

ИЖЕВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ



АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

СБОРНИК ТРУДОВ
ТРЕТЬЕЙ ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ПРОБЛЕМЫ И ВОПРОСЫ
ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ
В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ»,
ПОСВЯЩЕННЫЙ 90-ЛЕТИЮ
ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ



• ПРОСПЕКТ •

Редакционная коллегия:

Стяжкина С. Н., доктор медицинских наук, профессор;

Мосеева М. В., доктор медицинских наук, доцент;

Поздеев А. Р., доктор медицинских наук, доцент;

Тихомирова Г. И., доктор медицинских наук, доцент.

- А43 Актуальные проблемы современной клинической медицины : сборник трудов Третьей Всероссийской конференции «Проблемы и вопросы производственной практики в медицинском вузе», посвященный 90-летию Ижевской государственной медицинской академии / отв. ред. С. Н. Стяжкина, М. В. Мосеева, А. Р. Поздеев, Г. И. Тихомирова. — Москва : Проспект, 2023. — 168 с.

ISBN 978-5-392-39104-2

В данном сборнике представлены работы ученых, врачей, студентов, ординаторов и аспирантов. Рассмотрены вопросы хирургии, терапии, педиатрии, стоматологии, офтальмологии, акушерства и гинекологии, внутренних болезней, травматологии и ортопедии, а также судебной медицины. Приведены яркие клинические примеры из практики, которые указывают на актуальность проблемы лечения и диагностики на современном этапе.

Сборник рассчитан на широкий круг читателей, носит междисциплинарный характер и может быть рекомендован преподавателям, студентам, ординаторам, аспирантам, ученым, практикующим врачам, медицинским юристам, судебно-медицинским экспертам, организаторам здравоохранения.

УДК 616
ББК 53

Текст публикуется в авторской редакции.

Научное издание

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Сборник трудов

**Третьей Всероссийской конференции
«Проблемы и вопросы по производственной практике
в медицинском вузе», посвященный 90-летию
Ижевской государственной медицинской академии**

Подписано в печать 16.03.2023. Формат 60×90 1/16.

Печать цифровая. Печ. л. 10,5. Тираж 1000 (1-й завод 100) экз. Заказ №

ООО «Проспект»

111020, г. Москва, ул. Боровая, д. 7, стр. 4.

Раздел 3
ОРИГИНАЛЬНЫЕ
ИССЛЕДОВАНИЯ

С. М. Баяндина, аспирант; А. Р. Поздеев, д-р мед.наук, доцент

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

ПРЕДИКТОРЫ ТЯЖЕСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Аннотация. Целью работы явилось выявление значимых параметров у пострадавших с травмой головы, и находящихся на лечении в стационаре, влияющих на оценку тяжести черепно-мозговой травмы. Проанализировано 30 судебно-медицинских экспертиз потерпевших, лечившихся в стационаре с диагнозом черепно-мозговая травма. Исследована медицинская и судебно-медицинская документация и данные инструментальных и лабораторных исследований общеклиническими и специальными (дополнительными) методами. Для разработки типологии и построения гипотез на основе исследованных данных использовали на предварительном этапе кластерный анализ в приложении SPSS-23. Кластеризация позволила построить достоверную модель и выявить значимые для оценки ЧМТ предикторы: проведенные операционные вмешательства, субарахноидальные кровоизлияния, асимметричность боковых желудочков, наличие менингеальных симптомов, нарушение походки, нистагм, наличие сознания по шкале Глазго, тошнота, сохранность сознания после травмы, и количество проведенных койко-дней.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, оценка тяжести, кластерный анализ, судебно-медицинская экспертиза.

Введение

С началом военной спецоперации в Украине по образному выражению Н. И. Пирогова началась «травматическая эпидемия». Черепно-мозговые травмы (ЧМТ) являются наиболее распространенным видом травм и одной из главных причин инвалидизации в России [1]. Ежегодно во всем в мире 200 человек из 10 000 получают серьезные травмы головного мозга. Основными катализаторами возникновения травм головного мозга в России являются падения с высоты роста, а также повреждения, полученные в ходе действий криминального характера. В общей сложности на оба эти фактора приходится примерно 65% случаев, около 20% — дорожно-транспортные происшествия, а также падения с высоты. В группе риска находятся мужчины в возрасте 21–45 лет [2,3].

