

При дренировании мочевых путей у больных 2 и 3 группы по сравнению с консервативным ведением пациенток болевой синдром и лейкоцитоз купировались быстрее: во 2 группе на 44,3%, в 3 группе – на 72%; лейкоцитоз – во 2 группе на 53,2%, в 3 группе – на 51,9%. Болевой синдром быстрее всего купировался при наружном дренировании. Так, через трое суток после наложения нефростомы болевой синдром у всех отсутствовал. Во 2 и 3 группах беременных по сравнению с 1 группой были выше темпы снижения СОЭ (на 16,4 и 21,4%), числа палочкоядерных нейтрофилов, лимфоцитов. Причина такой разницы в показателях кроется в скорой и успешной нормализации уродинамики во 2 и 3 группах. Напротив, при эндоурологических вмешательствах во 2 и 3 группах мочевой синдром и дизурические расстройства были более продолжительными (до 10 суток), чем при консервативной тактике (до 3 суток), особенно среди пациенток 2 группы. При внутреннем дренировании продолжительность лейкоцитурии ($12,41 \pm 0,23$ сут) и эритроцитурии ($7,85 \pm 0,43$ сут) была намного выше аналогичных величин в 1 ($3,72 \pm 0,15$ и $3,53 \pm 0,32$ сут, соответственно) и 3 ($5,32 \pm 0,37$ и $4,64 \pm 0,39$ сут, соответственно) группах. Сравнение показателей пациенток при наружном и внутреннем дренировании показало более низкие значения лейкоцитов ($10,3 \pm 1,4$ на $10^9/л$) при накладывании нефростомы по сравнению с использованием катетеризации ($11,4 \pm 1,5$ на $10^9/л$). Сравнительный анализ показал, что у беременных с обструктивным пиелонефритом при накладывании чрескожной пункционной нефростомы по сравнению с внутренним дренированием мочеточников катетером-стентами консервативным ведением наблюдалось более эффективное снижение мочевины крови, восстановление кислотно-щелочного состояния крови с нормализацией парциального напряжения кислорода.

Таким образом, наружное дренирование мочевых путей является наиболее эффективным способом лечения обструктивного пиелонефрита у беременных.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН
С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ
ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ
ТКАНИ С ОСЛОЖНЕННЫМИ
КАРДИАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ**

Рыжков С.В., Порываева М.Ю., Бережная О.Г., Михайлов О.Г., Зинченко Е.В., Ковпий Ю.В., Курбатова Э.В., Антоненко Г.В.

ГБУ Ростовской области «Областная больница № 2», Ростов-на-Дону, e-mail: aad@aanet.ru

Целью работы явилось проанализировать особенности течения беременности у женщин при недифференцированной дисплазии соеди-

нительной ткани (НДСТ) с осложненными кардиальными формами.

В исследование были включены 247 беременных с НДСТ, разделенных на 6 групп. 1 группу составили 35 беременных с пролапсом митрального клапана (ПМК), осложненным объемной перегрузкой левого предсердия сердца и сердечной недостаточностью. 40 пациенток с множественными аномально расположенными хордами (МАРХ) левого желудочка (ЛЖ), осложненными диастолической дисфункцией и аритмиями, были объединены во 2 группу, 35 беременных с сочетанием ПМК и МАРХ ЛЖ, осложненным систолической и диастолической дисфункцией сердца, аритмиями – в 3 группу. 4 группу составили 76 беременных с осложненной ДСТС, получавшие кроме стандартной терапии лечение препаратами магния. В качестве группы сравнения выступали 30 беременных с недостаточностью митрального клапана. Контрольную группу составили 31 пациентка с физиологически протекающей беременностью и отсутствием соматической патологии.

При изучении особенностей протекания беременности у пациенток с осложненной ДСТС было выявлено, что угроза прерывания беременности была частым осложнением и наблюдалась в 1 группе в 31,4%, во 2 – в 42,5% и в 3 группе – в 42,9%. Лечение препаратами магния в 4 группе привело к снижению частоты угрозы прерывания беременности до 19,7%. В группе сравнения угроза прерывания беременности наблюдалась реже – в 20% случаев. Ранний токсикоз наблюдался практически в половине случаев у пациенток с ПМК: в 45,7% в 1-й и в 48,6% в 3-й группах. У беременных с МАРХ во 2-й группе и в группе сравнения ранний токсикоз встречался реже: в 22,5 и 20%. Истмико-цервикальная недостаточность в единичном случае встречалась во 2, 3 и 4 группах. В 1 и 2 группах гестоз встречался в 40%, в 3 группе – в половине случаев (51,4%), а в группе сравнения – в 43,3%. При лечении препаратами магния частота гестоза в группе снижалась и была 25%. Плацентарная недостаточность была частым осложнением в клинических группах: в 1 и 2 группах в 40 и 37,5%, а в 3 и 4 группах, соответственно, в 57,1 и 63,3%. При лечении препаратами магния встречаемость плацентарной недостаточности несколько снижалась до 28,9%. Частота задержки роста плода (ЗРП) была различной: в 1-й – в 20%, во 2-й – в 5%, в 3-й – в 42,9% и в 4-й – в 6,6%, в группе сравнения – в 56,7% и в контрольной группе – в 3,2%.

