**Государственное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Пензенский институт усовершенствования врачей
Федерального агентства по здравоохранению
и социальному развитию»**

Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных

Материалы XIII межрегиональной научно-практической конференции ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

25-26 октября 2007 года

30-летие
ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава

Пенза - 2007

УДК 616-071-08-036.868
ББК 53.4/5
А-43

Редакционная коллегия: **А. И. Кислов – отв. редактор**, И. В. Сергеев – зам. ответственного редактора, И. П. Баранова, Л. Ф. Бартош, В. Г. Васильков, В. А. Моисеенко, Б. А. Молотилов, А. И. Сафронов, В. И. Струков, И. П. Татарченко, Л. В. Фатеева, А. С. Ялдыгина

А-43 **Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных**: Материалы XIII межрегиональной научно-практической конференции ГОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию": Сб. статей. Пенза, 2007. 414 с.
ISBN 978-5-94321-099-0

УДК 616-071-08-036.868
ББК 53.4/5
А-43

ISBN 978-5-94321-099-0 © ГОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию", 2007
Любое воспроизведение данного текста разрешается только с указанием источников

ГОСУДАРСТВЕННОМУ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ПЕНЗЕНСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ» – 30 ЛЕТ!

А.И. Кислов

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

В России послевузовская подготовка врачей началась с открытия первого в мире института усовершенствования врачей 122 года назад. В 1885 году по инициативе Великой княгини Ольги Павловны в Санкт-Петербурге был организован Императорский клинический институт для усовершенствования врачей, как молодых, «предоставленных самим себе в отдаленных уголках провинций», так и «давно уже окончивших факультетское образование и приобретших обширную опытность».

Совершенствование государственной системы охраны здоровья населения, включающей организацию работы лечебно-профилактических учреждений, а также подготовку и повышение квалификации медицинских кадров, явились приоритетными задачами, ставшими перед нашим государством во второй половине XX века. Это обстоятельство послужило основанием для организации в стране ряда институтов повышения квалификации врачей.

Постановлением Совета Министров СССР 25 мая 1977 года №429 организован Пензенский институт усовершенствования врачей, который является одним из ведущих образовательных учреждений в системе послевузовского и дополнительного профессионального образования медицинских кадров. Повышение профессионального уровня специалистов является основной задачей нашего института.

В период с 1977 г. по 2004 г. ректором института был к.м.н., доц. Хоменко Н.М. (в настоящее время проректор по клинической работе). Ему предстояло в короткие сроки на базе ветхого двухэтажного здания по ул. Крупская 3 открыть институт и в ноябре 1977 г. сформировать первые кафедры: акушерства-гинекологии (зав. – профессор Мальков Я.Ю.) и глазных болезней (зав. – профессор Панфилов Н.И.). Через 2 недели после их открытия начался учебный процесс. Так начиналась история формирования института.

С первых дней организации института проводилась и продолжается активная, кропотливая работа по созданию материально-технической базы, укреплению кадрового потенциала, внедрению современных методов обучения, прогрессивных способов диагностики, лечения заболеваний и травм

у населения Пензенской области и других регионов России.

В 1991 г. завершено строительство административно-лабораторного корпуса общей площадью 12240,6 м^2 и общежития гостиничного типа на 630 мест, общей площадью 6411,9 м^2. На поддержание данной инфраструктуры только за последние 3 года выполнены ремонтно-строительные работы на 18 млн. руб.

В настоящее время в институте функционируют два факультета: терапевтический и хирургический, 25 кафедр и курсов, располагающихся на 14 клинических базах ведущих медицинских учреждений г. Пензы. Профессорско-преподавательский состав составляет 129 человек, среди них 24 д.м.н. (15 профессоров), 74 к.м.н. (33 доцента). Показатель остепененности составляет 71,2% (лицензионный - 70 %). Качественный показатель рассчитан без учета физических лиц из числа профессорко-преподавательского состава, перешедших работать в медицинский институт Пензенского государственного университета. В институте работают: 36 «Отличников здравоохранения»; 8 «Заслуженных врачей РФ»; проф. Татарченко И.П. является Заслуженным деятелем науки РФ; проф. Мальков П.С. - Лауреатом государственной премии Азербайджанской ССР; проф. Баулин Н.А. и доц. Хоменко Н.М. награждены орденом «Трудового Красного Знамени»; проф. Васильков В.Г., проф. Бартош Л.Ф. и доц. Купцова М.Ф. – «Орденом Почета»; доц. Хоменко Н.М. – медалью «За заслуги перед отечественным здравоохранением»; проф. Струков В.И. – медалью «За заслуги перед Отечеством II степени»; 52 - награждены почетной грамотой МЗ и СР РФ.

Согласно лицензии Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки (от 4 апреля 2006 г. А №165739) образовательная деятельность в институте успешно осуществляется по 117 образовательным программам послевузовского дополнительного профессионального образования, в том числе в аспирантуре – по 5 специальностям (аллергология и иммунология, анестезиология и реаниматология, инфекционные болезни, кардиология, хирургия), в интернатуре – по 15, в ординатуре – по 33, профессиональная переподготовка - по 20, повышение квалификации - по 44 медицинским специальностям.

За 30 лет в институте повысили квалификацию 83562 специалиста здравоохранения. В настоящее время ежегодно обучается около 4000 слушателей из различных субъектов Российской Федерации (Пензенской, Самарской, Саратовской, Тамбовской, Ульяновской, Калининградской, Астраханской, Пермской, Сахалинской, Новгородской областей, республики Мордовия, республики Адыгея, Краснодарского края и др.), свыше 40 интернов, 92 клинических ординатора, 19 очных и заочных аспирантов. Всего подготовлено 744 клинических ординаторов и 1158 врачей-интернов. За период с 1996 – 2007 гг. в институте было сертифицировано свыше 20300 медицинских работников, ежегодно по различным специальностям сертификацию проходят в среднем 1900 специалистов. Требования к обучаю-

щимся весьма высокие. Только за последние 5 лет за неуспеваемость отчислено 65 специалистов без выдачи документов государственного образца.

В условиях быстрого обновления и расширения информационных технологий возникла необходимость совершенствования образовательного процесса от пассивного получения информации к активному ее восприятию. В институте помимо традиционного преподавания широко внедряется мультимедийное представление учебного материала. Для реализации данной цели на кафедрах и курсах имеется 14 единиц мультимедийного обрудования, в 2005 г. в административном корпусе организованы 2 учебных класса для мультимедийных презентаций. В перид с 2005 г. по 2007 г. современной проекционной аппаратуры приобретено на сумму свыше 3 млн. руб. В настояший момент в образовательном процессе используется свыше 450 мультимедийных занятий, подготовленных нашими преподавателями. Разрабатываются собственные электронные учебники, аудиовидео учебно-информационные материалы. Для освоения слушателями практических навыков по педиатрии, акушерству и гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, отоларингологии и по ряду других специальностей широко используются фантомы и тренажеры. Кроме того в 2007 г. оборудован тренажерный класс для середечно-легочной реанимации с использованием современных тренажеров. Во время этих занятий слушатели будут отрабатывать практические навыки и учиться исключать ошибки, не подвергая опасности реальных пациентов. В учебном процессе ряда кафедр: инфекционных болезней, клинической лабораторной диагностики и др. широко применяются такие современные образовательные технологии как кейс-технология, основанная на комплектовании наборов (кейсов) всего необходимого информационного и методического материала, передаче его обучающимся для самостоятельного изучения с последующими консультациями и контролем преподавателей, а также модульное обучение, основанное на разбивке учебно-методического материала, необходимого для освоения специальности на законченные части (модули и его элементы), имеющие самостоятельное практическое значение.

В значительной степени самостоятельной работе слушателей способствуют учебно-методические пособия, разрабатываемые профессорско-преподавательским составом. С начала открытия института издано 340 учебно-методических пособий, 43 монографии, 5 учебников, пополнивших библиотечный фонд, который насчитывает 81926 экземпляров книг.

В числе первых среди образовательных учреждений дополнительного профессионального образования, сотрудники кафедры анестезиологии и реаниматологии нашего института под руководством д.м.н., профессора В.Г. Василькова в 1997 году разработали и провели циклы дистанционного обучения специалистов по вопросам реаниматологии, анестезиологии и скорой медицинской помощи. На этих циклах было обучено 64 врача из 4-х регионов: Пензенской, Ульяновской, Самарской областей и республики

Мордовия. С 2005 года в институте успешно работает региональный Интернет-центр дистанционного образования врачей по вопросам антимикробной терапии в клинике внутренних болезней, основанном на кейс-технологии (руководитель – зав. курсом пульмонологии и фтизиатрии к.м.н. доцент Сергеева В.П.). Обучено 14 специалистов из Пензенской, Томской областей и республики Мордовия.

На базе лаборатории медицинской информатики (руководитель д.м.н. Сафронов А.И.) имеются все условия для повышения квалификации профессорско-преподавательского состава, аспирантов, интернов, клинических ординаторов по использованию современных компьютерных технологий в образовательном процессе. Для этой цели в 1992 годуоборудовано 2 компьютерных класса на 26 рабочих мест, оснащенных персональными компьютерами с высокоскоростным подключением к Интернету (DSL). С 2004 г. функционирует сайт института, где можно получить интересующую информацию о каждом подразделении института. Наиболее часто на сайт обращаются пользователи из России, Казахстана, Украины, Белоруссии, Германии, Израиля, США, Польши, Великобритании. Кроме того на качество подготовки специалистов оказывают влияние и другие составляющие:

- с 2002 г. проводится конкурс среди ППС на лучшее учебное и учебно-методическое пособие;
- с 2004 г. проводится конкурс на лучшую монографию;
- с 2005 г. введен рейтинг среди преподавателей по образовательной и научной деятельности.

В результате целенаправленной политики, направленной на улучшение качества подготовки специалистов институтом получены многочисленные положительнае отзывы от руководителей учреждений здравоохранения из многих субъектов РФ.

В соответствии с распоряжением Губернатора Бочкарева В.К. руководство института (2005-2006 гг.) приняло участие в составе рабочей группы при Правительстве Пензенской области по подготовке материалов двух заседаний Президиума Государственного Совета РФ по вопросу повышения доступности и качества медицинской помощи, которые проводились под руководством Президента В.В. Путина в г. Пензе (2005 г.), в г. Кургане (2006 г.).

Институт является одним из исполнителей приоритетного национального проекта «Здоровье» по разделу «Подготовка и переподготовка специалистов первичного звена» В 2006 г. подготовлено 630 специалистов первичного звена, из них 333 – на бюджетной основе и 297 – за счет средств национального проекта. В 2007 г. предстоит подготовить 341 врача для первичного звена и 39 специалистов для работы в федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии. Заслуживает внимания опыт подготовки анестезиологов-реаниматологов по вопросам кардиореанимации. Кафедрой анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи на-

шего института совместно с Московской медицинской академией им. И.М. Сеченова с 13.06.07 г. по 26.06.07 г. был организован дистанционный цикл повышения квалификации специалистов с использованием телекоммуникационных технологий.

Особо следует остановиться на научно-исследовательской работе. За время существования института защищена 181 диссертация, из них 34 - докторских. Опубликовано 5192 научных работ (685 статей в центральной и зарубежной медицинской печати) Профессорско-преподаватеьским составом института получено 112 авторских свидетельств и патентов РФ на изобретения, 475 свидетельств на рационализаторские предложения, опубликовано 62 сборника научных работ. В тоже время необходимо отметить, что материальная база для выполнения научно-исследовательских работ отставляет желать лучшего, напрмер, за последние 3 года современного медицинского оборудования приобретено лишь на 4 млн. руб., из них 30% за счет внебюджетных средств. Недостаток необходимого оборудования в определенной степени компенсируется за счет межкафедрального комплексирования НИР, ЦНИЛа, а также оборудования государственных и муниципальных учреждений города.

Результаты научных разработок института неоднократно и успешно демонстрировались на различных Всесоюзных, Всероссийских и международных выставках, сделано 1728 докладов.

Только за последние два года 10 преподавателей с научной тематикой находились в странах дальнего зарубежья: Великобритания (Лондон-2), Турция (Стамбул – 2), Словения (Портош – 1), США (Вашингтон – 1), Италия (Болонья – 1), Германия (Мюнхен – 1), Хорватия (Пореч – 1), Тунис -1 и 11 человек в странах ближнего зарубежья.

