

Из 53 больных туберкулезом верхних дыхательных путей и уха 38 (71,7%) выявлены у больных с активной, экссудативной формой туберкулеза легких, стоящих на учете в противотуберкулезном диспансере в течение более трех лет. Туберкулезом верхних дыхательных путей чаще болели люди, профессия которых связана с наличием во вдыхаемом воздухе мелкодисперсной пыли, паров различных химических агентов, снижающих сопротивляемость слизистой оболочки верхних дыхательных путей к инфекции. Нарушаются механизмы клеточного и гуморального иммунитета, возникают иммунодефицитные состояния, снижается специфическая иммунная защита слизистой оболочки верхних дыхательных путей.

Результаты проведенного исследования показывают:

1. Распространенность туберкулеза верхних дыхательных путей в республике составляет в целом 9,1% от всех больных туберкулезом легких;

2. Туберкулез верхних дыхательных путей чаще выявлялся у больных с длительным течением туберкулеза легких, преимущественно с активными экссудативными формами заболевания.

3. Очевидны различия в заболеваемости туберкулезом, как легких, так и верхних дыхательных путей в разных климатогеографических зонах республики. Наиболее неблагоприятным в отношении туберкулеза является равнинно-степная зона, где расположено большинство промышленных предприятий.

4. В горной зоне республики статистически достоверно заболеваемость туберкулезом ниже. Этому способствует не только отсутствие крупных промышленных предприятий, но и местные климатические условия, под влиянием которых происходит перестройка иммунитета в пользу усиления борьбы организма с туберкулезной инфекцией.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКЗЕНТЕРАЦИИ ОРГАНОВ ТАЗА ПО ПОВОДУ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Довлатов З.А., Серегин А.В., Лоран О.Б.

*Городская клиническая больница
им. С.П. Боткина, Москва;*

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва, e-mail: dovlatov.zyaka@mail.ru

Локализация опухоли в зоне малого таза у женщин наблюдается достаточно часто в онкологической практике. При местно-распространенных формах и местных рецидивах злокачественных новообразований тазовых органов применяют экзентерацию (эвисцерацию), включающую радикальное иссечение содержимого таза, степень которого определяется тем, насколько вовлечены в опухолевый процесс тазовые структуры. Операция может включать удаление многочисленных тазовых структур,

в том числе мочевого пузыря, матки и маточных труб, влагалища, прямой кишки, тазовых сосудов и нервов и тазовой кости. Данная операция, особенно тотальная экзентерация, ассоциирована со значительной частотой осложнений, высокой летальностью и снижением качества жизни пациенток. Это обстоятельство обуславливает актуальность настоящего исследования.

Материалы и методы исследования. Экзентерация органов таза выполнена у 92 женщин 37-74 лет (медиана – 53 года) по поводу рака мочевого пузыря (РМП) в 45 (48,9%) случаях и рака шейки матки (РШМ) – в 47 (51,1%). Больные РМП в зависимости от стадии заболевания были распределены следующим образом: $T_1N_0M_0G_3$ – 3 человека; $T_{2a-b}N_0M_0G_{1-3}$ – 14; $T_{2a-b}N_1M_0G_{1-3}$ – 2; $T_{3a-b}N_0M_0G_{1-3}$ – 17; $T_{3a-b}N_1M_0G_{1-3}$ – 5; $T_{3a-b}N_0M_1G_{1-3}$ – 1; $T_{4a}N_0M_0G_{1-3}$ – 3. Из 45 больных РМП 16 (35,6%) человек получали неоадьювантную химиотерапию. Среди больных РШМ выделены следующие группы: больные с первичным РШМ с прорастанием опухоли в мочевой пузырь ($T_{4a}N_{0-1}M_{0-1}$) – 22 человека; больные с неизлеченным первичным РШМ ($T_{3b}N_{0-1}M_0$) после завершения курса химиолучевой терапии в сроки 1-2 месяца – 8 человек; больные с рецидивным РШМ ($T_{1-3}N_0M_0$) – 17 человек (I стадия – 3 случая, II стадия – 8 случаев, III стадия – 6 случаев). Качество жизни оценивали с помощью опросника SF-36. Статистическая обработка выполнена с помощью программ «Statistica v. 17.0» («StatSoft», США). Динамику показателей качества жизни оценивали с помощью метода Вилкоксона. Различие между показателями считали достоверным при уровне статистической значимости (p) < 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. У 82 (89,1%) женщин произведена передняя экзентерация, у 10 (10,9%) – тотальная. Деривация мочи у данных 92 пациенток следующими способами: уретерокутанеостомия – у 6 (6,5%) больных; континентный гетеротопический резервуар из слепой кишки с умбиликостомой – у 3 (3,3%); W-образная илеоцистопластика по Hautmann – у 8 (8,7%); операция Бриккера – у 58 (63,0%); ректосигмопластика Mainz-pouch II – у 5 (5,4%); ортотопическая илеоцистопластика по Camey II – у 7 (7,6%); ортотопическая илеоцистопластика по Studer – у 5 (5,4%) больных. Деривация кишечного отделяемого у всех с тотальной экзентерацией осуществлена путем выполнения обструктивной резекции толстой кишки по Гартманну. Сроки наблюдения за пациентками составили от 3 до 104 месяцев (медиана – 51 месяц). В послеоперационном периоде в различные сроки химиотерапию или химиолучевую терапию получили 63 (68,5%) пациентки, а у 7 (7,6%) пациенток были выполнены различные операции по поводу отдаленных метастазов. 5-летняя общая и безрецидивная выживаемость в общей группе пациентов после

