li. // Occupational Medicine. – 2004.- Vol. 54.- P. 55 - 57.
12. Occupational stress and well-being: do seafarers harbor more health problems than people on shore? / Carel S, Carmil D, Keinan G. // Israeli Journal of Medical Science. – 1990.- Vol. 26.- N 11.- P. 619-624.

13. Psychosocial conditions on and off the job and psychological ill health: depressive symptoms, impaired psychological wellbeing, heavy consumption of alcohol / Michelsen H, Bildt C. // Occupational and Environmental Medicine. -2003.- Vol. 60.- P.489-496

14. Knowledge of seafarers about AIDS problems and their vulnerability to HIV infection / Sesar Z, Vlah V, Vukelic M, Cuculic M. // Bull Inst Marit Trop. (Gdynia).- 1995.- Vol. 46, N 1-4.- P. 19 - 22

Appendix A

Data Capture Sheet for disembarked South African Crew Members

Factor	Measure	Pt 1	Pt 2	Pt 3	Pt 4
Age	in years				
Gender	Male 1				
	Female 2				
Job description	Dining Room 1				
	Galley 2				
	Bar 3				
	Shops 4				
	Photo 5				
	Deck 6				
	Medical 7				
	Pursers 8				
	Entertainment 9				
BMI	<18.5 1				
	18.5 - 25 2				
	25-30 3				
	>30 4				
Chronic Medication	No 1				
	Yes 2				
Smoker	No 1				
	Yes 2				
Alcohol consumption	No 1				
	Yes <10 iu/wk 2				
	Yes > 10iu/wk 3				
Related to previous condition?	No 1				
	Yes 2				
Previous medical disembark?	No 1				
	Yes 2				
Disembark Diagnosis	Psychological 1				
	Medical illness 2				
	Surgical Illness 3				
	Trauma - accident 4				
	Repetitive strain 5				
	Gynae/Obstet 6				
	Dental 7				
Length of time till MMI	In weeks				
MMI = (maximally medically improved)					
Outcome	Fit 1				
	PMU 2				

УДК 613.68:314.44

Paulo M Alves¹, Robb Leigh¹, Ginger Bartos¹, Lin Gholson¹, Rita Mody², Neil Nerwich³

MEDICAL EVENTS ON BOARD MERCHANT SHIPS: A ONE-YEAR COMPARISON BETWEEN DIFFERENT OPERATORS

¹ MedAire Inc., Tempe, Arizona, USA

² MedAire Ltd., Farnborough, UK

³ International SOS, London, UK

Реферат. Paulo M Alves, Robb Leigh, Ginger Bartos, Lin Gholson, Rita Mody, Neil Nerwich **СЛУЧАИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА БОРТУ ТОРГОВЫХ СУДОВ: ОДНОГОДИЧНОЕ СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ПРОВЕДЕННОЕ НА СУДАХ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ. Вступление:** Удаленные службы медицинских консультаций чрезвычайно важны для практики работы морского торгового флота. Любое происшествие медицинского характера, даже если случай не является полностью профессиональным, может повлиять на работу судна. Мы проанализировали данные, предоставленные медицинскими консультационными центрами и сравнили эпидпрофили различных судов с целью идентификации возможностей превентивных инициатив. **Методы:** База данных MedAire была проанализирована до 2008 г. Демографические данные и диагнозы фиксировались в каждом случае. Для статистического анализа применяли EpiInfo v 3.4.3. Случаи группировались по типам работ. Работы, при которых медицинские случаи встречались реже 85 раз, исключались из дальнейшего анализа. Оставшиеся были распределены следующим образом: В=балкера, С=контейнеровозы, R=исследовательские суда и Т=танкера. **Результаты:** из общего числа несчастных случаев (930) были проанализированы 852. Т-группа составляла 552 (64.8%), R – группа - 110 (12.9%), В-группа- 101 (11.9%) и С-группа - 89 (10.4%) случаев. Превалировали лица мужского пола, но данные В -группы (96.0%) и Т-группы (94.0%) существенно отличались от данных С-группы (78.7%) и R-группы (61.8%). Средний возраст членом экипажей на судах R-группы был значительно ниже, чем на судах других типов (R=36 лет $\pm$ 13.4, В=45.0 лет $\pm$ 12.1, С=48.0 лет $\pm$ 13.0, Т=42.0 лет $\pm$ 12.4, $p=0.0003$). Кардиоваскулярные случаи чаще встречались на судах С-группы (С=11.2%, В=2%, R=4.5%, Т=3.6%, $p=0.0066$). Инфекционные болезни превалировали в В – группах судов (В=7.9%, С=4.5%, R= 4.5%, Т= 5.3%, $p=0.66$). Болезни ЖКТ превалировали в группе Т (Т=16.3%, В=13.9%, С= 11.2%, R= 13.6%, $p=0.58$). Случаи травматизма/ортопедии встречались примерно поровну в В и Т (В= 23.8%, Т = 21.9%, R= 15.5%, С= 14.6%, $p=0.17$). **Выводы:** На судах различных типов превалирует заболеваемость различных видов. Совокупный анализ различных случаев заболеваемости может помочь разработать превентивные стратегии, в т.ч. адекватные схемы профессионального при поступлении на работу медицинские осмотры, а также программы тренингов на борту.

Ключевые слова: телемедицина; медицинские случаи на борту судна; случаи, требующие медицинского вмешательства.

Реферат. Paulo M Alves, Robb Leigh, Ginger Bartos, Lin Gholson, Rita Mody, Neil Nerwich **ВИПАДКИ ЗАХВОРЮВАНЬ НА БОРТУ ТОРГІВЕЛЬНИХ СУДЕН: ПОРІВНЯЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НА ПРОТЯЗІ РОКУ, ЩО ВИКОНУВАЛОСЯ НА РІЗНИХ ТИПАХ СУДЕН. Вступ:** дистанційні служби медичної допомоги є дуже важливими для торгівельного флоту. Медичні випадки не завжди пов'язані з професійною діяльністю, але ж вони завжди впливають на виконання професійних обов'язків членами екіпажу. Автори проаналізували дані, отримані з медичного консультативного центру та порівняли епідеміологічні профілі між суднами різних типів. **Методи:** Була проаналізована база даних медичних випадків MedAire за 2008 рік. Для статистичного аналізу

© Paulo M Alves, Robb Leigh, Ginger Bartos, Lin Gholson, Rita Mody, Neil Nerwich

застосовували EpiInfo v 3.4.3. Випадки групували за типами робіт. Роботи, коли медичні випадки зустрічалися менш ніж 85, виключалися з подальшого аналізу. Групи, що

залишилися, були класифіковані таким чином: В=балкери, С=контейнеровози, R=винахідницькі судна, Т=танкери. **Результати:** Було проаналізовано 852 випадків з 930, що сталися. По групах: Т= 552 (64.8%), R = 110 (12.9%), В = 101 (11.9%), С = 89 (10.4%) випадків. Серед постраждалих домінували чоловіки, алеж була суттєва різниця між типами суден: В (96.0%) і Т (94.0%), С (78.7%) і R (61.8%). Група з суден типу R була значно молодше, ніж на інших суднах (R=36 років +/- 13.4, В=45.0 років +/-12.1, С=48.0 років +/-13.0, Т=42.0 років +/-12.4, $p=0.0003$). Серцево-судинна патологія була найчастіша у С (С=11.2%, В=2%, R=4.5%, Т=3.6%, $p=0.0066$). Інфекційні хвороби домінували в В (В=7.9%, С=4.5%, R= 4.5%, Т= 5.3%, $p=0.66$). Розлади кишкового тракту були більш типовими для Т (Т=16.3%, В=13.9%, С= 11.2%, R= 13.6%, $p=0.58$). Травми та ортопедичні проблеми домінували у В та Т (В= 23.8%, Т = 21.9%, R= 15.5%, С= 14.6%, $p=0.17$). **Висновки:** у членів екіпажів суден різного типу домінувала різна патологія. Сукупний аналіз цих випадків може бути корисним при розробці стратегії профілактики, у тому числі під час професійного відбору, при підготовці медичних спеціалістів для флоту, тощо.

Ключові слова: телемедицина, медичні випадки на борту судна, випадки, що потребують медичного втручання

Summary. Paulo M Alves, Robb Leigh, Ginger Bartos, Lin Gholson, Rita Mody, Neil Nerwich **MEDICAL EVENTS ON BOARD MERCHANT SHIPS: A ONE-YEAR COMPARISON BETWEEN DIFFERENT OPERATORS.** **Introduction:** Remote medical advisory services are essential to merchant shipping operations. Even when not occupational in nature, medical events can impact vessel operations. We analysed data from a maritime medical advisory service and compared epidemiological profiles between different types of shipping operations in order to identify opportunities for preventative initiatives. **Methods:** MedAire medical incident database was reviewed for the year of 2008. Demographic data, diagnostic impressions were recorded for each case. EpiInfo v 3.4.3 was utilized for statistical analysis. Cases were grouped by type of operation. Operation types with less than 85 cases were excluded from further analysis. The remaining groups were categorized as follows: B=Bulkcarrier, C=Container, R=Research and T=Tankers. **Results:** 852 incidents were available for final analysis out of an initial total of 930 cases. T group accounted for 552 (64.8%), R group for 110 (12.9%), B group for 101 (11.9%) and C group for 89 (10.4%) cases. Male gender was mostly predominant, but with significant differences between B (96.0%) and T (94.0%) when compared to C (78.7%) and R vessels (61.8%). The median age group for R vessel cases was significantly younger than for the other types of operations (R=36 years +/- 13.4, B=45.0 years +/-12.1, C=48.0 years +/-13.0, T=42.0 years +/-12.4, $p=0.0003$). Cardiovascular events were more common in C (C=11.2%, B=2%, R=4.5%, T=3.6%, $p=0.0066$). Communicable diseases were more prevalent in B (B=7.9%, C=4.5%, R= 4.5%, Т= 5.3%, $p=0.66$). Gastrointestinal disorders were predominant for T (Т=16.3%, В=13.9%, С= 11.2%, R= 13.6%, $p=0.58$). Traumatology/orthopedic were more common in B and T (В= 23.8%, Т = 21.9%, R= 15.5%, С= 14.6%, $p=0.17$). **Conclusions:** Some significant epidemiological differences were identified among different types of shipping operations. Aggregated report analysis can assist in the development of preventative strategies, including pre-employment examinations, training and resources on board.

Keywords: Telemedicine, medical events off-shore.

Introduction

Maritime health is a complex system interconnecting different links in the maritime medicine world.

Pre-employment medical examination clinics are the first link in this system. Their responsibility is to identify conditions that may prevent workers to adequately perform their jobs and conditions that may deteriorate during a travel when mariners are away of formal medical facilities.

Remote medical assistance is the second essential component of medical care for seafarers engaged in long course commercial maritime activities. By guiding the captain and the medical person in charge, this form of telemedicine is the best approach to handle situations that fall outside the boundaries of first aid. Free radio medical services have been available for many

years in many countries helping mariners facing injury or illness while off-shoreⁱ. A few commercial services are also available.

The third component of this chain is the on-shore medical facilities taking care of crewmembers that need follow-up examination or even hospitalization after an onboard medical event. Here it is desirable to have the best possible care for the right cost.

Presently there is not much communication between those three links with some important exceptionsⁱⁱ.

Above and beyond providing guidance for any individual case, well organized telemedicine services must provide relevant statistical information to other players in the chain of interested parties into the seafarer's health care system. Information about the events occurring underway could provide feedback to pre-employment clinics allowing better focused examination and trainingⁱⁱⁱ. The identification of different profiles of medical events on board could also direct preventative strategies better focused onto particular operators.

Good communication between the medical advisory services with the on-shore facility is paramount to guarantee good continuity of care possibly minimizing subsequent evaluation and abbreviating hospital stay.

The purpose of this paper is to investigate possible differences in the occurrence of medical events on board commercial ships. Those differences, if confirmed, could drive focused initiatives by pre-employment medical services.

Methods

A retrospective study of one year (2008) of activity of a US based remote medical advisory service provider was performed. The following variables were analyzed: gender, age, means of communication, diagnostic category, type of operation.

Operators were categorized into 4 groups: B = Bulkcarrier, C = Container, R = Research and T = Tankers. Operators with less than 90 cases managed were excluded from further analysis.

Events were medically categorized according to an internal system based on great medical sub-specialty areas. A further breakdown was performed in the most frequent/important categories: Cardiologic, Gastrointestinal, Traumato-Orthopedic and Neurologic to allow better comparison.

EpiInfo v 3.4.3 was utilized for statistical analysis. ANOVA, Kruskal-Wallis and CHI-Square were used as appropriate. *P* values of less 0.05 were considered significant.

Results

930 cases were initially retrieved from our databases. 78 cases came from operators with less than 85 events leaving 852 incidents available for final analysis. Figure 1 summarizes the distribution between different types of operators. T group accounted for 552 (64.8%), R group for 110 (12.9%), B group for 101 (11.9%) and C group for 89 (10.4%) cases.

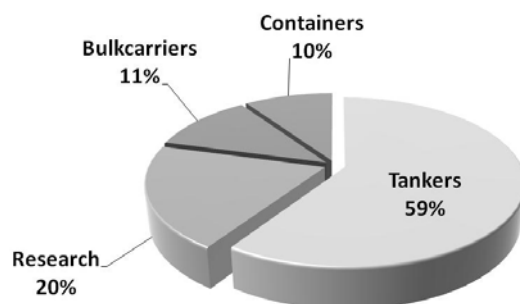


Figure 1 - Operator type distribution

The most utilized mode of communication for the initial call was satellite telephone, followed by e-mail. Subsequent follow-up contacts were almost always done via e-mail. Figure 2 shows the initial mode of communication with the vessels

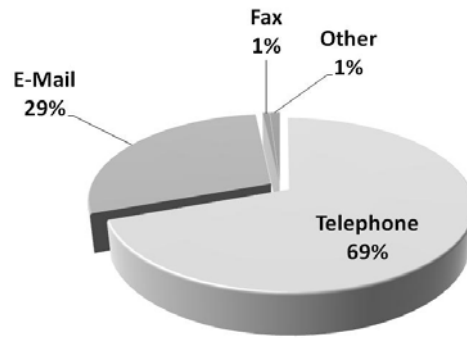


Figure 2 - Means of communication for first contact

Male gender was mostly predominant and with significant differences between B (96.0%) and T (94.0%) when compared to C (78.7%) and R vessels (61.8%). Figure 3 shows gender distribution of the sample.

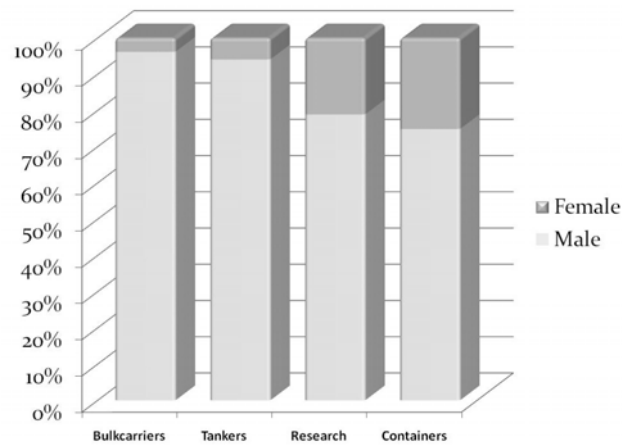


Figure 3 - Gender distribution

The median age group for R vessel cases was significantly younger than for the other types of operations (R=36 years $\pm$ 13.4, B=45.0 years $\pm$ 12.1, C=48.0 years $\pm$ 13.0, T=42.0 years $\pm$ 12.4, $p=0.0003$). Figure 4.

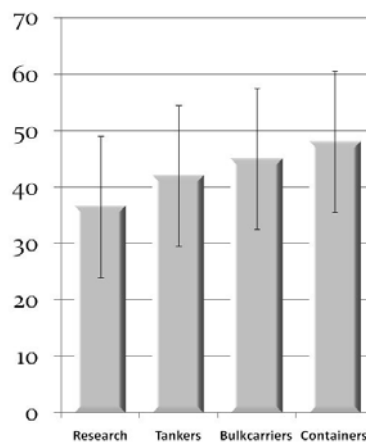


Figure 4 - Median age comparison (median $\pm$ SD)

Traumato/orthopedic events were the most prevalent when all groups were considered, followed by gastrointestinal events. Figure 5 summarizes the distribution of events by type of operator according to diagnostic categories.

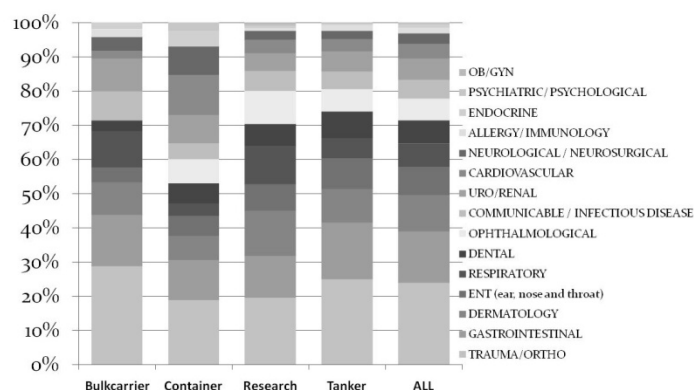


Figure 5 - Diagnostic categories distribution

Containers had a significantly greater percentage of cardiovascular (11.2%) events than the other types of operators ($p=0.0066$). Chest pain, typical or atypical accounted for the majority of events (54% of the 37 cases) into this category. Two cardiac arrests and one possible myocardial infarction case was diagnosed on board Tankers.

Neurologic events were more prevalent in Container vessels (7.9%). This difference reached statistical significance ($p=0.0033$). The most frequent diagnostic impression in this category was headache. But the total number of cases (26) was really low to reach any further conclusion.

Traumato/Orthopedic cases were more prevalent among Bulkcarriers and Tankers (23.8% and 21.9%), although no statistical difference was demonstrated ($p=0.17$) when all four groups were compared.

Gastrointestinal disorders were the most predominant medical category, with a slight preponderance in Tankers. No statistical difference was demonstrated ($p=0.58$).

Communicable diseases were more frequent in Bulkcarriers, but not reaching statistical significance ($p=0.66$).

Table 1
Summarizes the incidence of those conditions by different types of operation.

Group	Bulkcarrier	Container	Research	Tanker	<i>P</i> value
Cardio	2%	11.2%	4.5%	3.6%	0.0066
Neuro	4%	7.9%	1.8%	2.4%	0.0033
Traumato/ortho	23.8%	14.6%	15.5%	21.9%	0.17
Gastro	13.9%	11.2%	13.6%	16.3%	0.58
Communicable	7.9%	4.5%	4.5%	5.3%	0.66

Discussion

In this study we could analyze distinct groups of operators of commercial shipping, coming from the experience of a telemedicine provider based in the USA.

There were important limitations that should be addressed before any further analysis. This is a retrospective study. The diagnostic capabilities in this particular environment are very limited. Most cases were handled through a telephone line or e-mail message, which is the typical way to communicate when a vessel is underway^{iv}. For that reason no real diagnosis was issued but

diagnostic impressions instead. Those impressions were subsequently grouped according to the involved organic system.

Nonetheless, our experience is not significantly different from other providers of telemedicine^v, even when compared to land-based situation^{vi}.

Even with those limitations our study raises some interesting points for further consideration. In fact the most important conclusion is that telemedicine providers handling a large volume of cases are gathering information consistent enough to show differences in nosology between different operators. The information gathered via the management of onboard cases should provide feedback to other players into the system, particularly pre-employment clinics that may direct more focused effort in assessing certain conditions such as cardiovascular risk for example.

Our study showed cardiovascular events to be significantly more frequent in Container vessels in comparison with other operators. Most of those events were cases of chest pain suspicious to be cardiac in nature. In this sample Container vessels had also, on average, an older crew population which could at least partially explain the differences found. But it is important to note that a superficial comparison can be misleading when dealing with retrospective data. In fact, a closer look into our data revealed that most serious cases were actually happening in Tankers. This means that although a statistical significance was achieved, we could not find any explanation other than age to explain these differences. From the clinical point of view Tankers had actually more severe cases.

It is well accepted that current medical standards for fitness to operate are not enough to prevent cardiovascular diseases from occurring. Although still very controversial, the estimation of cardiac risk factors for a particular individual is not accurate and new risk factors have been showed to refine the prediction accuracy^{vii} ^{viii}. Sophisticate new tools are probably too expensive to be utilized at this time; some could be incorporated into a rational approach in some safety-sensitive positions or other possible criteria.

Another potential confounding factor is the threshold to call the telemedicine services. Some operators only call in difficult advanced situation, whereas others, more familiar with the system call more often even for minor situations. This is the case with one representative of the Tankers group which usually calls us late in the course of an illness on board.

Generally there is no major differentiation on pre-employment requisites for crew members regarding the nature of operation. Among the four groups, only research vessels represent a different population since they are not in charge of cargo operation. Research vessels also have scientists on board, more female presence and - generally speaking - more people working in vessels smaller in size than their cargo counterparts.

Neurologic events were also relatively more prevalent in Container vessels, mainly due to cases of headache and migraine. No evident explanation was found from our data to explain this finding.

Even not reaching any definitive conclusion on the causes of the findings, our study reached its objective of verifying and demonstrating differences between different operators which were significant enough to warrant further studies.

In the meantime, we could recommend pre-employment clinics to sharpen the focus in the assessment of cardiovascular risk factors, particularly for long course operators. The same recommendations should apply for training and the provision of medical resources on board to enhance handling of cardiovascular emergencies.

LITERATURE

1. Amenta E. The International Radio Medical Centre (C.I.R.M.): an organization providing free medical assistance to seafarers of any nationality worldwide. *Int Marit Health* 2000; 51(1-4): 85-91.
2. Canals ML, Gómez F, Herrador J. Maritime health in Spain: integrated services are the key. *Int Marit Health* 2001; 52 (1-4): 104-116.
3. Aujla K, Nag R, Ferguson J, Howell M, Cahill C. Rationalizing radio medical advice for maritime emergencies. *J Telemed Telecare* 2003; 9:12-14
4. Hall TM, Herring SA, Jozwiak TJ. Basic Elements of Maritime Health Care *J Occup Environ Med* 1984; 26 (3): 202-208

5. Ferguson J. How to do a telemedical consultation. *J Telemed Telecare* 2006;12:220-227
6. McKay MP. Maritime health emergencies. *Occupational Medicine* 2007; 57(6):453-455
7. Bull RM, Boyle AJ. The Maritime environment: A comparison with land-based remote area health care. *Aust J Rural Health* 1998; 6 (2): 83-88
8. Greenland P, LaBree L, Azen SP, Doherty TM, Detrano RC. Coronary Artery Calcium Score Combined With Framingham Score for Risk Prediction in Asymptomatic Individuals. *JAMA*. 2004;291:210-215
9. Cushman M, Arnold AM, Psaty BM, Manolio TA, Kuller LH, Burke GL, Polak JF, Tracy RP. C-Reactive Protein and the 10-Year Incidence of Coronary Heart Disease in Older Men and Women. *Circulation*. 2005;112:25-31

УДК 616.1-057:656.61]-07

А. М. Игнатъев, Н. А. Мацегора, К. А. Ярмула

ДИАГНОСТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У МОРЯКОВ НА ЭТАПЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБОРА

Одесский государственный медицинский университет

Реферат. А. М. Игнатъев, Н. А. Мацегора, К. А. Ярмула. **ДИАГНОСТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У МОРЯКОВ НА ЭТАПЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБОРА.** Исследования, проведенные авторами, позволили выявить ранние патофизиологические изменения сердечно-сосудистой системы у моряков. На основании полученных данных авторы рекомендуют проводить более тщательное обследование указанного контингента с применением нагрузочных проб, велоэргометрии начиная с 40-летнего возраста с целью выявления скрытых форм ИБС. Это позволит предупредить осложнения в рейсовом периоде и своевременно провести в случае необходимости адекватную терапию.

Ключевые слова: сердечно-сосудистая патология, профессиональный отбор, моряк

Реферат. О. М. Ігнат'єв, Н. А. Мацегора, К. А. Ярмула. **ДІАГНОСТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ У МОРЯКІВ НА ЕТАПІ ПРОФЕСІЙНОГО ВІДБОРУ.** Дослідження, проведені авторами, дозволили виявити ранні патофізіологічні змінення серцево-судинної системи у моряків. На підставі отриманих даних автори пропонують проводити більш ретельне обстеження вказаного контингенту з застосуванням навантажувальних проб, велоергометрії починаючи з 40-річного віку з метою виявлення скритих форм ІХС. Це дозволить попередити ускладнення під час рейсу та своєчасно провести у разі необхідності адекватну терапію.

Ключові слова: серцево-судинна патологія, моряк, професійний відбір

Summary. A . M. Ignatiev, N. A. Matsegora, K. A. Yarmula **DIAGNOSTICS OF CARDIO-VASCULAR PATHOLOGY IN SEAFARERS AT THE STAGE OF PROFESSIONAL MEDICAL EXAMINATION.** The researches made allowed to determine early pathophysiological changes of cardio-vascular system in seafarers. On the basis of the data obtained the authors recommend to do more precise medical examination of the persons over 40 years old with the aim to determine hidden form of IHD. It will allow to avoid serious complications during the voyage and organize adequate therapy timely at the case of necessity.

Key words: cardio-vascular pathology, a seafarer, medical examination

Актуальность. Условия обитания на всех типах судов, независимо от их производственного назначения, характеризуются наличием постоянно действующих шума и вибрации, часто неблагоприятного микроклимата, быстрой сменой климатических и часовых поясов, ЭМП радиочастот, статического электричества, недостаточной естественной и искусственной освещенности, вредных химических веществ, инфракрасного излучения, неадекватного питания и водоснабжения [1].

Это сочетание факторов, взаимоусиливающее их общебиологическое действие, вызывает ответную реакцию организма сразу на весь комплекс раздражителей, представляющих единое специфическое, профессиональное воздействие, сохраняющееся на протяжении всего рейса. Всё это приводит к срыву систем адаптации, обострению латентно протекавших заболеваний. В статистических отчётах от «внезапной смерти» ведущая роль отводится сердечно-сосудистой патологии (и, в частности, ишемической болезни сердца), что определяет целесообразность изучения скрытых форм коронарной ишемии. [2]

Безболевая ишемия наблюдается в 3 раза чаще, чем типичная, болевая форма заболевания [Гуляев В. П., Масенко В. П., Юренев А. П. 1993]. По данным литературы [Гасилин В. С., Круглов В. А., Стеценко А. Е. 1994], длительное ЭКГ мониторирование позволяет выявить преходящую ишемию миокарда (ПИМ), которая примерно в 80% случаев сопровождает течение стенокардии и 20% - постинфарктного кардиосклероза.

Материал и методы исследования. Общеклиническое терапевтическое обследование пациентов велось в соответствии с определением массы тела, роста, соматической конституции, исследованием по системам и органам.

Определение индивидуальной толерантности больных к физической нагрузке проводилось в условиях велоэргометрии. Проведенное велоэргометрическое исследование было направлено на выявление эпизодов ишемии миокарда, что соответствовало клиническому эквиваленту в виде приступа стенокардии, а также позволяло провести регистрацию безболевых эпизодов ишемии.

Больной под контролем ЭКГ и АД выполнял на ВЭ- 02 непрерывную ступенеобразно возрастающую нагрузку, каждая ступень которой длилась 3 минуты. Исходная мощность нагрузки колебалась у разных больных от 25 до 100 Вт.