За 30 лет существования института сформировались научные школы под руководством профессоров: Тататченко И.П. (5 - докторских, 12 - кандидатских диссертаций); Баулина Н.А. (4 - докторских, 10 - кандидатских диссертаций); Василькова В.Г. (3 - докторских, 10 - кандидатских диссертаций); Савченко Р.П. (2 - докторских, 15 - кандидатских диссертаций); Бартоша Л.Ф. (1 - докторская, 12 - кандидатских диссертаций); Молотилова Б.А. (10 кандидатских диссертаций); Струкова В.И. (10 кандидатских диссертаций); Барановой И.П. (6 кандидатских диссертаций). Эти творческие коллективы решают научно-практические проблемы по важнейшим разделам клинической медицины: кардиология, хирургия, анестезиология и реанисатология, клиническая лабораторная диагностика, инфекционные болезни, аллергология и иммунология, педиатрия.

Научно-исследовательская работа профессорско-преподавательского состава, а также совместные публикации статей ППС со специалистами МУЗ и ГУЗ (свыше 150 человек), доклады на заседаниях научных обществ (ассоциаций) и конференциях различного уровня активизировали процесс внедрения научных исследований в практическое здравоохранение. 14 преподавателей института являются председателями пензенских научных

обществ, а некоторые из них являются главными внештатными специалистами МЗ и СР Пензенской области: по терапии (д.м.н., проф. Бартош Л.Ф.), по хирургии (д.м.н., проф. Сергеев И.В.) по акушерству и гинекологии (к.м.н. Мысяков В.Б.), пульмонологии (к.м.н., доц. Сергеева В.П.), детской онкологии (к.м.н. Рыбина Л.Н.).

В 2007 г. совместно с руководством Пензенского государственного университета поданы необходимые документы в министерство образования и науки на открытие объединенного диссертационного совета по 5 научным дисциплинам.

На всех этапах становления и развития института мы получали финансовую помощь и поддержку со стороны Министерства здравоохранения СССР, в последующем Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, а также, поддержку руководства Пензенской области и Министерства здравоохранения и социального развития Пензенской области.

Реализация всех сложнейших задач была бы невозможной без высококвалифицированных педагогических кадров, без глубоких научных исследований и коллектива других подразделений института, искренне преданных своей профессии.

Уверен, что и в дальнейшем дружный коллектив института будет беззаветно трудиться на благо Российского здавоохранения.

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В СТРУКТУРЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Р.В. Абрамочкин

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

До настоящего времени одной из актуальных задач наркологии остается повышение эффективности лечения алкоголизма. Для достижения стойкой, длительной ремиссии и предупреждения рецидива заболевания необходима адекватная терапия стержневого синдрома зависимости – патологического влечения к алкоголю (Н.Н.Иванец, 1995). Вместе с тем, детальное изучение клинической структуры первичного патологического влечения к алкоголю (ППВА) позволяет определить мишени при выборе препаратов, которые ослабляют или устраняют болезненное влечение к алкоголю (В.Б.Альтшулер, 1994).

Целью настоящего исследования явилось изучение аффективных расстройств в структуре алкогольной зависимости (АЗ) и дифференцированное применение психофармакотерапии. Нами обследовано и изучено 70 мужчин с алкогольной зависимостью (в соответствии с критериями МКБ-

10), проходивших курс амбулаторного лечения. Возраст пациентов варьировал от 23 до 60 лет. Длительность заболевания от 5 до 28 лет. У всех больных в психопатологической структуре обострения ППВА отмечались аффективные расстройства, преимущественно депрессивного спектра. Исследование проводилось клинико-психопатологическим методом. Для объективизации результатов использовался оценочный глоссарий, разработанный Н.В.Чередниченко, В.Б.Альтшулером (1992), в котором симптомы основных компонентов ППВА ранжированы в соответствии с определенным «весом» каждого из них, выраженным в баллах. Оценка эффективности терапии проводилась при помощи метода вариационной пульсометрии (математического анализа сердечного ритма).

Данная методика отражает стрессорные и адаптационные сдвиги, реализуемые через нервные и гуморальные каналы (С.Л.Кравченко, 1991). Для оценки результатов расчитывается индекс напряжения (ИН) сердечной деятельности, который показывает степень централизации управления сердечным ритмом, т.е. напряжение регуляторных механизмов. У здоровых лиц в состоянии покоя ИН колеблется от 68 до 138 условных единиц (Р.М.Баевский, 1976). Обследование проводилось до назначения пациентам психотропных средств и на 7-й день психофармакотерпии.

На основании результатов исследования были выделены 3 группы больных с различными аффективными проявлениями в клинике АЗ: I группа – 28 человек (40, 0 %) с тревожно-депрессивной симптоматикой, II группа – 25 человек (35,7 %) с астеническими и субдепрессивными расстройствами, III группа – 17 человек (24,3 %) с дисфорическими проявлениями.

При анализе данных пульсометрии было установлено, что у больных до начала лечения ИН составлял в среднем 736 ± 162 ед.

Пациентам первой группы применялись антидепрессанты – леривон 60-90 мг в сутки или коаксил 37, 5 мг. У леривона отчетливо выявился высокий как антидепрессивный, так и анксиолитический эффект. На 2-3 день лечения практически нивелировались проявления тревоги, существенно повышалось настроение, больные становились контактнее, активнее, высказывали планы на будущее.

Коаксил помимо антидепрессивного эффекта оказывал анксиолитическое действие. Но тимоаналептическое действие было не столь быстрым. На 3-4 день терапии больные в беседе хотя и отрицали наличие влечения, однако при углубленном исследовании выявилось пониженное настроение, но уже без тоскливого аффекта, что требовало дополнительного назначения психотропных средств, в частности, карбидина – до 150 мг.

Использование вариационной пульсометрии показало следующие результаты: к 7-му дню терапии ППВА было полностью купировано у 15 человек (53,6 %) – ИН в среднем составлял 109 ± 27 ед. У 13 человек (46,7 %) отмечалась частичная дезактуализация влечения – ИН уменьшился в среднем до 428 ± 87 ед.

Больным второй группы назначались антидепрессанты с умеренным тимоаналептическим и отчетливым стимулирующим действием – аурорикс 300-600 мг или анафранил до 100 мг в сутки, в сочетании с ноотропилом – до 1,2 г. Применялись антидепрессанты в первой половине дня, так как могли вызвать нарушения фазы засыпания. Анафранил назначался с соблюдением плавного наращивания суточной дозы. Такая комбинация препаратов позволила к 7-му дню терапии полностью устранить влечение у 14 человек (56, 0 %) – ИН находился в пределах нормы – 111 ± 22 ед. У 11 человек (44,0 %) наблюдалось частичное исчезновение ППВА – ИН снизился в среднем до 383 ± 75 ед.

При аффективных расстройствах дисфорического характера (больные третьей группы) использовались антидепрессанты с седативным действием – амитриптилин 150-200 мг или лудиомил до 150 мг в сутки. Уже на 4-5 день лечения поведение пациентов становилось более упорядоченным, повышалось настроение, уменьшилась агрессивность, склонность к конфликтам. Однако улучшение состояния часто оставалось нестабильным. Внутреннее напряжение и гневливость, спровоцированные незначительными поводами, могли привести к аффективным вспышкам и моментальному уменьшению интенсивности влечения. Поэтому для достижения стойкого терапевтического эффекта в схему лечения добавлялся неулептил до 30 мг в сутки.

Оценка эффективности терапии при помощи метода вариационной пульсометрии имела следующие показатели: на 7-й день лечения у 6 человек (35,3 %) ППВА было полностью подавлено – ИН в среднем равнялось 110 ± 31 ед., частичное устранение влечения наблюдалось у 9 человек (52,9 %) – ИН в среднем соответствовал 441 ± 78 ед. Только у 2-х больных (11,8 %) тяга к алкоголю оставалась выраженной – ИН составлял 742 ± 161 ед.

Таким образом, исследование психопатологической структуры алкогольной зависимости показало определенные различия аффективных проявлений, что позволило получить ориентиры для более целенаправленного применения терапевтических программ. Вариационная пульсометрия может быть использована в качестве индикатора для оценки эффективности психофармакотерапии.

ПРОБЛЕМЫ ВВОДНОГО ДИАЛИЗА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬИ У БОЛЬНЫХ РЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ

М.П. Алексеева, А.С. Мильцын

ГУЗ «Саратовская областная клиническая больница»
Саратов

На настоящий период времени, при назначении больным почечной недостаточностью острого гемодиализа, первое применение этой операции принято считать «вводым», то есть используется не полная расчетная доза диализа, а, в среднем, сорок – шестьдесят процентов ее составляющей, хотя для острого диализа этот термин недостаточно корректен и применяется больше в отношении хронических больных.

Указанное положение можно обосновать двумя основными факторами: необходимостью адаптации пациента к экстракорпоральному гемодинамическому контуру и проведением профилактики рада возможных осложнений, в частности – дисэквилибриум-синдрома который возникает при быстром перераспределении осмотически активных продуктов белкового обмена по водным секторам организма и характеризуется разбалансировкой общего осмотического и частично коллоидно-онкотического давлений с развитием острых отеков различных органов и, прежде всего, легких и головного мозга.

Становится понятным, что выполнение первого диализа в условиях острой полисистемной дисфункции у реанимационных больных имеет качественные различия с его использованием при относительно изолированной первичной почечной недостаточности. Интоксикация уремическими токсинами у этой категории больных является лишь одной из составляющих общего интоксикационного синдрома и поддерживает, а, в ряде случаев определяет состояние эндотоксикоза.

Поэтому, достаточно быстрое снижение гиперконцентрации уремических метаболитов в крови, в первую очередь мочевины, креатинина, калия, концентрации водородных ионов и удаления избыточной части воды в форме ультрафильтрата, с одной стороны могло бы способствовать более активному «разрыву порочных кругов» при данной патологии. С другой стороны возникновение закономерных осложнений значительно усугубляет и без того тяжелое состояние больного.

Мы полагаем, что у реанимационных больных с развившимся синдромом острой полисистемной дисфункции в стадиях суб- и декомпенсации на вводном остром диализе предпочтение, по-видимому,

следует отдавать активной ультрафильтрации, снижая тем самым избыточное количество воды и, прежде всего в головном мозге и легких, что в создавшихся условиях более адекватного газообмена и нервной регуляции будет способствовать наиболее оптимальной адаптации больного к новой клинической ситуации.

Уменьшение концентрации мочевины после вводного диализа, как основного маркера его адекватности не обязательно должно превышать двадцати процентов, особенно при ее высоких значениях, то есть более сорока ммоль/л. Следующую операцию заместительной почечной терапии следует назначать в более ранние сроки, после первого, ориентируясь главным образом на скорость прироста уремических метаболитов и динамику клинического течения энцефалопатии. Однако этот вопрос окончательно не решен и требует дальнейшего изучения и разработки.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

М.И. Алешаев, П.Ю. Татарченко, В.В. Костенко, Н.К. Земскова, Н.В. Лепешева, Н.П. Березина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
МУЗ «Городская больница им. Н.А. Семашко»
Пенза

По данным Всемирной организации здравоохранения, 3% населения земного шара страдает сахарным диабетом (СД). По прогнозам ВОЗ, в 2025 году больных СД будет около 300 млн. человек [Либман Е.С., 2005]. В связи с этим необходима оценка психосоциальных аспектов заболевания, которые изучаются с помощью показателей качества жизни [Либман Е.С., 2002; Карлова Е.В., 2005].

Под качеством жизни понимается способность человека жить в обществе и получать удовлетворение от работы, общения с близкими, возможности обслуживать себя, читать, смотреть телевизор, приносить пользу близким и обществу. Нами разработана анкетная карта – вопросник для больного СД, позволяющая оценить качество жизни пациента с учетом клинических данных (острота зрения, поле зрения, состояние глазного дна), а также социальных, психологических и экономических факторов. Опрошено 40 пациентов, страдающих СД, находившихся на лечении в глазных отделениях и дневном стационаре глазной больницы г. Пензы. До 50 лет наблюдалось 4 пациента, старше 50 лет – 36 человек, причем 35 из них были пенсионного возраста. СД I типа был у 3 пациентов, II типа - 37 человек. Из 40 больных 27 были инвалидами: 6 – инвалидами III группы и

21 – II группы. Почти все больные страдали сопутствующими заболеваниями (ИБС – 10 человек, постинфарктный кардиосклероз – 6, хронический пиелонефрит или нефропатия – 6, диабетическая стопа – 5, рак матки, молочной железы – 3, гипертоническая болезнь – 18 человек), 14 пациентов являлись инвалидами по общему заболеванию, 13 – по зрению.