Медицинская значимость проблемы черепно-мозгового травматизма определяется сложностью патогенеза, по-прежнему остающейся высокой смертностью при тяжелых травмах, сопровождающихся нарушением жиз-

ненно-важных функций организма, многообразием клинических проявлений и течения травмы, как в остром, так и в отдаленном периоде перенесенной травмы, а также тяжелой и высокой инвалидизацией вследствие данной травмы.

В практике судебно-медицинского эксперта нередко встречаются случаи ЧМТ, полученной в условиях очевидности при наличии нескольких свидетелей, без визуально различимых изменений со стороны головного мозга и его оболочек, без перелома черепа и повреждений мягких покровов головы. Комплекс симптомов, ассоциированный с легкой ЧМТ, носит в основном функциональный характер, поскольку стандартные исследования нейровизуализации не обнаруживают структурных отклонений, однако посмертный анализ головного мозга пациентов, перенесших недавно ЧМТ, но умерших от нетравматических причин, показал признаки повреждения аксоналов. Однако проведение гистологических исследований для выявления аксональных повреждений у живых пациентов не представляется возможным. В связи с нарушением сознания, отсутствием достоверного анамнеза, ретроградной амнезией, наличием алкогольной интоксикации или сопутствующего заболевания имеются сложности в дифференциальной диагностике ЧМТ [4].

Как показывает анализ качества судебно-медицинских заключений, практика проведения повторных и дополнительных судебно-медицинских экспертиз, встречаются недостатки и ошибки в выявлении и оценке черепно-мозговых травм, обусловленные недостаточными знаниями экспертами современных представлений о механизмах формирования, о клинических и морфологических проявлениях ЧМТ, дифференциальной диагностике ее с другими патологическими состояниями, отсутствием единого методического подхода к исследованию, описанию и оценке полученных при проведении экспертизы данных.

Полиморфизм проявления черепно-мозговой травмы определяется большим разнообразием видов и способов воздействия травмирующих предметов, различием характера физических процессов, происходящих в полости черепа при повреждениях головы (деформация черепа, явления градиента давления и кавитации, срезывающее и растягивающее напряжение и т. д.) и многими другими факторами [5].

Цель

Выявление значимых параметров у пострадавших с травмой головы, и находящихся на лечении в стационаре, влияющих на оценку тяжести черепно-мозговой травмы.

Методы исследования

Проанализировано 30 судебно-медицинских экспертиз потерпевших, лечившихся в стационаре с диагнозом черепно-мозговая травма. Исследована медицинская и судебно-медицинская документация и данные лабораторных исследований (КТ-снимки, рентген и др.) общеклиническими

(неврологический осмотр, методы нейровизуализации, биохимический метод, офтальмоскопию и т. д.) и специальными (дополнительными) методами. Для определения уровня сознания применяли шкалу комы Глазго (ШКГ). Исследование неврологического статуса проводили по общепринятой методике, позволяющей оценить общемозговые, менингеальные, очаговые, и вегетативные симптомы. Нейроофтальмологическое обследование включало в себя исследование глазного дна (ангиопатия сетчатки, застой, атрофия дисков зрительных нервов, глазодвигательная и зрачковая иннервация). При отоневрологическом обследовании проводили осмотр ЛОР-органов в полном объеме, изучали состояние I, V, VIII, IX, X пар черепных нервов, исследовали вестибулярную и слуховую функции. По показаниям проводили диагностические люмбальные пункции с целью забора цереброспинальной жидкости для лабораторного исследования, а также измерения ликворного давления. Пункции выполняли по стандартной методике. Исследование ликвора включало определение цвета, прозрачности и состава (биохимического и клеточного). В качестве инструментальных методов исследования использовались ЭЭГ и КТ.

Для разработки типологии и построения гипотез на основе исследованных данных использовали на предварительном этапе кластерный анализ при уровне достоверности 95% в приложении SPSS-23.