Проба проводилась в положении больного сидя в седле велоэргометра, так как выполнение пробы в вертикальном положении более физиологично.

При оценке нагрузочной ЭКГ особенно важна динамика ее изменений. Поэтому вначале регистрировали ЭКГ в исходном состоянии лежа в 12 общепринятых отведениях; сидя - в отведениях по Нэбу до нагрузки; затем после окончания нагрузочной пробы в восстановительном периоде запись ЭКГ проводилась на первых 10 сек., а затем на 1,3,5,10 и 15 мин., что необходимо для оценки времени восстановления изменений ЭКГ, связанных с нагрузкой.

При проведении нагрузочной пробы проводился контроль за АД - аускультативным методом с теми же временными интервалами, что и проводимая запись ЭКГ.

Во время нагрузочной пробы проводилось постоянное мониторное наблюдение для выявления нарушений сердечного ритма, появления ишемических изменений на ЭКГ сразу после их возникновения.

После окончания нагрузки запись ЭКГ производилась в том же восстановительном периоде.

Проводимая нагрузочная проба на велоэргометре прекращалась при появлении у больного ишемических изменений на ЭКГ или на основании клинических данных [3].

Критерии прекращения пробы :

1. Электрокардиографические -

- горизонтальное или « корытообразное » снижение сегмента ST на 1 мм. и более по сравнению с исходным ;

- подъем ST вверх на 1 мм. и более ;

- косо восходящая депрессия сегмента ST по типу сочленения на 2 мм. и более ;

- появление частых экстрасистол (1 :10) и других

нарушений возбудимости миокарда (мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия и др.);

- появление нарушений а-в и внутрижелудочковой проводимости ;

изменение комплекса QRS ;

инверсия зубца Т , переход его в двухфазный или увеличение в 3 раза и более

2. Клинические -

- появление приступа стенокардии ;
- появление выраженной одышки , удушья ;
- повышение АД выше 220 /120 мм. рт. ст. или снижение на 25 % ниже исходного ;
- появление общей слабости ,головокружения, тошноты , головной боли
- отказ больного от дальнейшего проведения пробы в связи с дискомфортом, усталостью, страхом;

• достижение ЧСС, соответствующем уровню 75 % от максимальной: «220 - возраст» .

Величина нагрузки, при которой больной ХИБС прекращает пробу, именуют пороговой нагрузкой.

"Вероятную" или возможную ИБС определяли в случаях, когда у обследованных имелись менее выраженные зубцы Q на ЭКГ. Менее развернутыми нарушениями реполяризации, нарушениями атриовентрикулярной проводимости, внутрижелудочковой проводимости, а также с признаками гипертрофии левого желудочка при выраженных изменениях конечной части желудочкового комплекса. В соответствии с программой обследования изучались следующие параметры: данные опроса по программе ВОЗ для выяснения стенокардии напряжения, регистрации ЭКГ в покое в 12-ти стандартных отведениях с последующей кодировкой по Миннесотскому коду, антропометрического обследования, измерения АД обычным сфигмоманометром в течение 5 минут [4]

Результаты работы и их обсуждение. Для сравнения частоты ИБС у лиц плавсостава и жителей г.Одессы взята контрольная группа (609 чел.) по данным кардиологической службы ЧЦБКБ на ВТ. Основную группу составили 412 человек. Из них: 242 – мужчины и 170 – женщины. По возрасту распределили следующим образом: 20-29 лет, 30-39 лет, 40-49 лет, 50-59 лет, 60 лет и старше.

Данные анализа, объективного исследования и ЭКГ позволили выявить определенную ИБС, а проведенная ЭКГ с нагрузкой – вероятную (скрытую) ИБС, что отражено в таблице.

Таблица
Показатели велоэргометрии у работников плавсостава (n=412)

№	Возраст. группы	Контрольная группа					Работники плавсостава				
		Число обследованных	Вероятная ИБС		Определённая ИБС		Число обследованных	Вероятная ИБС		Определённая ИБС	
			абс. число	%	абс. число	%		абс. число	%	абс. число	%
Муж.											
1	20-29	50	0	0	0	0	40	0	0	0	0
2	30-39	90	1	1,1	1	1,1	60	2	3.3	1	1,6
3	40-49	70	2	2,9	1,4	2,9	50	5	10,0	2	3,3
4	50-59	66	3	4,5	4	6,1	50	7	14.1	3	5,0
5	60-69	50	5	10	7	14,0	42	8	17,7	11	24,4
Всего:		326	11		15		242	25		21	
ЖенщI											
1	20-29	65	0	0	0	1.5	30	0	0	0	0
2	30-39	50	1	2,0	2	4,0	50	1	2,0	0	0
3	40-49	45	4	8,8	5	11,1	34	4	11,7	2	5,8
4	50-59	69	8	11,6	9	13,0	30	5	16,7	6	20
5	60-69	54	8	14,8	10	18,5	26	5	19,2	6	23,1
Всего:		283	52	30,4	53	22,5	170	37	49,4	35	44,6

В возрастной категории 20-29 лет случаев вероятной и определенной ИБС не зарегистрировано; 30-39 лет – невысокие цифры частоты указанных нозоформ: 3.3% - вероятная и 1.6% определенная ИБС в основной группе и 1.1% в контрольной.

Существенные изменения отмечены в группах 40 лет и старше: 40-49 лет: вероятная ИБС – 10%, определенная ИБС – 3.3% и значительно ниже в контрольной группе – 2.9% и 1.4% соответственно. В группе 50-59 лет вероятная ИБС составила 14.1%, определенная 5.0%, а в контроле 4.5% и 6.1%. Рост показателей заболеваемости ИБС от 60 лет и старше также более значителен: суммарно в группе плавсостава – 42.1%, в контрольной группе – 24.0%. те же закономерности выявленных форм ИБС наблюдались и у женщин.

Таким образом у лиц плавсостава старше 40 лет выявлена вероятная и определенная ИБС в большом числе случаев: из 142 обследованных этой возрастной категории мужчин – у 36 (25.4%), из 90 женщин – у 28 (31.1%). Соответствующие показатели контрольной группы составили: у 186 мужчин – 11.8% (22 чел.), у 168 женщин – 26.2% (44 чел.). Полученные результаты говорят как о высокой частоте ИБС у моряков, так и о весьма «молодом» возрасте сердечно-сосудистой патологии обследованного контингента.

Более высокая заболеваемость ИБС лиц плавсостава по сравнению с таковой у лиц прибрежной зоны (регион г.Одессы) объясняется высокой напряженностью центральной и вегетативной нервной систем, снижением резервов адаптации [].

Выводы. Ранние патофизиологические изменения сердечно-сосудистой системы моряков позволяют рекомендовать проводить их более тщательное обследование с применением нагрузочных проб, велоэргометрии с целью выявления скрытых форм ИБС, начиная с 40-летнего возраста, что позволит предупредить осложнения в рейсовом периоде и своевременно провести в случае необходимости адекватную терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Tomaszewski R, Dymnicki P, Flasiński J, Kliz J, Skwarlo B, Kapiszka T, Sokowski A, Goljan J, Winnicka A. Studies on risk of ischaemic heart disease in fishermen, seafarers and dockers // *Bull Inst Trop Med (Gdynia)*. – 1990.- Vol. 41.- N 1-4.- P. 21-26.
2. Hoeber JL, Hansen HL Obesity among Danish Seafarers // *International Maritime Health*. – 2005.- Vol. 56, N 1-4.- P. 48 - 55.
3. Bull RM, Boyle AJ. The Maritime environment: A comparison with land-based remote area health care. *Aust J Rural Health* 1998; 6 (2): 83-88.
4. Cushman M, Arnold AM, Psaty BM, Manolio TA, Kuller LH, Burke GL, Polak JF, Tracy RP. C-Reactive Protein and the 10-Year Incidence of Coronary Heart Disease in Older Men and Women. *Circulation*. 2005;112:25-31.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ЛАБИЛАКТ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Одесский национальный медицинский университет

Реферат. С. В. Гончаров, А. С. Чепрасова. **КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ЛАБИЛАКТ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.** Проведено обследование 783 женщин с «чистым» бактериальным вагинозом и сочетаниями последнего с другими инфекциями, передаваемыми половым путем. Среди обследованных 92 беременных женщин бактериальный вагиноз наблюдался в 10% случаев. В значительном проценте случаев заболевания отмечалась колонизация влагалища бактериями *Gardnerella vaginalis*. Отмечено большое количество микст-инфекций (сочетание *Gardnerella vaginalis* с возбудителями других инфекций, передающихся половым путем). Главными диагностическими критериями бактериального вагиноза являлись обнаружение «ключевых клеток», характерные выделения, величина вагинальной pH до $\geq 4,5$, положительный аминовый тест. С целью коррекции выявленных нарушений был использован препарат лабилакт, объединяющий свойства лактулозы, лактобактерий, бифидобактерий, восстанавливающих вагинальную микрофлору. Препарат назначался интравагинально по 1 капсуле ежедневно в течение 14 дней.

Проведенные исследования показали высокую эффективность препарата, отсутствие побочных явлений и осложнений при его применении, возможность использования при лечении беременных, что позволяет рекомендовать препарат в комплексной терапии женщин, страдающих бактериальным вагинозом.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз; инфекции, передаваемые половым путем; лабиктал.

Реферат. С. В. Гончаров, О. С. Чепрасова. **КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ З ЗАСТОСУВАННЯМ ПРЕПАРАТУ ЛАБІКТАЛ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ.** Проведене обстеження 783 жінок з «чистим» бактеріальним вагінозом і поєднаннями останнього з іншими інфекціями, які передаються статевим шляхом. Серед обстежених 92 вагітних жінок бактеріальний вагіноз виявили у 10% випадків. В переважній кількості випадків захворювання визначалася колонізація піхви бактеріями *Gardnerella vaginalis*. Визначена велика кількість микст-інфекцій (поєднання *Gardnerella vaginalis* зі збудниками інших інфекцій, які передаються статевим шляхом). Головними діагностичними критеріями бактеріального вагінозу є виявлення «ключових клітин», характерні виділення, величина pH піхви до $\geq 4,5$, позитивний аміновий тест. З метою корекції виявлених порушень був використаний препарат лабілакт, який поєднує властивості лактулози, лактобактерій, біфідобактерій, що відновлюють мікрофлору піхви. Препарат призначався інтравагінально по 1 капсулі щоденно на протязі 14 днів.

Проведені дослідження показали високу ефективність препарату, відсутність побічних явищ і ускладнень під час його застосування, можливість використання під час лікування вагітних, що дозволяє рекомендувати препарат в комплексній терапії жінок, які хворі на бактеріальний вагіноз.

Ключові слова: бактеріальний вагіноз, інфекції, що передаються статевим шляхом, лабіктал.

Summary. S. V. Goncharov, A. S. Cheprasova. **THE COMPLEX TREATMENT OF BACTERIAL VAGINOSIS IN THE WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH THE USE OF LABICTAL.** They have examined 783 women with “pure” bacterial vaginosis and its combination with other sexually transmitted diseases. Among the persons under examination there were 92 pregnant women and 10% of them suffered bacterial vaginosis (BV). In the majority of cases there was vaginal colonization with *Gardnerella vaginalis*. Besides, they marked a great number of mixed infections (combination of *Gardnerella vaginalis* with pathogeneses of other sexually transmitted infections). Main diagnostic features of BV was the presence of “clue cells”, typical discharges, vaginal pH to $\geq 4,5$, positive aminotest. With the aim of the disturbances established they have used labictal, joining properties of lactuloza, lactobacteria, bifidobacteria restoring vaginal microflora. The medication was used intravaginally, 1 pill daily during 14 days. The researches made have shown high efficacy of the named medication, lack of side-effects and complications. Besides this medication may be used at pregnant women with BV.

Key words: bacterial vaginosis, sexually transmitted diseases, labictal

Вступлення. К числу актуальних общих проблем в практике дерматовенерологов и акушеров-гинекологов относится бактериальный вагиноз (БВ). На его долю приходится до половины всех случаев вагинальных инфекций [1]. Частота данной патологии составляет от 17-19% в группах планирования семьи и среди студенток, наблюдающихся в студенческих поликлиниках; от 24-37% — среди лиц, находящихся на лечении в венерологических клиниках; от 15-37% — у беременных женщин; 61-78% — у пациенток с патологическими белями.

БВ является одной из основных причин возникновения ряда заболеваний женской половой сферы, осложнений беременности и родов. У здоровых женщин репродуктивного возраста первостепенное значение в вагинальном микроценозе принадлежит H_2O_2 — продуцирующим лактобактериям [2]. Главным защитным механизмом вагинального гомеостаза являются кислотообразование и продукция перекиси водорода. В норме вагинальное содержимое имеет кислую реакцию (pH 3,8-4,5), последняя обусловлена присутствием молочной кислоты — продукта метаболизма лактобактерии.

В патогенезе БВ имеют определенное значение следующие составляющие: гормональные сдвиги, сопровождающиеся нарушениями менструального цикла, применение антибиотиков, дисбаланс некоторых иммунных механизмов, длительное использование внутриматочных контрацептивов, перенесенные или сопутствующие воспалительные заболевания женской половой сферы, воздействие малых доз ионизирующего или рентгеновского излучения, стрессовые ситуации. Все это влечет за собой резкое уменьшение количества лактобактерий. При этом в вагинальном содержимом в большом количестве находятся гарднереллы. Колонизация влагалища бактериями *Gardnerella vaginalis* выявляется более чем у 90% женщин в количествах достигающих 10^7 - 10^9 КОЕ/г исследуемого материала [3]. Они высвобождают в большом количестве пировиноградную кислоту и аминокислоты, которые декарбоксилируются до аминов. Именно последние (кадаверин, путресцин, тиметиламин) придают вагинальному отделяемому своеобразный «рыбный» запах, который резко усиливается при контакте со спермой. Амины в свою очередь повышают pH вагинального отделяемого и вызывают снижение количества лактобактерий. Наиболее часто возникают ассоциации со строго анаэробными бактериями родов *Mobiluncus*, *Prevotella*, *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*, а также с видом *Mycoplasma hominis*, реже *Ureaplasma urealyticum* [4]. По некоторым данным уровень облигатных анаэробов при БВ повышается в 1000 раз; резко возрастает общая микробная обсемененность, а удельный вес лактобактерий снижен до 30%. В конечном итоге при БВ возникает замещение нормальной вагинальной флоры бактероидами, фузобактериями, пептококками, вейллонеллами, мобилункусом, а также гарднереллами и микоплазмами. Следовательно, БВ относится к заболеваниям с полимикробной этиологией [5].

Материалы и методы исследования

Известно, что эпидемиология БВ отличается в различных регионах мира, что в полной мере относится к различным областям Украины. Одесса — южный город, крупный порт, где существуют все факторы, влияющие на развитие и распространение БВ:

- 1) демографические сдвиги (большое количество одиноких женщин, рост числа разводов, продление периода половой жизни);
- 2) социально-экономические (урбанизация, развитие международного туризма, секс-туры);
- 3) изменение форм сексуальных отношений (большая терпимость к различным типам половых взаимоотношений);
- 4) миграция населения;
- 5) экономические условия (дороговизна лекарственных средств, безработица, материальная необеспеченность);
- 6) проституция;
- 7) употребление наркотиков;
- 8) наличие групп повышенного риска (военнослужащие, моряки, иммигранты, беженцы, сезонные рабочие, туристы);
- 9) социально-культурные факторы (добрачные и внебрачные половые связи, исключительная свобода нравов, бисексуальное поведение);
- 10) резистентность к противомикробным средствам (самолечение, бесконтрольный прием лекарств, в том числе антибиотиков) [5, 6].

По данным женской консультации №7 Приморского района г. Одессы в 2008 году было установлено 783 случая БВ, из них «чистый» БВ, при котором выделена только гарднерелла, составил 17,6%; «смешанный» БВ в сочетании с сопутствующими инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП) установлен в 45,7% случаев; кандидоз отмечен у 93% пациенток. Отметим, что среди 92 обследованных беременных женщин, гарднереллез установлен у 10%. В целом среди 783 обследованных хламидиоз констатирован в 99 (12,6%) случаях; трихомониаз — в 74 (9,5%) случаях; микоплазмы выявлены у 43 (5,5%) пациенток; гонорея — у 4 (0,5%); герпес — у 4 (0,5%); гарднереллез — у 138 (17,6%). У беременных БВ в 93% случаев определялся в III триместре беременности, как следствие иммунного дефицита.

Наиболее типичными жалобами у пациенток были обильные выделения из половых путей белого, серого или светло-коричневого цвета с характерным «рыбным» запахом, усиливающимся после половой близости или во время месячных. У 42% обследованных субъективные ощущения отсутствовали. Длительность заболевания исчислялась периодом от нескольких месяцев до 3-4 лет. В запущенных случаях выделения имели желтовато-зеленую окраску, были густыми, пенистыми, иногда тягучими и липкими, в виде равномерного слоя на вагинальной стенке. Количество белей варьировало от весьма умеренных до обильных, в среднем составляя 20-30 мл в сутки. Отметим, что у 30% обследованных воспалительные изменения стенок влагалища отсутствовали.

Эта симптоматика сопровождалась субъективными расстройствами: зудом, легким жжением, жалобами на расстройство мочеиспускания, в редких случаях отмечалась диспареуния.

Для диагностики БВ использовали микроскопию мазков, окрашенных по Граму. Наличие в мазках «ключевых клеток» — эпителиальных клеток с адгезированными на них микроорганизмами (гарднерелла, мобилункус и другая грамвариабельная флора) являлось важным диагностическим тестом в верификации диагноза БВ. Патогномоничной для БВ являлась общая грамвариабельная микробная обсемененность. В микроскопической картине преобладали облигатные анаэробы и гарднереллы, количество лактобактерий либо было резко сниженным, либо они вообще отсутствовали. При бактериоскопии мазков, окрашенных по Граму, мы обязательно соблюдали 2 условия: определение наличия «ключевых клеток» и преобладание «немолочнокислых» бактерий. Мазок исследовали при 400-кратном увеличении: если количество «немолочнокислых» бактерий превышало количество «молочнокислых» в большинстве исследованных полей и, если «ключевые клетки» наблюдались не менее чем в 2 из 20 полей, ставился диагноз БВ. Эпителиальные клетки с адгезированными лактобактериями в подсчет не включались.

В ряде случаев при смешанном БВ для установления наличия других ИППП, использовали бактериологическое обследование, полимеразную цепную реакцию, ИФА.

В 45% случаев отмечен положительный аминотест (появление или усиление неприятного «рыбного» запаха при смешивании на предметном стекле в равных пропорциях вагинального отделяемого и 10% раствора гидроксида калия) как следствие

выработки аминов облигатными анаэробами. Значения pH вагинального содержимого превышало нормальные показатели ($>4,5$), что определялось резким снижением количества лактобактерий.

Таким образом, главными диагностическими критериями БВ мы считали:

- 1) обнаружение ключевых клеток (clue cells);
- 2) гомогенные кремообразные вагинальные выделения, имеющие запах «гнилой рыбы»;
- 3) величина pH до $\geq 4,5$;
- 4) положительный аминовый тест.

Как минимум наличие трех из четырех вышеперечисленных симптомов давало основание для постановки диагноза БВ [7].

Результаты и их обсуждение

По данным большинства авторов целью лечения БВ является восстановление нормальной вагинальной микрофлоры, подавление условно-патогенных микроорганизмов, не характерных для данного микроценоза.

В настоящее время нет четких рекомендаций в отношении необходимости лечения половых партнеров женщин, страдающих БВ. Большинство акушеров-гинекологов не считают его целесообразным [8]. Однако накопленный нами опыт подтверждает необходимость одновременного обследования на наличие ИППП обоих половых партнеров уже при первичном обращении женщины с БВ, а не только при его рецидивах и, в случае выявления соответствующих инфекций, одновременного их лечения.

Лечение. Известно, что гарднереллы устойчивы к тетрациклинам, аминогликозидам, цефалоспорином, сульфаниламидам; слабо чувствительны к пенициллину и линкомицину; чувствительны к клиндамицину и ампициллину [9].

Все пациентки были разделены на 2 группы.

Обследование половых партнеров женщин, страдающих БВ, и их одновременное лечение при установлении наличия ИППП было обязательным.

Пациенткам контрольной группы (110 чел.) проводилось следующее лечение — этиотропная терапия антимикробными препаратами.

I этап — вагинальные инстилляции 2-3% раствора молочной, борной или аскорбиновой кислоты. Перед сном 1 раз в сутки с помощью одноразового дозирочного аппликатора вводили 2% вагинальный крем далацин. Курс лечения — 7 дней (курсовая доза крема — 40 мг).

Альтернативные схемы лечения: а) далацин-Ц (клиндалацина фосфат) в форме капсул 150 мг или 300 мг 3 раза в сутки per os 7 дней; б) метронидазол в дозе 0,5 2 раза в сутки per os в течение 7 дней.

II этап — применение биологических препаратов (Ариадна, Одесса): лактобактерин плюс в дозе 1 капсула 4 раза в день за 30 мин до еды в течение 2-3 недель; бифалакт экстра — 1 капсула 3 раза в день за 30 мин до еды при продолжительности лечения в зависимости от характера течения заболевания; экстралакт 4-6 капсул в сутки при продолжительности лечения от 10 до 21 дня. В результате отмечено улучшение показателей печеночного комплекса — аминотрансфераз, холестерина, триглицеридов, фагоцитарной активности лейкоцитов.

Пациенткам основной группы (130 чел.) на II этапе лечения назначали интравагинально препарат лабилакт производства объединения (Ариадна, Одесса), который имеет следующий состав: *Lactobacillus acidophilus* — $5 \cdot 10^7$ КОЕ/г; *Bifidolactterium bifidum* — $5 \cdot 10^7$ КОЕ/г; лактулоза — 0,03 г.

Препарат синергически объединяет свойства трех компонентов: лактулозы, лактобактерий, бифидобактерий, нормализующих вагинальную микрофлору. Лакто- и бифидобактерии в высокой концентрации проявляют повышенную активность против широкого круга патогенных и условнопатогенных бактерий. Лактулоза стимулирует размножение лакто- и бифидобактерий, сдвигает pH биологической среды в кислую область, что также усиливает эффект угнетения патогенной и развития нормальной микрофлоры. Препарат использовался по 1 капсуле интравагинально ежедневно в течение 14 дней.

Остальные методики, применяемые на I и II этапах местного лечения, были идентичны средствам, используемым в контрольной группе.

Следует подчеркнуть, что при использовании препарата лабилакт побочные явления не отмечены.

Особенности лечения у беременных. Лечение начинали со II триместра беременности. Препаратами выбора являются метронидазол и клиндамицин: клиндамицин — 300 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней; метронидазол — 500 мг 2 раза в сутки в течение 3-5 дней; при выраженном кандидозном вульвовагините назначали флюконазол в первые сутки 100 мг, в последующие 7 дней по 50 мг; местно 2% далацин крем, метронидазол-гель, свечи с гексиконом, после чего назначался лабилакт в течение 10 дней.

В I триместре беременности назначалось только местное лечение, при его недостаточной эффективности использовали амоксициллин — 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней.

Местное лечение проводилось в 3 этапа: I этап — инстилляцией влагиалища 2-3% раствором молочной или борной кислоты по 100 мл с 10- минутной экспозицией 1 раз в сутки в течение 7-10 дней; II этап — медикаментозное лечение далацин-крем, метронидазол-гель. При зуде, жжении применяли свечи с ментолом, анестезином, новокаином, дикаином на масляной основе (масло какао, облепиховое масло, масло шиповника) 2 раза в сутки. Продолжительность II этапа 7-10 дней; III этап — восстановление естественной флоры влагиалища. Назначали лабилакт интравагинально в течение 14 дней.

Учитывая наличие иммунодефицита, рекомендовались иммуномодуляторы и поливитамины: эхинацея, афлубин, циклоферон, амиксин и др.

Эффективность лечения БВ оценивалась по исчезновению субъективных ощущений и динамике исчезновения клинических симптомов, частоте возникновения рецидивов. Клинико-лабораторное обследование проводится через 3-7 дней после завершения терапии, повторное через 4-6 недель.

Затем в течение последующих 3-х месяцев, после месячных проводилась бактериоскопия мазков. На период контрольного наблюдения рекомендовали использование барьерных методов контрацепции.

Результаты лечения пациенток основной и контрольной групп

Группы больных	Всего больных	Рецидивы БВ отсутствовали в течение 2 лет и более	Рецидивы не наблюдались в течение 1 года	Рецидивы отсутствовали в течение 6 мес.	Рецидивы возникали в течение 3 мес. после окончания
Основная группа	130	54	56	20	5
%	100	41,5±4,3	43,1±4,3	15,4±3,1	3,8±1,7
Контрольная группа	110	29	31	37	13
%	100	26,4±4,2	28,2±4,3	33,6±4,5	11,8±3,1
Достоверность различия результатов лечения больных в группах (P)	—	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

Выводы

1. Диагностика БВ, особенно случаев, которые не сопровождаются выраженными воспалительными изменениями влагиалища, часто является недостаточной. Нарушение вагинального микроценоза с превалированием анаэробной флоры и высокой концентрацией

микроорганизмов является резервуаром условно-патогенных возбудителей и потенциальным источником развития заболеваний женской половой сферы.

2. Обращает на себя внимание наличие высокого процента «смешанного» бактериального вагиноза, т.е. одновременное присутствие других инфекций, передающихся половым путем. Тщательное обследование и лечение половых партнеров женщин, страдающих БВ, представляется целесообразным уже с момента их первичного обращения, а не только в случаях рецидивов БВ. Это обеспечивает полное выздоровление в 90% случаев, исключает возможность реинфекции.

3. Лабиллакт является эффективным средством в комплексной терапии БВ, обладает противовоспалительным, иммуномодулирующим действиями, способствует быстрому восстановлению биоценоза влагалища, уменьшению количества осложнений, снижению числа рецидивов. Препарат не оказывает побочных действий и хорошо переносится больными. Полученные результаты позволяют рекомендовать лабиллакт в виде вагинальных таблеток или капсул на заключительном этапе лечения БВ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашкевич В. П. Инфекции, передаваемые половым путем: Руководство для врачей. - М.: Медицинская книга, 1999 - 413 с.
2. Володин Н. Н., Коршунов В. М. Бактериальные вагинозы // В мире лекарств – 2000 - №2 - С. 6 -11.
3. McLean N.W., Rosenstein I. J. Characterization and selection of a lactobacillus species to re-colonize the vagina of women with recurrent bacterial vaginosis.// V.Med.Microbiol. - 2000 – N49 (6) - P. 543 - 552.
4. Дюдюн А. Д., Полион Н. Н., Козачинская А. Т. Особенности клинического течения, диагностики и лечения у женщин инфекций, передаваемых половым путем // Український журнал дерматології, венерології та косметології. – 2004 - № 4(15) - С.76 -79.
5. Шевченко О. П., Степаненко В. І. Міксоплазмова урогенітальна інфекція у чоловіків — етіотропні чинники, клініка, діагностика. Порушення стану системи імунітету організму хворих на урогенітальний мікоплазмоз та раціональна імунокоригувальна терапія.// Український журнал дерматології, венерології та косметології. - 2004 - №4(15) - С.64 -73.
6. Савичева А. М., Башмакова М. А., Кошелева А.Т. Хламидийная инфекция в акушерстве и гинекологии: Методическое пособие - СПб, 2002 - 48с.
7. Vandepitte J., Engback K., Piot P., Henck C. Основные методы лабораторных исследований в клинической бактериологии: Пер. с англ. - Женева. ВОЗ, 1994.- С. 58 -68.
8. Венцківський Б. М., Сенчук А. М., Гордєєва В. Д. Діагностика, лікування та профілактика бактеріального вагінозу: Методичні рекомендації - Київ, 1999. - 16 с.
9. Скрипкин Ю. К. Мордовцев В. Н. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1999. - Т.1 - 880 с.