Анализ данных анкетирования показал, что обнаружение СД 26 пациентов отметили как стресс, 6 человек – как дискомфорт из-за необходимости постоянного лечения и наблюдения, 8 пациентов восприняли спокойно: «Все болеют, какая разница, чем болеть». Через 1-2 года от начала заболевания сахарным диабетом больные стали понимать, каким тяжелым заболеванием имели несчастье заболеть, так как стало резко ухудшаться качество жизни (у 37 человек – табл. 1).

Из таблицы 1 видно, что более всего больных сахарным диабетом угнетает снижение физической активности (36 человек, 90%) и необходимость частого посещения врача-эндокринолога (34 человека, 85%). Отрицательное отношение к визитам к врачу обусловлено труднодоступностью таких категорий врачей, частому отсутствию их в поликлинике, сложностью дороги в поликлинику, необходимостью прибегать к помощи родственников и трудностью добиться выписки необходимых лекарств (32 человека, 80%). Большое количество больных (29 человек, 72,5%) ухудшение качества жизни связывают со снижением зрения и постоянным психострессом, страхом за свое будущее.

Мы изучили отношение больных к лазерному лечению диабетической ретинопатии при СД. Выявлено, что 25 человек оценивают лазерную терапию положительно, 6 – отрицательно, 9 человек не определились.

Проведенное исследование установило, что СД как тяжелое заболевание значительно ухудшает качество жизни. Из-за сниженного зрения больные испытывают ограничения в бытовой, трудовой и в общественной жизни, из-за чего ухудшается их психологический статус, они живут в страхе боязни слепоты и инвалидности. Кроме снижения зрения, больные, как правило, страдают тяжелыми сопутствующими заболеваниями, что требует частых посещений эндокринолога, терапевта, нефролога, невропатолога и других специалистов и дополнительных материальных затрат на приобретение медицинских препаратов. После 10 лет страдания сахарным диабетом 32,5% больных становятся инвалидами по зрению и 35% – по общему заболеванию. Как правило, инвалиды отмечают трудности в оформлении и получении льготных лекарств. Многие пациенты не знают о возможных осложнениях СД, верят в консервативную терапию, 38% больных относятся отрицательно к лазерному лечению или считают его не обязательным.

Таблица 1

Характеристики качества жизни больных сахарным диабетом

Категории снижения качества жизни по данным опроса	**Количество**	**%**
Необходимость частых визитов к врачу-эндокринологу	34	85,00
Необходимость частого контроля сахара крови	32	80,00
Снижение зрения	29	72,50
Снижение физической активности	36	90,00
Трудно спускаться по лестнице, переходить дорогу	33	82,50
Невозможность или ограничение труда на даче	33	82,50
Материальные затраты на приобретение лекарств	24	60,00
Большие трудности в оформлении и приобретении льготных лекарств	32	80,00
Невозможность или затруднения чтения газет, книг, просмотра телепередач	25	62,50
Трудности соблюдения диеты	32	80,00
Затруднения самообслуживания, уборка квартиры, приготовление пищи	15	37,50
Ухудшение психологического статуса: плаксивость, чувство страха слепоты и инвалидности	30	75,00
Чувство одиночества	17	42,50
Упреки со стороны родственников из-за материальных затрат на лекарства	5	12,50

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ СЕТЧАТКИ У ПОДРОСТКА

М.И. Алешаев, П.Ю. Татарченко, Н.К. Земскова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
МУЗ «Городская больница им. Н.А. Семашко»
Пенза

Проблемы патогенеза, диагностики и лечения сосудистых заболеваний сетчатки и зрительного нерва, сопровождающихся ишемией и гипоксией тканей глаза, остаются одними из наиболее актуальных в современной офтальмологии. Несмотря на достигнутые успехи в лечении сосудистой патологии глаза, число больных ишемическими поражениями сетчатки продолжает увеличиваться [Тарасова Л.Н и соавт., 2003]. Наиболее частыми причинами ишемического поражения сетчатки и зрительного нерва являются: гипертоническая болезнь, атеросклероз, сахарный диабет и выраженный стеноз и окклюзия сонных артерий. Средний возраст пациентов,

страдающих острым нарушением кровообращения центральной артерии сетчатки (ЦАС), по данным многих авторов, составляет 55-60 лет (как исключение – 22-29 лет). В возрасте 22-29 лет заболевание связано, как правило, с височным гигантоклеточным артериитом [Кацнельсон Л.А., 1990].

Нам пришлось наблюдать редкий случай нарушения кровообращения ЦАС у подростка. Больной А-ов, 15 лет, история болезни № 23185, поступил в приемное отделение городской офтальмологической больницы 21.11.2006 г. через 1,5 часа после начала заболевания с жалобами на острое снижение остроты зрения на правом глазу. Из анамнеза: во время тренировки на хоккейной площадке заметил, что перед правым глазом внезапно появилась серая пелена, исчезло предметное зрение. Однако через несколько минут зрение частично восстановилось, стал видеть контуры предметов. При поступлении: острота зрения правого глаза = 0,07 не корригируется. В поле зрения выпадение верхневнутреннего квадранта. Среды глаза прозрачны. Глазное дно: зрительный нерв розового цвета, с четкими границами. Нижневисочная ветвь центральной артерии сетчатки резко сужена, с агрегированным током крови. По ходу этой артерии отмечается выраженный отек сетчатки белого цвета, доходящий до желтого пятна. Фовеальная зона отечная и выделяется точкой вишневого цвета. Верхневисочная ветвь ЦАС сужена по сравнению с такой же ветвью левого глаза. Левый глаз: острота зрения 1,0, поле зрения в норме. Больной находился на диспансерном наблюдении по поводу сосудистой дистонии, которая характеризовалась перепадами артериального давления. При поступлении артериальное давление составляло 140/100 мм рт.ст. На основании клинических данных был выставлен диагноз: острое нарушение кровообращения нижневисочной ветви ЦАС правого глаза. Больному в приемном покое срочно оказана следующая помощь: нитроглицерин 0,4 мг под язык, выполнена парабульбарная инъекция 1% раствора атропина сульфата 0,3 мл вместе с 0,1% раствором дексаметазона 0,3 мл. Внутривенно медленно введено 10 мл 2,4% раствора эуфиллина и 8 мг дексаметазона. После оказанной экстренной помощи в приемном покое больной госпитализирован. В стационаре проведено общеклиническое обследование: анализы крови, мочи, ревмопробы, ЭКГ, допплерография сосудов головы и шеи. Патологии не установлено. Проведено следующее лечение: внутривенно капельно 10 мл 2,4% раствора эуфиллина и 2 мл кавинтона № 10, внутривенно капельно реополиглюкин 200 мл № 3, внутримышечно 2 мл 1% раствора эмоксипина № 10 и 2 мл 1% раствора никотиновой кислоты № 10, витамин Е по 400 мг внутрь ежедневно, парабульбарно в правый глаз дексаметазон 2 мг с гепарином 750 ЕД № 5. После проведенного лечения острота зрения повысилась до 1,0, нормализовалось поле зрения. На глазном дне исчез выраженный отек сетчатки, восстановился кровоток в нижневисочной артерии, нормализовалось артериальное давление.

Таким образом, особенностью нашего наблюдения является случай острого нарушения кровообращения ЦАС в подростковом возрасте. При-

чиной острого нарушения кровообращения явился спазм ЦАС на фоне сосудистой дистонии и повышения артериального давления. Полное восстановление остроты зрения у нашего пациента объясняется ранним его обращением, проведением своевременной, квалифицированной и поэтапной помощи.

О ДЕФИНИЦИИ ИНТЕЛЛЕКТА И «СУБНОРМАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА»

Ю.А. Антропов, А.Ю. Антропов

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Э. Кречмер (1927) под интеллектом понимал «знание и логические способности» и, в частности, «способность к приобретению и использованию запаса представлений». По И.Ф. Случевскому (1957) интеллект - «уровень способности человека пользоваться мыслительными операциями». К. Ясперс (1913) считал, что «интеллект - это человек в целом, рассматриваемый со стороны его способностей». Он различает «предпосылки» интеллекта (отдельные психические функции: память, внимание, речь и др.), «духовный инвентарь» (запас знаний, некоторых высших навыков) и собственно интеллект (способность к логическому мышлению, абстрагированию, комбинаторике и т.п.).

Существует классификация с выделением трех видов интеллекта: «формальный интеллект» (совокупность стандартных знаний и умений, почерпнутых в процессе образования и накопления жизненного опыта), «практический интеллект», помогающий человеку разобраться в конкретных жизненных ситуациях (Лемке Р., 1960). При практическом интеллекте в установлении внутренних закономерностей жизненной ситуации преобладают процессы интуитивного (предметно-образного) и конкретного мышления. Третья разновидность интеллекта - «высший, абстрактный интеллект», в его основе преобладают операции абстрактно-логического мышления (обобщение, абстракция, конкретизация).

Познание мира осуществляется человеком с помощью трех уровней когнитивных операций: предметно-образного (интуитивного), конкретного и абстрактного мышления, которые обладают свойством выявления внутренних, недоступных непосредственному восприятию (чувственному познанию мира) закономерностей, связей предметов и явлений окружающей действительности. Интеллектом же следует называть способность к агглютинативной переработке результатов когнитивных операций, обеспечивающей познание сущности и взаимозависимости предметов и явлений, направленности их динамики. Присущая индивиду интеллектуальная продуктивность определяет уровень его возможности адаптации к новым ус-

ловиям, критической оценки настоящего и предвидения будущего. С учетом представленного понимания интеллекта, становится ясно, что не запас сведений, представлений главное в нем, а именно логические способности. Можно иметь высшее образование при низком интеллекте и быть безграмотным, но с высоким интеллектом («очень умным»).

Следует различать ум и мудрость. Мудрость - это высшая форма интеллекта, характеризующаяся широтой охвата закономерностей при решении интеллектуальных задач. Умный человек решает правильно и глубоко, а мудрый - решает правильно, глубоко и широко, что обусловливает гуманистическую направленность решения. Противоположным мудрости феноменом является глупость. Понятие «физиологическая глупость» (Биликевич Т., 1960) или просто «глупость» представляет собой «свойство здорового человека» (Токарский А., 1896). Глупым людям присущи общая примитивность, отсутствие духовных запросов, врожденная ограниченность, недоступность понимания иронии (особенно неспособность иронизировать над собой) и несоответствие действий с требованиями действительности. Как отмечает А. Токарский «восприняв мало, глупый полагает, что воспринял все, и считает себя обладателем истины, даже не понимая, как возможны сомнения».

Глупость далеко не всегда препятствует успехам в обучении и преуспевании на служебном поприще, что возможно за счет хорошей памяти и прилежания. Л.Н. Толстой в романе «Воскресенье» приводит описание «удачливого глупца». «Товарищ прокурора был от природы очень глуп, но сверх того имел несчастье кончить курс гимназии с золотой медалью и в университете получить награду за свое сочинение о сервитутах по римскому праву и потому был в высшей степени самоуверен, доволен собой, чему еще способствовал успех у дам, и вследствие этого был глуп чрезвычайно».

П.Б. Ганнушкин (1933) считал правомерным выделить в качестве отдельной формы дисгармонического склада личности (психопатии) группу «конституционально-глупых». К этой группе он относил людей от рождения ограниченных и неумных, отличающихся самомнением и имеющих обыкновение изрекать с важным видом витиеватые фразы с банальным, иногда довольно нелепым содержанием. В ряде случаев конституционально-глупые довольно легко овладевают трудовыми навыками, при этом они «умеют больше, чем знают».

Разновидностью «физиологической глупости» является «салонное слабоумие» (по А. Гохе). Люди с «салонным слабоумием» отличаются достаточно хорошими манерами, умением вести светскую беседу. Однако речь их построена на шаблонах и констатации общеизвестных истин (по типу высказываний чеховского героя: «Волга впадает в Каспийское море», «лошади едят сено и овес» и т.д.), интеллектуальный уровень их невысок.

В последние десятилетия получил довольно широкое распространение термин «субнормальный интеллект» (IQ у лиц, принадлежащих к этой

группе равен 70-90), отражающий все ту же глупость. По данным ряда авторов, субнормальный интеллект встречается примерно у 10 % населения. Вероятно, по этому А. Токарский еще в конце прошлого столетия писал: «Глупость есть величайшее индивидуальное бедствие и великое общественное зло».