Результаты и их обсуждение

Легкая черепно-мозговая травма (ЛЧМТ) и черепно-мозговая травма средней тяжести (СЧМТ) характеризовались следующими формами: сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга легкой степени тяжести и ушиб головного мозга средней степени тяжести.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре пациентов с ЛЧМТ составила 12 суток (от 6 до 16 суток), тогда как со СЧМТ, соответственно, 16 суток (от 6 до 51 суток).

Потерпевшие поступали в стационар с умеренными очаговыми нарушениями. У части пострадавших в течение часа после получения травмы, при первичном осмотре определяли угнетение сознания и наличие выраженных очаговых нарушений. Общее состояние у этих пациентов расценивалось как среднетяжелое и тяжелое. Сознание ясное оценивалось с ЛЧМТ в 86,8%, с СЧМТ в 39,1%; умеренное оглушение, соответственно, 8,7% и 43,5%, глубокое оглушение — 4,3% и 13%, кома 0% и 4,3%.

Анализ уровня сознания по ШКГ при поступлении в стационар при ЛЧМТ был $13,75 \pm 2,47$ баллов. При ушибе головного мозга в 52% случаев какого-либо нарушения сознания не определялось, у 13% отмечалось умеренное оглушение, характеризующееся умеренной сонливостью, частичной дезориентацией, задержкой ответов на вопросы, замедленным выполнением команд. В 17% выставлялось глубокое оглушение, характеризующееся глубокой сонливостью, дезориентацией, ограничением и затруднением речевого контакта, односложными ответами на повторные вопросы, выполнением лишь простых команд. Отмечен случай комы, проявляющееся

отсутствием сознания, сохранением целенаправленных, координированных защитных движений, открывание глаз на болевые и звуковые раздражители, эпизодически односложные ответы на многократные повторения вопроса, неподвижность или автоматизированные стереотипные движения, потеря контроля за тазовыми функциями. В течение первых дней пребывания в стационаре общее состояние потерпевших улучшалось и оценивалось как удовлетворительное.

Клиническая картина ЛЧМТ и СЧМТ отличалась значительным динамизмом, отражающим быстро меняющиеся нейродинамические процессы в головном мозге. Между клиническими формами определялись различия в частоте и длительности обнаружения ряда симптомов, что определило возможность их использования не только для клинической характеристики травмы, но и для проведения дифференциальной диагностики сотрясения, ушиба головного мозга легкой степени и ушиба головного мозга средней степени.

Все потерпевшие предъявляли жалобы на головные боли преимущественно диффузного характера, усиливающиеся при открывании и движении глаз и изменении положения головы. У 6 потерпевших со СЧМТ из-за угнетения сознания до сопора и комы жалоб не было. Рвота отмечена в единичных случаях, предъявляли жалобы на тошноту. В течение первой недели пребывания в стационаре отмечались жалобы на головокружение, чувства звона и шума в ушах. У всех диагностировали психо-вегетативный синдром, проявляющийся астенией, сочетающейся с нарушением сна, снижением памяти и внимания, апатией и подавленностью, у трети больных отмечали гиперсенситивность и гипергидроз. Отклонения от нормы показателей артериального давления (АД) определяли у 10% со СЧМТ и у 12 показатели систолического АД превышали 140 мм рт. ст. Отдых и ночной сон не приводил к улучшению состояния. Эмоциональные нарушения характеризовались раздражительностью, эмоциональной неустойчивостью. У потерпевших с ушибом головного мозга достоверно чаще регистрировались асимметрия сухожильных и периостальных рефлексов и центральный парез мимической мускулатуры.

При сотрясении головного мозга переломов черепа не выявлено. По данным краниографии у 21,5% потерпевших ЛЧМТ зафиксированы линейные переломы костей черепа. Чаще определяли перелом затылочной кости (5,2%), перелом костей свода и основания черепа (3,4%) теменной кости (2,6%), височной кости (1,7%), лобной кости (1%). У 65,2% потерпевших со СЧМТ зафиксированы линейные переломы костей черепа височных кости (34,7%), сопровождающиеся пневмоцефалией, переломы теменной кости (13%), лобной кости (13%), затылочной (8,6%), основной кости (8,6%). В 2 случаях выявлены эпидуральные гематомы, одна из которых способствовала смещению внутричерепных структур на 19 мм. В 13 случаях — субдуральные гематомы со смещением в среднем 7,5 мм (от 3 мм до 12 мм). В 10 случаях на КТ снимках отмечалось субарахноидальное кровоизлияние и расширение субарахноидальных конвекситальных пространств. При ЭЭГ у всех исследуемых очагов патологической и пароксизмальной активности обнаружено не было.