*М. С. Опанасенко, М. І. Калениченко, Б. М. Конік, О. В. Терешкович,
Р. А. Веремеєнко, В. Б. Бичковський, Л. І. Леванда*

НОВІ СПОСОБИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

*Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського АМН України»*

Реферат. М. С. Опанасенко, М. І. Калениченко, Б. М. Конік, О. В. Терешкович, Р. А. Веремеєнко, В. Б. Бичковський, Л. І. Леванда **НОВІ СПОСОБИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ.** У даній роботі представлено результати впровадження у клінічну практику двох, розроблених в клініці торакальної хірургії та інвазивних методів діагностики Державної установи “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України” способів хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень. Використання цих способів дало змогу скоротити строки перебування в хірургічному стаціонарі після операції на 9-13 доби, зменшити рівень післяопераційних ускладнень на 17,9 %, зменшити рівень прогресування туберкульозу на 14,8 %, зменшити летальність на 7,4 %, підвищити результативність хірургічного лікування даного контингенту хворих на 32,8 %.

Ключові слова: типові сегментарні резекції, резекція верхньої долі, туберкульоз легень

Summary. N. S. Opanasenko, M. I. Kalenichenko, B. N. Konik, O. V. Tereshkovich, R. A. Veremeenko, V. B. Bychkovskiy, L. I. Levanda **NEW METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF DESTRUCTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS.** The results of introduction in clinical practice two methods of destructive pulmonary tuberculosis treatment, which have been performed in thorax surgery and invasion method of diagnostics clinic. Use of these methods have enabled to reduce terms of stay in a surgical hospital after operation to 9-13 day, to reduce a level of postoperative complications to 17,9 %, to reduce a level of effectiveness of a tuberculosis by 14,8 %, to reduce mortality to 7,4 %, to increase productivity of surgical treatment of the given contingent of patients on 32,8 %.

Key words: typical segmentary resections, a resection of the upper lung lobe, a pulmonary tuberculosis.

Реферат. Н. С. Опанасенко, М. И. Калениченко, Б. Н. Коник, О. В. Терешкович, Р. А. Веремеєнко, В. Б. Бычковский, Л. И. Леванда **НОВЫЕ СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ.** В работе представлены результаты внедрения в клиническую практику двух, разработанных в клинике торакальной хирургии и инвазивных методов диагностики Государственного предприятия “Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф. Г. Яновского АМН Украины” способов хирургического лечения больных деструктивным туберкулезом легких. Использование этих способов дало возможность сократить сроки пребывания в хирургическом стационаре после операции на 9-13 суток, снизить уровень послеоперационных осложнений на 17,9%, снизить уровень прогрессирования туберкулеза на 14,8%, уменьшить летальность на 7,4%, повысить результативность хирургического лечения данного контингента больных на 32,8%.

Ключевые слова: типичные сегментарные резекции, резекция верхней доли, туберкулез легких

Вступ

У 2003 році Всесвітня організація охорони здоров'я проголосила туберкульоз глобальною небезпекою. В Україні за 1992 – 2005 роки захворюваність на туберкульоз збільшилась в 2,4 рази або на 140,29%, що дало підставу зареєструвати епідемічну ситуацію щодо цієї хвороби [6].

Серед основних рушійних сил, які впливають на розвиток епідемії туберкульозу, виділяють соціальний фактор та фактори географічного середовища. Основними компонентами географічного середовища, що впливають на епідемічний процес, є тваринний світ, рослинність, клімат, ґрунт, водойми – тобто фауна і флора в їхній єдності із зовнішнім середовищем. Неприятлива екологічна ситуація, що склалася в Україні за останні десятиріччя (Чорнобильська трагедія, забрудження водойм та повітря відходами промисловості та автотранспорту), сприяє збільшенню кількості мультирезистентних форм туберкульозу, що у свою чергу погіршує загальну епідеміологічну ситуацію щодо цієї інфекції в нашій країні.

Лікування туберкульозу має бути комплексним і включати етапи консервативного, хірургічного, санаторно – курортного лікування та диспансерного нагляду [4]. Хірургічне лікування набуває особливого значення у хворих на деструктивні форми туберкульозу [2,3,5].

Характерною рисою сучасної фтизіатрії є зростання кількості випадків захворювання з прогресуючим перебігом і великий відсоток його фатальних ускладнень. Зростання питомої ваги деструктивних форм туберкульозу легень серед вперше діагностованих випадків захворювання, первинна і вторинна стійкість мікобактерій туберкульозу до антибактеріальних препаратів, високий рівень супутньої патології суттєво знижують ефективність стандартних схем хіміотерапії, подовжують терміни лікування та підвищують економічні витрати на його проведення [1, 2, 4].

Відомо, що при туберкульозі легень найбільш частіше вражаються або верхня доля справа або $S_1S_2S_3$ зліва. Тому хірургами при даному враженні виконується резекція верхньої долі або справа або зліва (резекція $S_1S_2S_3$ зліва має певні технічні складнощі). Однак, враховуючи анатомічне розташування середньої долі справа та язичкових сегментів зліва (вони розташовані в передньому косто-діафрагмальному синусі), в значному відсотку випадків в післяопераційному періоді можуть виникати залишкові плевральні порожнини в передньо-верхніх відділах плевральної порожнини (залишкова легенева тканина не заходить в дану ділянку), які є чинниками таких ускладнень як емпієма плеври з наявністю або відсутністю бронхіальної нориці, що в свою чергу веде до загострення специфічного процесу в оперованій та контралатеральній легені. В подальшому такі хворі вимагають проведення заключної плевропункції, торакопластики, торакопластики з резекцією легені. Результати таких операцій на тлі запального процесу в плевральній порожнині далекі від бажаних.

Враховуючи вищевказане, основною метою нашої роботи було вдосконалити спосіб хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень з локалізацією у верхній долі справа або $S_1S_2S_3$ зліва.

Матеріали і методи 1

У нашій клініці було розроблено спосіб хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень. Він полягає у наступному: виконують резекцію з обов'язковою роздільною обробкою всіх елементів кореня верхньої долі справа або $S_1S_2S_3$ зліва, проводять тотальне розділення міждольових борозн до кореня легені, підшивання верхівки S_6 до верхівки середньої долі справа або до верхівки язичкових сегментів зліва і формують новий купол легені, після чого виконують френікотрипсію, дренажування плевральної порожнини трьома дренажами: два – традиційно, а один на верхівці плевральної порожнини, а зразу після операції накладають пневмоперитонеум в об'ємі 1000-1500 cm^3 .

Запропонований спосіб хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень був використаний у 21 хворого. За нозологією хворі поділялись таким чином: казеоми (туберкуломи з розпадом) – 8 (38%) хворих та 13 (62%) хворих на фіброзно-кавернозний туберкульоз легень. Серед пацієнтів переважали чоловіки у співвідношенні 2:1 (14 (66%) до 7 (33%)). Переважна більшість прооперованих була

молодими людьми віком до 30 років (10 (47,6%)). У 6 (29 %) хворих була виконана типова резекція S₁S₂S₃ зліва, у 15 (71 %) хворих – резекція верхньої долі справа.

Таблиця 1.

Розподіл хворих за статтю та віком 1

вік стать	до 20 років		21 – 30 років		31–50 років		> 50		всього	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
чоловіки	1	4,7	6	28,6	5	23,8	2	9,4	14	66,6
жінки	1	4,7	4	19,0	2	9,5	–	–	7	33,3
разом	2	9,4	10	47,6	7	33,3	2	9,4	21	

Результати 1

Строки перебування хворих у відділенні після операції становили від 14 до 37 діб. В одного хворого, якому була виконана верхня лобектомія справа, у ранньому післяопераційному періоді було недорозправлення легені на верхівці, що потребувало додаткового дренування плевральної порожнини з надпліччя та утримування дренажів на активній аспірації протягом 5-ти діб. Ще в одного хворого, якому була виконана типова резекція S₁S₂S₃ зліва, у ранньому післяопераційному періоді спостерігалась невелика гематома на верхівці. Це ускладнення вдалося ліквідувати консервативно, призначивши гемостатичні препарати та підсиливши антибактеріальну терапію. Загальний рівень післяопераційних ускладнень становив 9,5 %. Прогресування туберкульозу спостерігалось у 1-го хворого (4,7 %) через 2 місяці після операції. Це можна пояснити невдаю корекцією призначеної фтизіатрами нашого інституту хіміотерапії за місце подальшого лікування (у протитуберкульозному диспансері було відмінено препарати другого ряду). Померлих серед прооперованих не було. Загальна результативність становила 85,7 %. Отримані результати приведено у таблиці 2.

Таблиця. 2

Отримані результати 1

№ п/п	Клінічні показники	Результати
1	Строки перебування в хірургічному відділенні після операції, діб	14-37
2	Рівень післяопераційних ускладнень (% випадків)	2 (9,5 %)
3	Прогресування туберкульозу (% випадків)	1 (4,7 %)
4	Загальна летальність (% випадків)	–
5	Результативність операції	85,7 %

Порівнюючи отримані результати з даними інших авторів, які виконували резекцію верхньої долі справа або зліва з приводу деструктивного туберкульозу, прошиваючи корінь долі *in mass* з легеневою тканиною, дренували плевральну порожнину двома дренажами (типово в нижніх відділах), дренажі підключали до активної аспірації [9], слід зазначити, що розроблений у нашій клініці “Спосіб хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень” [1], має наступні переваги:

- строки перебування хворих після операції в хірургічному відділенні скорочуються від 7 до 127 днів;
- рівень післяопераційних ускладнень зменшується з 22,2 % до 9,5 %;
- рівень прогресування процесу зменшується з 14,8 % до 4,7 %;
- загальна летальність зменшується на 7,4 %;
- підвищується результативність операції з 62,9 % до 85,7 %.

Але незважаючи на переконливі переваги розробленого у нашій клініці способу, було проаналізовано можливі причини післяопераційних ускладнень і зроблено наступні висновки:

- лише механічний шов кукси бронху або легеневої паренхіми не забезпечує достатньої надійності, внаслідок чого може виникати неспроможність кукси або лінії механічного шва з розвитком емпієми плеври, виникнення кровотечі та інших ускладнень;
- виконання прямого підшивання верхівки S6 до верхівки середньої долі (справа) або до верхівки язичкових сегментів (зліва) з метою формування нового куполу легені може привести до перекручення легені і виникнення залишкових плевральних порожнин, як в самій плевральній порожнині, так і в міждольовому проміжку, які, в свою чергу, є чинниками таких ускладнень, як емпієма плеври з наявністю або відсутністю бронхіальної нориці;
- дренування плевральної порожнини трьома дренажами веде до значного болювого синдрому, особливо в місці третього верхівкового дренажа, що в свою чергу вимагає додаткового призначення анагетиків, зменшує можливість ранньої активізації хворого, сприяє виникненню додаткових ускладнень внаслідок гіподинамії пацієнта.

Матеріали і методи 2

Враховуючи вищевказані недоліки, нами було удосконалено спосіб хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень за рахунок того, що всю куксу бронху додатково ушивають вузловими лігатурами із застосуванням ниток PDS-II, на зріз кукси бронху та лінію механічного шва, що відокремлює верхню долю справа від середньої долі або S₁S₂S₃ зліва від язичкових сегментів, накладають пластини тахокомбу, після чого виділяють лоскут перикардіального жиру на судинній ніжці, проводять цей лоскут в міждольовій борозні, виповнюючи при цьому останню, підшивають лоскут до кукси бронху та лінії механічного шва, проводять роздування легені з визначенням місця підшивання верхівки S₆ до середньої долі справа або до язичкових сегментів зліва і формують новий купол легені шляхом накладання декількох П-подібних швів, дренують плевральну порожнину двома дренажами та мікроірригатором (два дренажа – традиційно, а мікроірригатор – в міждольовий простір).

За цим способом було прооперовано 23 хворих на деструктивний туберкульоз легень. За нозологією хворі розподілились наступним чином: казеоми (туберкуломи з розпадом) – 10 (44%) хворих та 13 (56%) хворих на фіброзно-кавернозний туберкульоз легень. Серед пацієнтів переважали чоловіки (15 (65%) до 8 (35%) відповідно). Майже всі прооперовані становили працездатну верству населення віком від 21 до 50 років (20 (86%)). У 8 (35 %) хворих була виконана типова резекція S₁S₂S₃ зліва, у 15 (65 %) хворих – резекція верхньої долі справа.

Таблиця 3

Розподіл хворих за статтю та віком 2

вік стать	до 20 років		21 – 30 років		31–50 років		> 50		всього	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
чоловіки	1	4,3	6	26,0	7	30,0	1	4,3	15	65,0
жінки	1	4,3	4	17,0	3	13,0	—	—	8	35,0
разом	2	8,6	10	43,0	10	43,0	1	4,3	23	

Результати 2

Удосконалений спосіб хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень дозволив скоротити строки перебування в хірургічному стаціонарі після операції на 2-25 діб. Рівень післяопераційних ускладнень склав 4,3%, зменшившись на 5,2%. Прогресування туберкульозу, як і летальні випадки, у даній групі хворих не відзначались. Загальна результативність операцій склала 95,7%. (Див. таб. 4).

Отримані результати 2

№ П/п	Клінічні показники	Результати
1	Строки перебування в хірургічному відділенні після операції, діб	12-31
2	Рівень післяопераційних ускладнень (% випадків)	1(4,3%)
3	Прогресування туберкульозу(% випадків)	–
4	Загальна летальність (% випадків)	–
5	Результативність операції	95,7%

Обговорення

При хірургічному лікуванні хворих на деструктивний туберкульоз легень з локалізацією у верхніх долях значна кількість авторів виконувала типову верхню лобектомію (інколи прошиваючи корінь долі *in mass* з легеневою тканиною), дренивали плевральну порожнину двома дренажами (типово в нижніх відділах), дренажі підключали до активної аспірації. Рівень післяопераційних ускладнень у таких хворих складав більше 22%, прогресування туберкульозу спостерігалось майже у 15% хворих, загальна летальність становила 7,4 % [9]. Запропоновані у нашій клініці способи хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень дозволили значно зменшити строки перебування хворих у хірургічному стаціонарі після операції, зменшили рівень післяопераційних ускладнень та прогресування процесу, що дало змогу підвищити результативність та ефективність хірургічного лікування даного контингенту хворих. Також слід відзначити, що виконання розроблених способів не потребує додаткових матеріальних затрат, а також дозволяє зберегти неуражені мовні сегменти. Але, враховуючи те, що виконання даних способів включає у себе типову резекцію S1S2S3 (при лівобічних резекціях), що супроводжується певними технічними труднощами, вимагає від хірурга доброго знання анатомії та оволодіння певною хірургічною технікою.

Висновки

1. Несприятлива екологічна ситуація в Україні (Чорнобильська трагедія, забруднення водойм та повітря відходами промисловості та автотранспорту) сприяє збільшенню кількості хворих на туберкульоз, в тому числі на мультирезистентні форми, що у свою чергу погіршує загальну епідеміологічну ситуацію щодо цієї інфекції в нашій країні.

2. За останній час значно зросла питома вага деструктивних форм туберкульозу легень серед вперше діагностованих випадків захворювання.

3. Враховуючи збільшення кількості хворих з первинною і вторинною стійкістю мікобактерій туберкульозу до антибактеріальних препаратів, традиційна техніка резекції часток легень супроводжується значним зростанням кількості післяопераційних ускладнень, таких як неспроможність механічного шва, недорозправлення легені, післяопераційні гематоми, емпієма залишкової порожнини та інші.

4. Розроблений і вдосконалений у нашій клініці спосіб хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень дозволяє:

- скоротити строки перебування в хірургічному стаціонарі після операції на 9-133 доби;
- зменшити рівень післяопераційних ускладнень на 17,9 %;
- зменшити рівень прогресування туберкульозу на 14,8 %;
- зменшити летальність на 7,4 %;
- підвищити результативність хірургічного лікування даного контингенту хворих на 32,8 %.

Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

Література

1. Пат. 27762 Україна, МПК8 А 61 В 17/00. Спосіб хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень [Текст] / Феценко Ю. І. [та ін.]; заявник та власник патенту ДУ "Інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України". – № u200708095 ; заявл. 17.07.07; опубл. 12.11.07, Бюл. № 18. – 1 с.
1. Результати хірургічного лікування хворих на мультирезистентний деструктивний туберкульоз легень [Текст] / М. С. Опанасенко [та ін.] // Український пульмонологічний журнал. – 2007. – № 3. – С. 59 – 64.
2. Савенков Ю. Ф. Оптимизация хирургического лечения больных с лекарственноустойчивым туберкулёзом лёгких [Текст] / Ю. Ф. Савенков // Український пульмонологічний журнал. – 2005. – № 3. – С. 40 – 43.
3. Современные тенденции в хирургии лёгочного туберкулёза [Текст] / Б. В. Радіонов [та ін.] // Український пульмонологічний журнал. – 2008. – № 2. – С. 43 – 47.
4. Торакопластика – прошлое и настоящее коллапсохирургии туберкулёза лёгких [Текст] / Ю. Ф. Савенков [и др.] // Український пульмонологічний журнал. – 2007. – № 3. – С. 65 – 67.
5. Феценко Ю. І. Контроль за туберкульозом в умовах Адаптованої ДОТС – стратегії [Текст] / Ю. І. Феценко, В. М. Мельник. – К.: Медицина, 2007. – 480 с. – ISBN 966–8144–39–2.
6. Феценко Ю. І. Основи клінічної фтизіатрії [Текст] / Ю. І. Феценко, В. М. Мельник, І. Г. Ільницький. – К. – Л.: Атлас, 2007. – 1168 с. – ISBN 966–463–001–4.
7. Феценко, Ю. І. Сучасна стратегія боротьби з туберкульозом в Україні [Текст] / Ю. І. Феценко, В. М. Мельник. – К.: Здоров'я, 2007. – 664с. – ISBN 978–966–463–009.
8. Феценко Ю. І. Фтизіоепідеміологія [Текст] / Ю. І. Феценко, В. М. Мельник. – К.: Здоров'я, 2004. – 624 с.
9. Glenn's Thoracic and Cardiovascular Surgery, (6th Ed.)- Prentice-Hall International Inc. – 1997.- 2311 p.

**АЛЕЛЬНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНІВ П СИСТЕМИ ДЕТОКСИКАЦІЇ:
ГЛУТАТІОН –S – ТРАНСФЕРАЗИ М1 ТА N – АЦЕТИЛТРАНСФЕРАЗИ 2
ПІД ЧАС ГЕСТАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ ПРИ ПРИРОДЖЕНИХ ВАДАХ РОЗВИТКУ
В ОДЕСЬКОМУ РЕГІОНІ**

Одеський державний медичний університет

Реферат. И. В. Руденко. **АЛЛЕЛЬНЫЙ ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ П ФАЗЫ СИСТЕМЫ ДЕТОКСИКАЦИИ: ГЛУТАТИОН – S – ТРАНСФЕРАЗЫ М1 И N – АЦЕТИЛТРАНСФЕРАЗЫ 2 ВО ВРЕМЯ ГЕСТАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ В ОДЕССКОМ РЕГИОНЕ.** Исследования проведены у беременных с нормальным течением гестационных процессов, у беременных, у плодов которых диагностированы врожденные пороки развития и беременных, которые прошли прегонцепционную подготовку. Для расчетов брали гомозиготные делеционные (0/0) и гомозиготные +/- генотипы полиморфизма гена фермента GSTM1, гомозиготные аллели ускоренного метаболизма NAT2*4 (R/R), медленно ацетилирующие (S/S) S1 и (S/S) S2, которые исследованы методом полимеразной цепной реакции. При изучении полиморфизма гена детоксикации ксенобиотиков GSTM1 в гомозиготе по нулевой аллели в группе беременных, которые вынашивали плоды с врожденными пороками развития и группе беременных, которые проходили прегонцепционную подготовку достоверных отличий не обнаружено. Медленно ацетилирующий аллель S2 гена NAT2 достоверно ($p < 0,05$) присутствует у беременных, которые вынашивают плоды с врожденными пороками развития. Беременные, которые прошли прегонцепционную подготовку, достоверно чаще ($p < 0,05$) владеют мутантной аллелью S1. Полученные результаты свидетельствуют об участии аллелей гена NAT2 в патогенезе врожденных пороков развития и позволяют рассматривать молекулярный скрининг аллелей NAT2 в качестве важного прогностического теста.

Ключевые слова: глутатион – S – трансфераза M1, N – ацетилтрансфераза 2, врожденный порок развития.

Реферат. І. В. Руденко. **АЛЕЛЬНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНІВ П ФАЗИ СИСТЕМИ ДЕТОКСИКАЦІЇ: ГЛУТАТІОН –S – ТРАНСФЕРАЗИ М1 ТА N – АЦЕТИЛТРАНСФЕРАЗИ 2 ПІД ЧАС ГЕСТАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ ПРИ ПРИРОДЖЕНИХ ВАДАХ РОЗВИТКУ В ОДЕСЬКОМУ РЕГІОНІ.** Дослідження проведені у вагітних з нормальним перебігом гестаційних процесів, у вагітних, у плодів яких діагностовані природжені вади розвитку і вагітних, які пройшли прегонцепційну підготовку. Для розрахунків брали лише гомозиготні делеційні генотипи (0/0) і гомозиготні +/- генотипи поліморфізму гена фермента GSTM1 та гомозиготні алелі прискореного метаболізму NAT2*4 (R/R), повільно ацетилюючих (S/S) S1, (S/S) S2, які досліджені методом полімеразної ланцюгової реакції. У гомозигот по нульовій алелі гена детоксикації ксенобіотиків GSTM1 у групі вагітних, які виношували плоди з ПВР та групі вагітних, які проходили прегонцепційну підготовку достовірних відмінностей не виявлено. У генотипів гена NAT2 повільно ацетилююча алель S2 достовірно ($p < 0,05$) присутня у вагітних, які виношують плоди з ПВР. Вагітні, які пройшли прегонцепційну підготовку достовірно частіше ($p < 0,05$) володіють мутантною алеллю S1.

Одержані результати свідчать про участь алелів гена NAT2 у патогенезі ПБР і дозволяють розглядати молекулярний скринінг алелів NAT2 у якості важливого прогностичного теста.

Ключові слова: глутатіон –S – трансфераза M1, N – ацетилтрансфераза 2, природжені вади розвитку.

Summary. I. V. Rudenko. **POLYMORPHISM OF ALLELES OF THE GENES II PHASES OF THE SYSTEM OF DETOXICATION: GLUTATION – S – TRANSFERASES M1 AND N - ACETYLTRANSFERASES 2 DURING GESTATIONAL PROCESSES AT THE INNATE TERATOSISS IN ODESSA REGION.** They have investigated pregnant women with normal course of gestational processes, pregnant whose fetuses had innate teratosiss and pregnant who were subjects to preconceptional preparation. For calculations they used only homozygous delicious (0/0) and homozygous +/- genotypes of polymorphism of gene of GSTM1 enzyme, homozygous alleles of accelerated metabolism of NAT2*4 (R/R), slowly acetylating (S/S) S1 and (S/S) S2, which have been investigated with polymerase chain reaction. They didn't find any reliable changes in homozygote with zero alleles in the group of pregnant bearing fetuses with innate teratosiss and in the group of pregnant subjected to preconceptional preparation at the study of polymorphism of xenobiotics of GSTM1 gene detoxication. Slowly acetylizing allele S2 of gene of NAT2 was reliably ($p < 0,05$) presented at pregnant bearing fetuses with innate teratosiss. Pregnant who were subjects to preconceptional preparation significantly more often ($p < 0,05$) had mutant allele S1. The results obtained testify that alleles gene of NAT2 take part in pathogenesis of innate teratosiss and allow to consider molecular screening of alleles NAT2 as an important prognostic test.

Keywords: glutation – S – transferases M1, N- acetyltransferases 2, innate teratosiss.

Вступ. Дослідження останніх десятиліть показали, що чутливість організму до дії агресивних факторів докільля залежить від активності ферментів системи детоксикації ксенобіотиків [1]. Активні проміжні електролітні метаболіти, які утворились з ксенобіотиків у наслідок дії ферментів I фази детоксикації, отруюють клітину і визивають мутації [2]. До ферментів II фази детоксикації відносяться глутатіон –S – трансферази та ацетилтрансферази [3].

Процес II фази детоксикації може перебігати з високою і низькою швидкістю. Низька генетична активність відповідних генів складає феномен генетичного поліморфізма ферментів, що метаболізують ксенобіотики [1]. Визначення делеційних алелів, які кодують ферменти II фази системи детоксикації (глутатіон –S– трансфераза M1 – відноситься до генного сімейства GST та NAT2 – N – ацетилтрансфераза), що проявляється зниженням / відсутністю їх функціональної активності, потрібно для вияснення патогенетичного значення поліморфізма у плані розвитку природжених вад (ПВ) [3].

Мета: Метою дослідження було визначення наявності експресії генів ферментів GSTM1 та NAT2 для виявлення асоційованої з генетичним поліморфізмом GSTM1 та NAT2 схильності до природжених вад розвитку (ПБР) шляхом вивчення співвідношення нормального (+/+) і нульового (0/0) генотипів гена GSTM1 та виявлення генотипів гена NAT2 з швидким та повільним ацетилюванням.

Матеріали та методи. Дослідження проведені у трьох репрезентативних групах вагітних, які входили до груп спостереження: контрольна група А – 15 вагітних з нормальним перебігом гестаційних процесів, група Б – 20 вагітних, у плодів яких діагностовані природжені вади розвитку і група В – 20 вагітних, які пройшли прекоцепційну підготовку. До уваги та для розрахунків брали лише гомозиготні делеційні генотипи (0/0) та гомозиготні +/- генотипи поліморфізма гена фермента GSTM1 та гомозиготні алелі прискореного метаболізму NAT2*4 (R/R), повільно ацетилюючої (S/S) S1, повільно ацетилюючої (S/S) S2.

Методика оснований на дослідженні підготовлених препаратів ДНК з венозної крові вагітних у кількості 5 мл, до якої добавляли 1 мл STE, 1/10 об'єму розчину SDS ЕДТА до концентрації 50мМ і протеїназу К до кінцевої концентрації 50 мг/мл. Інкубацію проводили при $t +37^{\circ}\text{C}$ протягом 12 годин. Потім суміш охолоджували, добавляли 1/10 об'єму 3 М розчину ацетата натрія і рівний об'єм хлороформа, м'яко екстрагували на качалці протягом

15-20 хв при 160 об/хв і центрифугували 10 хв при 8000 об/хв. Кількість виділених препаратів ДНК оцінювали методом електрофореза в агарозному гелі (система відеодокументації Imago) і спектрофотометрично (спектрофотометр MicroWave-X, Biotech). Реакцію ампліфікації проводили у об'ємі 20 мкл з відповідними праймерами на ампліфікаторі PRIMUS (MWG-biotech, Germany). За допомогою градієнтного блоку для ПЛР (Icycler, Bio – Rad) Відпрацьовані умови відпалювання і концентрація іонів Mg^{2+} для досліджуваних праймерів. Частота різних генотипів GSTM1 визначалась методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Ампліфікаційна суміш у об'ємі 20 мкл містила 5 пМ праймерів для GSTM1 – 5' – GAA-CTC-CCT-GAA-AAG-CTA-AAG-C-3'; 5'-GTT-GGG-CTC-AAA-TAT-ACG-GTG-G-3' та 5 пМ праймерів для NAN2 : 5'-GCT-GGG-TCT-GGA-AGC-TCC-TC-3'; 5'-TTG-GGT-GAT-ACA-NAC-ACA-CAA-GGG-3', 2 мкл 10x ПЛР буфера (500мМ трис-HCl, pH 8,8, 150 Мм $MgCl_2$, 2 мг/мл BSA), 1,0 мМ кожного dNTP і 1,0 од Taq - полімерази .Присутність нормального алеля (+) визначалось наявністю на електрофореограмі продукта ампліфікації молекулярною вагою 271 пар нуклеотидов. Відсутність відповідного фрагмента вказувало на гомозиготність індивідуума по делеційному алелю гена (генотип 0/0). Частота гомозиготи по нульовому алелю 0/0 GSTM1 в нормі складає 42,2-52,3% у європопуляції.