Субнормальный интеллект не относится к патологии, представляя собой крайний вариант нормы, так как не затрудняет социальную адаптацию. Индивиды с субнормальным интеллектом могут быть лучше социально адаптированы, чем люди с нормальным интеллектом.

Патология же интеллекта проявляется в слабоумии, которое проявляется в стойкой недостаточности, упрощенности и непродуктивности познавательных процессов, определяющих низкий уровень социальной и биологической адаптации.

Субнормальный интеллект представляет собой психологический аналог слабоумия, что необходимо учитывать при проведении психопатологического исследования пациентов в психиатрической практике.

ПРИЧИНЫ РЕЛАПАРОТОМИЙ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИЙ

О.В. Афонин, И.В. Сергеев, Р.Р. Магдеев, В.Ю. Гудошников, В.Н. Лесин, Н.С. Молотов, В.А. Моховиков, А.В. Нинашев

ГУЗ «Областной онкологический диспансер»,
ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Несмотря на достижения современной медицины, лечение послеоперационных осложнений остается одной из сложных задач абдоминальной хирургии. Частота релапаротомий составляет от 0,5% до 7,0% от общего числа хирургических вмешательств, выполняемых на органах брюшной полости. Летальность после релапаротомий достигает 23,6-71,2%. В 30-72% наблюдений релапаротомия по поводу абдоминальных осложнений выполняется поздно и часто необоснованно.

Основными причинами релапаротомии являются внутрибрюшные осложнения: перитонит, спаечная непроходимость кишечника, эвентрация, кишечный свищ, кровотечение. Среди них перитонит занимает ведущее место. На его долю приходится от 46,0 до 75,1% всех повторных вмешательств.

Мы проанализировали результаты лечения рака желудка 540 больных, в возрасте от 25 до 86 лет, которым выполнены гастрэктомии в Областном онкологическом диспансере г. Пензы в 1995-2005 г. Распределение больных по стадиям заболевания: I – 52, II – 175, III – 203, IV – 110.

Послеоперационные внутрибрюшные осложнения возникли у 41 (7,59%) больного: несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза

(ПКА) – у 15, несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки – у 1, абсцесс брюшной полости – у 8, панкреатит – у 5, перфорация тонкой кишки – у 1, спаечная кишечная непроходимость – у 6, внутрибрюшное кровотечение – у 4, желчеистечение из ложа желчного пузыря – у 1.

Из них 14 больным выполнено 19 релапаротомий. Причинами релапаротомий послужили следующие осложнения: несостоятельность ПКА – у 5 больных, абсцесс брюшной полости – у 4, панкреонекроз – у 2, перфорация тонкой кишки – у 1, спаечная кишечная непроходимость – у 2, внутрибрюшное кровотечение – у 4, желчеистечение из ложа желчного пузыря – у 1.

При несостоятельности ПКА выполнена экстирпация анастомоза с наложением анастомоза по РУ – у 2 больных (1 пациенту на 6 и на 3 сутки после первой релапаротомии), 3 пациентам выполнено дополнительное дренирование брюшной полости с сохранением наложенного анастомоза (релапаротомии на 15-18 сутки).

При абсцессах брюшной полости и панкреонекрозах выполнялась санация и дренирование брюшной полости (релапаротомии на 5-21 сутки). При перфорации тонкой кишки (острая язва) выполнено ушивание дефекта на 5 сутки после операции.

При тонкокишечной непроходимости выполнена интубация тонкой кишки (релапаротомии на 4 сутки). При внутрибрюшных кровотечениях релапаротомии выполнялись в первые 12 часов. При желчеисстечении из ложа желчного пузыря выполнено прошивание ложа (релапаротомия на 6 сутки).

От хирургических осложнений умер 1 больной при несостоятельности ПКА, что составило 0,18% от общего числа выполненных гастрэктомий. Таким образом, наиболее частой причиной релапаротомий послужила несостоятельность ПКА (5 из 19 больных).

Выводы.

1. Причиной релапаротомий в большинстве случаев явились несостоятельность ПКА и гнойно-септические осложнения.
2. Большинству пациентов релапаротомии выполнены в первые 6 суток, что позволило снизить летальность от хирургических осложнений до 0,18%.
3. При поздних несостоятельностях ПКА возможно сохранение ранее наложенных анастомозов.
4. Низкая летальность больных свидетельствует о том, что придерживались правильной диагностической и лечебной тактики, своевременной установки показаний к оперативному вмешательству при различных послеоперационных осложнениях.

ЭТАПЫ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО И ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Н.В. Афонина, Е.Е. Пономарева, Л.Л. Бейлинсон, Н.А. Круглякова

ГУЗ «Областной онкологический диспансер»
Пенза

В диагностике опухолей молочной железы основную роль играют морфологические методы исследования. На первом этапе диагностики, при обращении женщины в поликлинику, проводится цитологическое исследование по пункционной биопсии опухоли (ТИАБ – тонкоигольная аспирационная биопсия). За три года 2004-2006 годы было выполнено в ЦЦЛ ООД 2700 исследований материала молочной железы. В 9% случаев был поставлен диагноз рака молочной железы, в 59,2% - диагностированы различные доброкачественные процессы, в 4,5% возникли сложности верификации доброкачественного и злокачественного характера опухоли, в 27,3% материал оказался неинформативным.

На втором этапе в случаях, когда по цитологическому исследованию злокачественность процесса была сомнительной или выявлялась дисплазия эпителия умеренной и тяжелой степени, проводилась срочная интраоперационноая биопсия опухоли. Всего за этот период интраоперационных биопсий было выполнено 324 случая, из них в 128 случаях – злокачественный процесс был подтвержден, в 196 случаях – был верифицирован доброкачественный процесс (либо пролиферативная форма фиброзно-кистозной болезни, либо атипическая). Процент расхождения диагнозов по «экспресс» биопсии и плановому исследованию составил – 3 %.

На третьем этапе проводилось гистологическое исследование опухоли по операционному материалу; в случаях злокачественных новообразований - совместно с регионарными л\узлами. У тех женщин, которым проводились предоперационная лучевая или химиотерапия, предыдущее цитологическое исследование позволяло оценить степень лечебного патоморфоза при последующем гистологическом исследовании. В ряде случаев оставалось минимальное количество опухолевой ткани на фоне выраженного фиброза и воспалительной инфильтрации, что затрудняло верификацию степени дифференцировки.

С 2000 года добавился еще один этап в морфологической диагностике – определение прогностических факторов (рецепторного статуса, белка Her2/neu). Для иммуногистохимического исследования может использоваться материал, взятый при пункционной биопсии и ткань удаленной опухоли. В части случаев иммунофенотипирование осуществлялось по цитологическим препаратам, полученным методом жидкостной цитологии.

Количество исследований гормонального статуса за три года соста-

вило 902 случая.

1998 год 310 случаев, сведения есть о 273.

2001 год 447 случаев, сведения есть о 289.

Таблица 1

Анализ пятилетней выживаемости за 1998 год и 2001 год
(с определением рецепторов)

	1998 год		**2001 год**	
	живы	умерли	живы	умерли
1 стадия	28 (10,2%)	4 (1,5%)	49 (17%)	5 (1.7%)
2 стадия	118 (43,2%)	35 (12,8%)	105 (36,3%)	30 (10,1%)
3 стадия	42 (15,4%)	28 (10,3%)	48 (16,6%)	37 (13,1%)
4 стадия	6 (2,2%)	12 (4,4%)	5 (1,7%)	10 (3,5%)
Всего	194 (71%)	79 (29%)	207 (71,6%)	82 (28,4%)

Заключение:

1. Образования молочной железы должны в 100% случаев подлежать цитологическому исследованию.
2. При сложностях интерпретации цитологической картины заболевания необходимо в обязательном порядке проводить гистологическое исследование опухоли. В основном – это срочное интраоперационное исследование при секторальной резекции молочной железы.
3. Соблюдение последовательности этапов морфологической верификации и тесное сотрудничество цитологической и гистологической лабораторий позволяет свести практически к нулю ошибки при постановке морфологического диагноза.
4. Возможность определения рецепторного статуса опухоли позволяет выбирать оптимальный метод химиотерапевтического и антиэстрогенного лечения больных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕПАБЕНЕ У БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПО ГИПОКИНЕТИЧЕСКОМУ ТИПУ

И.В. Балакина, Г.А. Щетинина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МУЗ «Городская больница №2»
Пенза

Цель. Определить частоту исчезновения сладжа в полости желчного пузыря после применения гепабене у больных с дисфункцией желчного пузыря по гипокинетическому типу.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов, средний возраст которых составил 32,3±1,4 года, из них мужчин – 33,3% (10), женщин – 66,7% (20).Горечь во рту отмечалась у 90% (27) человек, из них 20% (6) мужчин и 70% (21) женщина. Боли в правом подреберье беспокоили 100% (30) пациентов.

При пальпации живота пузырные симптомы (Мерфи, Образцова) определялись у 96,6 (29) человек. При проведении ультразвукового исследования с применением желчегонного завтрака выявлялась гипокинетическая дискинезия желчного пузыря, и обнаруживался сладж. Всем больным назначался «Гепабене» 1 к х 3 раза в сутки. Терапевтическая эффективность оценивалась на 7 и 14 сутки по следующим показателям: болевой синдром, горечь во рту, пузырные симптомы при осмотре, взвесь полости желчного пузыря.

Результаты. На 7 сутки приема «Гепабене» у 100% больных купировались: болевой синдром и горечь во рту. Пузырные симптомы (Мерфи, Образцова не выявлялись у 83,3% (25) человек. При УЗИ взвесь исчезла у 40% (12) больных. На 14 день: пузырные симптомы не определялись у всех (29) пациентов; сладж не определялся у 90% (27) человек, ау 3 больных сохранился.

Выводы.

Больным с дисфункцией желчного пузыря по гипокинетическому типу в качестве патогенетической терапии и профилактики прогрессирования желчнокаменной болезни показано применение «Гепабене».

ГЕПАТИТ В У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ: КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ И ИЗМЕНЕНИЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ГОМЕОСТАЗА

И.П. Баранова, Л.А. Мусатова, Л.И. Краснова, М.В. Никольская

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Цель. Изучить характер клинических проявлений и изменений Т-клеточного звена иммунитета при гепатите В у наркозависимых пациентов.

Материал и методы исследования. Обследовано 55 больных острым гепатитом В в возрасте от 13 лет до 21 года. В анамнезе все пациенты употребляли психоактивные вещества в течение 6 месяцев и более. Этиологическая верификация гепатита проводилась методами ИФА и ПЦР. Исследование иммунных показателей включало определение СД4, СД8, СД3 с помощью моноклональных антител методом непрямой мембранной иммунофлюоресценции. В контрольной группе (30 здоровых лиц) показатели

СД4 оказались равными 46,0±2,1%; СД8 – 23,0±1,6%; СД3 – 57,0±10,0%. Взаимосвязь иммунных изменений и клинических проявлений гепатита В оценивали по клинико-лабораторным критериям заболевания, таким как степень тяжести болезни, уровень гипербилирубинемии и показатели цитолиза (по АлАТ). Среди 55 больных легкая степень тяжести гепатита диагностирована у 6 пациентов (10,9%), средняя – у 42 (76,4%), тяжелая – у 7 (12,7%).

Результаты исследования. У больных гепатитом В обнаружено достоверное снижение уровней СД4 до 40,2±1,2%, повышение СД8 до 34,3±1,1% и повышение СД3 до 72,8±1,1%. Оказалось, что чем тяжелее форма гепатита, тем выше (приближаясь к норме) содержание СД4: 38,8±3,7%; 40,2±1,1% и 43,0±2,4% соответственно для легкой, среднетяжелой и тяжелого гепатита ($p<0,05$). Отмечено достоверное возрастание уровней СД8 от легкой к среднетяжелой / тяжелой степени гепатита с 29,6±2,05% до 35,3±1,3% / 35,2±0,9%. Содержание СД3 было одинаково высоким не зависимо от степени тяжести гепатита В (71,8±5,3% - легкая; 73,0±1,5% - среднетяжелая и 71,7±3,1% - тяжелая).

Обнаружено, что содержание СД4 находится в прямой и сильной корреляционной связи со степенью тяжести гепатита ($r=+1$): чем тяжелее гепатит, тем выше показатели СД4. Уровень СД8-клеток также имеет прямую и сильную корреляционную зависимость от степени тяжести болезни ($r=+0,9$): чем тяжелее гепатит, тем выше (значительно выше нормы) содержание СД8. Уровень СД3 также имеет прямую, но средней силы, корреляционную связь с тяжестью заболевания (при $r=+0,6$).

