

гестации, из них 28 – проходили лечение с использованием метода «музыкотерапии», 30 – методом «мама-кенгуру». Применение развивающих технологий проводили на первом этапе, до 32 недель постконцептуального возраста, путем защиты новорожденных от повреждающих факторов внешней среды (яркий свет, шум, чрезмерного количества манипуляций); на втором этапе, после 32 недель постконцептуального возраста, введение осторожной тактильной, звуковой и психоэмоциональной стимуляции. Динамика состояния здоровья исследована путем отслеживания динамики антропометрических показателей, данных психомоторного развития новорожденных, нормализации лабораторных показателей (ОАК, ОАМ, биохимического анализа крови), данных НСГ, ЭхоКС, доплерографии сосудов миокарда и головного мозга, УЗИ органов брюшной полости и мочевыводящей системы. Статистическая обработка и математический анализ материала проводились на персональном компьютере с использованием лицензионного пакета программ Statistica for Windows 7.RU. Полученные результаты: Наибольший эффект от применения методики «мама-кенгуру» - создание гармоничного физиологического биоценоза кожи и слизистых новорожденного путем заселения микрофлоры матери и, как следствие, повышение местных иммунных барьеров и снижение риска назокомиальной инфекции, профилактика сепсиса. Повышение барьерной функции подтверждается снижением обсеменения кожи, кишечника, слизистой ротовой полости новорожденных на фоне применения методики «Мама-кенгуру» по сравнению с группой в которой применялась методика «музыкотерапии» – *Staphylococcus aureus* – на 33,33%, *Klasiella pneumoniae* – на 10%, *Enterococcus faecium* – на 10 %, *Acinetobacter baumannii* – на 7,14%. Обеспечение постоянного совместного пребывания матери и ребенка при применении метода «мама-кенгуру» оказало положительное влияние и на коррекцию гипоксически-ишемических нарушений на фоне недоношенности: синдром угнетения ЦНС развивался на 7,3% реже; синдром нейрорефлекторной возбудимости – на 22,6% быстрее купировался, чем при применении метода «музыкотерапии». Нарушения кровообращения быстрее нивелировалось в группе «мама-кенгуру» - ДМПП на 3,9% и ОАП на 2,6%. Средняя длительность лечения в группе с применением методики «мама-кенгуру» на 9,78 дней меньше, чем в группе с применением методики музыкотерапии. Вывод: Метод «мама-кенгуру» более эффективен, чем метод «музыкотерапии». Он позволяет новорожденным быстрее адаптироваться к окружающей среде, сформировать физиологический биоценоз кожи и кишечника, улучшает их эмоциональное, психическое и физическое развитие.

#### **УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Турсунов Ж.Т., Бобокулов Н.Ч.

Ташкентская медицинская академия

Кафедра факультетской и госпитальной хирургии

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения больных с острым аппендицитом в сочетании с гинекологической патологией. Материалы и методы. Исследование проводилось в 2013-2014 гг. в хирургическом отделении Республиканской клинической больницы №1 МЗ РУз. Результаты. В первой группе чаще всего встречались симптомы Бартомье-Михельсона (51,6±2,7%), Ровзинга (38,9±2,6%) и Ситковского (38,4±2,6%), во второй – симптомы Ситковского (26,5±2,5%) и Ровзинга (21,7±2,3%). Отмечается статистически достоверное преобладание их у больных первой группы ( $p < 0,05$ ). Среди симптомов гинекологических заболеваний, у всех обследуемых нами больных, обнаруживались симптомы Поснера и Промптова. Симптом Дуэйя чаще определялся во второй группе (49,5±2,8%,  $p < 0,001$ ), а симптом Гентера – в первой (8,6±1,5%,  $p < 0,001$ ). С целью верификации диагноза всем больным проводилось УЗИ органов малого таза и брюшной полости с прицельным осмотром правой подвздошной области. Червеобразный отросток был выявлен у 52 (91,2%) больных в виде образования трубчатой формы. Причём у 92,5% пациенток первой группы наружный диаметр этого образования превышал 9 мм, а толщина стенок более 4мм. В то время как у 93,5% больных второй группы диаметр червеобразного отростка составлял от 6 до 9 мм, а толщина его стенок была менее 4 мм ( $p > 0,05$ ). При исследовании органов малого таза у 74,2% больных в первой группе и 72,1% - второй, обнаруживалась жидкость позади маточного пространства ( $p > 0,05$ ). Гипоэхогенная структура яичников выявлялась в первой группе у 60,2%, во второй - у 22,6% ( $p < 0,001$ ) больных. Выводы. Таким образом, анализ клинических данных и гистологических заключений показал, что клинические и ультразвуковые методы исследования позволяют выявить острый аппендицит, сопутствующий гинекологическим заболеваниям.

#### **ФИБРИЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ КАК ТРИГГЕР РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА. РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Уколова К.А., Привалова Я.М.