Поліморфізм гена NAT2 визначали за допомогою ПЛР – ПДРФ у двох поліморфних сайтах. ПЛР -фрагменти після ампліфікації обробляли ферментами рестрикції до відповідних позицій заміни нуклеотида: 481 – Kpn1, 590 – Taq 1 та проводили електрофорез у агарозному гелі для визначення молекулярної ваги фрагментів. У гена NAT2 S/S (алелі S1,S2) - генотип характеризується уповільненим ацетилюванням, а фенотип R/R з відсутністю делецій характеризується швидким ацетилюванням і поданий алелю NAT2 * 4. Його частота складає 23,4% у європопуляції.

Крім частоти поліморфізма, визначали величину співвідношення шансів (odds ratio, OR) – показник ,який показує ,у скільки разів можливість бути у групі хворих відрізняється від можливості бути у групі здорових пацієнтів . Формула $OR = (A/B) : (C/D)$, де А і В - % або абсолютне число носіїв нуль – генотипа і плюс – генотипа у групі хворих ,а С і D тіж ознаки у групі здорових пацієнтів.

Результати та їх обговорення. Результати визначення поліморфізма гена фермента GSTM1 представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Поліморфізм гена фермента GSTM1(n=55)

Генотипи	Групи					
	А (n=15)		Б (n=20)		В (n=20)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
+/+	5	33,3	7	35,0	9	45,0
+/0	2	13,3	3	15,0	4	20,0
0/0	8	53,3	10	50,0	7	35,0
Всього	15	100	20	100	20	100

У групі А частота нормальних гомозиготних алелей +/+ та гетерозиготних, де відсутність однієї нормальної зиготи компенсується іншою, нормальною, складає 7(46,7%). Гомозиготні делеційні алелі у групі А визначені у 8(53,3%). Дані показники не виходили за межі популяційних даних для європоїдної раси [3].

У групі Б сумарно частота нормальних гомозигот +/+ та гетерозигот +/0 складає 10(50,0%), делеційних гомозигот (0/0) - 10(50,0%). У групі В гомозиготні делеційні алелі 0/0 виявлені у 7(35,0%) випадках, гомозиготні нормальні алелі +/+ - у 9(45,0%). Достовірної різниці з контрольною групою не виявлено ($p > 0,05$).

У групі Б коефіцієнт $OR = (A/D) : (C/D) = (50,0 : 35,0) : (53,3 : 46,7) = 1,4 : 1,1 = 1,3$ раза. У групі В - $OR = (A/D) : (C/D) = (35,0 : 45) : (53,3 : 46,7) = 0,76 : 1,1 = 0,7$ раза .

Таким чином, одержані дані свідчать про відсутність суттєвого зв'язку поліморфізма по 0/0 алелям гена GSTM1 з наявністю ПБВ, а це означає що нульові алелі гена GSTM1 не є ведучим фактором ризику розвитку ПБВ.

2. Результати визначення поліморфізму гена фермента NAT2 представлені в таблиці

Таблиця 2

Поліморфізм гена фермента NAT2 (n=55)

Генотипи	Групи					
	А, n=15		Б, n=20		В, n=20	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
R/R	3	20,0	4	20,0	2	10,0
R/S	8	53,3	4	20,0	1	5,0
S/S (S1-481T)	4	26,7	12	60,0	17	85,0*
Всього	15	100	20	100	20	100
R/R	3	20,0	4	20,0	4	20,0
R/S	8	53,3	-	-	2	10,0
S/S (S2-590A)	4	26,7	16	80,0*	14	70,0
Всього	15	100	20	100	20	100

Примітка : * - $p < 0,05$ по відношенню до групи А .

Як показали проведені дослідження, у групі А алель прискороного метаболізму NAT2*4 (R/R) з відсутністю мутацій, що кодує фермент швидкого ацетилювання, складала 20,0% (серед європейців – 23,4% [2]). Мутагенна, повільно ацетилююча гомозиготна алель (S/S) S1, який визначається за допомогою фермента рестриктази Kpn 1 у позиції 481 С-Т та повільно ацетилююча гомозиготна алель (S/S) S2, що виявляється за допомогою рестриктази Taq 1, у контрольній групі А були характерними у 26,7% випадків кожна .

У групі Б частота повільно ацетилюючого алеля S2 складала 80,0%, а в групі В повільно ацетилюючого алеля S1 – 85% .Різниця у показниках по відношенню до групи А достовірна ($p < 0,05$).

У групі Б коефіцієнт OR для алеля S2 = $(A/D) : (C/D) = (80,0 : 20,0) : (26,7 : 20) = 4 : 1,3 = 3,1$ раза. У групі В - OR = $(A/D) : (C/D) = (85,0 : 10) : (26,7 : 20) = 8,5 : 1,3 = 6,5$ раза .

Висновки:

При вивченні поліморфізму гена детоксикації ксенобіотиків GSTM1 достовірних відмінностей не виявлено у гомозигот по нульовому алелю у групі вагітних, які виношували плоди з ПВР та у групі вагітних, які проходили пре концепційну підготовку.

Аналіз взаємовідношень генотипів гена NAT2 з швидким та повільним ацетилюванням виявив, що повільно ацетилюючий алель S2 з високою ступінню достовірності ($p < 0,05$) присутній у вагітних, які виношують плоди з ПВР. Вагітні, які пройшли пре концепційну підготовку достовірно частіше ($p < 0,05$) володіють мутантним алелем S1.

Одержані результати свідчать про участь алелів гена NAT2 у патогенезі ПВР і дозволяють розглядати молекулярний скринінг алелів NAT2 у якості важливого прогностичного теста, але потребують більш досконалого мультифакторного дослідження.

Література

1. Бажора Ю. И. Фармакогенетика: достижения и перспективы /Бажора Ю. И. – Одеса: Друк, 2003. - 140 с.
2. Геном человека и гены «предрасположенности» / В. С. Баранов, В. Е. Баранова, Т. Э. Иващенко, М. В. Асеев .- СПб.: Интермедика, 2000. – 272 с.
3. Glutathione S-transferase mu 1 and N- acetyltransferase -2 genetic polymorphisms and exposure to tobacco smoke in nonsmoking and smoking lung cancer patients and population control / F.Nyberg, S.M.Hou, K.Hemmiki [et al.]// Cancer Epidemiol.Biomarkers . Rev.- 1998. - Vol.7, № 10. - P. 875 – 883

*И. В. Шарапов***ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРИОДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ**

Одесский государственный медицинский университет

Реферат. И. В. Шарапов. **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРИОДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ.** Установлено, что в условиях применения криодеструктивного метода удаления гемангиом печени (25 пациентов) в послеоперационном периоде отмечается существенное снижение частоты развития таких осложнений как кровотечения, рецидив заболевания, а также формирование портальной гипертензии и признаков цирроза в сравнении с группой больных, которым выполняли резекции печени (21 пациент). Кроме того, в условиях криодеструкции отмечалось сокращение сроков пребывания в клинике (на 37,7%), а также сроков нормализации уровня билирубина в крови (на 40,7%).

Ключевые слова: гемангиома печени, криодеструкция, гепарэктомия.

Реферат. І. В. Шарапов. **ЕФЕКТИВНІСТЬ КРІОДЕСТРУКЦІЇ У ЛІКУВАННІ ГЕМАНГІОМ ПЕЧІНКИ.** Встановлено, що в умовах застосування кріодеструктивного метода видалення гемангіом печінки (25 пацієнтів) у післяопераційному періоді відмічене істотне зниження частоти розвитку таких ускладнень як кровотеча, рецидив хворювання, а також формування портальної гіпертензії й ознак цирозу у порівнянні з групою хворих, яким виконували резекції печінки (21 пацієнт). Крім того, в умовах кріодеструкції відмічалось скорочення строків перебування в клініці (на 37,7%), а також строків нормалізації рівня білірубіну в крові (на 40,7%).

Ключові слова: гемангіома печінки, кріодеструкція, гепаректомія.

Summary. Sharapov I. V. **EFFECTIVENESS OF CRYODESTRUCTION IN THE TREATMENT OF HEPATIC HEMANGIOMAE.** It has been established that cryodestruction of hepatic hemangioma (25 patients) the significant reduction of the frequency of complications (bleedings, relapses, portal hypertension formation and cirrhosis signs development) during postoperative period, as against with 21 patients having been operated on traditionally. Besides, under the conditions of cryoablation they registered shortening of staying in the hospital (by 37,7%), terms of blood bilirubin level normalization (by 40,7%).

Key words: hepatic hemangioma, cryodestruction, hepatectomy.

Вступление. Доброкачественные опухолевые поражения печени— гемангиомы, встречаются в 2,2-3,0% всех доброкачественных новообразований печени, а согласно данным аутопсий их частота составляет до 7,3% [1, 5]. Гемангиомы опасны развитием осложнений, среди которых спонтанный разрыв и внутрибрюшное кровотечение является наиболее тяжелым [2, 4]. Сама процедура удаления гемангиом также связана с развитием различных осложнений, в купировании которых важными являются особенности применяемой хирургической технологии [6]. Поэтому весьма актуальной проблемой является разработка методов диагностики и оперативного лечения гемангиом печени, минимизирующих риск формирования послеоперационных осложнений. Одним из возможных подходов в лечении опухолевых поражений печени является применение криодеструктивного воздействия [3].

Однако до настоящего времени сведения о его возможностях при лечении гемангиом печени являются недостаточными [3, 5].

Целью настоящего исследования явилось определение эффективности криодеструктивного метода удаления гемангиом на основе изучения характера и выраженности послеоперационных осложнений.

Материал и методы исследования. Проанализированы истории болезни 25 пациентов, у которых применяли традиционное хирургическое лечение и 21 пациента, которым проводилась криодеструкция. Мужчин - 13(28,3 %), женщин - 33 (71,7 %); возраст больных составил от 26 лет до 69 лет.

При постановке диагноза применяли УЗИ и КТ органов брюшной полости. Показаниями к хирургическому лечению служили развитие осложнений и быстрый рост гемангиомы с формированием нарастающего по выраженности болевого синдрома и нарушения лабораторных показателей функционального состояния печени. Для криохирургического лечения применяется установка «Криоэлектроника-4» (t-180^С, давление - 2,5 атм.). Время криогенного воздействия колебалось от 3 до 25 мин.

Результаты исследований и обсуждение. На дооперационном этапе у пациентов выявлялись осложнения, такие как кровотечения и кровоизлияния в окружающие ткани, гемобилия, нарушения со стороны свертывающей системы крови, которые проявлялись в тромбоцитопении, развитии петехиальных кровоизлияний в кожу пациентов. Нами накоплен клинический опыт применения разнообразных оперативных вмешательств при гемангиомах печени (Табл. 2).

Таблица 1

Осложнения гемангиом печени

Вид осложнения	Криодеструкция (n=25)	Традиционное лечение (n=21)
Внутрибрюшное кровотечение	-	1
Кровоизлияния в паренхиму печени	-	2
Кровоизлияние в окружающие органы – ПЖ, паранепанкреатическую клетчатку (ретроперитонеальное пространство)	1	2
Гемобилия	1	3
Абсцедирование гемангиомы (тромбоз и абсцедирование)	2	3
Нарушения свертывания крови (синдром синдрома Касабаха-Меррита)	3	4
Гепатомегалии, формирование цирроза печени	1	2
Желтуха и портальная гипертензия	2	5
Кишечная непроходимость	-	1

В подгруппе пациентов с криодеструкцией преобладали гемангиомы размерами около 3,0 см (60,0%), в то время как в подгруппе пациентов с традиционным лечением такой размер опухоли регистрировался у 52,4% (Рис. 1). Также большим числом в подгруппе с криодеструкциями были размеры гемангиом 3- 5 см (соответственно 28,0% и 19,0%). Опухоли размерами более 10 см оперировали в подавляющем большинстве случаев традиционным путем - вмешательства были выполнены у 4 пациентов, в том числе у одного с гигантской гемангиомой (19,0%), в то время как в подгруппе с криодеструкцией - у одного больного после предварительной эмболизации питающей артерии и выключения части ткани гемангиомы (4,0%) (Рис. 1). В послеоперационном периоде у пациентов, перенесших операции по поводу удаления гемангиом печени выявлено развитие осложнений, как в раннем, так и в отдаленном (6 месяцев с момента вмешательства) периодах (Рис. 2). В подгруппе больных, которым проводили криодеструкции, осложнения отмечались у 5 пациентов (20,0%). При этом в раннем периоде у двух больных отмечено внутриполостное кровотечение, абсцедирование, а в отдаленном периоде еще у двух возник рецидив гемангиомы, на фоне признаков формирования цирроза печени с портальной гипертензией и желтухой.

Таблица 2

Виды оперативных вмешательств у пациентов с гемангиомами печени

Объем хирургической помощи	Криодеструкции (n=25)	Традиционное лечение (n=21)
Резекция печени:		
Перитуморальная гепарэктомия	18	11
Лобулярная	7	5
Долевая/ Гемигепарэктомия	-	4
Криодеструкция	20	-
Криодеструкция и перевязка ветвей печеночной артерии и воротной вены	5	-
Селективная эмболизация сосудов, питающих опухоль (предоперационная подготовка)	1	2
Изолированная перевязка ветвей печеночной артерии и воротной вены	-	2
Применении полидоканолола (ПК) "Этоксисклерол" и фибринового клея "Тиссель" (ТС)	3	2
Прошивание ткани опухоли матрационным швом (кавернозные опухоли)	-	1
Склеротерапия	-	2

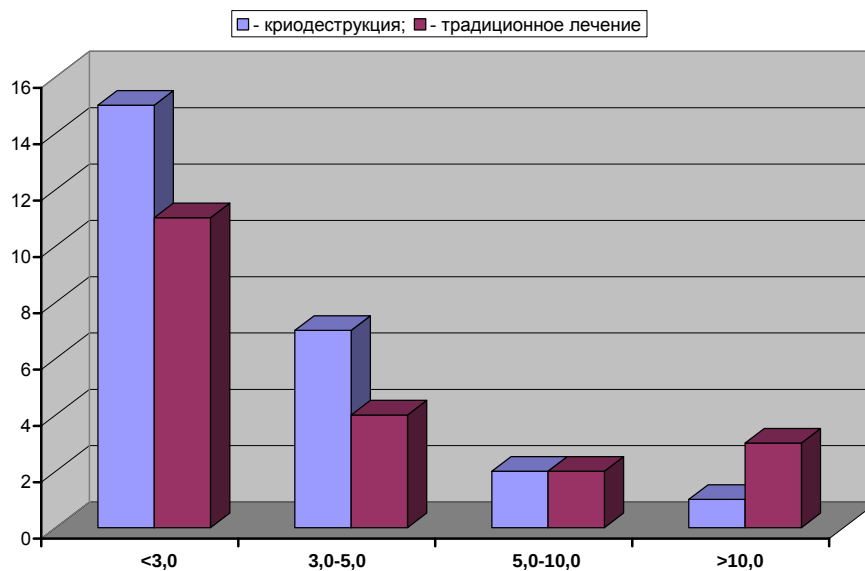


Рис. 1. Распределение в подгруппах пациентов гемангиом различного размера
 Обозначения: по оси абсцисс- абсолютное число пациентов;
 по оси абсцисс- размер гемангиом (в см).

В подгруппе пациентов с традиционными операциями по поводу гемангиом осложнения были у 9(42,8%). При этом наиболее часто отмечалось развитие кровотечений и гемобилия (Рис. 2). Частота таких осложнений как кровотечения, рецидив заболевания, а также формирование портальной гипертензии и признаков цирроза у больных с традиционным лечением встречались достоверно чаще, чем у пациентов с криодеструкцией гемангиом ($P<0,05$) (Рис. 2).

Таким образом, проведенные исследования показали, что хирургическое лечение с применением криовоздействия обеспечивает эффективное удаление гемангиом печени. При этом у пациентов регистрируется меньшее число осложнений в послеоперационном

периоде, улучшается течение периода послеоперационной реабилитации, о чем свидетельствуют как показатели субъективного состояния (болевой синдром), так и данные клинико-лабораторных обследований.

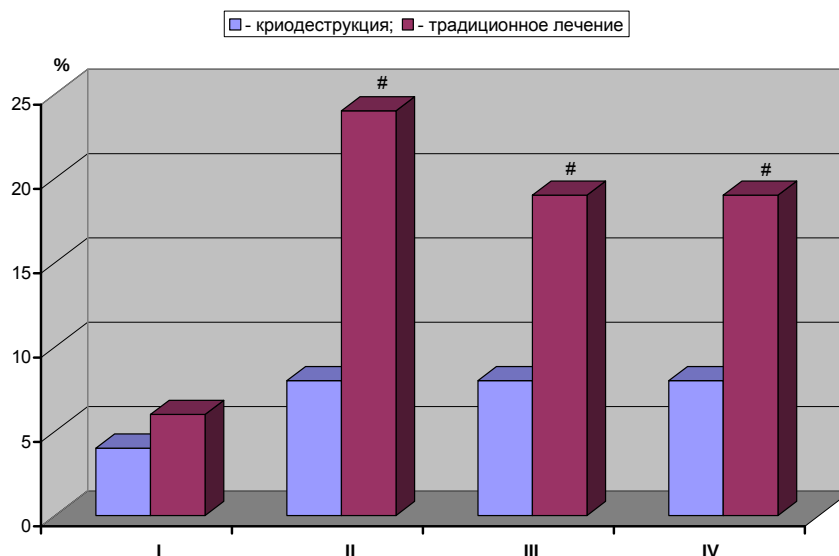


Рис. 2. Развитие осложнений в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу гемангиомы печени.

Обозначения: по оси ординат- число осложнений (в % по отношению к общему числу пациентов в группе);
по оси абсцисс- I- абсцедирование; II- кровотечение; III- рецидив заболевания; IV- желтуха, портальная гипертензия, цирротические изменения печени.
#- $P < 0,05$ в сравнении с подгруппой пациентов, которым осуществляли криодеструкцию гемангиомы.

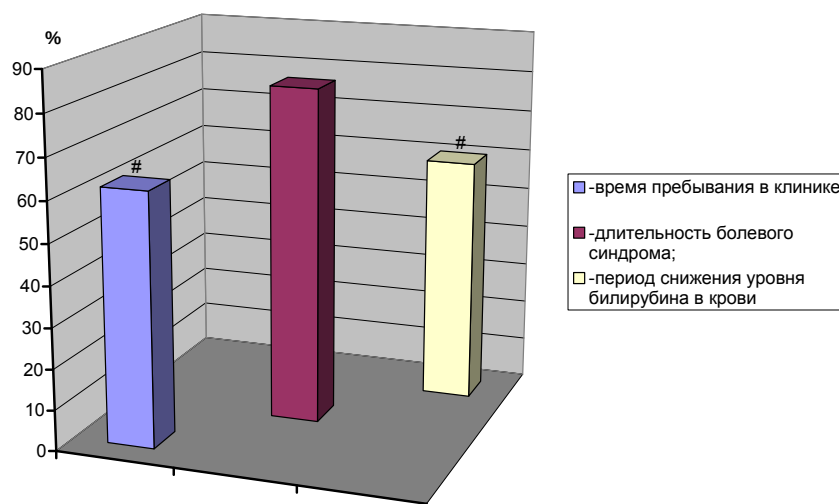


Рис. 3. Сравнительная клиническая эффективность криодекструкции гемангиом печени.

Обозначения: по оси ординат- исследуемый показатель в % по отношению к таковому, отмеченному в группе пациентов с традиционным хирургическим лечением гемангиом, принятая за 100%

#- $P < 0,05$ в сравнении с показателем в подгруппе с традиционным хирургическим лечением гемангиом.

Ведение пациентов с гемангиомами требует периодичности обследований с помощью КТ и МРТ. Желательно проведение оперативного вмешательства в том случае, когда в течение двух месяцев размер ткани опухоли увеличивается на 50% при опухолях исходного размера 3-5 см и на 30% при опухолях диаметром более 7 см. Однако, среди показаний к операции могут быть текущие клинические проявления - резкий болевой синдром, обусловленный тромбозом сосудов, появлении гемобилии. Перед проведением оперативного вмешательства весьма важным является контроль свертывающей системы крови, которая зачастую является недостаточной в связи с глубокими функциональными нарушениями со стороны печеночной паренхимы.

ВЫВОДЫ:

1. Криохирургическое лечение доброкачественных опухолей печени (гемангиом) снижает вероятность развития осложнений, как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде, повышает эффективность реабилитационного послеоперационного периода
2. Наиболее высокая эффективность криохирургического лечения отмечается в случае размера гемангиомы до 3- 5 см, что может исходно рассматриваться в качестве показания к проведению данного метода лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев А.Г. Диагностика и хирургическое лечение гемангиом печени (Обзор литературы) //Хирургия.- 1990.- № 6. - С. 135-140.
2. Вишневский В.А., Чжао А.В., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А., опухолями печени // Российский гастроэнтерологический журнал. - 1997.- № 2.- С. 35 - 43.
3. Запорожченко Б.С., Мищенко В.В., Зубков О.Б., Назаров Н.В., Качанов В.Н., Велюра О.В. Криодеструкция в комплексном лечении очаговых образований печени» // Хирургия Украины.- 2004.- №4.- С.13-17
4. Чикотеев С.П., Агрызков А.Л. Показания к операции и выбор хирургической техники при гемангиомах печени // Анналы хирургической гепатологии. - 1996.- № 1 (Приложение).- С. 262 - 263.
5. Weimann A., Burckhardt R., Klempnauer J., Lamesch P., Gratz K.E., Procop M., Muschek H., Tusch G., Pichlmayr R. Benign Liver Tumors: Differential Diagnosis and Indications for Surgery// World J. Surg.- 1997.- Vol. 21.- P. 983-991.
6. Gagner M., Rogula T., Selzer D. Laparoscopic liver resection: benefits and controversies//Surg. Clin. N. Am.- 2004.- Vol.84.- P.451- 462.

КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА РАК ТОВСТОЇ КИШКИ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Одеський державний медичний університет
Одеський обласний онкологічний диспансер

*Я маю право: бути прийнятим з повагою гідністю, а
мої фізичні, емоційні, духовні, соціальні та психологічні
потреби повинні сприйматися серйозно
і не без відповіді, незалежно від прогнозу хвороби,
все моє життя, одержувати підтримку й інформацію,
щоб допомогти мені розуміти моє захворювання,
а також підтримку для моєї сім'ї та друзів...
Декларації прав онкологічних хворих, 1991р.*

Реферат. С. Г. Бугайцов, А. О. Машков **КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.** В статье рассматриваются сложные вопросы взаимоотношений между врачом-онкологом и больным раком толстой кишки. В статье также подробно описываются психосоматические расстройства у больных раком толстой кишки на этапах лечения и после выписки из стационара. Авторами разрабатывается новая программа комплексной реабилитации для купирования психосоматических расстройств и улучшения качества жизни у больных раком толстой кишки.

Ключевые слова: комплексная реабилитация, психосоматические расстройства, рак толстой кишки, качество жизни.

Реферат. С. Г. Бугайцов, А. О. Машков **КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА РАК ТОВСТОЇ КИШКИ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ.** У статті розглядаються складні питання взаємовідносин між лікарем-онкологом і хворим на рак товстої кишки. У статті також детально описуються психосоматичні розлади у хворих на рак товстої кишки на етапах лікування і після виписки зі стаціонару. Авторами розробляється нова програма комплексної реабілітації для усунення психосоматичних розладів і поліпшення якості життя у хворих на рак товстої кишки.

Ключові слова: комплексна реабілітація, психосоматичні розлади, рак товстої кишки, якість життя.

Summary. S. G. Bugaitsov, A. A. Mashukov **A COMPREHENSIVE PROGRAM OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH COLON CANCER WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS.** The article deals with complex issues of relationships between oncologists and patients with colon cancer. The article also details the psychosomatic disorders in patients with colon cancer at stages of treatment and after discharge from the hospital. The authors developed a new program of comprehensive rehabilitation to relief psychosomatic disorders and improve the quality of life in patients with colon cancer.

Key words: complex rehabilitation, psychosomatic disorders, colon cancer, quality of life.

Актуальність проблеми. Рак товстої кишки (РТК) в Україні, як й в інших країнах світу має тенденцію к постійному зростанню захворюваності та смертності, займає четверте місце по цим показникам серед всіх злоякісних пухлин. Так, по Україні кількість хворих на РТК в абсолютних цифрах складає 9430 чоловік, а на 100 000 населення — 20,3 (2007р.). При цьому кількість хворих на РТК приблизно однаково серед чоловічого та жіночого населення. Смертність от РТК в нашої країні в абсолютних цифрах складає 5582, а на 100 000 населення — 12,0 (2007р.) [2,3]. Так, за останні 10 років в Україні серед чоловічого населення рівень захворюваності на РТК зрос на 42%, а середньорічний темп зростання склав 4%; серед жіночого населення — 6% та 0,5% [2,4]. Рівень захворюваності та смертності от РТК населення Одеського регіона один з найбільш високих в Україні. Так, захворюваність на РТК в Одеському регіоні в абсолютних цифрах склав 641 чоловік, а на 100 000 населення — 21,9 (2007р.). Смертність от РТК в Одеському регіоні в абсолютних цифрах склала 352, а на 100 000 населення — 14,8 (2007р.) [3].

Необхідно підкреслити, що захворюваність на РТК в промисловорозвинених країнах світу (Північна Америка, Західна Європа, Австралія) з високим рівнем доходів населення досягла максимально високих цифр та вийшла на друге місце, уступаючи тільки раку молочної залози. Серед населення Північної Америки смертність от РТК займає також друге місце, уступаючи тільки смертності від рака легень [2].

Діагноз “рак” завжди викликає асоціацію з вироком до смерті. Загальноприйнятою є думка, що хворому не слід говорити правди про наявність злоякісної пухлини. Однак чому загальноприйнятою? Хто прийняв таке рішення? Гуманізм такого кроку вельми диспутабельна, адже нікому не дано права розпоряджатися чужим життям. Ніким не доведено і не перевірено шкідливість чесної розмови з хворим. А от шкідливість таємних переговорів, шепотіння з його родичами справді очевидна, тому що людину позбавляють її законного права знати правду про свою хворобу й долю. Інша справа, що лікарю-онкологу необхідно враховувати особистість кожного конкретного хворого та його оточення для того, щоб не задавати йому зайвої травми [5].