На следующем этапе исследования изучены показатели гипербилирубинемии и синдрома цитолиза в зависимости от глубины иммунологических изменений. Обнаружены достоверные различия в уровнях гипербилирубинемии и АЛТ у пациентов с различной степенью изменений в Т-клеточном звене иммунитета. Так, по уровню СД4 (51 пациент) нормальные показатели были у 17,6% (n=9), высокие (49 и более) у 19,6% (n=10) и низкие – у 62,8% (n=32). При нормальных показателях СД4 концентрации билирубина соответствовали 168,2±6,3 мкмоль/л, АЛТ – 0,86±0,12 мккат/л, а при повышенных - 140,4±11,3 мкмоль/л (билирубин) и 1,42±0,2 мккат/л (АЛТ). При низком содержании СД4 уровень билирубина достигал 125,1±10,0 мкмоль/л, а АЛТ – 0,84±0,07 мккат/л.

Проведен анализ взаимосвязи уровней СД8, концентраций билирубина и степени цитолиза. Среди 53 обследованных у 7 (13,2%) показатели СД8 соответствовали норме, а у 46 (86,8%) обнаружено повышение уровня СД8; пациентов со сниженным содержанием СД8 не выявлено. Оказалось, что при нормальных показателях СД8 уровень билирубина соответствовал 155,1±24,4 ммоль/л, а АЛТ – 0,96±0,1 мккат/л. Но при высоком содержании СД8 уровень билирубина был значительно ниже (132,7±8,5 ммоль/л), а АЛТ выше (1,3±0,1 мккат/л).

Проведен анализ зависимости СД3, концентраций билирубина и сте-

пени выраженности цитолиза (54 больных). Нормальное и сниженное содержание СД3 обнаружено у 19 (34,6%), а повышенное – у 36 (65,4%). Оказалось, что у пациентов с нормальным или сниженным содержанием СД3 показатели билирубина (154,6±14,7мкмоль/л) были достоверно выше, а АЛТ – ниже (0,82±0,1мккат/л), чем в группе с повышенным содержанием СД3 (билирубин - 125,1±10,5 мкмоль/л и АЛТ - 1,52±0,121мккат/л).

Проведен анализ корреляционных взаимоотношений между содержание СД4, СД8, СД3 и показателями сывороточной гепатограммы. Оказалось, что имеется прямая высокая корреляционная связь между уровнем билирубина и уровнем СД4 (r=+0,9 при m=±0,02): чем выше содержание СД4 (меньше уровень снижения), тем выше уровень билирубина. Между уровнями СД4 и АЛТ обнаружена прямая средней силы корреляционная связь (r=+0,61). Между содержанием СД8 и уровнем билирубина также обнаружена средней силы прямая корреляция (при r=+0,3), но корреляционная связь СД8 / АЛТ оказалась высокой и сильной (r=+0,93 при m=±0,02). Соотношение уровней билирубина и СД3 не свидетельствовали о корреляции, а между СД3 и АЛТ обнаружена средняя и прямая связь (r=+0,52 при m=±0,1).

Выводы.

1. При гепатите В у потребителей психоактивных веществ имеется высокая корреляционная связь между степенью тяжести заболевания и выраженностью изменений СД4 и СД8, а также средняя корреляция с уровнем СД3.
2. Уровень гипербилирубинемии находится в прямой сильной корреляционной связи с содержанием СД4 и в средней прямой корреляционной связи с уровнем СД8.
3. Выраженность цитолиза (по АЛТ) имеет высокую прямую корреляционную связь с уровнем СД8 и среднюю корреляцию с СД4 и СД3.

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА НА КАФЕДРЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

И.П. Баранова, О.А. Коннова, Л.И. Краснова, О.Н. Лесина, М.В. Никольская, О.А. Зыкова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Реализация приоритетных национальных проектов в сфере образования и здравоохранения, основные положения Болонской декларации («непрерывное профессиональное развитие») выдвигают особые требования к организации и качеству учебного процесса в учреждениях дополнительного профессионального образования врачей.

Контроль качества образовательного процесса на кафедре инфекционных болезней проводится по нескольким направлениям: оценка соответствия лицензионным требованиям, аттестационным и аккредитационным показателям; текущий внутриинститутский контроль; постоянный кафедральный самоконтроль.

Контроль обеспечения лицензионных требований (определение соответствия условий осуществления образовательной деятельности по специальности «инфекционные болезни» на основании проведения внешней экспертизы), оценка аттестационных показателей (содержание, уровень и качество подготовки врачей в соответствии с требованиями государственных образовательных стандартов) и проведение государственной аккредитации (внешняя экспертиза деятельности института на соответствие требованиям, предъявляемым к его государственному статусу) осуществляется в рамках комплексной оценки деятельности института.

Внутренний контроль в подразделениях института, в том числе на кафедре инфекционных болезней, проводится со стороны ректората, деканата, учебной части (лицензионные показатели, критерии аттестации и аккредитации); практикуются контрольные посещения проректора и декана, рейтинговая оценка деятельности кафедры и её сотрудников; работа в рамках методического совета и школы молодых преподавателей (в том числе открытые занятия).

Внутрикафедральный контроль осуществляется постоянно с ежемесячной оценкой на кафедральных совещаниях таких разделов работы как организация учебной работы и её управление; результативность образовательной, научно-исследовательской, учебно-методической деятельности, состояние отчетной и методической документации, взаимодействие с клиническими базами, органами здравоохранения; эффективность оказания лечебно-профилактической помощи. На качество образовательного процесса влияют условия обучения, структура послевузовского и дополнительного образования по специальности «инфекционные болезни» (интернатура, клиническая ординатура, аспирантура, повышение квалификации специалистов и до 2000 года – профессиональная переподготовка), соответствие учебно-лабораторной и клинической баз требованиям образовательных программ, кадровое обеспечение (стопроцентный уровень «остепененности» профессорско-преподавательского состава, достаточный спектр, объем и качество научно-исследовательской, учебно-методической работы, высшие квалификационные категории и врачебный профессионализм сотрудников, наличие сертификатов специалиста, международное сотрудничество); информационно-методическая и материально-техническая оснащенность образовательного процесса (структура циклов, содержание дидактических материалов в соответствии с государственными стандартами, унифицированными программами и квалификационными характеристиками, компьютерная техника, видеофильмы, мультимедийные технологии, создание банка учебной информации на электронных носителях по

всем темам в рамках учебных/ учебно-тематических планов, используемое лечебно-диагностическое оборудование, обновление фонда учебной, учебно-методической и научной литературы, обеспечение нормативными документами, пособиями и методическими рекомендациями и др.); взаимопосещаемость занятий и взаимозаменяемость преподавателей; организация различных форм, методов обучения и контроля. Используются различные формы контроля качества обучения слушателей (собеседование с преподавателем; оценка мануальных, сенсорных, аналитико/синтетических и практических навыков/умений «у постели больного», программированный контроль с применением электронных версий тестов и ситуационных задач), его виды (фронтальный опрос, контрольная работа, коллоквиум, зачет, защита рефератов, тестирование, экзамен, экзамен с аттестацией и/или сертификацией специалиста) и типы (вводный, текущий с коррекцией, рубежный, итоговый с аттестацией и/или сертификацией специалистов и применением федеральных тестовых программ). Кроме того, качество образовательного процесса оценивается по уровню и эффективности оказания лечебно-профилактической помощи больным, а также на основании обратной связи со слушателями (анкетирование, заключительное собеседование, отсутствие рекламаций, участие в совместной научно-исследовательской работе, внедрение научных разработок сотрудников кафедры в практику здравоохранения, привлечение сотрудников кафедры к консультативной и экспертной деятельности за пределами клинических баз).

Таким образом, контроль качества образовательного процесса является неотъемлемой составной частью деятельности кафедры, факультета, института и должен быть регулярным, динамическим, соответствующим современным приоритетам в образовании и здравоохранении и направлен на совершенствование «непрерывного профессионального развития врачей».

СТРУКТУРА ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

И.П. Баранова, Ж.Н. Керимова, Н.В. Агеева, О.А. Жеворченкова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
ГУЗ «Областная детская клиническая больница им.Н.Ф.Филатова»
Пенза

Цель исследования. Изучить структуру поражений печени и селезенки при манифестных формах цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста и провести анализ частоты встречаемости выявленных изменений у больных с другими внутриутробными инфекциями.

Материал и методы. Обследовано 214 детей в возрасте до 6 месяцев

с клиническими проявлениями внутриутробных инфекций. Для подтверждения этиологического диагноза исследованы биологические жидкости (кровь, слюна, моча) на наличие геномов цитомегаловируса, вирусов герпеса человека 1 и 2 типов, хламидий, микоплазм, уреаплазм, токсоплазм (методом ПЦР), а также специфических антител в крови класса IgM и низкоавидных антител класса IgG (в ИФА). Для диагностики поражений печени и селезенки использованы УЗИ органов брюшной полости, лабораторные исследования. В результате обследования выделено 5 групп пациентов: 123 ребенка с цитомегаловирусной инфекцией (I группа), 30 – с герпетической (II), 16 - с токсоплазмозом (III), 20 - с хламидиозом (IV), 25 детей, у которых при тщательном обследовании инфекция была исключена (V группа).

Результаты исследования. При цитомегаловирусной инфекции диагностированы гепатомегалия (13,8%), гепатоспленомегалия (17,7%), гепатит (4,8%, в том числе безжелтушные формы – 3,2%), желтуха (конъюгационная – 42,7%, гемолитическая – 5,6%, паренхиматозная – 1,6%), синдром холестаза (1,6%), атрезия желчных путей (1,6%), кальцинаты печени (0,8%).

По сравнению со II группой (герпетическая инфекция) при цитомегаловирусной инфекции достоверно чаще ($p<0,05$) обнаружены безжелтушные формы гепатита (3,2,% в I группе и не встречались во II).

По сравнению с III группой (токсоплазмоз) при цитомегаловирусной инфекции достоверно чаще встречалась гепатоспленомегалия (17,7% в I группе и не встречалась в III).

У больных I группы, в сравнении с IV группой пациентов (хламидиоз), достоверно чаще диагностирована гемолитическая желтуха (5,6% в I группе и не встречалась в IV).

Сравнение с V группой показало, что при цитомегаловирусной инфекции достоверно чаще диагностированы безжелтушные формы гепатита (3,2,% в I группе и не встречались в V), однако конъюгационная желтуха у детей V группы обнаружена чаще, чем при цитомегаловирусной инфекции (56% в V группе и 42,7% в I).

Следовательно, при цитомегаловирусной инфекции безжелтушные формы гепатита выявлялись достоверно чаще, чем при герпетической инфекции, токсоплазмозе и у детей без инфекций; гепатоспленомегалия – чаще, чем при токсоплазмозе; гемолитическая желтуха – чаще, чем при хламидиозе; конъюгационная желтуха – реже, чем в группе детей без внутриутробных инфекций.

Выводы.

1. Структура поражений печени и селезенки у детей раннего возраста с внутриутробными инфекциями (цитомегаловирусная, герпетическая инфекции, токсоплазмоз, хламидиоз) включает гепатомегалию, гепатоспленомегалию, гепатит, желтухи (конъюгационная, гемолитическая, паренхиматозная), а также кальцинаты печени и

селезенки, пороки развития желчных ходов.

2. При цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста, по сравнению с другими внутриутробными инфекциями, преобладают гепатиты, гепатоспленомегалия, гемолитическая желтуха.

СТРУКТУРА ПОРАЖЕНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

И.П. Баранова, Ж.Н. Керимова, М.Н. Максимова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
ГУЗ «Областная детская клиническая больница им.Н.Ф.Филатова»
Пенза

Цель исследования. Изучить структуру поражений мочевыделительной системы при манифестных формах цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста и сравнить частоту встречаемости выявленных изменений у больных с другими инфекционными заболеваниями.