Научный руководитель: д.мед.н., доц. Кечин И.Л.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра внутренних болезней 1

Введение. Лёгочная гипертензия (ЛГ) - повышение среднего давления в легочной артерии более 25 мм рт.ст. определяет группу заболеваний, характеризующихся прогрессирующим увеличением легочного сосудистого сопротивления и ведущих к правожелудочковой сердечной недостаточности. По данным литературы ЛГ встречается у 69% пациентов с сердечной недостаточностью. Однако

патофизиологические механизмы ЛГ при заболеваниях левых отделов сердца отличаются от первичной ЛГ и сегодня выделяются в отдельную группу (группа 2 по классификации Дана Пойнта). Есть данные, что фибрилляция предсердий (ФП) является мультифакторной причиной развития ЛГ у данного контингента больных. В настоящее время мало данных о распространенности ЛГ у пациентов с ФП, нет рекомендаций по лечению больных этой группы, не определены целевые уровни снижения ЛГ и, зачастую, клиницисты не назначают препаратов для купирования этого грозного осложнения заболеваний левых отделов сердца разной этиологии и патогенеза. Цель работы: установить основные заболевания левых отделов сердца и параметры гемодинамики у больных с документированной ФП и ЛГ, находившихся на стационарном лечении в Запорожском областном центре сердечно - сосудистых заболеваний с 1 января по 28 февраля 2015 г. Методы и материал. На основе анализа историй болезни проведен сравнительный статистический анализ показателей центральной гемодинамики и уровня ЛГ, развившейся в результате различных патофизиологических причин у больных с ФП как осложнения ряда наиболее часто встречающихся заболеваний, поражающих левые отделы сердца, а именно: ИБС, постинфарктный (Q) кардиосклероз, АВ блокады II ст., АГ II-III ст. с гипертензивным сердцем. Контроль - больные АГ с гипертензивным сердцем и синусовым ритмом. Анализировали 226 историй болезни из них 119 пациентов с ФП+ЛГ. Контроль - 52 б-х АГ II-III ст. и ЛГ. У всех - ИММЛЖ>150г/м<sup>2</sup>. Результаты исследования. Всего на стационарное лечение поступило 226 пациентов из них 119 - с ФП+ЛГ (52%). Наиболее высокий уровень давления в лёгочной артерии отмечался у больных ИБС+ФП с систолической дисфункцией (n=31): ЛГ= 55,2±7,55мм рт.ст., контроль – 55: ЛГ= 32,58±6,96 мм рт.ст. (p<0.01). У больных ИБС+ФП с диастолической дисфункцией (n=19) ЛГ равнялась - 31,4±8,7мм рт.ст.; у 14 пациентов с ИБС +ФП + АВ блок (оба типа Мобиц): ЛГ= 31,7± 3,82мм рт.ст. Больные с ФП на фоне ИБС + АГ (n=23)-ЛГ= 36,2±13,2мм рт.ст.; ФП +АГ (n=51) — ЛГ = 34,3±6,64мм рт.ст. Максимальный диаметр левого предсердия (ЛП) отмечался у пациентов с ФП+ АГ- 5,4±0,57мм (контроль - 3,9±0,60мм), p <0,001; минимальный диаметр ЛП - у больных ФП + ИБС и диастолической дисфункцией - 3,75±0,59 мм. В группе ИБС+блокада - диаметр ЛП равнялся -3,85±0,34мм; у пациентов с ФП+ИБС- 4,66±0,55мм. Максимальный конечный диастолический объём выявлен в группе пациентов с ИБС и систолической дисфункцией- 178,7±63,1 мл., контроль -123,4±9,87 мл., минимальный - при тиреотоксическом сердце -114,28±7,65мл. Наиболее тесно ЛГ на фоне ФП коррелировала с ИММЛЖ>150г/м<sup>2</sup>; r=0,73. Выводы: ФП является частой патогемодинамической причиной развития лёгочной гипертензии. Из нозологических форм наибольший ущерб насосной функции сердца наносит постинфарктный кардиосклероз. В этой группе отмечалась максимальная дилатация левых отделов сердца с систолической дисфункцией левого желудочка. Результаты проведенного исследования позволяют заключить, что практически все пациенты с фибрилляцией предсердий на фоне с гипертрофии левого желудочка (индекс массы миокарда >160г/м<sup>2</sup>) нуждаются в дополнительной коррекции ЛГ. Наиболее доступными препаратами в Украине для длительного применения являются дигидропириновые блокаторы кальциевых каналов.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

Федосеева Е.С., Потапенко С.В.

Научный руководитель: проф. Боярская Л.Н.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра детских болезней ФПО

Цель работы: демонстрация особенностей дебюта, дальнейшего течения, а так же сложности диагностики системной склеродермии у детей. Методы исследования: проанализирован клинический случай системной склеродермии у ребенка 8 лет, анамнестические данные, клинические проявления, результаты лабораторных исследований крови и мочи (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови), инструментальные методы диагностики (УЗИ внутренних органов, рентгенография конечностей и ОГК). Результаты: показано постепенное, медленное (в течение 5 лет) развитие клинических проявлений системной склеродермии от первых симптомов до развернутой клинической картины. Акцентируется внимание на скудность видимых клинических проявлений, которые легко ускользают от внимания врача при формальном подходе к обследованию пациента, отсутствие изменений в лабораторных анализах. При тщательном сборе анамнеза, внимательном объективном осмотре и использовании необходимых дополнительных методов исследования выявлено наличие больших (проксимальный склероз, индурация кожи) и малых (склеродактилия, легочной фиброз) классификационных критериев системной склеродермии. Выводы: приведенный клинический случай демонстрирует особенности клинической картины дебюта системной склеродермии, что влечет за собой трудности своевременной диагностики. Знание основных проявлений системной склеродермии врачами не только ревматологического профиля позволит своевременно установить диагноз этого заболевания, назначить адекватную терапию избежав возможных осложнений.