Як поліпшити якість життя хворого на рак товстої кишки? Якість життя — це сукупність об’єктивних та суб’єктивних характеристик, що відображають ступінь фрустрованості, рівень побутової і трудової активності, фізичне та сексуальне благополуччя [6,7]. Існує серед вчених думка, що під час лікування хворих на рак товстої кишки слід керуватися можливістю не тільки подовження тривалості життя, але й його якості.

Основою поліпшення якості життя хворого на рак товстої кишки із психосоматичними розладами є психічна, фізична і соціально-трудова реабілітація [1]. Реабілітаційні заходи, що входять до складу комбінованого (хірургічне, променеве, хімотерапевтичне, імунотерапія), хворих на рак товстої кишки із психосоматичними розладами, поліпшують психичний і фізичний статус пацієнтів, допомагають поверненню їх додому, після виписування зі стаціонару, психічно і фізично здоровими, здатними активно протистояти труднощам життя.

Нині питання психічної, фізичної і соціально-трудової реабілітації хворих на рак товстої кишки із психосоматичними розладами стали не тільки медичною, але й у цілому народногосподарською проблемою [8].

Шляхи розвитку та удосконалення методів реабілітації, що входять до складу комбінованого та комплексного лікування онкологічних хворих (і раком товстої кишки) із психосоматичними розладами, є однією з найважливіших задач психосоматичної медицини.

Один із найкрупніших фахівців в галузі психосоматичної медицини професор Б. Любан - Площа вважає, що комплексне лікування і психологічна корекція онкологічних хворих із психосоматичними розладами (у тому числі хворих на рак товстої кишки) повинні відбуватися “пліч-о-пліч”. Без спрямованого психологічного впливу лікування хворих на рак товстої кишки неможливе. Психологічна корекція таких хворих із психосоматичними розладами допомагає зняти психічну напругу, пов’язану з хворобою [9]. Однак психічне напруження може тривати довго. А, як відомо, можливості захисних систем організму не безмежні. Організм онкологічного хворого, що страждає від внутрішнього конфлікту, не має психологічного захисту. Він захищається від надмірного психічного напруження на соматичному рівні. Онкологічні захворювання — це драматична реакція на тяжке, тривале незадоволення, спричинене гострою психотравмою [10]. Онкологів, що займаються

проблемою онкологічних захворювань (включаючи рак товстої кишки) часто дивує, чому у конкретного хворого за наявності, здавалося б, добрих прогностичних факторів результат виявляється несприятливим? Це багато в чому залежить від психоемоційного настрою хворого на рак товстої кишки. В процесі спеціального лікування психологічна реакція пацієнта на своє захворювання змінюється [11]. Перший етап лікування – це етап діагностики, який розпочинається при першому відвідуванні хворим лікаря-онколога. Однак психологічні зміни з'являються задовго до цього. У багатьох хворих психологічні розлади – депресія, безсоння передують клінічній. Коли у хворого на рак товстої кишки діагностується злоякісне новоутворення цієї локалізації, первинна реакція на це – страх. Страх перед невизначеністю свого стану, панічна думка, що він смертельно хворий, побоювання не тільки за своє життя, але й за життя близьких, особливо дітей, поєднуються у багатьох хворих зі стійкою агнозією, яка виникає як механізм психологічного захисту [12]. Саме страх про загрозу для його життя утримував багатьох хворих від своєчасного звертання до лікаря. Тривале перебування у стресовій ситуації призводить до розвитку невротичної реакції – безсоння, дратівливості, зниження працездатності, іпохондрична фіксація на власних відчуттях.

Діагностичний етап є найбільш психотравмуючим. Психопатичні синдроми, які можуть спостерігатися у хворих на рак товстої кишки на цьому етапі, відповідають преморбідним особливостям особистості. Для купірування психіатричної симптоматики можливе використання медикаментозної психотропної терапії (транквілізатори, антидепресанти).

На діагностичному етапі лікарю також необхідно використовувати психотерапевтичну бесіду: заспокоїти, підбадьорити, надихнути віру в успіх лікування, розсіяти побоювання.

Наступний етап - госпіталізація в лікувально-профілактичний заклад онкологічного профілю. При цьому у хворих на рак товстої кишки відбувається деяке зниження інтенсивності переживань у зв'язку з тим, що вони бачать роботу кваліфікованих лікарів, які роблять все, щоб допомогти їм, і це сповнює їх впевненістю. Передопераційний періодовідомлення дати операції до переходу в операційний блок. Відзначається зростання інтенсивності переживань, властивих особистості до госпіталізації, до ступеня, перевищуючого рівень переживань на етапі діагностики.

При повідомленні дати операції у деяких хворих виникає негативне ставлення до неї. У цей період можуть з'явитися думки про відмову від операції, недосконалість діагностики, можливість інших методів лікування.

Великий вплив на розвиток подібних переживань справляє знайомство з вже прооперованими пацієнтами, в яких можуть бути незадовільні функціональні наслідки операції [9].

У онкологічному стаціонарі потрібно зняти тривогу, зменшити депресивний фон перед операцією.

Психотерапію краще проводити на фоні введення транквілізаторів, антидепресантів. Найбільш ефективною є розслабляюча психотерапія з сугестивним компонентом [13].

У післяопераційному періоді різко знижується ступінь виразності всіх негативних переживань.

Для багатьох хворих операція є своєрідним рубежем, за яким, на їхню думку, повинна початися цілком сприятлива ситуація. З психопатологічних синдромів переважають апатичний та астеничний, що зумовлено спадом психічного напруження після тривалої стресової ситуації.

У післяопераційному періоді провідним методом є активуюча психотерапія, спрямована на піднесення життєвого тону хворих. Домінуючою є раціональна психотерапія з аутогенним тренуванням. Важливим моментом є групова психотерапія, де у групі повинні бути тільки хворі на рак товстої кишки. У групі мають бути лідери, що задають загальний тон заняттям, надихають інших своєю вірою в одужання [13].

Наступний етап лікування – етап виписування зі стаціонару. Хворі відчувають полегшення, коли після переживань вони, нарешті, йдуть додому. У деяких хворих відзначаються ейфоричні прояви. Однак цей етап характеризується й безліччю негативних емоцій. По-перше, при виписуванні з онкологічної клініки хворий на рак товстої кишки

одержує інформацію про взяття на облік у онкологічному диспансері, багато хворих отримують рекомендації щодо проведення додаткового променевого, хіміотерапевтичного лікування. Для багатьох хворих це є непрямом ознакою злоякісного процесу. По-друге, виписування з онкологічної клініки – переломний етап у житті хворого, тому що він має повернутися у соціум, в якому жив до радикального лікування, але вже в новій якості.

Катамнестичний етап – тривалий відрізок часу після виписування зі стаціонару, під час якого виявляється досить багато негативних переживань та страждань. У багатьох хворих розвивається депресія різного ступеня вираження. Самостійні звертання за психіатричною допомогою бувають дуже рідко, незважаючи на велику потребу в ній.

На катамнестичному етапі у багатьох хворих відзначається депресія, що триває довгі роки. Вона може посилюватися а'дювантною хіміотерапією, незважаючи на те, що хіміотерапевтичні препарати не мають безпосередньої психотропної дії. В зв'язку з цим у деяких випадках скорочують термін проведення ад'ювантної хіміотерапії з метою зменшення депресії й покращення якості життя.

У деяких хворих на рак товстої кишки спостерігається зміна мотиваційної сфери, звуження кола актуальних мотивацій, сповнення їх новим змістом. Те, що раніше радувало, втрачає свою привабливість, позбавляється змісту. Хворі стають більш байдужими, обмежуються контакти з оточуючими людьми. Назважаючи на неоднозначність наявних відомостей, відзначено, що соціальний стрес зменшує, а соціальна залученість збільшує виживання хворих на рак товстої кишки. Є відомості про успішність психотерапевтичного впливу при лікуванні онкологічних захворювань, що пов'язують із впливом психіки на стан ендокринної системи і на перебіг імунних реакцій цих синдромів [14].

Для лікування психопатологічних синдромів і у цьому періоді повинні застосовуватися раціональна психотерапія, аутогенне тренування.

Участь у загальнокорисному труді – один із критеріїв якості життя. Вченими були розроблені різні програми відновлюваного лікування для онкологічних хворих зі злоякісними пухлинами різних локалізацій, які містять психологічну корекцію (психотерапію і психофармакотерапію) і лікувальну фізкультуру.

Метою даної роботи є поліпшення якості життя хворих на рак шляхом розробки нової комплексної програми реабілітації для хворих на рак товстої кишки, яка включає в себе психологічну корекцію (інтергративну психотерапію антидепресантами із групи селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (золофт, ципраміл, феварін) і транквілізатори (фенозепам, тазепам, еленіум та інші), лікувальну фізкультуру (гігієнічна гімнастика, щадна ходьба), фізіотерапію (озонотерапія), кліматотерапію (аеротерапія, таласотерапія), мінеральні води (Поляна Квасова, Поляна Купіль, Свалявська, Моршинська тощо) і фітотерапію.

Таким чином, психологічна, фізична, соціальна та трудова реабілітація є основою покращення якості життя хворих на рак товстої кишки із психосоматичними розладами.

Розробка і вдосконалення програм комплексної реабілітації хворих на рак товстої кишки не менш важливі, ніж удосконалення методів їх профілактики, діагностики та лікування. Хворі повинні отримати можливість жити, зберігаючи гідність, самоповагу, а не просто існувати.

Список літератури

1. Справочник по онкологии // Под ред. С.А.Шалимова, Ю.А.Гриневича, Д.В. Мясоедова. – К. :Здоров'я, 2008. – С. 458 - 468.
2. Лекции по клинической онкологии / Под общей ред. Г.В. Бондаря, С.В.Антиповой. – Луганськ: ОАО “Луганская областная типография”, 2009. - С. 247 - 248.
3. Рак в Украине, 2006-2007 (захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби) / І.Б. Щепотін, З.П. Федоренко, Л.О. Гуляк // Бюл. Національного канцер-реєстру України № 9. - К., 2008. - С. 23 -24
4. Лекції з клінічної онкології / За ред. Г.В.Бондаря. - Т.1. – Донецьк: ТОВ “Цифрова типографія”, 2006. - С. 155 - 156.
5. Возный Э.К., Малова Ю.В. Индивидуально-психологический подход в комплексном лечении онкологических больных // Вопр. онкологии . – 1999. – Т.45, № 2. – С. 202 - 204

6. Fetting I.H. Identifying and treating psychiatric disorders in Cancer patients // *Geriatrics*. – 1982. – Vol.37, №9 – P. 95 - 104
7. McDonald B.H. Quality of life in cancer care: patients experiences and nurses contribution // *Europ I. Oncol. Nursing*. – 2001. – Vol.5, №1. – P. 32 - 41.
8. Реабилитация онкологических больных // В.Н.Герасименко, Ю.В.Артюшенко, А.Т.Адмиралсанов и др.// Под ред. В.Н.Герасименко – М.: Медицина, 1988 – 430 с.
9. Дрінгс П. Онкологічний хворий із несприятливим прогнозом // Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря // Б.Любан- Плоцца, В.Пельдингер, Ф. Крегер, К.Ледерах-Гофманн. – К., 1997. – С. 249 - 258
10. Балицкий К.П., Шмалько Ю.П. Стресс и опухолевый процесс // *Эсперим. онкология*. – 1983. – №1. – С.7-14
11. Бажин Е.Ф., Цейпина Г.П. Самооценка онкологических больных и уровень их психологической адаптации // *Психологическое обеспечение психического и физического здоровья человека*. – М.: Медицина, 1989. – 399 с.
12. Авруцкий Г.Я. Недува А.А. Лечение психических больных – М.: Медицина, 1988. – 528 с.
13. Слободяник А.П. Психотерапия (внушение, гипноз). – К.: Здоров'я, 1978. – 442с.
14. Психотерапия помогает лечить рак // *Мир науки: Сборник статей*. – М.: Профиздат, 1991. – 32 с.

УДК 616.71-089.001.5-718.66-728.46

Е. В. Кулаженко, С. А. Варзарь

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ НАРУЖНОЙ ЛОДЫЖКИ И ДИСТАЛЬНОГО МЕЖБЕРЦЕВОГО СИНДЕСМОЗА

Одесский государственный медицинский университет

Реферат. Е. В. Кулаженко, С. А. Варзарь **ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ НАРУЖНОЙ ЛОДЫЖКИ И ДИСТАЛЬНОГО МЕЖБЕРЦЕВОГО СИНДЕСМОЗА.** В настоящей статье авторы описывают особенности лечения названной патологии у пациентов различного возраста, подробно рассматриваются показания и особенности хирургического лечения, ведения после операционного периода, особенности применения ЛФК, физиотерапии и проч. Представлены результаты лечения и наблюдения 43 больных за пять лет (2004 – 2009). Предложенные методики позволяют сократить сроки лечения, улучшить исходы и повысить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: наружная лодыжка, дистальный межберцовый синдесмоз, повреждение.

Реферат. Є. В. Кулаженко, С. О. Варзарь **ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ ЗОВНІШНЬОЇ КІСТОЧКИ ТА ДІСТАЛЬНОГО МЕЖБЕРЦЕВОГО СИНДЕСМОЗА.** В статті автори описують особливості лікування названої патології у пацієнтів різного віку, докладно розглядаються показання і особливості хірургічного лікування, ведення після операційного періода, особливості застосування ЛФК, фізіотерапії та інш. Наведені результати лікування й спостереження 43 хворих за п'ять років (2004 – 2009). Запропоновані методіки дозволяють скоротити строки лікування, покращити результати й підвищити якість життя пацієнтів.

Ключові слова: наружна кісточка, дистальний межберцевий синдесмоз, пошкодження.

Summary. Ye.V. Kulazhenko, S. A. Varzar **THE TREATMENT OF LATERAL MALLEOLUS AND DISTAL INTERTIBIAL SYNDESMOSIS DAMAGES.** In the article presented the authors share their experience in the treatment of the patients of different age groups with damages of lateral malleolus and distal intertibial syndesmosis, peculiarities of their surgical treatment, and special care during the period after operation. The authors widely use several instruments of their own design. The techniques offered allow to shorten the treatment time and improve quality of life of the patients.

Key words: lateral malleolus, distal intertibial syndesmosis, damage.

Актуальность исследования обусловлена значительным распространением данной патологии, отсутствием стандартизированных, эффективных образцов лечения, социальными проблемами, которые возникают у больных в послеоперационном периоде, а именно снижение уровня качества жизни, социальной дезадаптации, нарушением и потерей трудоспособности [1]. В развитии учения о повреждении голеностопного сустава условно можно выделить несколько направлений: клиническое, экспериментальное, клинорентгенологическое, консервативное и оперативное лечение. Повреждение капсульно-связочного аппарата встречаются при 42% повреждений голеностопного сустава, хотя некоторые авторы полагают, что процент этот намного выше, потому что при нормальной рентгенологической картине часто в суставе имеют место повреждения связок. Одним из трудных осложнений при переломах дистального отдела костей голени есть повреждения межберцевого синдесмоза, на долю которого приходится от 12 до 37% всех повреждений элементов голеностопного сустава (ГСС). При подобных повреждениях восстановления дистального межберцевого сочленения не всегда происходит с сохранением его туго эластичных свойств и необходимого объема движений, что приводит к развитию синостоза или наоборот, нестабильности и является причиной значительных нарушений биомеханики ГСС.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с переломами лодыжек голени в сочетании с повреждением дистального межберцевого синдесмоза путем разработки фиксатора и устройства для оперативного лечения указанных повреждений.

Объект исследования - голеностопный сустав и дистальный межберцевый синдесмоз в норме и при острых повреждениях.

Материалом для исследования стали результаты обследования и лечения 43 пациентов, с переломами латеральной и/или медиальной лодыжек голени (до 5 суток) в сочетании с повреждением дистального межберцевого синдесмоза (табл.1, 2), которые находились на обследовании и лечении с 2004 по 2009 года на клинической базе кафедры травматологии и ортопедии Одесского Государственного медицинского университета МОЗ Украины (отделений травматологии и ортопедии Одесской городской клинической больницы № 11).

Методы исследования. Клиническое обследование; объективная, субъективная оценка функции голеностопного сустава и оценка качества жизни больных; рентгенологическое исследование, компьютерная томография.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу

Пол больных	Возраст больных (полных лет)						
	18-30	31-40	41-50	51-60	61-70	Всего	
						абс.	%
Мужчины	5	10	6	4	2	27	63,0%
Женщины	3	5	3	3	2	16	37,0%
Всего: абс.	8	15	9	7	4	43	
%	18,0%	35,0%	21,0%	16,0%	10,0%	-	100%

Таблица 2

Распределение больных по типу повреждения (по классификации АО/ASIF)

Тип перелома по АО		Повреждение синдесмоза					
		Полное повреждение ДМБС		Неполное повреждение ДМБС		Всего	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
В	B1	3	22	11	27,5	14	32,5
	B2	4	28,5	12	30	16	37
	B3	4	28,5	2	5	6	14
	Всего	11	79	25	62,5	36	83,5
С	C1	1	7	3	7,5	4	9
	C2	2	14	1	2,5	3	7,5
	C3	-	-	-	-	-	-
	Всего	3	21	4	10	7	16,5

При формировании клинических групп нами выделялись пациенты с повреждениями лодыжек и дистального межберцового синдесмоза, которое определялось по результатам рентгенометрического исследования (таб. 2). Поскольку при подсиндесмозных переломах косточек (тип 44 А по классификации АО), которые имеют аддукционно-внутренне ротационный механизм возникновения, повреждение дистального межберцового синдесмоза не происходит - больных с данным типом повреждения мы не включали в группу наблюдения.

Нами определены следующие показания к выполнению оперативного лечения переломов лодыжек и повреждений дистального тибιοфибулярного сочленения.

1. Переломы типа 44 А1, по классификации АО, со смещением обломков свыше 1,5-2 мм, а также все переломы 44 А2 и 44 А3, поскольку они характеризуются нестабильностью ГСС.

2. Перелом типа 44 В1 - перелом латеральной лодыжки (малоберцовой кости) со смещением отломков свыше 1-1,5 мм, имеющий ротационное смещение, смещение под углом, а также укорочением малоберцовой кости свыше 2 мм.

3. Переломы типа 44 В2 и 44 В3 со смещением отломков, которые характеризуются следующими рентгенометрическими критериями:

- неравномерностью суставной щели;
- клиновидностью горизонтальной щели голеностопного сустава свыше 2 мм (+ 1,50°);
- увеличением внутреннего таранного пространства свыше 4 мм;
- смещением отломков свыше 2 мм;
- наличием любой степени ротационного смещения отломков.

4. Переломы типа 44 С1 - переломы малоберцовой кости выше уровня дистального синдесмоза, которые характеризуются смещением обломков свыше 2 мм, нарушением симметричности суставной щели.

5. Переломы типа 44 С2 и 44 С3 (перелом Меззонева), что характеризуются следующими рентгенометрическими критериями:

- неравномерностью суставной щели или клиновидностью ее свыше 2 мм (+ 1,50°);
- увеличением медиального таранного пространства свыше 4 мм;
- смещением обломков свыше 2 мм;
- наличием любой ступени ротационного смещения обломков;
- уменьшение талокрурального угла меньше 80°, и увеличение угла наклона таранной кости свыше 1,50°;
- признаки частичного или полного повреждения связок дистального тибιοфибулярного сустава.

6. Переломы заднего края большеберцовой кости, которые наблюдаются при переломах 44 А3, 44 В3, 44 С3, а также изолированные, что характеризуются шириной свыше 25-30% сагитального размера суставной поверхности большеберцовой кости и наличием смещения свыше 2 мм или любого ротационного смещения.

7. Частичное повреждение дистального тибιοфибулярного сустава, который наблюдается при переломах типа 44 В1 и 44 В2 по классификации АО, когда плоскость перелома проходит в пределах межберцового синдесмоза (низкие переломы Дюпюитрена) и характеризуется разрушением передней тибιοфибулярной связки и иногда собственно межкостного синдесмоза. Также частичное повреждение наблюдается при переломах типа 44 В3, что характеризуются наличием дополнительного перелома заднего края большеберцовой кости (или отрывом задней тибιοфибулярной связки). При этом определяются следующие рентгенометрические признаки:

- межберцовое расстояние меньше или достигает 5 мм и характеризуется неравномерностью;
- тибιοфибулярная суперпозиция составляет 8-10 мм;
- ширина „гнезда“ голеностопного сустава достигает верхнего предела нормы или больше (6 мм и больше).

8. Полное повреждение дистального тибιοфибулярного сустава, который наблюдается при переломах типа 44 С (надсиндесмозных переломах) и характеризуется разрушением передней, задней и собственно межкостных связок дистального синдесмоза голени на всем их протяжении, а также разрывом межкостной мембраны голени в нижней трети (типичные переломы Дюпюитрена) или на всем ее протяжении (перелом Меззоннева).

Это наиболее сложный тип переломов, при которых определяются следующие рентгенометрические признаки:

- межберцовое расстояние неравномерное, больше 5 мм;
- тибιοфибулярная суперпозиция составляет меньше 8 мм;
- ширина „гнезда“ голеностопного сустава преобладает верхней границы нормы (свыше 6 мм), наблюдается широкое расхождение костей голени на уровне дистального синдесмоза

Техника оперативного вмешательства при разных типах повреждения

Последовательность действий при выполнении оперативного вмешательства у больных с переломами лодыжек голени и повреждением дистального синдесмоза голени определяется необходимостью первоочередного восстановления ключевого элемента голеностопного сустава. Оперативное вмешательство начинается из ревизии главных стабилизирующих элементов голеностопного сустава. На первом этапе выполняется ревизия медиального отдела сустава (устанавливается характер расположения костных отломков, выполняется удаления ущемленных мелких костных фрагментов, устранение интерпозиции мягких тканей, фрагментов дельтовидной связки). Следующим этапом, из латерального доступа выполняют ревизию латеральной лодыжки (малоберцовой кости) и оценивают состояние дистального межберцового синдесмоза. Остеосинтез костных обломков и восстановления связочных структур начинают в обратном порядке. Как отмечалось выше, ключом данного сустава является малоберцовая кость или латеральная лодыжка, с которой и начинают остеосинтез. После точного восстановления формы и длины малоберцовой кости и ее стабильной фиксации, при наличии показаний выполняется оперативное восстановление поврежденного дистального межберцового сочленения. Особое внимание нами уделено именно проблеме восстановления структуры и функции ДМС, учитывая нерешенность этого вопроса, а также чрезвычайную важность сохранения физиологического объема движений в нем. Нами разработано, обосновано и введено устройство для оперативного лечения повреждений дистального ДМС (Рис. 1). Также разработано устройство для профилактики развития такого осложнения, как синостезирование, что обуславливает дальнейшее быстрое прогрессирование дегенеративных изменений в суставе (Рис.2).

Разработанное нами устройство для оперативного лечения повреждений дистального тибιοфибулярного сочленения (динамический винт) применяется как при полных так и при частичных повреждениях данного сустава. В первом случае, при переломах типа 44 С по классификации АО/ASIF, когда повреждены передняя, задняя межберцовые связки, собственно межкостные связки синдесмоза, а также дистальный отдел межкостной мембраны голени, разработанное устройство играет главную роль в

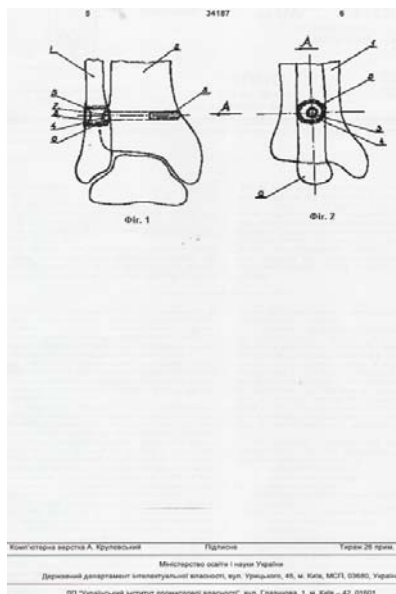


Рис. 1. Устройство для оперативного лечения повреждений дистального межберцового синдесмоза («динамический винт»). - Декларационный патент Украины № 34187 U от 25.07.2008



Рис. 2. Устройство для сохранения физиологических соотношений берцовых костей при оперативном лечении повреждений дистального межберцового синдесмоза («щуп»). - Декларационный патент Украины № 34188 U от 25.07.2008

обеспечении восстановления структуры и функции синдесмоза и сохранении оптимального объема движений в нем в начальные сроки после оперативного лечения. В втором случае, когда наблюдается повреждения преимущественно при так называемых низких Дюпюитреновских переломах (тип 44 В по классификации АО/ASIF), разработанный нами устройство обеспечивает разгрузку зоны швов после восстановления передней и/или задней межберцовых связок. При этом, его преимуществом перед так называемым позиционным блокирующим винтом, который применяется согласно методики АО, - это сохранение физиологической подвижности между костями голени на уровне синдесмоза в послеоперационном периоде, а также отсутствие необходимости в его удалении перед началом осевой нагрузки на конечность. Кроме того, разработанное нами устройство для сохранения физиологических соотношений берцовых костей при оперативном лечении (щуп) позволяет предупредить чрезмерную компрессию их при фиксации синдесмоза, при этом обеспечивая оптимальную конгруэнтность в суставе и профилактику посттравматического остеоартроза.

В последнюю очередь выполняют остеосинтез медиальной лодыжки или восстановления дельтовидной связки при её повреждении. При наличии показаний, первоочередно выполняют устранение заднего вывиха (подвывиха) стопы и остеосинтез заднего края большеберцовой кости при необходимости. Оперативное вмешательство проводится под наркозом или проводниковой анестезией в положении больного на спине. После двукратной обработки операционного поля раствором антисептика и изоляции стерильным материалом, в средней трети бедра накладывают гемостатический жгут и начинают оперативное вмешательство.

Техника остеосинтеза малоберцовой кости (латеральной лодыжки). Доступ к обломкам латеральной лодыжки - переднелатеральный. Кожа и подкожножировая клетчатка рассекаются вдоль переднего гребня малоберцовой кости от места, которое расположено на 2-2,5 см выше места перелома, к вершине латеральной лодыжки. Разрез огибает лодыжку спереди и составляет 6-10 см в длину. Собственную фасцию голени пересекаем по переднему краю короткой малоберцовой мышцы от верхнего угла кожного

разреза к уровню основы косточки. На самой лодыжке фасция не пересекается с целью предотвращения повреждения связок (задней таранно малоберцовой и пяточно-малоберцовой связки). Малоберцовые мышцы тупым крюком отводим кзади и углубляем разрез к кости. В дальнейшем выделяем острый конец дистального обломка латеральной лодыжки и освобождаем защемленные между обломками фрагменты фасции или пучки короткой малоберцовой мышцы. После этого выполняем сопоставление обломков. Оно достигается легко, если установить стопу у положения незначительного сгибания и применить умеренную тягу вдоль продольной оси конечности в сочетании с ее внутренней ротацией.

Репозицию можно считать достигнутой, если дистальный обломок будет полностью низведён, а щель между обломками, которая обусловлена ротационным смещением, полностью исчезнет. Сопоставленные отломки удерживаются костным фиксатором до момента соединения их одним или двумя кортикальными винтами, которые проходят перпендикулярно плоскости перелома и обеспечивают плотный контакт (компрессию) между отломками. Следующим этапом моделируют 1/3 трубчатую или реконструктивную пластину с заранее рассверленным заготовленным отверстием под чашку динамического винта и укладывают ее на малоберцовую кость по латеральной или заднелатеральной поверхности. Окончательный стабильный остеосинтез малоберцовой кости (латеральной лодыжки) выполняют фиксируя пластину кортикальными винтами от проксимального до дистального направления. При наличии показаний, переходят к обзору медиальной зоны сустава или других его отделов. Оперативное вмешательство заканчивают выполнением интраоперационного рентгенконтроля.