указанного оперативного вмешательства составила $60,9 \pm 15,8\%$ и $55,4 \pm 12,6\%$ соответственно. Качество жизни пациенток после оперативного вмешательства оценивали с помощью вышеназванного опросника SF-36 через 6, 12, 36 и 60 месяцев после операции. Оценка динамики показателя качества жизни больных в течение 60 месяцев после экзентерации тазовых органов показала, что после данного вмешательства, в целом, ухудшения качества жизни не наступило, а, наоборот, практически по всем аспектам имело место улучшение, в том числе по ряду параметров (физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; социальное функционирование) – статистически значимое улучшение. Видимо, это объясняется тем, что избавление пациенток от онкологического заболевания и коррекция последствий его лечения с обеспечением хороших функциональных результатов со стороны мочевой и пищеварительной систем позволили компенсировать тот ущерб организму, который был обусловлен тяжелым оперативным вмешательством в виде экзентерации тазовых органов.

Заключение. Таким образом, результаты исследования показали, что использование экзентерации тазовых органов у данной тяжелой категории пациентов дает возможность обеспечения достаточной высокого качества жизни пациенток. Однако необходимо учитывать, что результаты данного оперативного вмешательства во многом зависят от хирургического опыта и уровня материально-технической оснащенности медицинского учреждения.

СКРИНИНГ ФАКТОРОВ РИСКА СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КАК ПЕРВЫЙ ЭТАП СТУДЕНЧЕСКОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Евсеева М.Е., Ерёмин М.В., Кошель В.И.,
Батуринов В.А., Щетинин Е.В., Францева В.О.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, e-mail: evseeva@mail.ru

Выявление факторов риска (ФР) среди населения и отдельных его групп с целью последующей их коррекции является значимым условием успешной борьбы с социально значимыми заболеваниями (СЗ) [1], и в первую очередь сердечно-сосудистой (СС) патологией, которая занимает лидирующую позицию в общей структуре заболеваемости и смертности в РФ [2]. При этом оценка ФР должна быть не только массовой, но и ранней, что означает необходимость широкого внедрения системы массовой диагностики среди молодежи, так как именно в этот период нередко закрепляются негативные поведенческие стереотипы, которые затем выступают в роли ФР основных СЗ [3,4]. Своевременное же выявление ФР необходимо для эффективного форми-

рования групп риска и проведения ранней коррекции выявленных угроз в условиях центров молодёжного здоровья или студенческих поликлиник. Реализация такого подхода возможна на базе внедрения клинически обоснованного скрининга, нацеленного на достоверную оценку профиля значимых ФР [5] с целью их последующей комплексной коррекции силами специалистов-клиницистов различного профиля, которые должны работать в рамках единой междисциплинарной команды [1,2]. Доказано, что задачи скрининга наряду с другими обстоятельствами в значительной степени предопределяются возрастом обследуемых [6,7]. Скрининг молодежи имеет ряд своих особенностей, так как развитие патогенетического СС континуума в этом возрасте соответствует очень ранним донозологическим изменениям [4]. Поэтому именно в молодом возрасте есть шанс наиболее эффективно затормозить развитие ССЗ и реально предотвратить их неблагоприятные исходы. Такая профилактика представляется наиболее эффективной, хотя и отсроченной на перспективу. Но профилактика начинается с диагностики, а применительно к молодежи имеющиеся работы выполнены на достаточно ограниченных группах [8].

Цель – изучить на представительном контингенте однородной по возрасту молодежи профиль ФР ССЗ в зависимости от пола и фактуклуктета обучения.

Материал и методы. Представлен анализ скрининговых обследований 1351 первокурсника СтГМУ (392 юношей, 959 девушек), выполненных на базе Центра студенческого здоровья (ЦСЗ) СтГМУ. Исследование включало студентов первого курса в возрасте от 16 до 21 года (наборы 2012 и 2013 гг.). Встречаемость основных ФР СЗ анализировали среди всех студентов, а также с учётом их половой принадлежности. Проводили скрининг таких ФР, как наследственная отягощённость по ранним ССЗ, метаболической и онкологической патологии, а также офисная артериальная гипертензия / прегипертензия / (АГ/ПГ), избыточная масса тела (МТ), дислипидемия и гипергликемия (полосочная экспресс-диагностика), курение (газоанализатор «Smoke Check»; «Micro Medical Ltd.», Великобритания), наличие инфекционно- или иммунно-воспалительного заболевания, нерациональное питание, гиподинамия и низкая стресс-устойчивость. Выявленные ФР оценивали в соответствии с рекомендациями ГНИЦПМ (Москва) по профилактике ХНИЗ [1], Европейскими рекомендациями по кардиоваскулярной профилактике (2012) и другими документами [13,14]. Использованный опросник (более 100 вопросов), касался не только ФР, но и аспектов анамнеза, текущих жалоб и пр. Данные обработаны с помощью пакета программ «Statistica 6.0» («StatSoft Inc.»). Достоверность различий оценивалась с помощью критерия χ^2 Пирсона (относительные ве-