Нами было установлено, что тип ДСТС и характер осложнений влиял на частоту появления осложнений гестации. При объемной перегрузке сердца у беременных с ПМК структура патологии беременности во многом повторяла таковую при митральной недостаточности.

Случаи плацентарной недостаточности, гестоза, ЗРП, были сходными. У больных с митральной недостаточностью и сочетанием ПМК и МАРХ на фоне систолической и диастолической дисфункций ЛЖ, по частоте наблюдения преобладали гестационные осложнения, центральным патогенетическим механизмом которых является циркуляторный компонент. К ним относятся плацентарная недостаточность, гестоз, ЗРП. Отличительным фактом является то, что при осложненном ПМК по сравнению с беременными с митральной недостаточностью ранний токсикоз, угроза прерывания беременности встречались чаще. У беременных с МАРХ ЛЖ и нарушениями диастолического расслабления миокарда ЛЖ, аритмиями структура осложненной беременности отличалась по сравнению со всеми другими изучаемыми группами в сторону меньшего выявления раннего токсикоза и ЗРП.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ И РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ КОНТРАКТУР У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЫ

Сахаров С.П., Сенникова Е.С.

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Минздрава России, Тюмень, e-mail: sacharov09@mail.ru

Термическая травма остается одной из наиболее сложных проблем здравоохранения, имеющей не только медицинскую, но и социальную – экономическую значимость. Исследования, проведенные в США, показали, что расходы на госпитализацию в связи с ожогами у детей, колеблются в пределах от 1187 до 4102. Вдобавок к этому, существуют также расходы родственников детей, связанные с госпитализацией, необходимостью долговременной медицинской

реабилитации, обусловленной развитием после термической травмы инвалидности [1].

Целью работы явилось создания устройство для лечения и ранней профилактики контрактур у детей после ожогов.

Под наблюдением находилось 18 детей, в возрасте от года до 3 лет, находившихся на лечении в ожоговом отделении ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» г. Тюмени, из них 10 мальчиков и 8 девочек, с ожогом II–IIIАБ–IV степени с площадью поражения от 7 до 45% поверхности тела. В 100% случаев ожог был получен горячими жидкостями. Больные находились в отделении реанимации и интенсивной терапии, где проводилась комплексная терапия, а так же местное лечение ран, с последующей операцией аутодермопластика.

В остром периоде течения ожоговой болезни пострадавшим на верхние и нижние конечности моделировали и накладывали шину, выполненную из «Турбокаста» (производитель фирма «T Tape Company», Голландия). После проведенного комплексного лечения, у 12 (66,7%) пациентов контрактур не отмечено, у 3 детей (16,7%) – контрактуры I степени (по классификации Б.В. Парина, 1946 г.), у 2 (11,1%) мальчиков – контрактуры II степени и у 1 (5,5%) девочки наблюдали контрактуру III степени в области правого голеностопного сустава.

Таким образом, в 83,4% случаев удалось снизить развитие постожоговых контрактур и восстановить подвижность в суставах, удовлетворяющая функциональным потребностям организма.

Список литературы

1. Всемирный доклад о профилактике детского травматизма. – Всемирная организация здравоохранения и ЮНИСЕФ. – Женева, 2008. – С. 21–25.

Социологические науки

Н-ИНДЕКС (ИНДЕКС ХИРША) СОВОКУПНОСТИ ПУБЛИКАЦИЙ, ПОСВЯЩЕННЫХ ИНДЕКСУ ХИРША

Назаренко М.А.

ФГБОУ ВПО «Московский государственный технический университет радиотехники, электроники и автоматики», филиал МГТУ МИРЭА, Дубна, e-mail: nazarenko@mirea.ru

Современная наукометрия использует большое количество индексов, факторов и различных показателей, одним из наиболее распространенных в настоящее время является h-индекс или, как его часто называют, индекс Хирша [1]. Российский индекс научного цитирования (РИНЦ) поддерживает разнообразные рейтинговые списки [2], одним из параметров в которых может выступать индекс Хирша [3], а также индексы, которые порождаются применением методики вычисления h-индекса к дру-

гим совокупностям или по другим критериям оценивания, например – g-индекс [4]. Все наукометрические показатели, как поддерживаемые РИНЦ, так и не поддерживаемые этой организацией, являются квалиметрическим [5] описанием области научной деятельности. В имеющемся научном дискурсе [6] активно обсуждаются и возможность использование этих результатов при принятии, например, кадровых решений [7], и, собственно, доверие [8] или отношение к получаемым результатам [9].

Сервисы Научной электронной библиотеки (eLibrary.ru), на базе которой функционирует РИНЦ, позволяют осуществлять поисковые запросы по статьям в журналах, книгам, материалам конференций, депонированным рукописям, диссертациям, отчетам и патентам, рассматривая при этом поиске названия работ, аннотации и ключевые слова. Результатом поискового запроса по всем указанным параметрам при