Материал и методы. Обследовано 214 детей в возрасте до 6 месяцев, у которых была заподозрена внутриутробная инфекция. Этиологический диагноз устанавливали на основании исследований биологических жидкостей (кровь, слюна, моча) на наличие геномов цитомегаловируса, вирусов герпеса человека 1 и 2 типов, хламидий, микоплазм, уреаплазм, токсоплазм (методом ПЦР), а также обнаружении в крови специфических антител класса IgM и низкоавидных антител класса IgG (в ИФА). Для диагностики поражений мочевыделительной системы использованы УЗИ, микционная цистография, лабораторные исследования (общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, посевы мочи на микрофлору, определение азотистых шлаков в крови). В результате обследования выявлено: 123 ребенка с цитомегаловирусной инфекцией (I группа), 30 – с герпетической (II), 16 - с токсоплазмозом (III), 20 - с хламидиозом (IV) У 25 детей при тщательном обследовании инфекция была исключена, эти пациенты составили V группу.

Результаты исследования. При цитомегаловирусной инфекции диагностированы инфекция мочевых путей (ИМП) – 2,4%, пиелонефрит (5,6%), а также изолированные протеинурия (29,8%), микрогематурия (25,8%) или лейкоцитурия (20,1%), расцененные как проявления острого очагового тубуло-интерстициального нефрита (ТИН). Кроме того, при цитомегаловирусной инфекции диагностированы острая почечная недостаточность (ОПН) в 0,8% случаев и врожденные уронефропатии – в 4% (пузырно-мочеточниковый рефлюкс – ПМР, пиелоэктазия, мегауретер).

Сравнение со II группой (герпетическая инфекция) показало, что при герпетической инфекции достоверно чаще ($p<0,05$), чем при цитомегало-

вирусной, встречалась изолированная протеинурия (43,3% во II группе и 29,8% в I).

По сравнению с III группой (токсоплазмоз) при цитомегаловирусной инфекции достоверно чаще выявлены пиелонефрит (5,6% в I группе и не встречался в III), изолированная микрогематурия (25,8% в I группе и 16,6% в III), лейкоцитурия (20,1% и 6,2% соответственно).

У больных I группы, в сравнении с IV группой пациентов (хламидиоз), также достоверно чаще развивался пиелонефрит (5,6% в I группе и не встречался в IV) и обнаружены микрогематурия (25,8% и 10% соответственно), лейкоцитурия (20,1% и 5%).

Сравнение с V группой показало достоверные различия в выявлении протеинурии (29,8% в I группе и 12% в V) и микрогематурии (25,8% и 8% соответственно).

Следовательно, при цитомегаловирусной инфекции протеинурия встречалась достоверно чаще, чем у детей без внутриутробного инфицирования (но реже, чем при герпетической инфекции); пиелонефрит и изолированная лейкоцитурия – чаще, чем при токсоплазмозе и хламидиозе; микрогематурия - чаще, чем при токсоплазмозе, хламидиозе и у детей V группы.

Выводы.

1. Структура поражений мочевыделительной системы у детей раннего возраста с различными внутриутробными инфекциями (цитомегаловирусная, герпетическая, токсоплазмоз, хламидиоз) включает аномалии развития, воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей и их осложнения.
2. При цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста, по сравнению с другими внутриутробными инфекциями, преобладают пиелонефрит, проявления ТИН (протеинурия, микрогематурия, лейкоцитурия) и врожденные уронефропатии.

ПРОБЛЕМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОГО ВРАЧА)

Л.Ф. Бартош, И.В. Дорогова, Е.А. Иванов, В.Н. Талышева, С.В. Чурбанов, В.А. Вирясов, И.А. Кобзев

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Артериальная гипертония (АГ) беременных занимает особое место среди актуальных вопросов современной медицины. Она является составной частью как минимум двух чрезвычайно остро стоящих сегодня медико-социальных проблем: АГ в целом и репродуктивного здоровья нации.

Клиническая значимость повышения артериального давления при беременности объясняется высокой частотой патологии (от 5 до 20%) и большим количеством осложнений, опасных для жизни беременной и плода. Материнская смертность и гибель плода вследствие осложнений, вызванных повышением АД у беременных, регистрируется до 35-40% аутопсий и остается стабильно высокой во всех странах.

Национальный проект «Здоровье» направлен на повышение качества и доступности медицинской помощи, на улучшение условий труда медицинских работников. Реализация этого проекта предполагает усиление медико-санитарной помощи, совершенствование профилактики, раннее выявление заболеваний и повышение доступности высокотехнологических видов медицинской помощи.

Согласно концепции развития системы здравоохранения РФ, основой ее реформирования должно стать прежде всего укрепление первичной помощи, в том числе и развитие института врача общей врачебной практики/семейного врача (ВОП/СВ).

Среди критериев оценки деятельности ВОП/СВ существует показатель, характеризующий вклад в реструктуризацию системы медицинской помощи: удельный вес беременных, поступивших под наблюдение ВОП/СВ, в срок до 12 недель беременности (по фактическому показателю за предыдущий год).

На наш взгляд, был бы уместен и еще один критерий: удельный вес беременных, запланировавших беременность. Это значит, подготовленных к беременности не только соматически, но и психологически, ибо от этого, несомненно, зависит исход этой беременности.

Задачи, реализуемые семейным врачом в целях профилактики материнской заболеваемости и смертности, проведение профилактических и оздоровительных мероприятий: оздоровление в группах риска, особенно среди женщин фертильного возраста, имеющих соматическую патологию; медицинскую реабилитацию, в т.ч. послеоперационную, направленную на сохранение репродуктивной функции; послеродовую реабилитацию; санитарно-просветительную работу, в т. ч. по вопросам охраны репродуктивного здоровья и здорового образа жизни; комплексные мероприятия по планированию семьи; предродовые курсы для супругов и консультирование; проведение лечебно-диагностических мероприятий по оказанию акушерской помощи (диспансеризация беременных, в т.ч. групп риска, профилактика гестационных осложнений и т.д.).

Итак, для решения задач по профилактике материнской заболеваемости и смертности, ВОП/СВ должен консультировать женщин с АГ до беременности с целью 1) уточнения диагноза (эссенциальная или вторичная гипертензия), 2) определения степени и стадии АГ, 3) оценки поражения органов-мишеней, ассоциированных клинических состояний, 4) определения возможных противопоказаний к беременности, 5) планирования образа жизни , 6) определения тактики антигипертензивной терапии.

Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) является и наиболее информативным методом для раннего выявления гипертензии, а также контроля эффективности антигипертензивной терапии.

Большое значение имеет выявление тенденции к повышению АД в ранние сроки беременности (особенно у женщин с высоким риском развития гипертензии), так как это может явиться неблагоприятным прогностическим признаком ее дальнейшего течения, а своевременное назначение профилактических мероприятий будет препятствовать возникновению возможных осложнений.

С другой стороны, повышение АД до 140/ 90 мм рт.ст. и более, наблюдается у 30-40% беременных. Все ли они гипертоники?

ВОП/СВ рассматривает проблемы здоровья пациента и осуществляет медицинскую помощь с учетом особенностей его семьи, общества, в котором он проживает, его культуры, обеспечивая соблюдение принципа индивидуальности личности пациента.

У детей, матери которых страдали АГ при гестации, в пубертатном периоде выявляются первые эпизоды повышения артериального давления, и они являются потенциальными гипертониками. Необходимо тщательное наблюдение за этими детьми с целью проведения своевременной профилактики и возможной коррекции нарушений, если таковые возникли.

Итак, профилактика и лечение гипертензии при беременности имеет важное медико-социальное значение.

Комплексные мероприятия, проводимые ВОП/СВ, по догестационной подготовке к беременности, по психологической поддержке и расширению возможностей по самоконтролю за течением беременности, прогнозирование и превентивные меры профилактики в группах риска, строгое соблюдение стандартов диагностики и своевременное лечение гестационных осложнений должны позитивно отразиться на исходах беременностей и способствовать снижению материнской заболеваемости и смертности.

Метод суточного мониторирования артериального давления должен как можно шире применяться в практике семейного врача с целью раннего выявления гипертензии, а также контроля эффективности терапии и исключения гипердиагностики АГ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ГЕПАТИТОВ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.Г. Батракова, Т.В. Чепасова, Е.Ю. Биденко, Л.Е. Савельева

Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями
Пенза

Последовательное становление этиологической диагностики парентеральных гепатитов В и С, а также ВИЧ-инфекции позволило установить пандемическое распространение всех трех инфекций. Близость эпидемических характеристик, источников заражения и путей передачи, вовлечение в эпидемический процесс в качестве основного резервуара всех трех возбудителей наркоманов с внутривенным введением наркотиков определило частое сочетание парентеральных вирусных гепатитов В и С и ВИЧ-инфекции.

В Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями Пензенской области под диспансерным наблюдением находится 691 ВИЧ-инфицированных пациента. Всем проведено определение методом ИФА серологических маркеров вирусного гепатита В и вирусного гепатита С.

Маркеры гепатита С обнаружены у 471 пациентов ,что составляет 68,2%. Клинически активность хронического гепатита С диагностирована у 30 больных. Гепатит С является для ВИЧ-инфицированных серьезно инфекцией, при которой может значительно возрастать скорость репликации ВИЧ и, как следствие, снижаться эффективность проводимой антиретровирусной терапии. Кроме этого, гепатит С под влиянием ВИЧ-инфекции часто имеет атипичное течение, более тяжелые формы и возрастает летальность вследствие болезни печени. В настоящее время заболевания печени основная причина смерти больных ВИЧ-инфекцией, не связанная со СПИДом.

Выявление HbsAg было всего у 4 пациентов и составило 0,58%.

У 26 пациентов были обнаружены маркеры вирусных гепатитов В и С, что составило 3,8%. Сочетанное развитие гепатитов и ВИЧ-инфекции характеризуется высокой степенью хронизации и быстрыми темпами развития цирроза печени, что позволяет допустить взаимопотенциирующее влияние вирусов. Цирроз печени зарегистрирован у 5 пациентов Центра.

По данным нашего Центра подъем заболеваемости начинается с возраста 15 лет и составляет 12,9%. Максимальная заболеваемость приходится на лиц в возрастной группе 20-29 лет и составляет 60%.

Таким образом, широкое распространение парентеральных гепатитов объясняется путями передачи их возбудителей. Преобладание парентерально-наркотического пути передачи ВИЧ-инфекции в Пензенской области, как и в России в целом, обуславливает высокий процент пациентов, имеющих микст-инфекцию ВИЧ и вирусов парентеральных гепатитов в различных сочетаниях. По нашей области он составляет 74%. Наркомания является ко-фактором, отягощающим течение заболевания у больных ВИЧ-инфекцией и хроническими паренте-

ральными гепатитами, кроме того наркомания обуславливает преждевременное «старение» иммунной системы: дисфункцию иммунного ответа с нарушением Т и В – клеточных звеньев, дисгаммаглобулинемию, накопление циркулирующих иммунных комплексов. Имеются так же определенные трудности в тактике ведения данных больных.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В РАБОТЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

А.А. Баулин, В.А. Николашин, И.Ю. Береснева, Е.А. Баулина, С.С. Беребицкий, О.А. Николашин, Н.А. Баулин

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина»
Пенза

По мнению многочисленных эндохирургов частота и тяжесть осложнений уменьшается по мере набора опыта. В связи с этим с учетом имеющихся навыков выполнения обычных лапароскопий был организован процесс обучения по принципу передачи опыта по цепочке. Сегодняшних ведущих специалистов обучали корифеи классики. Это дало возможность избежать высокого уровня осложнений уже с первых лет внедрения.

Число ежегодных операций превысило 2000. Основную массу больных поставляют гинекологи(64-67%), плановые больные составляют 58-65%. Число наименований операций превышает 50, холецистэктомий при хроническом холецистите – 215-239, при остром - 167-195, грыжесечений - 28-33, пиелоуретеролитотомий - 6-12, адреналэктомий - 4-7, экстирпаций матки - 115-126, 320-360 операций на придатках, более 200 артроскопических и др.