Техника восстановления дистального тibiофибулярного сустава.

Суть техники состоит в том, что поле переднелатерального доступа, который выполняется для восстановления малоберцовой кости (латеральной лодыжки), частично отсепарируется передний кожно-фасциальный лоскут и осторожно оттягивается кпереди. Через место разрыва собственной фасции голени выполняется ревизия дистального межберцового сочленения и удаляются фрагменты разорванной фасции и мелкие костные обломки (что часто не определяется при рентгенографии). Выполняется стабильно-функциональный остеосинтез малоберцовой кости по описанной выше методике. С целью восстановления анатомических соотношений в дистальном тibiофибулярном суставе, на 2-3 см выше ровня синдесмозу через подготовленное отверстие пластины сверлом формируют канал диаметром 3-3,2 мм через 4 кортикальных слоя берцовых костей под углом 25-30° косо сзади кпереди в фронтальной плоскости параллельно горизонтальной линии голеностопного сустава.

В последующем, сверлом большего диаметра (Ø 6-8 мм) выполняют „гнездо“ глубиной 8 мм в малоберцовой кости для установления чашки динамического фиксатора. После установки чашки в сформированное „гнездо“ вкручивают винт через 3 оставшихся кортикальных слоя в берцовых костях и переходим к необходимому сопоставлению костей голени на уровне дистального синдесмоза. Для предупреждения чрезмерной компрессии между костями голени применяют дополнительно разработанное устройство („щуп“). При этом, перед установлением описанного выше фиксатора, между костями голени на уровне синдесмоза устанавливается разработанный „щуп“, который имеет предварительно рассчитанную на рентгенограммах толщину (соответствующую размеру межберцового расстояния здорового сустава). При сопоставлении костей голени, и их фиксации с помощью вышеуказанного фиксатора, осуществляется постоянный контроль стягивания до тех пор, пока сила сжатия берцовых костей не препятствует извлечению „щупа“ из зоны синдесмоза. После фиксации „щуп“ удаляем, оставляя таким образом в зоне ДМБС физиологическое межберцовое расстояние.

На разорванную переднюю связку накладывают швы. Задняя тibiофибулярная связка отрывается вместе с небольшим участком заднего края большеберцовой кости. Чаще всего, при точном сопоставлении обломков латеральной косточки, он подтягивается связкой и устанавливается на свое место без дополнительного вмешательства. Если же отломок заднего края большеберцовой кости составляет 25-30% суставной поверхности и имеет смещение свыше 2 мм или ротационное смещение, то необходим его остеосинтез. При прямом действии блока таранной кости, которая движется медиально в момент травмы

часто возникает перелом медиальной лодыжки с вертикальной плоскостью перелома. При этом площадь перелома обычно достаточно большая; для её синтеза обычно применяются спицы Илизарова или один - два компрессирующих винта.

При разрыве дельтовидной связки её сшивают, заранее устранив её возможную интерпозицию. Как и в других случаях, оперативное вмешательство заканчивают выполнением интраоперационного рентгенконтроля и после убеждения в точной репозиции и стабильной фиксации отломков рана промывается, выполняется гемостаз, снимается гемостатичный жгут, устанавливается дренаж и выполняется послойное ушивание операционной раны. Накладывается асептическая повязка.

Послеоперационное ведение

Главными задачами послеоперационного периода есть обезболивание, профилактика инфекционных осложнений, предупреждение тромботических осложнений, ранняя реабилитация и активизация пациента.

У всех больных клинического наблюдения в раннем послеоперационном периоде, в течение 10 суток применялась магнитотерапия с целью уменьшения болевого синдрома, отёка, улучшения лимфотического оттока.

В следующем, к моменту полного осевого нагрузки, ЛФК назначается по программе II периода. В комплекс лечебных мер данного периода входили: разработка и увеличение амплитуды движений без опоры на конечность, увеличение мышечной силы, нормализация трофики. В данном периоде назначаются также тепловые водные процедуры, сухо воздушные ванны, легкий массаж мышц голени и бедра. За 8-10 недель формируется достаточно крепкая костная мозоль и ее ремодуляция к уровню, который необходим для полной нагрузки на сустав. В комплекс реабилитационных мер, которые направлены на восстановления силы и выносливости мышц, амплитуды движений в оперированном суставе входят: лечебная физкультура с выполнением активных и пассивных упражнений, продолжается хондротекторная терапия.

Рентгенологическое обследование проводится во время операции, через 1-2 суток после операции, а в дальнейшем через 2, 6 и 12 месяцев с определением рентгенометрических критериев и балльной оценкой состояния голеностопного сустава по разработанной нами системе. Комплекс послеоперационных мер, который применяется нами в больных, что получили хирургическое лечение по поводу переломов косточек с повреждением дистального тибιοфибулярного синдесмоза по разработанной методике, позволяет восстановить нормальную амплитуду движений уже через 4-5 недель после оперативного вмешательства. Удаление металлоконструкции после стабильно-функционального остеосинтеза при переломах костей голеностопного сустава зависит от жалоб больного на имплантаты.

Выводы

1. Запатентованный фиксатор, применяемый при оперативном лечении для восстановления дистального межберцового синдесмоза, учитывает анатомические и биомеханические особенности дистального тибιοфибулярного сустава и характеризуется объединением стабильной заданной фиксации костей голени на уровне синдесмозу с обеспечением оптимальной трехплоскостной амплитуды движений в нем.

2. Разработанное устройство, которое используется при проведении оперативного вмешательства для создания физиологического межберцового расстояния в области синдесмоза с целью профилактики блокирования берцовых костей и последующего их синостозирования.

3. Разработанная нами методика с применением погружных фиксаторов позволяет значительно улучшить результаты лечения сложных повреждений голеностопного сустава за счет раннего восстановления биомеханики сустава, сохранения эластичных свойств синдесмоза голени и оптимального объема движений в нем в раннем послеоперационном периоде, а также предупреждение развития посттравматических дистрофически-деструктивных процессов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маркс В. О. Ортопедическая диагностика. – Мн.: Наука и техника, 2001. – 475 с.
2. Багиров А. Б., Рудковский А. В., Кафанов А. А. Характеристика повреждений

голеностопного сустава и их лечение // Клиническая медицин.-2002.-№4.-С. 22-24.

3. Бур'янов О. А., Лябах А. П., Волошин О. І., Омельченко Т. М. Аналіз причин незадовільних результатів лікування переломів в ділянці гомілковоступневого суглоба // Літопис травматології та ортопедії. – 2006. - № 1-2. – С. 93-96.

4. Бур'янов О. А., Омельченко Т. М. Біомеханічне обґрунтування виконання блокуючих оперативних втручань на дистальному міжгомілковому синдесмозі при лікуванні переломів кісточок // Науковий вісник Ужгородського університету, серія “Медицина”. – 2007. – Вип. № 32. - С. 26 - 28.

5. Корж Н. А., Попсуйшапка А. К., Басель Х. Лечение пронационных переломовывихов и подвывихов в голеностопном суставе // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1998. – С. 36-37.

6. Лоскутов А. Е. Механические свойства связок межберцового синдесмоза и латерального отдела голеностопного сустава // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1999. – №2. – С. 49-55.

7. Лоскутов А. Е., Постолов О. М. Наш опыт лечения нестабильных повреждений голеностопного сустава // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1998. – С. 38-39.

8. Лябах А. П., Омельченко Т. Н. Оперативное лечение переломов в области голеностопного сустава, когда не обходимо тибеофибулярное блокирование // 3-й международный конгресс «Современные технологии в травматологии и ортопедии»: Тез. докладов (Ч. 1), 25-27 октября 2006 года.- М., 2006. – С. 15

9. Мюллер М.Е. Руководство по внутреннему остеосинтезу / М.Е. Мюллер, М. Альговер, Р. Шнайдер, Х. Виллингер. - М.: AdMarginem, 1996. - 750с.

10. Kitaoka H. Clinical rating systems for the ankle - hindfoot, midfoot, hallux, and lesser toes // Foot Ankle Int. - 1994. - Vol. 15, №7. - P. 349 - 353.

11. McBryde A., Chiasson B., Wilhelm A., Donovan F., Ray T., Bacilla P. Syndesmotic screw placement: a biomechanical analysis // Foot Ankle Int.- 1997.- Vol. 18.- N 5.- P. 262-266.

УДК 616.211 – 002 – 056.43 - 08

І. М. Полінчук

СУЧАСНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЧНОГО РИНІТУ

Клінічна лікарня Суворовського району, м. Херсон
Херсонська філія ДП «Український НДІ медицини транспорту»

Резюме. І. М. Полінчук **СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА.** Аллергический ринит – глобальная медицинская проблема. Этим заболеванием страдает 10-40% населения планеты. Основная часть из них – это дети и люди молодого возраста. Аллергический ринит значительно ухудшает качество жизни пациентов.

В данной работе исследуется эффективность применения препарата авамис при лечении аллергического ринита. Получены положительные результаты: качество жизни пациентов улучшилось, сроки лечения сократились на 17,61%.

Ключевые слова: аллергический ринит, лечение, качество жизни.

Резюме. І. М. Полінчук **СУЧАСНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЧНОГО РИНІТУ.** Алергічний риніт – глобальна медична проблема. На це захворювання страждає 10-40% населення планети. Основна частина з них – це діти й люди молодого віку. Алергічний риніт значно погіршує якість життя пацієнтів.

В даній роботі досліджували ефективність застосування препарату аваміс під час лікування алергічного риніту. Отримані позитивні результати: якість життя пацієнтів покращилася, строки лікування скоротилися на 17,61%.

Ключові слова: алергічний риніт, лікування, якість життя.

Summary. I. M. Polinchuk **MODERN TACTICS OF ALLERGIC RHINITIS TREATMENT.** Allergic rhinitis is a global medical problem. Approximately 10-40 % of the globe population suffers this pathology. The majority of them are children and young people. This pathology considerably worsens the patients' quality of life. In the work presented they discuss the efficiency of *avamis* applications at the treatment of allergic rhinitis. They have got positive results, improved the patients' quality of life, shortened terms of treatment by 17,61 %.

Key words: allergic rhinitis, treatment, prevalence.

Актуальність. Алергічний риніт є глобальною проблемою охорони здоров'я. На це захворювання, поширеність якого з року в рік зростає, страждає від 10 до 25% населення нашої планети [6]. За деякими іншими даними (Богомільський М.Р., 2008) [5], алергічним ринітом страждає від 10 до 40% всього людства.

Не менш актуальною є проблема алергічних захворювань взагалі і алергічного риніту зокрема для України. За даними головного алерголога МОЗ України, доктора медичних наук, професора Пухлика Б.М. [1], в нашій країні на 1 млн. населення є не менш, ніж 250 тис. хворих на алергічні захворювання.

Алергічний риніт, яким переважно хворіють представники так званої стратегічної частини населення: діти, підлітки, люди працездатного віку, не відноситься до важких захворювань. Однак, це захворювання призводить до значного дискомфорту, погіршення якості життя, зниження фізичної активності та продуктивності праці [6, 7], набуває хронічного перебігу. Алергічний риніт є одним з факторів ризику розвитку бронхіальної астми [2, 3, 4].

Лікування алергічних захворювань було, є і залишається важливою складовою роботи пульмонологічного відділення клінічної лікарні Суворовського району (КЛСР) м.Херсона (див. табл. 1).

Таблиця 1

Деякі показники роботи відділення пульмонології КЛСР та питома вага пацієнтів з алергічними захворюваннями органів дихання в загальній структурі пролікованих за період 2002 – 2009 років

Показник	Роки							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Розгорнуто ліжок	450	450	441	435	390	385	380	375
стаціонар	40	40	38	35	30	30	30	30
пульмонологічне відділення	8,89	8,89	8,62	8,05	7,69	7,79	7,89	8,00
питома вага ліжок відділення пульмонології (%)								
Всього проліковано по відділенню пульмонології (чол.)	1 051	1 076	1 091	1 022	918	886	895	828
Питома вага пацієнтів з алергічними захворюваннями органів дихання, які були проліковані по пульмонологічному відділенню (%)	15,41	13,66	11,18	10,86	10,68	9,48	11,17	10,27
Середній термін лікування 1-го пацієнта (днів)								
стаціонар	12,40	12,00	11,74	11,65	11,63	11,40	11,32	11,39
пульмонологічне відділення	13,11	12,17	11,98	11,43	11,34	11,22	11,38	11,09

Як видно із таблиці, майже кожен десятий пацієнт шпиталізується до пульмонологічного відділення з алергічними захворюваннями органів дихання. Деяке скорочення питомої ваги пацієнтів вказаного профілю у стаціонарі пояснюється сучасним, більш раціональним, з точки зору фармакоекономіки, підходом до вирішення проблеми лікування алергічних захворювань органів дихання.

В останні роки відбувся перерозподіл загальної кількості пацієнтів, які лікуються з приводу алергічних захворювань органів дихання, на 2 потоки. До першого потоку відносяться пацієнти з більш легкими проявами захворювання (рино-кон'юнктивальний синдром, алергічний риніт, алергічний кон'юнктивіт), які лікуються за сучасними стаціонарзамінними технологіями в денних стаціонарах при поліклініках, сімейних амбулаторіях.

Не дивлячись на те, що лікування в умовах стаціонарзамінних технологій, де пацієнт лише на короткий період залишає звичні домашні умови, де ризик внутрішньолікарняного інфікування зведено до мінімуму, де вартість лікування одного пацієнта в 1,8 – 2,7 нижча у порівнянні із класичним стаціонарним лікуванням, все ж існує і другий потік пацієнтів, які лікуються у пульмонологічному відділенні традиційного стаціонару. Його складають пацієнти з тими ж проявами алергічних захворювань органів дихання, але з більш важким перебігом, з вираженими ускладненнями у вигляді бронхообструктивного синдрому, часто – з порушенням функції зовнішнього дихання. Крім того, до другого потоку відносяться пацієнти, які мають супутню соматичну патологією, перебіг якої, як правило, загострюється на тлі алергічних захворювань органів дихання. Ці пацієнти потребують лікування лише за умов цілодобового лікарського спостереження, досить часто (до 40%) перший етап лікування відбувається в умовах відділення інтенсивної терапії.

Надзвичайно важливою для Півдня України є проблема полінозів, які маючи сезонний характер, вважаються основною причиною розвитку алергічного риніту в період з червня по жовтень. Головними “винуватцями” в розвитку полінозів є амброзія, лобода, полин та деякі інші рослини. Несвочасне звернення до лікаря, самолікування, неправильна діагностика – це ті фактори, які сприяють хронізації процесу та розвитку подальших ускладнень.

Мета дослідження. Зважаючи на актуальність проблеми, основною метою дослідження було покращення якості життя пацієнтів з алергічним ринітом. Для досягнення вказаної мети поставлені наступні завдання: а) вивчити доцільність використання препарату аваміс для лікування алергічного риніту; б) простежити динаміку перебігу захворювання на тлі застосування вказаного препарату.

Матеріали та методи. Дослідження виконано на базі відділення пульмонології КЛСР. Препарат аваміс (флютиказону фуорат), який відносно нещодавно з'явився на фармацевтичному ринку України, був використаний в комплексному лікуванні 31 пацієнта, що були шпиталізовані з важкими формами алергічного риніту. Середній вік пацієнтів становив $38,91 \pm 3,15$ років, серед них було 19 жінок (61,29%) і 12 чоловіків (38,71%).

Препарат аваміс (флютиказону фуорат) групи кортикостероїдів, який випускається у вигляді дозованого назального спрею, відноситься до протинабрякових препаратів для місцевого використання при захворюваннях порожнини носа, застосовувався інтраназально: по 2 вприскування (27,5 мкг флютиказону фуорату на одне вприскування) в кожную ніздрю 1 раз на добу. Загальна добова доза препарату становила 110 мкг. Після досягнення контролю над симптомами алергічного риніту підтримуюча доза препарату зменшувалась до 1-го вприскування у кожную ніздрю 1 раз на добу (загальна добова доза флютиказону фуорату становила 55 мкг).

Контрольну групу, де проводилась традиційна антигістамінна терапія без застосування препарату аваміс, склали 16 пацієнтів. Середній вік пацієнтів цієї групи становив $36,57 \pm 2,83$ років, серед них було 9 жінок (56,25%) і 7 чоловіків (43,75%).

Результати та їх обговорення. Ефективність лікування оцінювалась щоденно, на основі динаміки клінічних симптомів, які на початку лікування були виявлені в обох групах пацієнтів. Набряк слизової оболонки, що унеможливлювало дихання носом відмічалась у 84% пацієнтів, чхання - у 71%, зуд і почервоніння очей – у 68%, сльозотеча – у 59%.

Вже через 2 дні після початку лікування у пацієнтів досліджуваної групи відмічена позитивна динаміка перебігу захворювання. На 5-6-й день від початку лікування у пацієнтів вказаної групи вдалось досягти контролю над симптомами алергічного риніту, що дозволило зменшити добову дозу препарату аваміс в 2 рази - до 55 мкг на добу. Тривалість стаціонарного етапу лікування цих пацієнтів становила $6,27 \pm 0,38$ ліжко-днів з подальшим переведенням пацієнтів на амбулаторне лікування.

У пацієнтів контрольної групи позитивна динаміка перебігу захворювання була відмічена на 3-4-й день з початку лікування, тривалість стаціонарного етапу лікування становила $7,61 \pm 0,41$ ліжко-днів.

На рис.1 наведено графічне зображення результатів лікування пацієнтів обох груп. Сумарна інтенсивність симптомів алергічного риніту визначається за 10 бальною шкалою: чим сильніше виражені симптоми, тим більша кількість балів.

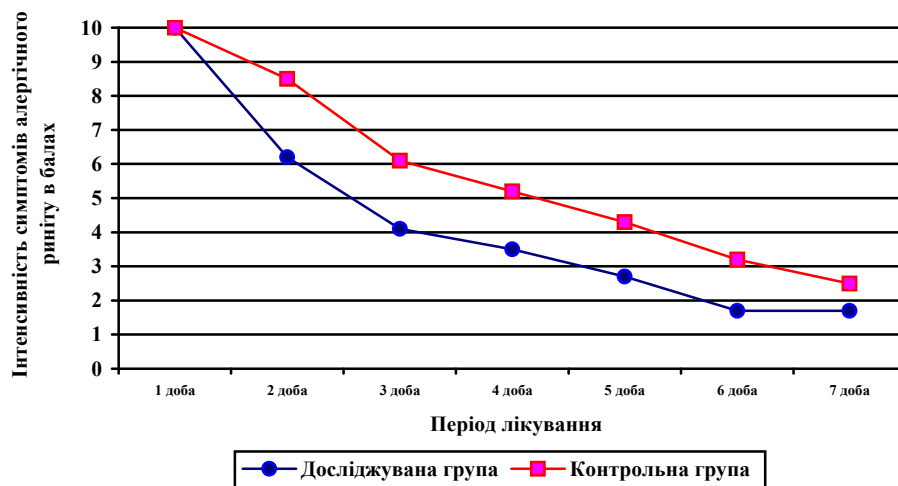


Рис. 1. Динаміка клінічних проявів алергічного риніту у пацієнтів досліджуваної та контрольної груп.

Висновки

1. Препарат аваміс (флютиказону фуруат) доцільно використовувати в комплексному лікуванні алергічного риніту: вже через 2 дні від початку лікування гострота клінічних проявів захворювання зменшується.
2. Застосування препарату аваміс (флютиказону фуруат) дозволило покращити якість життя пацієнтів з алергічним ринітом: на 5-й день з початку лікування було досягнуто контролю над симптомами вказаного захворювання.
3. Використання препарату аваміс дозволило скоротити стаціонарний етап лікування пацієнтів з алергічним ринітом на 17,61% - з $7,61 \pm 0,41$ ліжко-днів (контрольна група) до $6,27 \pm 0,38$ ліжко-днів (досліджувана група).

ЛІТЕРАТУРА

1. Пухлик Б.М. Стан алергологічної допомоги і алергологічної служби України у 2008 році // Новості медицини і фармації. – 2009. - № 280. - С. 6-14.
2. Сахарчук І.І., Ільницький Р.І., Бондаренко Ю.М., Дудка П.Ф., Тарченко І.П., Бодарецька О.І. Клінічна пульмонологія / За ред. І.І.Сахарчука – Київ: Книга плюс, 2003. – 368с. С.118-144.
3. Болезни органов дыхания: Руководство для врачей: В 4 т. / Под общей ред. Н.Р. Палеева. Т.1.- С.150-156. Т. 3.- С.5-52.
4. Гринпи М.А. Патологическая легкого. – Пер. с англ.. - М.: Восточная книжная компания, 1997.- 344с.- С. 85-101.

5. Богомильский М.Р., Гаращенко Т.И., Бабакина Л.А. Клиническое исследование эффективности применения элиминационной терапии (препарат аква марис) в комплексном лечении аллергического ринита у детей // Новости медицины и фармации. – 2008. - № 246. - С. 13-18.
6. Дитятковская Е.М. Роль кромонов в лечении аллергического ринита // Новости медицины и фармации. – 2008. - № 246. - С. 12.
7. Ревякина В.А., Кувшинова Е.Д., Сурков А.Г. Влияние увлажняющего спрея аква марис на клинические симптомы аллергического ринита у детей // Новости медицины и фармации. – 2009. - № 280. - С. 33-34.

КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ

Одесский государственный медицинский университет

Реферат. Н. А. Мацегора, О. Р. Ковалева **КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ.** Данный материал представляет собой лекцию, обобщающую данные современных отечественных и зарубежных авторов о криоглобулинемическом васкулите (полном криоглобулинемическом синдроме)- его распространенности, этиологии, клинике, лечении и профилактике.

Ключевые слова: криоглобулинемический васкулит, криоглобулин, РНК-вирус.

Реферат. Н. А. Мацегора, О. Р. Ковалева **КРИОГЛОБУЛИНЕМІЧНИЙ ВАСКУЛІТ.** Наведений матеріал - це лекція, що узагальнює дані сучасних відчизняних та іноземних вчених про криоглобулінемічний васкуліт (повний криоглобулінемічний синдром), його поширеності, етіології, клініці, лікуванню та профілактиці.

Ключові слова: криоглобулінемічний васкуліт, криоглобулін, РНК-вірус.

Summary. N. A. Matsegora, O. R. Kovaleva. **CRYOGLOBULENEMIC VASCULITIS.** The material presented Is a lecture, summarizing the numerous data of feoreign and domestic modern scientists about the pathology under discussion- its symptoms, prevalence, methods of treatment and prophylaxis

Key words: cryoglobulemenic vasculitis, cryoglobulin, RNA-virus.

Криоглобулинемический васкулит (полный криоглобулинемический синдром) — васкулит, развивающийся в результате отложения в сосудах малого диаметра криоглобулинов и характеризующийся наличием их в сыворотке крови.

Криоглобулины — иммуноглобулины или их лёгкие цепи, преципитирующие при температуре ниже 37 °С и, как правило, растворяющиеся при нагревании.

Термин «неполный криоглобулинемический синдром» может также употребляться при яркой клинической картине криоглобулинемического васкулита в отсутствии криоглобулинемии. И наоборот, криоглобулинемия не всегда приводит к криоглобулинемическому васкулиту.

Эпидемиология

Данные о заболеваемости криоглобулинемическим васкулитом и его распространённости в общей популяции отсутствуют. Установлено, что у 40% населения имеются криоглобулины в сыворотке крови (в концентрации до 0,8 мг/л). При таком количестве криоглобулинов криокрит, как правило, не определяется.

Заболевание может развиваться в любом возрасте (чаще от 20 до 70 лет). Предполагается, что вероятность развития криоглобулинемического васкулита увеличивается по мере старения. Женщины заболевают в 1,3–1,5 раза чаще.

Этиология

По этиологии различают:

1. первичный (эссенциальный) криоглобулинемический васкулит (менее 10% случаев);

2. вторичный криоглобулинемический васкулит:
 - a. ассоциированный с вирусом гепатита С (80–90%);
 - b. ассоциированный с другими состояниями (см. ниже).

Причины первичного криоглобулинемического васкулита неизвестны.

Среди всех этиологических факторов вторичного криоглобулинемического васкулита лидирующее место отводится инфекции вирусом гепатита С. У пациентов со смешанной криоглобулинемией антитела к вирусу гепатита С и РНК вируса встречается в 90% случаев. О ведущей роли инфекции вирусом гепатита С в развитии криоглобулинемического васкулита свидетельствуют:

- Концентрация РНК вируса в криопреципитате в 10–1000 раз выше, чем в сыворотке, при этом концентрация антивирусных антител не различается.
 - IgG, к которым образуются IgM РФ, направлены против белков вируса, как оболочечных, так и входящих в состав ядра (Е1, Е2, NS3, NS4, NS5).
 - Вирусные белки обнаруживают в поражённых тканях (коже и почках).
- Необходимо отметить, что только у 40–55% инфицированных вирусом гепатита С определяются криоглобулины. Частота развития криоглобулинемического васкулита при этом точно не установлена.

Многие этиологические агенты, могут вызвать криоглобулинемию, однако они редко приводят к развитию криоглобулинемического васкулита.

- Вирусы:
 - o вирус иммунодефицита человека (ВИЧ);
 - o вирус гепатита А;
 - o вирус гепатита В;
 - o вирус Эпштейна–Барр;
 - o цитомегаловирус;
 - o парвовирус В19.
- Бактерии:
 - o *Treponema pallidum*;
 - o *Mycobacterium tuberculosis*.
- Грибы:
 - o *Coccidioides immitis*.
- Простейшие:
 - o *Toxoplasma gondii*;
 - o *Echinococcus* spp.;
 - o *Leishmania* spp.;
 - o *Plasmodium* spp.
- Ревматические заболевания:
 - o ревматоидный артрит;
 - o системная красная волчанка;
 - o идиопатические воспалительные миопатии (поли- и дерматомиозит);
 - o болезнь Шегрена.
- Миело- и лимфопролиферативные заболевания:
 - o болезнь Вальденстрёма;
 - o множественная миелома;
 - o хронический лимфолейкоз;
 - o В-клеточная неходжкинская лимфома;
 - o плазмоцитомы.

Патогенез

Патогенез криоглобулинемического васкулита, ассоциированного с вирусом гепатита С, в общих чертах можно представить в виде следующей последовательности: взаимодействие между вирусом гепатита С и иммунной системой (в особенности В-лимфоцитами) → поли/олиго/моноклональная активация В-лимфоцитов → гиперпродукция иммуноглобулинов → образование криопреципитирующих иммунных комплексов + нарушение печеночного клиренса иммунных комплексов → отложение иммунных комплексов в тканях → активация системы комплемента → обусловленное комплементом

накопление лейкоцитов в местах скопления иммуннокомплексных депозитов → повреждение ткани.

Существует множество гипотез, объясняющих образование криопреципитирующих иммунных комплексов:

- взаимодействие РФ и его мишени;
- уменьшения количества сиаловых кислот иммуноглобулинов;
- уменьшения количества галактозы Fc-фрагмента иммуноглобулинов;
- неспецифическое взаимодействие Fc-фрагментов иммуноглобулинов;
- наличие N-гликозилированного участка в области C-доменов константных участков тяжёлых цепей (C_H3), образующегося в результате соматической мутации во время иммунного ответа;
- структурные модификации вариабельных участков лёгких и тяжёлых цепей иммуноглобулинов.