Биоэлектрическая активность ГМ соответствовала возрасту. Данный метод оказался малоинформативным для диагностических целей.

Кластеризация позволила построить достоверную модель (рис. 1) и разделить изучаемые признаки на две группы.

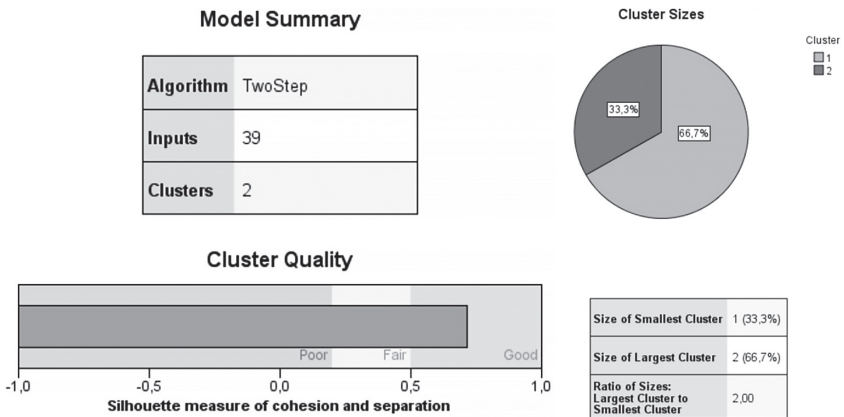


Рис. 1. Оценка модели при проведении двухэтапной кластеризации (качество модели хорошее – good)

Важность предикторов для оценки ЧМТ также представлена на рис. 2.

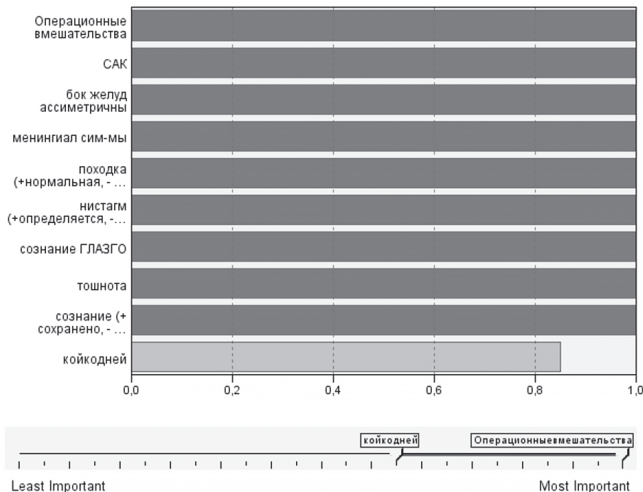


Рис. 2. Значимые предикторы для оценки тяжести ЧМТ

Среди таковых оказались: проведенные операционные вмешательства, субарахноидальные кровоизлияния, асимметричность боковых желудоч-

ков, наличие менингеальных симптомов, нарушение походки, нистагм, наличия сознания по шкале Глазго, тошнота, сохранность сознания после травмы, и количество проведенных койко-дней.

На эти признаки следует обращать внимание при оценке случаев ЧМТ в рамках проводимых судебно-медицинских экспертиз потерпевших, подозреваемых и иных лиц, что позволит точнее говорить о прогнозе и тяжести причиненного вреда здоровью подэкспертных. Методы лучевой диагностики, в особенности компьютерная томография, явились наиболее значимым исследованием в отношении диагностики клинических форм повреждений головного мозга. Определение повреждения костей, а также ткани головного мозга при проведении дополнительных инструментальных методов диагностики оказались информативными дифференциально значимыми для установления диагноза.