Таблица 1

Послеоперационные осложнения (n - более 11 тысяч)

Осложнения	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1	2	3	4	5	6	7
ОНМК	-	-	-	1	-	-
ТЭЛА	-	-	3	-	-	-
Нагноение	-	1	1	-	-	1
Серома	5	2	1	4	3	3
Вн.бр. кровотечение	1	5	4	6	2	2
Инфильтрат бр.пол.	1	-	-	-	1	1
Перитонит	1	3	-	-	-	-

1	2	3	4	5	6	7
Желчеистечение	1	4	4	2	6	2
Поврежд. холедоха	-	-	-	-	1	-
Парез кишечника	1	-	-	-	-	1
Киш.непроходимость	1	-	-	-	-	-
Гематома ран	1	1	1	7	10	6
Абсцесс бр. полости	2	2	2	2	1	1
Гематома бр полости	-	-	-	1	-	-
Тромбофлебит	2	1	3	-	-	-
Эвентрация	-	-	-	-	1	-
Пневмония	-	-	1	-	-	-
Всего / %	16/1,3%	19/1,1%	20/1,2%	23/1.5%	25/1,3%	17/0,9%

Процент осложнений небольшой - 0,9-1,5, подавляющее большинство не зависят от операторов. Повреждений общего печеночного протока и холедоха - 4 за все 12 лет (более 4000 операций) – всё успешно восстановлено классическим способом. Релапароскопию выполняем при малейшем сомнении в отношении благополучия в животе. Огромную неоценимую помощь в этом оказывают устанавливаемые 2-3 тонких дренажа для оттока и контроля как обязательная процедура. Смерти, которые можно связать с хирургами (гинекологами), – единичные за 12 лет (панкреонекроз, кровотечение), ежегодная летальность 0-0,2% (ТЭЛА, кровоизлияния в мозг, инфаркт).

Наиболее оптимально нужно готовить специалистов из хирургов и гинекологов, чисто «эндоспециалисты» выглядят однобоко, если они не прошли или не базируются на основательной школе специалистов традиционной хирургии и гинекологии. Тогда можно избежать тяжелых осложнений при освоении технологии.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ПРИ ГРЫЖЕСЕЧЕНИИ В ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ

В.А. Баулин, А.В. Белоусов, Е.А. Баулина, И.В. Модин, А.А. Баулин

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина», ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
Медицинский институт ПГУ
Пенза

Частота рецидивов при классической пластике пахового канала варьирует от 3,4% до 18% при первичных грыжах и до 30% при рецидивных. При протезировании полипропиленовой сеткой рецидивы составляют

0,5-1%. Все авторы единодушно признают два слабых места при пластике данной зоны: место выхода канатика и медиальный угол.

Мы предполагаем, что причинами являются вынужденное оставление отверстия для семенного канатика и смещение его структур (элементов, оболочек, стенок) подобное перемещению трубок телескопа и нечеткая фиксация медиального края сетки, особенно непрерывным швом, фиксация к мышцам, вследствие чего сетка крепится ненадежно и «сползает». При классической пластике по Постемпскому нами предложен оригинальный «П»-образный шов, который разделяет одно отверстие, через которое выходит канатик, на три почти равные части без тугого затягивания нити, тем самым ограничивается продольное перемещение семенного канатика, фиксированного к тканям отверстия. Данную технологию мы перенесли и на методику протезирования. А с целью предотвращения смещения сетки мы вначале под контролем зрения в медиальном углу накладываем провизорные швы(5-6), и только затем поочередно прошиваем медиальный край сетки и завязываем нити. Медиальный край сетки мы фиксируем отдельными швами к мышцам и апоневрозу наружной косой мышцы.

По методике Постемпского оперировано 236 мужчин. С протезированием - 48, которым после выкройки сетчатого протеза, накладывались провизорные швы к пупартовой связке(2), лонному бугорку(1-2), передней поверхности прямой мышцы и под апоневроз наружной косой мышцы(2). Затем сетка фиксировалась к пупартовой связке, к внутренней косой мышце и апоневрозу. Тем самым вся сетка фиксировалась к плотным структурам. Во вновь сформированном отверстии накладывали шов круглой иглой капроном №3 в виде буквы «П». Вначале прошивали один край сетки, затем под контролем зрения этой иглой с нитью прошивали семенной канатик, как бы отделяя третью часть от 2\3. Следующим стежком прошивали противоположный край сетки и снова через канатик уже осторожно разделяя 2\3 порции канатика как бы пополам. Таким образом канатик становится поделенным на три части. Нить только протаскиваем и завязываем, не затягивая туго, образуя уже как бы букву «О». Некоторое время наблюдали за канатиком на предмет возможного венозного стаза. Осложнений связанных с методикой не отмечено.

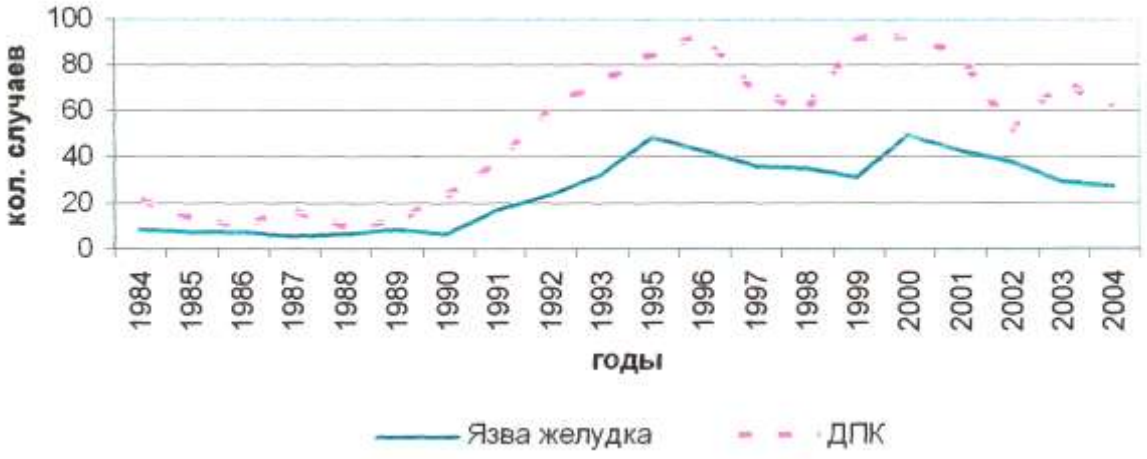
Сроки наблюдения до 7,5 лет в первой группе и до 5,5 – во второй. Под контролем находятся около 80% оперированных. Рецидивов не отмечено, тогда как в контрольной группе число рецидивов 4,7%(n=634).

НАШ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ ЯЗВЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Н.А. Баулин, М.М. Беренштейн

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина»
Пенза

Проблема осложненной кровотечением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в наше время приобрела большое медицинское и социальное значение. При анализе заболеваемости за последние 20 лет (1984-2004 гг.), обращает на себя внимание значительное увеличение данной категории больных, которое соответствует большим преобразованиям в нашем обществе.



Приводимая диаграмма отчетливо отражает эту тенденцию в периоды перестройки, распада СССР, дефолта 1998 г. При совершенно одинаковом радиусе обслуживания и численности населения, - в первом пятилетии (1984-1988 гг.) в хирургическую клинику поступило 38 (м. - 26, ж. - 12) больных с язвенно-желудочным кровотечением, во втором (1989-1993 гг.) - 86 (м. - 61, ж.-25) больных, в третьем (1995-1999 гг.) - 194 (м. - 145, ж. - 49), в четвертом (2000-2004 гг.) - 189 (м. - 128, ж. - 61). При язвенно-дуоденальном кровотечении - соответственно: 70 - 205 - 397 и 366 больных. Комментарии излишни. Особенно это относится к контингенту больных пожилого и старческого возраста. Параллельно с ростом имеет место и утяжеление этого контингента больных. Поэтому данная проблема и в наши дни приобретает большую актуальность.

С целью оптимизации специализированной медицинской помощи

этой категории больных в условиях хирургической клиники, с середины 80-х годов были проведены следующие организационные, диагностические и лечебные мероприятия. Четко отрегулирована служба привлечения ведущих и смежных специалистов, вплоть до профессоров и заведующих отделениями; введено круглосуточное функционирование клинической и биохимической лаборатории; организовано дежурство специалистов по эндоскопии; четко налажена телесвязь станции скорой помощи с дежурными службами клиники и др.

Все больные, поступившие в приемное отделение с диагнозом гастродуоденального кровотечения, делятся на несколько потоков:

1) больные с продолжающимся профузным гастродуоденальным кровотечением (о них по рации сообщается в приемное отделение клиники врачами скорой помощи) - немедленно осматриваются хирургом и анестезиологом-реаниматологом. При подтверждении диагноза больной немедленно доставляется в операционную, где начинается интенсивная терапия и при отсутствии противопоказаний тут же выполняется ФГС на операционном столе. При подтверждении диагноза - операция через 15-20 минут.

2) больные с клиникой геморрагического шока, но без признаков продолжающегося кровотечения, госпитализируются в так называемую преднаркозную палату в составе операционного блока, где проводится интенсивная или реанимационная терапия и выполняется дообследование больного. Далее, в зависимости от гемодинамических показателей (при отсутствии показаний к экстренной операции), больной переводится или в отделение реанимации и интенсивной терапии, или в палату интенсивной терапии экстренного хирургического отделения. В обязательном порядке устанавливается контрольный назогастральный зонд, и при рецидиве кровотечения больной немедленно транспортируется в операционную.

3) больные с отсутствием геморрагического шока дообследуются в приемном отделении и при подтверждении диагноза кровоточащей язвы – по классификации В.С. Савельева - угроза кровотечения 2 А, 2Б госпитализируются в палату интенсивной терапии хирургического отделения.

4) больные с кровоточащей язвой ЗБ по В.С. Савельеву - из приемного отделения прямо транспортируются в операционную.

5) больным с кровоточащей язвой ЗА предпринимается попытка остановить кровотечение эндоскопическим методом, при неэффективности - хирургическая операция.

Всему контингенту больных язвенной болезнью проводится современная комплексная терапия с обязательным применением Н2 блокаторов гистамина (квамател, париет и др.) и ингибиторов протоновой помпы (лосек, омез и др.).

Заключение: реализация названной программы лечения больных дала значительные положительные результаты. За четыре пятилетия оперативная активность при язвеннодуоденальном кровотечении снизилась с 30 до 4,7%, послеоперационная летальность с 23,8 до 6,2%, общая леталь-

ность с 7,1 до 0,5%. При желудочном кровотечении - соответственно: с 36 до 14,2%, с 7,1 до 3,7%, с 2,6 до 0,5%.

Как видно, показатели ярко впечатляющих достижений в лечении этой тяжелой категории больных, конечно, - не только плод успешной деятельности хирургов, но и всего коллектива, особенно анестезиологов-реаниматологов, эндоскопистов и эндохирургов, всех диагностических и лечебных служб, всего коллектива хирургической клиники.

ПАНКРЕОНЕКРОЗ: ДУМЫ, РАЗОЧАРОВАНИЯ И НАДЕЖДЫ

Н.А. Баулин, М.М. Беренштейн, А.Е. Квасов

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина»
Пенза

Совсем недавно (1995), на I Московском Международном Конгрессе хирургов и последующих (1997, 1999, 2000) публикациях, мы представляли довольно радужные перспективы улучшения качественных показателей лечения больных острым панкреатитом при использовании активной хирургической тактики. Она включала в себя следующие постулаты. Как и при всякой другой острой патологии живота, фактор времени часто имеет решающее значение в плане эффективности хирургического лечения. В этом аспекте и были сформулированы показания к неотложным операциям при остром панкреатите. В частности, это обычно запоздалое (свыше 24 часов) поступление больных с разлитым перитонитом, бурно прогрессирующей интоксикацией, особенно в сочетании с механической желтухой и др. - при отсутствии положительного эффекта от консервативной терапии, в том числе в условиях реанимационного отделения, в течение 6 часов. Операция осуществлялась под эндотрахеальным обезболиванием. Выполнялась верхне-средне-срединная (до пупка) лапаротомия, оментобурсотомия, по показаниям - некрэктомия, чаще методом дигитоклазии, при «черной железе» - экономная (иногда корпорокаудальная) резекция, рассечение брюшины в зонах ферментативно-некротического поражения, дренирование желчевыводящих путей, по показаниям - в сочетании с холецистэктомией. Операция завершалась бурсоперитонеостомией с изоляцией железы 5-7 салфетками и непрерывным активным инжекционно-вакуумным дренированием (патент на изобретение №1409279) с последующим ведением больных в реанимационном отделении. При такой тактике были получены некоторые обнадеживающие результаты: несмотря на утяжеление контингента больных, во втором пятилетии (1991-1995 г.г.) анализируемого периода (1986-2005 г.г.), послеоперационная летальность существенно не изменилась (соотв. 16,2% и 17,3%). Казалось мы на верном пути, и были, таким обра-

зом, основания продолжать совершенствовать активную хирургическую тактику. Однако, мы, как и другие, особенно малые периферические регионы, заметно ощутили пресс тяжелых социальных проблем. И если кратко о главном, то, - при неудержимо прогрессирующей дороговизне хирургической помощи и низком уровне жизни населения, стала непоправимо возрастать поздняя обращаемость и запоздалая доставка больных в стационар - с 47% до 62%. Соответственно увеличилась тяжесть госпитализируемого контингента больных. Достаточно сказать, что показатель дооперационной нуждаемости больных в оказании реанимационной помощи поднялся с 5,1% до 7,7%. Понятно, увеличился и удельный вес больных с широкомасштабными ферментативно-некротическими поражениями мягких тканей с распространением их вплоть до малого таза. Послеоперационная летальность не снижалась (16,2% и 18,2%). Несомненно, по тем же социальным причинам, здесь определенную роль сыграл и фактор неполного современного объема консервативной терапии. Совершенно очевидно, следовало бы как-то оптимизировать и хирургическую тактику, и комплексные консервативные воздействия. По нашему опыту, решающих факторов оказалось два. Первый – ведение тяжелых больных - только в реанимационном отделении и палатах интенсивной терапии. Второе: при отсутствии эффекта от консервативной терапии, - как можно более ранняя самая щадящая операция типа наднекроочагового рассечения париетальной брюшины, нежнейшей, преимущественно методом дигитоклазии, - некрэктомии и современного непрерывного (в наших условиях - активного инжекционно-вакуумного) многоочагового дренирования и обязательной декомпрессии желчевыводящих путей, плюс категорический отказ от непереносимо травматичных - корпорокаудальных, а тем более панкреатодуоденальных резекций. При некроаррозивном кровотечении - тугая марлевая тампонада.