Классификация

В зависимости от вида криоглобулинов выделяют три типа криоглобулинемий (табл. 1).

Таблица 1

Классификация криоглобулинемий по J.-C. Brouet

Тип криоглобулинемии (доля среди всех случаев)	I (5–25%)	II (40–60%)	III (40–50%)
Вид криоглобулинов	Моноклональные IgM, IgG2, IgG3, реже IgA или легкие цепи иммуноглобулинов	Моноклональные IgMκ, реже IgG, IgA и поликлональные IgG	Поликлональные иммуноглобулины всех видов
Характеристика криоглобулинов	Самоагрегация через Fc-фрагмент иммуноглобулинов	Моноклональный компонент определяется как РФ	Как РФ определяется поликлональный компонент, обычно IgM
Патогенез	Повреждение в результате основного заболевания	Кожный лейкоцитокластический ангиит, инфильтрация тканей В-лимфоцитами	Кожный лейкоцитокластический ангиит, инфильтрация тканей В-лимфоцитами
Клинические ассоциации	Множественная миелома, болезнь Вальденстрема, хронический лимфоцитарный лейкоз, В-клеточная неходжкинская лимфома	Вирусные, бактериальные и паразитарные инфекции, аутоиммунные заболевания, лимфопролиферативные заболевания	Вирусные, бактериальные и паразитарные инфекции, аутоиммунные заболевания, лимфопролиферативные заболевания

Криоглобулинемию I типа называют моноклональной.

Криоглобулинемию II или III типа часто называют смешанной криоглобулинемией из-за присутствия нескольких видов иммуноглобулинов.

При обнаружении поликлональных IgM и поликлональных IgG, криоглобулинемию обозначают как криоглобулинемия II–III типа.

Тип I сочетается со злокачественными гематологическими заболеваниями. Наблюдают тяжёлую протеинурию, гематурию и иногда анурию. Гистологически: мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит.

Тип II сочетается с синдромом иммунокомплексного васкулита; примерно у 50% больных имеется поражение почек. Широкий спектр клинических проявлений. Плохими прогностическими признаками считают артериальную гипертензию, азотемию и анурию. Гистологически: эндокапиллярная пролиферация и мезангиальный отёк.

Тип III может быть связан с различными заболеваниями с наличием или отсутствием поражения почек, включая СКВ, гепатит В и системные инфекции.

Клиническая картина

Клиническая картина криоглобулинемического васкулита может быть очень разнообразной, специфические симптомы отсутствуют. Чаще всего встречаются пурпура (более 90%), общая слабость (80–90%), артралгии (более 70%) (триада Мельтцера, встречается у трети пациентов).

К характерным проявлениям относятся синдром Рейно, акроцианоз, сухая гангрена пальцев, геморрагическая сыпь. Она обычно локализуется на ногах, особенно в области голеностопных суставов, где иногда появляются язвы. При переохлаждении наблюдаются артралгия и ограничение подвижности в суставах. Если криоглобулины обладают свойствами холодовых агглютининов, возможен внутрисосудистый гемолиз. К поздним осложнениям относится XПН. При биопсии почек выявляются отложения иммуноглобулинов и комплемента под базальной мембраной почечных клубочков.

Поражение кожи в той или иной форме встречается практически у всех больных криоглобулинемическим васкулитом. Наиболее часто (более 90% случаев) отмечается двухсторонняя пальпируемая пурпура, патоморфологическую основу которой составляет венулит (васкулит венул). Пурпура обычно располагается на нижних конечностях (особенно на голенях). Пурпура имеет рецидивирующее течение, после разрешения остаются участки гиперпигментации, обусловленные отложением гемосидерина. Нередко высыпаниям предшествуют парестезии.

Значительно реже встречаются язвы нижних конечностей (10–30% пациентов), а также экхимозы, эритемные папулы и дермальные узелки (20% случаев); крайне редко образуются буллы.

Феномен Рейно отмечается у 20–50% больных криоглобулинемическим васкулитом. Как правило, в подобных случаях клинически заболевание сходно с системной красной волчанкой или ревматоидным артритом. В патологический процесс могут вовлекаться пальцы рук и ног, губы, кончик носа, уши.

Поражение суставов (артралгии) — один из самых частых симптомов заболевания (более 70% пациентов). Как правило, боли возникают в области пястнофаланговых, проксимальных межфаланговых, бедренных, коленных и голеностопных суставов. Охлаждение нередко усиливает артралгии. Неэрозивный артрит развивается приблизительно в 10% случаев.

Поражение скелетной мускулатуры (миалгии) при криоглобулинемическом васкулите описываются достаточно часто, однако точные сведения отсутствуют. Миозит развивается крайне редко.

Из различных вариантов **поражения нервной системы** чаще всего отмечается дистальная сенсорная полинейропатия. Клинически она определяется у 5–45% пациентов, а при использовании электромиографического исследования и определения скорости проведения возбуждения по нерву — у 70–80% больных. Как правило, поражение симметрично.

Комбинированная сенсомоторная невропатия, множественный мононеврит — редкие проявления криоглобулинемического васкулита. Также возможно (однако крайне редко) развитие церебрального ангиита с явлениями транзиторной дизартрии, гемоплегии.

Поражение лёгких (до 40–50% больных) в большинстве случаев клинически не выражено. Чаще отмечается одышка, реже — кашель и плеврит. Описаны казуистические случаи развития лёгочного кровотечения.

При смешанной криоглобулинемии **почки** вовлекаются в патологический процесс приблизительно в 20–25% случаев, однако, при II типе криоглобулинемии частота их поражения возрастает до 35–60%. Криоглобулинемический гломерулонефрит обнаруживают почти исключительно при криоглобулинемии II типа. Клинически поражение почек обычно манифестирует артериальной гипертензией, как правило развивающейся уже при наличии пальпируемой пурпуры. Наиболее часто встречается мочевой синдром (субнефротическая протеинурия и/или гематурия), гораздо реже — нефритический и нефротический синдромы, острая почечная недостаточность.

Поражение ЖКТ чаще выражается в абдоминалгиях (до 20% случаев), связанных с васкулитом сосудов брыжейки. Нередко отмечается поражение печени: синдром цитолиза (25–40% случаев) и/или гепатомегалия (20–30% случаев), обычно связанные с инфекцией вирусом гепатита С. В 30–40% случаев поражаются слюнные железы и развивается синдром Шегрена, особенностью которого служит отсутствие анти-SSA и анти-SSB антител.

У 30% больных отмечается спленомегалия, у 20% — лимфаденопатия; предполагается, что подобные изменения связаны с персистированием вируса гепатита С.

Крайне редко при вовлечении в патологический процесс сосудов среднего калибра развивается вторичный височный артериит, а также синдром, подобный узелковому полиартерииту.

Диагностика

- Скрининг не проводят.

Диагностика криоглобулинемического васкулита основывается на оценке клинической картины болезни и подтверждается определением криоглобулинов в сыворотке крови и при морфологическом исследовании биопсийных материалов.

Анамнез и физикальное обследование

При сборе анамнеза и физикальном обследовании особое внимание следует уделить клиническим симптомам описанным выше в разделе «Клиническая картина».

Важно установить наличие факторов риска инфицирования вирусом гепатита С:

- внутривенное введение наркотических веществ;
- контакт с кровью и/или её препаратами (доноры и реципиенты, больные и медицинский персонал в отделениях хирургии, гематологии и центрах гемодиализа).

Лабораторные исследования

Для обнаружения криоглобулинов кровь забирают предварительно нагретым шприцем и инкубируют при 37°C до образования сгустка. Отделившуюся сыворотку охлаждают до 4°C и через 3 сут определяют преципитаты. В норме сыворотка содержит не более 80 мкг/мл криоглобулинов, при криоглобулинемии их концентрация достигает 500–5000 мкг/мл.

В общем анализе крови у многих больных с длительно текущим криоглобулинемическим васкулитом отмечается нормоцитарная нормохромная анемия. Нередко при использовании автоматических устройств для подсчёта форменных элементов крови встречается вседозлейкоцитоз и псевдотромбоцитоз. Это связано с тем, что криоглобулины образуют крупные преципитаты, ложно регистрируемые как лейкоциты и тромбоциты. При микроскопии мазка крови иногда в нейтрофилах обнаруживают множественные включения, состоящие из криоглобулинов.

Чаще всего диагноз криоглобулинемического васкулита подтверждается или опровергается результатами биохимического и иммунологических исследований крови. Возможны следующие изменения:

- криоглобулины — почти 100%;
- РФ — почти 100%;
- антитела к вирусу гепатита С — 90%;
- снижение активности комплемента (CH50, C4) — 90%
- РНК вируса гепатита С — 85%;
- анти-НВ_s антитела — 40%;
- повышение активности АЛТ, АСТ — 25–40%;
- антитела к гладкой мускулатуре — 20–25%;
- АНФ — 20%;

- О антифосфолипидные антитела — 5–20%;
- О антитела к антигенам щитовидной железы — 10%;
- О антимитохондриальные антитела — 0–10%;
- О антитела к печеночно-почечным микросомам 1 типа — 5%;
- О антитела к цитоплазме нейтрофилов — менее 5%.

Изменения в анализе мочи как правило подтверждают вовлечение в патологический процесс почек. Чаше отмечаются субнефротическая протеинурия и эритроцитурия, однако возможна и протеинурия нефротического уровня.

При определении наличия и содержания криоглобулинов необходимо строго соблюдать условия забора крови (не менее 10 мл венозной крови в нагретую до 37 °С пробирку) и постановки (сыворотка должна находиться при 4 °С в течение 7 дней) теста, иначе его диагностическая ценность значительно снижается.

Отсутствие криоглобулинов при типичной клинической картине требует проведения их повторного определения (не менее 3 раз), в том случае, если криоглобулины не определяются необходимо исключить криофибриногеномию.

Инструментальные исследования

- Рентгенологическое исследование и КТ грудной клетки используют при подозрении на лёгочное кровотечение.
- УЗИ часто используется для оценки структурных изменений печени при криоглобулинемическом васкулите, ассоциированном с инфекцией вирусом гепатита С.
- Биопсия кожи и почки нередко позволяют подтвердить диагноз.

Дифференциальная диагностика

- Всем больным с фебрильной лихорадкой и симптомами криоглобулинемии необходимо исключить инфекционный эндокардит.
- У пациентов с АНФ и криоглобулинами исключают системную красную волчанку.
- При вовлечении в патологический процесс сосудов среднего калибра клиническая картина заболевания и даже лабораторные изменения могут быть похожими с узелковым полиартериитом, что требует его исключения.

МКБ-10 D89.1 Криоглобулинемия

Пример формулировки диагноза

Криоглобулинемический васкулит, умеренно тяжёлого течения, с поражением кожи (пальпируемая пурпура), суставов (артралгии), почек (гематурический гломерулонефрит).

Клинический подход к больному с подозрением на криоглобулинемический васкулит

Подтверждение или исключение криоглобулинемического васкулита требует обязательного проведения следующих исследований:

- определение криоглобулинов в сыворотке;
- определение антител к вирусу гепатита С и РНК вируса установить этиологию смешанной криоглобулинемии в 90% случаев (наиболее чувствительный метод определения вируса гепатита С у больного криоглобулинемическим васкулитом — ПЦР на РНК вируса в криопреципитате; нормальные значения активности АСТ и АЛТ не исключают инфекции вирусом гепатита С);
- определение активности комплемента С4 и СН50;
- исследование РФ позволяет дифференцировать криоглобулинемию I типа от криоглобулинемии II и III типов (смешанной криоглобулинемии).

Показания к консультации других специалистов

- Ревматолог — наличие любых клинических проявлений, позволяющих заподозрить системный васкулит.
- Дерматолог — поражение кожи.
- Невропатолог — неврологические симптомы.
- Нефролог — поражение почек.
- Инфекционист — носительство вирусов гепатита В и С.

Лечение

Цели лечения

- Увеличение продолжительности жизни.

- Повышение качества жизни.
- Достижение ремиссии.
- Снижение риска обострений.
- Предотвращение необратимого повреждения жизненно важных органов.

Показания к госпитализации

- Уточнение диагноза, оценка прогноза и подбор лечения.
- Обострение заболевания.
- Развитие осложнений.

Немедикаментозное лечение

Плазмаферез — необходимый элемент при лечении криоглобулинемического васкулита очень высокой степени активности. Наиболее распространённая схема предусматривает замещение до 3 л плазмы три раза в неделю в течение 2–3 нед. В качестве замещающего раствора используется 5% раствор подогретого альбумина. До сих пор отсутствует оптимальный метод оценки эффективности плазмафереза. Уменьшение криокрита на фоне плазмафереза не всегда коррелирует с уменьшением клинической картины, поэтому необходимо учитывать изменение клинических симптомов. Быстрее всего на фоне плазмафереза проходят кожные поражения, полинейропатия обычно устойчива к такой терапии.

Альтернативой плазмаферезу могут быть **двойная фильтрация, криофильтрация.**

Медикаментозное лечение

Подход к терапии криоглобулинемического васкулита зависит от активности заболевания и наличия у больного угрожающих жизни или значительно ухудшающих её качество осложнений.

К сожалению, общепринятой системы оценки тяжести заболевания у больных криоглобулинемическим васкулитом не разработано.

Угрожающее жизни течение

В эту группу входят больные с быстро прогрессирующим гломерулонефритом; васкулитом ЦНС, мезотериальных сосудов; большими язвами, резистентными к терапии; некрозами кончиков пальцев.

Рекомендуемый режим терапии:

1. Циклофосфамид внутрь 2 мг/кг×сут.
2. Метилпреднизолон внутривенно 500–1000 мг/сут в течение 3 дней с переходом на приём внутрь.
3. Плазмаферез — 3 л плазмы три раза в неделю на протяжении 2–3 нед.

Тяжёлое течение

В эту группу входят больные с нефротическим синдромом, тяжёлой полинейропатией и поражениями кожи неязвенного характера.

Рекомендуемый режим терапии:

1. Циклофосфамид внутривенно 0,5–1,0 г/м³ каждые 3 недели.
2. Метилпреднизолон внутривенно 500–1000 мг/сут в течение 3 дней с переходом на приём внутрь.

Течение умеренной степени тяжести

В эту группу входят больные с мочевым синдромом, пальпируемой пурпурой, субклиническая или слабой степени выраженности полинейропатия, артралгии, миалгии.

Рекомендуемый режим терапии:

1. Интерферон альфа-2 по 3 млн МЕ 3 раза в неделю.
2. Метилпреднизолон по 5–7,5 мг в дни, когда нет приёма интерферона альфа-2.

Поддерживающая антивирусная терапия

После достижения ремиссии всем больным необходимо проводить комбинированную противовирусную терапию интерфероном альфа-2 и рибавирином. При отсутствии почечной недостаточности предпочтение отдаётся пэгинтерферону альфа-2а или пэгинтерферону альфа-2b. При СКФ менее 50мл/мин рибавирин назначать не следует.

Продолжительность противовирусной терапии, как правило, составляет от 2 до 4 мес.

Необходимо помнить о том, что интерферон альфа-2 может вызывать обострение как невропатии, так и гломерулонефрита, поэтому при наличии соответствующих симптомов его следует назначать с особой осторожностью.

Резистентное течение

В последнее время в терапии устойчивых к стандартному лечению случаев криоглобулинемического васкулита начали использоваться моноклональные антитела к CD20-рецепторам (препарат получил название «ритуксимаб»). Ритуксимаб представляет собой химерные моноклональные антитела, состоящие из вариабельной области иммуноглобулина мыши с антигенной специфичностью к CD20-рецептору В-лимфоцитов и константной области человеческого иммуноглобулина. Механизм иммуносупрессивного действия препарата связан с его способностью связываться с CD20-антигеном В-лимфоцитов, экспрессируемым ими на разных стадиях дифференцировки. В результате происходит разрушение В-клеток, участвующих в индукции аутоиммунного ответа. Однако для окончательного определения эффективности и безопасности ритуксимаба необходимы дальнейшие исследования.

Оценка эффективности лечения

Об эффективности терапии свидетельствуют:

- улучшение общего состояния больного;
- уменьшение выраженности клинических проявлений болезни;
- нормализация острофазовых показателей (в первую очередь СОЭ, СРБ);
- нормализация или стабилизация функции почек (концентрация креатинина, СКФ).

Вирусологическая ремиссия оценивается по исчезновению из сыворотки крови ДНК вируса гепатита С.

Осложнения и побочные эффекты лечения

- Глюкокортикоиды и циклофосфамид способствуют усилению репликации вируса гепатита С, могут быть причиной хронизации инфекции с развитием прогрессирующего поражения печени.
- Высокие дозы глюкокортикоидов оказывают тромбогенное действие, провоцирующее развитие острых сосудистых катастроф. Этому же способствует неадекватный контроль объёма циркулирующей крови с развитием гиповолемии и гемоконцентрации при проведении сеансов плазмафереза.
- Многократные трансфузии донорской плазмы после сеансов плазмафереза повышают угрозу коинфицирования другими вирусами, в том числе вирусом гепатита В.

Хирургическое лечение

Хирургическое вмешательство необходимо при развитии осложнений васкулита (периферической гангрены, тяжёлых язвенных поражений и др.).

Показания к консультации других специалистов

- Ревматолог — проведение интенсивной терапии, любое изменение лечения.
- Дерматолог — появление или усугубление кожных проявлений.
- Невропатолог — отсутствие эффекта лечения неврологических проявлений или развитие новых.
- Нефролог — отсутствие динамики почечного синдрома, ухудшение почечной функции.
- Инфекционист и фтизиатр — носительство вирусов гепатита В и С, согласование режима антивирусной терапии, развитие оппортунистических инфекций, туберкулёза.

Примерные сроки временной нетрудоспособности

30–90 дней (в зависимости от тяжести состояния).

Дальнейшее ведение

Агрессивность лечения обуславливает необходимость регулярных плановых госпитализаций в соответствии с индивидуальной программой лечения. В перерывах между госпитализациями следует осуществлять клиничко-лабораторный контроль, включающий клинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови (в том числе, определение активности АЛТ, АСТ, концентрации креатинина). Ухудшение состояния больного (клиническое или по лабораторно-инструментальным данным) — возможное основание для внеплановой госпитализации.

Информация для пациента

- Криоглобулинемический васкулит — тяжёлое заболевание, требующее активной, длительной и настойчивой терапии, нередко с использованием глюкокортикоидов и цитостатиков.
- При отсутствии лечения прогноз неблагоприятный.
- Лечение значительно улучшает прогноз, однако сопряжено с риском развития побочных реакций.
- Тщательный и регулярный клинико-лабораторный мониторинг необходим для обеспечения контроля эффективности и безопасности лечения.
- При изменении самочувствия вследствие ухудшения имевшихся ранее симптомов или при возникновении новых признаков болезни необходимо срочно обратиться к врачу.

Прогноз

При отсутствии лечения прогноз неблагоприятный. При проведении комбинированной терапии 10-тилетняя выживаемость с момента появления первых симптомов составляет 70%.

Основные причины смерти

- Инфекционные заболевания.
- Сердечно-сосудистые осложнения - отсутствуют.

Профилактика

Методы профилактики не разработаны. Предполагается, что значительное снижение заболеваемости может быть достигнуто благодаря профилактики вирусного гепатита С.

Литература

1. Семенкова Е.Н. Системные некротизирующие васкулиты. — М.: Русский врач, 2001. — № 4.- С. 96 -106.
2. Cacoub P., Costedoat-Chalumeau N., Lidove O., Alric L. Cryoglobulinemia vasculitis. // Current opinion in rheumatology. — 2002. — Vol. 14. — № 1. — P. 29–35.
3. Ferri C., Zignego A.L., Pileri S.A. Cryoglobulins // Journal of clinical Pathology. — 2002. — Vol. 55. — № 1. — P. 4–13.
4. Lamprecht P., Gause A., Gross W.L. Cryoglobulinemic vasculitis // Arthritis and rheumatism. — 1999. — Vol. 42. — № 12. — P. 2507–2516.

УДК 61:378

А. М. Игнатъев, Н. А. Мацегора, К. А. Ярмула

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА И ЕЕ РОЛЬ В ПРОЦЕССЕ ПЕРЕПОДГОТОВКИ ВРАЧА

**(Учебные материалы к семинару по актуальным вопросам дидактики
последипломного обучения)**

Одесский государственный медицинский университет

Самостоятельная работа, включаемая в процесс обучения - это работа, которая выполняется без непосредственного участия преподавателя, но по его заданию в специально предоставленное для этого время (в сетке или вне сетки учебного расписания);

Достоинства самостоятельной работы:

- активность;
- самостоятельность (без посторонней, прямой помощи);
- индивидуальность темпа изучения и переработки учебного материала.

Уровни самостоятельной деятельности учащегося:

1-ый уровень - деятельность учащегося направлена лишь на прослушивание, запоминание и воспроизведение преподносимой преподавателем информации;

2-ой уровень - деятельность учащегося направлена на осмысливание и анализ преподносимой или получаемой информации;

3-ий уровень - деятельность учащегося направлена на овладение образцами решения примеров и задач, на овладение основными умениями с целью самостоятельного изучения различных областей данной науки;

4-ый уровень - учащийся сталкивается с необходимостью преобразований, реконструкций, обобщений на основе того круга знаний и путем поиска, который определен целями обучения и реализуется преподавателем.

Типы самостоятельной работы:

1. работа по написанию истории болезни;
2. подготовка к практическим и семинарским занятиям;
3. написание ориентировочных карт по теме занятия;
4. освоение тем, не предусмотренных программой практических занятий, но входящих в перечень вопросов на зачётном занятии;
5. оформление иллюстраций к изучаемым вопросам по образцам и рекомендациям программы;
6. проведение наблюдений, лабораторных работ и опытов по образцам и рекомендациям методических указаний и преподавателей;
7. изготовление отдельных предметов и их частей по образцам и инструкциям;
8. решение ситуационных задач (что позволяет усовершенствовать практические навыки в обследовании, лечении больного, решать вопросы ВТЭ).
9. курация больных.
10. Творческие самостоятельные работы – высший уровень самостоятельных работ студентов и врачей последиplomной подготовки.

- Они включают фундаментальные, описательные, объяснительные понятия.
- Способствуют раскрытию новых сторон изучаемых явлений, объектов, событий и высказывание собственных суждений, оценок на основе всестороннего анализа исходных данных решаемой задачи.

Такой подход позволяет выявить наиболее успешных, талантливых студентов и специалистов, способных к научной, педагогической и практической работе в специализированных медицинских учреждениях.

Типы самостоятельной работы (по П.И. Пидкасистому):

1. Самостоятельная работа по образцу X - понятия, описывающие факты эмпирической действительности;

2. Реконструктивные самостоятельные работы - понятия, объясняющие сущность отдельных явлений, их функциональные и причинные связи, а также противоречивый процесс их развития.

3. Вариантные самостоятельные работы на применение понятий науки - фундаментальные понятия той или иной научной области, раскрывающие взаимосвязи между различными областями знаний, характеризующие определенную сферу действительности и отражающие логическую структуру переменных систем знаний.

4. Творческие самостоятельные работы - описательные, объяснительные понятия и фундаментальные понятия той или иной научной области в сочетании с понятиями, характеризующими всю деятельность в целом и общие принципы ее познания.

- К самостоятельным работам по образцу относятся;

1. решение типовых задач, примеров, выполнение различных упражнений по образцам и алгоритмам;

2. нахождение готовых ответов в тексте: сопоставление простых планов разрабатываемых тем, отбор и систематизация учебного материала и его устное или письменное оформление по сложившимся образцам и примерам;

3. оформление иллюстраций к изучаемым вопросам по образцам и рекомендациям программы;

4. проведение наблюдений, лабораторных работ и опытов по образцам и рекомендациям методических указаний и преподавателей;

5. изготовление отдельных предметов и их частей по образцам и инструкциям.

- Дидактические цели самостоятельной работы по образцу сводятся к узнаванию, опознаванию, различению, установлению подобия, актуальное воспроизведение или подведение нового факта под известное понятие на основе данных, представленных непосредственно (в явном виде) в самой учебной задаче.

- К реконструктивным самостоятельным работам относятся:

1. использование текстуальных формулировок в новых сочетаниях, устное или письменное их воспроизведение на основе увеличения числа источников информации;

2. отбор и систематизация учебного материала на основе его реконструкции и вычленения главного, письменное или устное его оформление;

3. составление сложных планов по отдельным темам, сквозным темам, простое конспектирование и т.п.;

4. упражнение а решении задач, применение правил и т.п. в различных ситуациях, продумывание самостоятельных примеров, составление задач, тезисов и т.п.;

5. проведение наблюдений, лабораторных работ и опытов по плану или инструкции, в свернутом виде данных в учебных или специальных пособиях;

6. изыскание новых способов, средств иллюстрирования изучаемых вопросов, изготовление отдельных предметов или их частей по чертежам и т.п.

- Дидактические цели реконструктивной самостоятельной работы сводятся к осмысливанию и видоизменению отображения внутренней структуры познавательного объекта, описанию и анализу действия с объектом, предвидению и анализу возможных их исходов.

- К вариантным самостоятельным работам на применение понятий науки относятся:

- применение фундаментальных понятий (категорий) той или иной научной области к решению определенного класса задач логического, экспериментального, лабораторного, клинического или производственно-трудоого характера, в ходе которых изыскиваются новые способы, методы и технические средства для раскрытия, иллюстрирования и т.п. новых сторон изучаемых явлений данного класса.

Знания при этом типе самостоятельной работы выступают в качестве инструмента познания, благодаря чему учащиеся на основе собственных дедуктивных выводов добывают новую информацию, применяя познанный закон или понятие к объяснению изучаемых явлений в измененных ситуациях.

- К творческим самостоятельным работам относятся:

1. раскрытие новых сторон изучаемых явлений, объектов, событий и высказывание собственных суждений, оценок на основе всестороннего анализа исходных данных решаемой задачи;

2. самостоятельная разработка тематики и методики лабораторной или экспериментальной работы и ее выполнение, самостоятельное проектирование и изготовление отдельных предметов и их частей, выделение и формулирование проблем в заданной ситуации, постановка новых проблем, выдвижение гипотезы и разработка плана ее решения.

При этом типе самостоятельной работы деятельность приобретает гибкий, поисковый характер в плане переноса знаний и способов на уровне трансформации ранее усвоенных программ деятельности для, решения творческих задач и открытия принципов (идей) решений, приводящих к получению существенно новой информации.

Виды самостоятельной работы в институтах (факультетах) усовершенствования врачей:

- работа с учебной литературой и учебными пособиями (муляжами, тренажерами, плакатами, таблицами, фото, рентгенограммами и др.);
- работа со справочной литературой (статистическими справочниками, словарями, энциклопедией, приказами и др.);
- решение и сопоставление задач;
- учебные упражнения (обычные и по готовому тексту), упражнения с тестовыми программами, алгоритмами и пр.;
- описания, рефераты и обзоры, подготовка обзорных и научных докладов, описание собственного опыта;
- наблюдения и лабораторные работы;
- работы-задания, связанные с использованием иллюстраций, схем, карт, графиков и других раздаточных материалов;
- графические работы;
- препаровка анатомических препаратов, проведение экспериментальных операций;
- курация больных.