Литература

1. Россия <https://zdrav.expert/index.php/%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8C%D1%8F:%D0%A0%D0%BE%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F>
2. *Витер В. И., Поздеев А. Р., Вавилов А. Ю.* Судебная медицина: учебник и практикум. М., 2020. 315 с.
3. Судебная медицина и психиатрия: учебное пособие / Т. В. Клименко, А. А. Мохов, А. В. Пекшев Алексей Викторович и [др.]. М.: Проспект, 2023. 304 с.
4. Судебно-медицинская гистология: учебное пособие для вузов / В. И. Витер, В. В. Кунгурова, С. В. Хасанянова, А. Р. Поздеев. М., 2022. 303 с.
5. *Пашимян Г. А., Кусумова С. Ю., Добровольский Г. Ф., Ромодановский П. О.* Патоморфология и экспертная оценка повреждений головного мозга при черепно-мозговой травме. М.; Ижевск: Экспертиза, 1994. 134 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел 1

БИОГРАФИИ ВЫДАЮЩИХСЯ УЧЕНЫХ-ВРАЧЕЙ

Дань памяти Вениамину Арсеньевичу Ситникову.	8
Дань памяти профессору Михаилу Федоровичу Заривчацкому – выдающемуся хирургу, педагогу, организатору здравоохранения.	12
120 лет Семёну Ивановичу Ворончихину.	15
95 лет Ариану Павловичу Калинину – патриарху отечественной хирургической эндокринологии	18

Раздел 2

СЛОЖНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ В ПРАКТИКЕ

СЕКЦИЯ 1. ХИРУРГИЯ, АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ.	22
Сложный клинический случай инфицированного панкреонекроза	22
Панкреатоплевральный свищ у пациента с хроническим панкреатитом	24
Рентгеноангиохирургические технологии в лечении аррозивного кровотечения при панкреонекрозе	25
Клинический случай пациента с циррозом печени, осложненным кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода	27
Анализ клинического случая тупой травмы живота с разрывом прямой кишки.	29
Случай лечения вывиха нативного хрусталика в переднюю камеру после контузии глаза.	30
Клинический случай восстановления репродуктивной функции при миоме матки, требующей хирургического лечения	31
Тенденции современной послеродовой инфекции	33
Эндovasкулярная окклюзия в процессе оптимизации ведения несостоявшейся беременности	34

Женское бесплодие в недрах эндоскопической хирургии сегодня	36
Определение благоприятного калориметража парентерального питания после операций методом лапаростомы при диагнозе кишечного свища	37
Оптимизация прохождения практики по уходу за больными хирургического профиля иностранными студентами.	39
Истмико-цервикальная недостаточность – актуальная проблема современного акушерства	40
Клинический случай последствий эпиретинального макулярного фиброза глаза	42
Малоинвазивные технологии в лечении абсцесса почки в урологической практике.	43
Особенности диагностики, клиники и лечения урогенитальных свищей	44
Сравнительная характеристика гестационного пиелонефрита за 2016 и 2022 годы	46
Оперативное лечение флегмонозного аппендицита у беременной на 34 неделе гестации.	48
Течение язвенного колита на фоне третьей беременности	50
Осложнения у больных с послеоперационными вентральными грыжами после герниопластики	52
Частота инфекционных заболеваний в неонатальном периоде	53
Положительный опыт и результат излечения больной с панкреанекрозом в сроке беременности 32 недели.	55
Особенности течения беременности и родов у женщин с анатомически узким тазом	56
СЕКЦИЯ 2. ТЕРАПИЯ И ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ	58
Особенности декстروкардии на ЭКГ	58
Анализ течения и исхода беременности и родов у женщин, перенесших новую коронавирусную инфекцию в Удмуртской республике.	59
Особенности диеты у больных сахарным диабетом.	60
Профилактика профессионального заражения «парентеральными» инфекциями медицинского персонала	62
Синдром Хантера	63