Структура рабочего времени курсанта:

- А. Методический раздел:
- методическая разработка, включающая цель, занятия, и порядок ее выполнения;
 - справочные таблицы, схемы, пособия;
- Б. Информационный раздел:
- учебник или руководство;
 - конспект или текст лекции;
 - магнитофонная запись лекции с набором слайд или других иллюстративных материалов;
 - кассетное кино с сопровождающим текстом;
 - видеомангнитофонная запись;
 - набор слайд, схем, рисунков, таблиц.
- В. Технический раздел:
- необходимая аппаратура для выполнения конфертного задания или лабораторной работы;
 - тренажеры в виде действующих моделей, и приборов с программированным управлением;
 - технические средства обучения;
- Г. Контролирующий раздел (с целью контроля или самоконтроля):
- программированное дополнение к непрограммированному учебнику;
 - контрольные вопросы;
 - тестовый самоконтроль;
 - контрольные задания;
 - технические средства контроля.

Эффективность самостоятельной работы учащихся зависит от:

- условий ее организации;
- интереса (мотивации) к ее выполнению;
- содержания и характера знаний;
- логике изложения задания;
- содержания источника новых знаний;
- взаимозависимости наличных и предполагаемых знаний в содержании данного вида самостоятельной работы;
- качества достигнутых учащимися результатов в ходе выполнения этой работы.

Выводы:

Таким образом, рациональная организация учебного времени врача-курсанта будет способствовать повышению эффективности учебного процесса и профессиональной квалификации обучаемого.

Литература:

1. Маймулов В.Г., Белова Л.В. Совершенствование подготовки врачей по медико-профилактическим специальностям на факультете повышения квалификации // Здравоохранение Российской Федерации.- 2008.- № 1.- С.37-38
2. Кузнецова О.Ю. Подготовка врачей общей практики - итоги 10 лет работы кафедры семейной медицины СПбМАПО // Российский семейный врач. – 2006ю- Т.10, № 1.- С. 4-9
3. Итоги и перспективы повышения квалификации врачей скорой медицинской помощи // Скорая медицинская помощь.- 2007.- № 3.- С. 11-13

**ВІДОМИЙ УЧЕНИЙ-ПАТОФІЗІОЛОГ
До 70-річчя Міхньова Володимира Анатолійовича**



Міхньов Володимир Анатолійович є відомим ученим-патофізіологом, педагогом і організатором науки. Він народився 25 лютого 1940 р. У 1963 р. закінчив з відзнакою Київський медичний інститут і його ім'я було занесено до «Золотої книги пошан» Інституту. Після закінчення аспірантури при кафедрі патологічної фізіології у 1966 р. він працював на кафедрі на посадах асистента, доцента і з 1989 р. працює професором кафедри. І колеги по кафедрі і студенти цінують його широку ерудицію і викладацьку майстерність.

Міхньов В.А. є учнем член-кор. АМН СРСР проф. М.Н. Зайка і плідно розвиває важливу загальнобіологічну і медичну проблему - проблему нервової трофіки і неврогенних дистрофій.

Одним з напрямів його досліджень є вивчення впливу порушення чутливої інервації на розвиток трофічних розладів в тканинах. Ним були створені експериментальні моделі, які дозволили

вивчити тонкі структурні і цитохімічні зміни у посмугованих м'язах і епітеліальній тканині після їх деаферентації, дослідити патогенез нейротрофічних виразок, установити закономірності процесів регенерації в денервованих тканинах. Ці роботи дозволили з'ясувати значення афферентних нейронів в регуляції трофічних процесів, зокрема в тканинах, що іннервують ся трійчастим нервом (тканинах ока, язика, пародонту, біля носових пазух).

Ще один напрям його наукової роботи пов'язаний з дослідженням нервових впливів на структуру, функцію і метаболізм непосмугованих м'язів. Зокрема, ним вивчено закономірності розвитку трофічних порушень в гладеньких м'язах шлунку. Використавши як об'єкт досліджень м'язовий шлунок у птахів, він вперше виконав великий цикл досліджень з вивчення особливостей біоенергетичних процесів в гладеньких м'язах у порівнянні із скелетними м'язами як в нормі, так і при порушенні їх нервової регуляції. Ця модель дозволила йому вперше провести також фундаментальні дослідження з порівняльного вивчення становлення енергетичного обміну в гладеньких і скелетних м'язах на різних стадіях ембріонального і постембріонального розвитку.

В цьому ж напрямку виконані дослідження присвячені експериментальному вивченню впливу ваготомії на структуру і метаболізм м'язової оболонки шлунку.

Важливе теоретичне і практичне значення мають роботи з дослідження енергетичного обміну в гладеньких м'язах товстої кишки при порушенні їх інервації у людей з хворобою Гіршпрунга.

Значний внесок зробив Міхньов В.А. у розвиток патофізіології як вузівської дисципліни. Він є одним з авторів підручника з патологічної фізіології для студентів медичних вузів, що витримав чотири видання російською, українською і румунською мовами. Він також є співавтором посібників до практичних занять з патологічної фізіології.

Ним написаний українсько-російсько-латинський тлумачний словник з патофізіології. Він брав участь у створенні навчальних програм з патологічної фізіології для вищих медичних навчальних закладів. Має понад сто друкованих праць.

У 1997 р. В.А.Міхньова обрано головним ученим секретарем АМН України. Як головний учений секретар і член Президії Академії медичних наук України Міхньов В.А. веде значну науково-організаційну роботу. Він є членом наукової ради з теоретичної медицини при Президії АМН, членом Вченої медичної ради Міністерства охорони здоров'я, членом правління Українського і Київського наукових товариств патофізіологів, членом редколегії Журналу Академії медичних наук України, Українського журналу патології, членом низки міжвідомчих експертних рад і комісій. Був головою експертної ради ВАК України.

Діяльність В.А.Міхньова дістала високу оцінку наукової громадськості і держави. Він є лауреатом Державної премії в галузі науки і техніки. Його обрано членом-кореспондентом АМН України, йому присвоєно почесне звання Заслуженого діяча науки і техніки, він нагороджений орденом «За заслуги» III ступеня, Почесною грамотою Верховної Ради України та орденом Преподобного Агапіта Печерського II ступеня Української православної церкви.

**ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ
ЕВГЕНИЯ ПЕТРОВИЧА БЕЛОБРОВА**



06 марта 2010 года исполняется 70 лет со дня рождения и 40 лет научно-практической и преподавательской деятельности заведующего Отделом опасных грузов и аварийных ситуаций, руководителя ГЭМР - СПАС Украинского НИИ медицины транспорта, академика МАНЭБ, доктора медицинских наук, Евгения Петровича Белоброва.

Свою трудовую деятельность юбиляр начал в сентябре 1958 г. когда после окончания Мореходной школы Военно-Морских Сил работал матросом и котельным машинистом на судах Вспомогательного флота Краснознамённого Черноморского флота (КЧФ) в Севастополе. После окончания в 1966 г. лечебного факультета Крымского медицинского института работал в должности судового врача на судах заграничного плавания «Иван Франко», «Победа», «Суджа» Черноморского морского пароходства.

С 1968 по 1971 гг. служил в медицинской службе на крейсерах «Михаил Кутузов», «Грозный» и начальником медицинской службы на эсминце «Находчивый» (КЧФ) в Севастополе. В составе экипажей кораблей эскадры участвовал в боевых действиях в египетской войне 1968-1968 гг. на Средиземноморском театре.

После окончания службы с 1971 по 1982 г.г. работал врачом –токсикологом в Бассейновой токсикологической лаборатории Черноморско-Азовского водоздравотдела. Участвовал в выполнении хоздоговорных научно-практических экспериментальных работах в лабораторных и судовых условиях в рейсах по изучению системы иммунологической реактивности организма к вредным факторам плавания и токсиколого-гигиенической безопасности моряков при перевозках на судах опасных грузов. В 1982 году был переведен на должность старшего научного сотрудника в отдел токсикологии «Всесоюзного НИИ гигиены водного транспорта» (ВНИИГВТ).

В 1984 году защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему по изучению неспецифической реактивности моряков в

условиях дальнего плавания. С 1985 по 1994 год работал в должности руководителя Лаборатории гигиены и токсикологии опасных грузов института

В 1988 году создал и возглавил «Группу экстренного медико-санитарного реагирования по спасению людей при авариях с опасными грузами на судах и в портах» (ГЭМР-СПАСС), целью, которой является «спасение спасателей», обеспечение безопасности проведения аварийных работ, поиск и спасения людей на море в системе SAR, сохранение жизни и здоровья моряков и докеров. Возглавляя ГЭМР-СПАСС, принимал личное участие в ликвидации аварий и спасению людей на судах и в портах: пожар рыбной муки т/х «Пролив» и «Генерал Морозов», пожар кип табака на т/х «Севан», «Капитан Кушнаренко», «Назым Хикмет», взрыв паров нефти в МКО т/х ОБО «Маршал Гречко», разлив ртути в трюме индийского судна «Вишва Коруна», пожар мешков кофе на т/х «Черняховск», кип хлопка т/х «Сормовский» пассажирских судах лайнере «Максим Горький» и т/х «Волна». Постоянный участник командно-штабных учений по поиску и спасению на море «КШУ -1994 - 2000 г.г.». В 1994 г. был избран член- корреспондентом, затем действительным членом (академиком), Международной, ассоциированной в ООН, академии наук экологии и безопасности жизнедеятельности «МАНЭБ» Санкт-Петербурга.

С 1995 по 2006 годы работает в Центральной СЭС на водном транспорте в должности заведующего отделом опасных грузов и аварийных ситуаций и заместителем главного врача. На этой базе также организовал и руководил работой ГЭМР-СПАСС продолжая принимать активное участие в работе по созданию системы медико-санитарного обеспечения безопасности аварийно-спасательных работ по поиску и спасению людей в общеукраинской национальной системе поиска и спасения на море «SAR - Украина». За этот период принимал участие в ликвидации аварий на судах, связанных с утечкой чрезвычайно ядовитого газа фосфина на т/х «Шахтер», «Федор Калугин» в порту Ильичевск, т/х «Мунир Коч» в п. Бердянск, т/х «Фрост» в п. Таганрог, пожар на т/х «Лена» с грузом фумигированной пшеницей, возгорание кип хлопка т/х «Волго-Балт 212».

С 2006 по н/в работает в ГП «Украинский НИИ медицины транспорта» Минздрава Украины на должности главного научного сотрудника, заведующего Центром гигиены и токсикологии опасных грузов и аварийных ситуаций, руководителем ГЭМР-СПАСС. Работая в тесном сотрудничестве с специалистами Госадминистрации морского и речного флота, Держфлотинспекции по безопасности мореплавания принимает активное участие в работе Госкомиссии Минтрансвязи Украины по расследованию серьезных аварийных морских происшествий: гибели судов в Керченском проливе, расследование гибели людей при авариях на т/х «Одисс», «Роксолана -1» (п. Ялта), у берегов Болгарии т/х «Толстой», около п. Поти (Грузия) «Скадовск», на рейде п. Южный «Святой Стефан».

В 2007 году защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук проблеме безопасности жизнедеятельности моряков и докеров при перегрузках в портах и перевозках на судах опасных фумигированных грузов в аварийных ситуациях и поиску и спасению людей в море. Доктор мед. наук Белобров Е.П. является постоянным научным консультантом и экспертом по безопасности перевозки опасных грузов в системе Держфлотинспекции и Госадминистрации морского и речного флота Украины. Одновременно с этим в должности профессора проводит большую преподавательскую работу в Институте повышения квалификации специалистов и руководящих работников морского и речного флота, Одесской национальной морской академии. Является членом редакционного совета журналов «Вестник морской медицины», «Актуальные проблемы медицины транспорта», «Вестник водного транспорта».

Е.П. Белобров автор 234 работ, в том числе 2-х томных национальных «Правил морской перевозки опасных грузов» (Правил МОПОГ), «Общих и специальных Правил морской перевозки наливных грузов», ряда Руководящих документов Минморфлота, Санитарных правил и норм, Инструкций по безопасности перевозки и перегрузки опасных и фумигированных грузов. Награжден медалями «За воинскую доблесть», «За трудовое отличие. Ветеран труда», нагрудными знаками КЧФ «За дальний поход» и

«Отличник Здравоохранения», имеет Золотую и две Бронзовые медали ВДНХ «За успехи в народном хозяйстве». За личное участие по спасению людей и ликвидации аварий с опасными грузами на т/х «Маршал Гречко», «Шахтер», «Мунир Коч» Постановлением Президиума МАНЭБ (С-Петербург) в декабре 2008 г. доктор мед. наук Е.П. Белобров был награжден орденом «За мужество».

Сердечно поздравляем юбиляра с Днем рождения, желаем морского здоровья, неиссякаемой энергии, трудолюбия, исполнения всех намеченных планов в благородном деле обеспечения безопасности жизни и здоровья моряков и докеров.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ, 2010

ФЕВРАЛЬ

Молекулярная Медицина-2010.

2-5 февраля, Сан-Франциско, США. www.tri-conference.com

12-ая установочная конференция по чип-технологиям, последовательностям и функциональной геномике.

4-6 февраля, Франкфурт / Майн, Германия. Events.dechema.de/en/chips.html

9-ая международная конференция по новым тенденциям в иммуносупрессии и иммунотерапии.

4-6 февраля, Женева, Швейцария. www2.kenes.com/immuno/pages/home.aspx

Скрининг-Европа.

11-12 февраля, Барселона, Испания. www.selectbiosciences.com/conferences/SE2010/

Абдоминальная радиология.

21-26 февраля, Орlando, США. www.surg.org

Международная конференция по раннему выявлению и предотвращению заболеваний.

23-28 февраля, Мюнхен, Германия. www.paragon-conventions.net/eddp2010

PITTCON-2010. Конференция по аналитической химии и прикладной спектроскопии.

28 февраля-5 марта, Орlando, США. www.pittcon.org

МАРТ

22 Европейский конгресс по радиологии,

4-8 марта, Вена, Австрия. www.myesr.org

49 ежегодная встреча и токскэспо – общества токсикологии.

7-11 марта, Солт-Лейк-Сити. www.toxicology.org/AI/MEET/AM2010

Прогресс в исследованиях рака: от лаборатории до клиники,

7-10 марта, Мертвое Море, Иордания. www.aacr.org/home/scientists/meetings

7-ая всемирная встреча по фармацевтике, биофармацевтике и прагмацетике,

8-11 марта, Вена, Австрия. www.worldmeeting.org

Конференция по стабильности генома,

7-11 марта, Антигуа, Антигуа и Барбуда. www.abcam.com/index.html

Транснациональная конференция по раку,

21-24 марта, Амстердам, Нидерланды. www.aacr.org

Аналитика-2010,

23-26 марта, Мюнхен, Германия. www.analytica.com

99-ая ежегодная встреча американского и канадского общества патологов,

20-26 марта, Вашингтон, США. www.uscap.org

Общество лабораторных диагностов вооруженных сил,
22-25 марта, Сан-Диего, США. www.safmls.org

7-ая Европейская конференция по раку груди,
23-27 марта, Барселона, Испания. www.ecco-org.eu

Весенняя, 2010 года, встреча общества общей микробиологии,
29 марта- 1 апреля, Эдинбург, Шотландия.
www.sgm.ac.uk/meetigs/MTGPAGES/Eicc2010.cfm

АПРЕЛЬ

Международная медицинская выставка ADMET-Europe,
8-9 апреля, Мюнхен, Германия, www.selectbiosciences.com/conferences/ADMET2010

Европейский Конгресс по медицинской химии- MedChem-Europe,
8-9 апреля, Мюнхен, Германия, www.selectbiosciences.com/conferences/ADMET2010

20-й европейский конгресс по клинической микробиологии и инфекционным заболеваниям (ECCMID 2010),
10-13, Вена, Австрия, www.escmid.org

EuroAsiaBio,
13-15 апреля, Москва, www.aacr.org/home/scientists/meeting

Международный конгресс по вакцинации,
19-22 апреля, Вашингтон, США, www.terrapin.com/2010/wvcdc

ECE 2010 – 12- й Европейский конгресс по эндокринологии,
24-28 апреля, Прага, чешская Республика, www.ece2010.com

26-й ежегодный конгресс по клинической вирусологии,
25-28 апреля, Дайтон-Бич, Флорида, США, www.virology.org

ANALIZA -10-ая международная выставка лабораторных технологий и оборудования, биотехнологии, инструментальному и химическому анализу,
27-28 апреля, Тель-Авив, Израиль, www.stier.co.il/english/fair_analiza.htm

МАЙ

22-й международный симпозиум по технологическим инновациям в лабораторной диагностике,
10-12 мая, Брингтон, Англия, www.islh.org/2009/index.php

Всемирный конгресс по стволовым клеткам и регенеративной медицине,
11-13 май, Лондон, Англия, www.terrap-inn.com/2010/stemcells

HGM 2010 –HUGO's 14- ая встреча по геному,
18-21 апреля, Монпелье, Франция, www.hgm2010.hugo-international.org

ИЮНЬ

ACHEMASIA-2010,
1-4 июнь, Пекин, Китай, www.achemasia.de

31-й международный конгресс общества по гематрансфузии,
2-6 июня, Берлин, Германия, www.isbt-web.org/berlin

EAACI-2010, 29-й конгресс европейской академии по аллергии и клинической иммунологии,
5-9 июня, Лондон, Англия, www.eaaci2010.com

Протеомикс рака,
8-9 июня, Берлин, Германия, www.selectbiosciences.com/conferences/CP2010

Достижения в области изучения антител и пептидной терапии,
Берлин, Германия, www.selectbiosciences.com/conferences/CP2010

29-й всемирный конгресс по лабораторным биомедицинским наукам,
6-9 июня, Найроби, Кения, www.ifbls.org

15-й конгресс европейской гематологической ассоциации,
10-13 июня, Барселона, Испания, eha.eurocongress.com/15th

Европейская конференция по генетике человека,
12-15 июня, Гетеборг, Швеция, www.eshg.org/ehgc.htm

НаноБио Европа,
15-17 июня, Мюнхен, Германия, www.nanobio-europe.com

26-ая ежегодная встреча Европейского общества по репродукции человека и эмбриологии,
20-27 июня, Рим, Италия, www.eshre.com/ESHRE/English

35-й конгресс FEBS- молекулы жизни,
24 июня-1 июля, Гетеборг, Швеция, www.febs2010.org

World Pharma 2010 – 16-й всемирный конгресс по базовой и клинической фармакологии,
17-23 июля, Копенгаген, Дания, www.worldpharma2010.org



Министерство здравоохранения Украины
Украинский научно-исследовательский
институт медицины транспорта МЗ Украины

Глубокоуважаемые коллеги!

Украинский научно-исследовательский институт медицины транспорта МЗ Украины приглашает Вас принять участие в работе II Международного конгресса

“Медицина транспорта – 2010”

Конгресс будет проходить 15 - 17 сентября 2010 года в г.Одессе (Украина).

Главные программные вопросы Конгресса касаются всех основных видов транспорта (железнодорожного, автомобильного, воздушного, водного), в том числе их разного производственного назначения (гражданского, военного, чрезвычайных ситуаций, силовых и правоохранительных структур, специализированного и т.д.):

- Гигиенические, эпидемиологические и медицинские проблемы;
- Профессиональное здоровье: профилактика, клиника, патофизиология, диагностика, лечение, реабилитация;
- Влияние транспорта на окружающую среду;
- Влияние транспорта на здоровье пассажиров и населения;
- Физиологические и психофизиологические особенности работы;
- Особенности водоснабжения и питания;
- Токсикологические проблемы;
- Аварийные, чрезвычайные и опасные ситуации;
- Особенности санитарно-эпидемиологических требований к международным транспортным коридорам, перевозке особо опасных грузов и защите границ;
- Усовершенствование системы диспансеризации работающих;
- Организационное усовершенствование структур Госсанэпид-надзора и лечебно-профилактической помощи;
- Проблемы подготовки к чемпионату Европы по футболу 2012г.;
- Безопасность дорожного движения;
- Системы этапной медицинской помощи пострадавшим в транспортных происшествиях;
- Разработка и гармонизация с международными требованиями нормативно-методических документов и их внедрение;
- Разработка и внедрение новых методов и аппаратуры (в т.ч. бортовой) в работе санитарно-эпидемиологических и лечебно-профилактических служб на транспорте.

Планируется проведение пленарных, секционных заседаний и постерной сессии.

В рамках Конгресса будут проведены:

Симпозиум “Новые направления в токсикологических исследованиях”
(2-ая Школа токсикологов)

Симпозиум «Медицинские аспекты перевозки особо опасных грузов»

Официальные рабочие языки Конференции: украинский, русский, английский.

Пленарный доклад - 20 мин.

Секционные доклады – до 10 мин.

Докладчикам будет предоставлен мультимедийный проектор и проектор для прозрачных слайдов (до формата А-4).

Материалы для печати принимаются на украинском, русском и английском языках объемом до 5 страниц компьютерного текста на дискете 3,5”, CD-диске, или по электронной почте (medtrans2@rambler.ru).

Материалы будут напечатаны в специальном выпуске журнала «Актуальные проблемы транспортной медицины» (статьи) и в приложении к журналу «Сборник материалов Конгресса «Медицина транспорта – 2010»» (тезисы). Стоимость публикации – 10 грн. за страницу.

Срок подачи заявки на участие до 01.04.2010 г.

Срок подачи материалов до 01.05.2010 г..

Заявки на участие (Регистрационная карта) и материалы для публикаций направлять в Секретариат оргкомитета Конгресса по адресу:

- УкрНИИ медицины транспорта, 65039, ул. Канатная, 92, г.Одесса;

E-mail: medtrans2@rambler.ru

Контактное лицо:

Бадюк Наталия Сергеевна

+38 (048) 728-14-51, e-mail: medtrans2@rambler.ru



РЕГИСТРАЦИОННАЯ КАРТА
(ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ)

Во II Международном конгрессе

“Медицина транспорта – 2010”

1. Фамилия, имя, отчество (полностью)

2. Название организации, должность

3. Ученая степень, звание

4. Почтовый адрес и e-mail для переписки

5. Контактный телефон _____
факс _____

6. Форма участия в работе Конгресса:

- без доклада;
- устный доклад;
- постерный доклад;
- публикация материалов.

Дата _____

Подпись _____

ЗМІСТ	CONTENT
ФІЗІОЛОГІЯ І ПАТОЛОГІЯ АДАПТАЦІЇ ЛЮДИНИ ДО УМОВ СВІТОВОГО ОКЕАНУ	PHYSIOLOGY AND PATHOLOGY OF A HUMAN'S ADAPTATION TO THE CONDITIONS OF THE WORLD OCEAN
Маркус Брауэр МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ СПИСАНИЯ ЮЖНОАФРИКАНСКИХ МОРЯКОВ С КРУИЗНЫХ СУДОВ..... 3	Marcus Brauer MEDICAL DISEMBARCATION OF SOUTH AFRICAN CREW HIRED TO WORK ABOARD CRUISE SHIPS 3
Paulo M Alves, Robb Leigh, Ginger Bartos Lin Gholson, Rita Mody, Neil Nerwich СЛУЧАИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА БОРТУ ТОРГОВЫХ СУДОВ: ОДНОГОДИЧНОЕ СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ПРОВЕДЕННОЕ НА СУДАХ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ 14	Paulo M Alves, Robb Leigh, Ginger Bartos Lin Gholson, Rita Mody, Neil Nerwich MEDICAL EVENTS ON BOARD MERCHANT SHIPS: A ONE-YEAR COMPARISON BETWEEN DIFFERENT OPERATORS 14
А. М. Игнатьев, Н. А. Мацегора К. А. Ярмула ДИАГНОСТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У МОРЯКОВ НА ЭТАПЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБОРА 20	A . M. Ignatiev, N. A. Matsegora K. A. Yarmula DIAGNOSTICS OF CARDIO-VASCULAR PATHOLOGY IN SEAFARERS AT THE STAGE OF PROFESSIONAL MEDICAL EXAMINATION 20
НОВІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ	NEW MEDICAL TECHNOLOGIES
С. В. Гончаров, А. С. Чепрасова КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ЛАБИЛАКТ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА..... 24	S. V. Goncharov, A. S. Cheprasova THE COMPLEX TREATMENT OF BACTERIAL VAGINOSIS IN THE WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH THE USE OF LABICTAL 24
М. С. Опанасенко, М. І. Калениченко Б. М. Конік, О. В. Терешкович Р. А. Веремеєнко, В. Б. Бичковський Л. І. Леванда НОВІ СПОСОБИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ 30	N. S. Opanasenko, M. I. Kalenichenko B. N. Konik, O. V. Tereshkovich R. A. Veremeenko, V. B. Bychkovskiy L. I. Levanda NEW METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF DESTRUCTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS..... 30
ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ БІОЛОГІЇ І МЕДИЦИНИ	THEORETICAL PROBLEMS OF BIOLOGY & MEDICINE
І. В. Руденко АЛЕЛЬНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНІВ ІІ ФАЗИ СИСТЕМИ ДЕТОКСИКАЦІЇ: ГЛУТАТІОН –S – ТРАНСФЕРАЗИ М1 ТА N – АЦЕТИЛТРАНСФЕРАЗИ 2 ПІД ЧАС ГЕСТАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ ПРИ ПРИРОДЖЕНИХ ВАДАХ РОЗВИТКУ В ОДЕСЬКОМУ РЕГІОНІ.....36	I. V. Rudenko POLYMORPHISM OF ALLELES OF THE GENES ІІ PHASES OF THE SYSTEM OF DETOXICATION: GLUTATION – S – TRANSFERASES M1 AND N – ACETYLT-TRANSFERASES 2 DURING GESTATIONAL PROCESSES AT THE INNATE TERATOSISS IN ODESSA REGION.....36

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА	CLINICAL MEDICINE
И. В. Шарапов ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРИОДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕАНГИОМ ПЕЧЕНИ 40	I. V. Sharapov EFFECTIVENESS OF CRYODESTRUCTION IN THE TREATMENT OF HEPATIC HEMANGIOMAE 40
С. Г. Бугайцов, А. О. Машков КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА РАК ТОВСТОЇ КИШКИ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ 45	S. G. Bugaitsov, A. A. Mashukov A COMPREHENSIVE PROGRAM OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH COLON CANCER WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS 45
Е. В. Кулаженко, С. А. Варзарь ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ НАРУЖНОЙ ЛОДЫЖКИ И ДИСТАЛЬНОГО МЕЖБЕРЦЕВОГО СИНДЕСМОЗА.....49	Ye.V. Kulazhenko, S. A. Varzar THE TREATMENT OF LATERAL MALLEOLUS AND DISTAL INTERTIBIAL SYNDESMOSIS DAMAGES.....49
І. М. Полінчук СУЧАСНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ.....56	I. M. Polinchuk MODERN TACTICS OF ALLERGIC RHINITIS TREATMENT.....56
ЛЕКЦІЇ	LECTURES
Н. А. Мацегора, О. Р. Ковалева КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ 61	N. A. Matsegora, O. R. Kovaleva CRYOGLOBULENEMIC VASCULITIS 61
А. М. Игнатьев, Н. А. Мацегора К. А. Ярмула САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА И ЕЕ РОЛЬ В ПРОЦЕССЕ ПЕРЕПОДГОТОВКИ ВРАЧА (Учебные материалы к семинару по актуальным вопросам дидактики после- дипломного обучения).....69	A. M. Ignatiev, N. A. Matsegora K. A. Yarmula RATIONAL EDUCATIONAL SCHEDULE & ITS ROLE IN ADVANCED TRAINING OF DOCTORS 69
ЮБІЛЕЇ	JUBELEI
..... 74	 74
ІНФОРМАЦІЯ	INFORMATION
..... 79	 79