Оценка когнитивных нарушений у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией на фоне аортокоронарного шунтирования	64
Множественная миелома, диффузно-узловая форма, IIIa стадия. Клинический случай	65
Стрессогенные факторы в работе операторов call-центра МЗ УР по COVID-19.	67
Клинический случай папиллярной карциномы щитовидной железы.	68
Лабораторные показатели и поражение легких у гемодиализных пациентов с COVID-19	69
Болезнь Фабри и COVID-19. Клинический случай в Удмуртской республике	71
Анализ антибиотикорезистентности в зависимости от возрастного и гендерного фактора	73
Выхаживание пациентов после химиотерапии острого лейкоза.	74
Встречаемость предиабета у пациентов терапевтического профиля на примере БУЗ УР «Игринская РБ МЗ УР»	76
Анализ случаев острого нарушения мозгового кровообращения в молодом возрасте.	77
Оценка когнитивного статуса больных с острым нарушением мозгового кровообращения.	79
Распространенность диабетической нефропатии и факторы риска развития ХБП у больных сахарным диабетом.	80
Анализ встречаемости заболеваний и травм тазобедренного сустава в хирургической практике	82
Влияние перенесенной COVID патологии на течение заболеваний пищеварительной системы.	83
Особенности в модели сестринского ухода за пациентами после холецистэктомии.	84
Влияние спинномозговой анестезии на артериальное давление	86
Паратрофия как один из факторов, приводящих к снижению резистентности	87
Клинический случай саркомы Юинга.	89
Аутизм и расстройства аутистического спектра: результаты изучения анамнеза у детей (возможные факторы возникновения, наиболее частые признаки, способы используемой коррекции).	90
Глутаровая ацидурия 1 типа. Клинический случай	92

Ранняя диагностика псориатического артрита с помощью скринингового опросника MPEST.	93
Формирование группы риска для ранней диагностики псориатического артрита у больных с дорсалгией и хроническим суставным синдромом	95
Анализ качества амбулаторного ведения пациентов с циррозом печени.	97
Течение и исходы беременности у женщин с МКБ.	99
Неалкогольная жировая болезнь печени и сахарный диабет: проблема коморбидности	101
СЕКЦИЯ 3. СТОМАТОЛОГИЯ	103
Возможности использования новой термопластической массы при лечении пациентов с полным отсутствием зубов	103
Анализ применяемых методов диагностики заболеваний ВНЧС среди врачей-стоматологов	104
Оценка этапов препарирования и восстановления контактного пункта при пломбировании полостей II класса по Блэку.	106
Статистика обращений пациентов на стоматологическом терапевтическом приеме в период пандемии COVID-19	108
Анализ стоматологического здоровья школьников Ижевска	109
Особенности оформления передней половины функционального оттиска на верхней челюсти при полном отсутствии зубов у лиц с когнитивными нарушениями	110
Индивидуальные особенности адаптации к зубным протезам	111
Изучение факторов риска развития ксеростомии на стоматологическом терапевтическом приеме	112
Анализ объема оказания пародонтологической помощи в стоматологических учреждениях различного уровня.	115
Навигационная хирургия и хирургические шаблоны в стоматологии	117

Раздел 3 ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Предикторы тяжести черепно-мозговой травмы	120
Эволюция взглядов на патогенез и хирургическое лечение патологии щитовидной железы в Крыму.	126
Клинический случай оперативного лечения гемофтальма	131

Современные тенденции правосознания в связи с ятрогенными деликтами и преступлениями	134
Медицинская деятельность в условиях цифровизации и экспериментального правового режима	138
Случаи интравитреального введения бролуцизумаба при заболеваниях сетчатки в Удмуртской республике	142
Клинический случай лечения сходящегося косоглазия хеморецессией экстраокулярных мышц	146
Анализ заболеваемости узловыми формами щитовидной железы в Удмуртской республике.	148
Оказание высокотехнологической помощи пациентам с глаукомой и катарактой в Удмуртской республике	152

Раздел 4 СОБЫТИЕ ГОДА

ХII ПОВОЛЖСКАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ ОЛИМПИАДА ПО ХИРУРГИИ.	156
Порядок проведения этапов олимпиады	157
«Краниотомия с пластикой твердой мозговой оболочки (ТМО)».	157
Итоги.	160