Повторные операции - релапаро,- люмбо, - и абсцессотомии, - как правило - не ранее 10-14 дней после первой операции и строго по показаниям: при наличии клиники перитонита, абсцедировании или секвестрации в очагах некроза. Кровотечение из очага дренируемой сальниковой сумки, которое, по нашим данным, встречается очень редко, останавливается, как правило, методом тугой тампонады на фоне интенсивной консервативной терапии.

При данной тактике лечения, - на основании в целом анализа клинических материалов по четырем пятилетиям (1986-2005 г.г.), включающим 4828 больных, из которых - 541 оперированных (11,2%), даже при запоздалом поступлении больных (54,6%) удалось добиться снижения послеоперационной летальности в четвертом пятилетии исследования (2001-2005 г.г.) с 18,2% до 12,5%.

ОРИГИНАЛЬНАЯ МАЛОТРАМАТИЧНАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ГАНГЛИЕВ И ГИГРОМ

У.В. Баулина, А.А. Баулин, В.А. Моисеенко

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

По данным литературы ганглии и гигромы являются распространенной патологией, составляющей около 40-50% всех опухолевидных образований на кисти. Характерный возраст пациентов от 10 до 45 лет, причем 3/4 таких больных являются женщинами. Эти образования по своей сущности относятся к кистам, возникающими из суставной капсулы или влагалищ сухожилий (А.И. Ашкенази, 1990). Локализуются гигромы преимущественно на тыле кисти (70%), 21% - на ладонной поверхности кистевого сустава, 8% - по ходу сухожилий сгибателей пальцев; реже - в области коленного сустава, лодыжек, тыла стопы. (А.М. Волкова, 1993). Большая часть ганглиев и гигром возникает непосредственно или вскоре после травмы (у 20-25% больных), а так же вследствие определенных видах профессиональных или бытовых хронических перегрузок (у 15-20%). Характерно, что у молодых людей, занимающихся спортом, гигромы не редки как следствие хронического бурсита или тендовагинита в местах подвергающихся постоянной травматизации.

Больные обращаются не только из-за неудобств по соображениям эстетического порядка, но так же и из-за болей в покое, при движениях, функциональных нагрузках, что бывает у 1/3 больных.

На протяжении последних десятилетий остаются также неразрешенными вопросы патогенеза. До настоящего времени, несмотря на доброкачественное течение ганглиев и гигром, сравнительно несложный процесс диагностики и кажущуюся простоту лечения, остается высоким показатель послеоперационных рецидивов, достигающий 20% (Е.В.Усольцева, К.И.Машкара, 1986). Не отработана тактика комплексного рационального послеоперационного ведения больных с данной патологией. Этими неразрешенными положениями, прежде всего, обусловлена актуальность освещаемой проблемы.

Из консервативных методов использовались ранее следующие. Физиолечение: грязевые и парафиновые аппликации, ионофорез с йодом, облучение ультрафиолетовыми лучами, рентгенотерапия. Склерозирующая терапия: введение гидрокортизона с последующей давящей повязкой, введение энзимов, отсасывание содержимого полости образования с последующим введением иода, гиалуронидазы. Применяют также и закрытое раздавливание гигром с последующим наложением давящей повязки (Cortinovis et al., 1957).

Из оперативных методов используются:

а) подкожное рассечение (A. Soren, 1966);

б) иссечение ганглия вместе с его протоком (Nelson, 1972);

в) удаление с закрытием капсулы сустава свободным трансплантатом (Gama, 1977);

г) удаление гигромы или ганглия с последующим прошиванием ножки.

В связи с ростом и развитием амбулаторной хирургии возникает необходимость разработки новых малотравматичных способов операций. В ГКБ СМП им. Г.А.Захарьина г. Пенза А.А.Баулиным в 1984 году предложен дренирующий способ лечения гигром и ганглиев. Суть его в создании достаточного по времени дренирования и условий для формирования асептического воспаления в полости гигромы или ганглия как реакция на инородное тело, вследствие чего происходит рубцевание.

Методика выполнения заключается в проведении через полость гигромы или ганглия, монофиламентных капроновых нитей (4-5), с помощью проводника. Через 2 недели нити удаляем. По данной методике за последние 5 лет (2001-2006 годы) пролечено 14 больных, рецидив выявлен у 1 больного. Он связан с нарушением последующего предписанного режима (больная с гигромой в области кистевого сустава продолжала играть в волейбол, начиная с ближайшего послеоперационного периода).

В сравнение, по данным стационара и амбулаторной практики ГКБ СМП им. Г.А.Захарьина г. Пензы (отделение хирургии кисти) с 1999 года по настоящее время находится на диспансерном учете 35 тематических больных, оперированных по Роббу. Рецидивы отмечены у двух больных.

Таким образом, ганглии и гигромы являются распространенными опухолевидными образованиями со специфическим клиническим течением. Результаты лечения с использованием известных консервативных и оперативных методик нередко заканчиваются рецидивами. В силу своей относительной простоты и малой травматичности и низким удельным весом осложнений, предложенная методика лечения ганглиев и гигром путем хронического дренирования полости в перспективе может оказаться хорошим подспорьем в арсенале хирурга стационара и поликлиники различного уровня.

Диагностическая ценность пыльцевых аллергенов производства

«СЕВАФАРМА а. о.» ЧЕШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Е.В. Безрукова

ГУЗ «Областная клиническая больницаим. Н.Н. Бурденко»
Пенза

Поллиноз (сезонный аллергический ринит) относится к числу наиболее распространенных аллергических заболеваний и составляет от 12-45% в структуре аллергической патологии.

В России поллинозом страдает 0,1-10% населения. По данным многих авторов, сенсибилизация к пыльце растений имеет регионарные особенности. Пензенская область располагается в лесостепной зоне. Зональными типами растительности являются широколиственные леса и луговые степи. Лугово-степные сообщества состоят из злаков таких как: ежа, овсяница, костер, мятлик и др., маревых (лебеда, марь) и сложноцветных (одуванчик, полынь, подсолнечник).

Сезонный аллергический ринит не является заболеванием, существенно влияющим на смертность и продолжительность жизни, однако, приводит к нарушению трудоспособности, большим экономическим потерям. Кроме того, поллиноз часто предшествует возникновению более тяжелого заболевания – бронхиальной астмы.

В нашей стране при аллергологическом обследовании больных поллинозами используются отечественные водно-растворимые экстракты пыльцевых аллергенов производства НПО «Аллерген» (г. Ставрополь).

Целью нашей работы явилось изучение диагностической ценности новых аллергенов производства фирмы «Севафарма а. о.» Чешской республики (Д-АЛ диагностический - «Севафарма а. о.» Чешская республика).

Под нашим наблюдением находилось 60 больных поллинозом в возрасте от 18 до 55 лет. Постановку кожных проб осуществляли методом скарификации с использованием стандартного набора пыльцевых аллергенов производства НПО «Аллерген» г. Ставрополь и методом прик-теста с использованием набора диагностических аллергенов (Д-АЛ диагностический). Всем больным проводили определение специфических IgE методом ИФА (тест-система иммуноферментная для определения IgE-антител человека к пыльцевым аллергенам г. Ставрополь). Методика выполнения тестов и оценка результатов осуществлялась согласно инструкции, прилагаемой к препаратам.

Таблица 1

Сравнительная характеристика пыльцевых аллергенов фирмы «Севафарма а. о.» Чешская республика и аллергенов НПО «Аллерген» (г. Ставрополь)

Число обследованных больных	Положительные прик-тесты с чешскими аллергенами.	Положительные скарификационные тесты с отечественными алергенами.	% совпадений
60	55 (91,6%)	50 (83 %)	90,9%

Набор состоял из весенней смеси ранней, в которую входили - береза висячая, граб обыкновенный, лещина обыкновенная, ольха клейкая, ива козья, ясень стройный. По нашим данным (см.таб. 1) процент совпадений кожного тестирования с отечественными и чешскими аллергенами соста-

вил более 90%, что свидетельствует о высокой диагностической ценности пыльцевых аллергенов фирмы «Севафарма а. о.» (Чешская республика) и возможности их широкого применения для диагностики поллиноза. У больных с положительными реакциями специфические IgE-антитела установлены в 97,3% случаев. В настоящее время нами проводится изучение клинико-иммунологической эффективности указанных аллергенов при их использовании для АСИТ.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДЕЙСТВИЯ НЕКОТОРЫХ ГРУПП КАРДИОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Л.А. Белова, В.П. Балашов, С.Я. Скачилова, Ю.А. Макарова

ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»
Саранск
Всероссийский научный центр по безопасности биологически активных веществ
Старая Купавна

В 80-х годах прошлого столетия, при участии сотрудников кафедры фармакологии Мордовского университета, начались исследования фармакологии четвертичных производных тримекаина и аймалина, результатом чего стало создание нового направления в фармакологии противоаритмических средств и нового отечественного антиаритмика с уникальными фармакологическими свойствами – кватернидина. Он сочетает в себе противоаритмические и антиишемические эффекты. В клинике кватернидин оказывает длительное действие при желудочковых эктопических нарушениях ритма ишемического генеза. Продолжительность эффекта после однократного внутривенного введения составляет от 6 до 20 часов, в зависимости от тяжести исходной аритмии.

При изучении фармакологии четвертичных производных тримекаина и аймалина было выявлено очень важное свойство для большинства веществ данной группы. Оказывается модификация атома азота, обычно, приводит к росту острой токсичности производного, в сравнении со структурным аналогом, но их антиаритмический индекс при этом, как правило, увеличивается. Данное свойство является особенно ценным, поскольку позволяет выявлять более безопасные вещества для создания препаратов с большой широтой терапевтического действия.

Учитывая выше сказанное, мы решили продолжить ранее начатые работы в этом интересном направлении, с целью отбора веществ перспективных в плане представления в Фармакологический комитет РФ. Для решения поставленной цели мы решали следующие задачи: 1 – направленный синтез четвертичных производных новокаина, атенолола, циннаризи-

на, амиодарона и мексидола с учетом ранее изученных закономерностей между структурой и активностью четвертичных производных тримекаина и аймалина; 2 – изучение острой токсичности полученных веществ; 3 – оценка их специфической активности и гемодинамической безопасности.

Поскольку, согласно ранее полученным данным, наиболее эффективными четвертичными производными тримекаина и аймалина являлись аллилморфолиновые производные, мы осуществили направленный синтез именно указанных четвертичных дериватов. Все вещества были хорошо растворимы в воде, образовывали истинные растворы, не разрушались на свету, при кипячении и не выпадали в осадок при хранении.

Острая токсичность большинства испытуемых веществ при внутрибрюшинном введении мышам находилась в диапазоне 28 – 63 мг/кг. Наиболее токсичным дериватом оказалось четвертичное производное циннаризина, а наименее токсичным – производное новокаина. LD_{50} аллилморфолиновых дериватов амиодарона и мексидола находилось в указанном диапазоне. Острую токсичность для производного атенолола установить не удалось, поскольку даже при его введении в дозе 400 мг/кг ни одно животное не погибло. Таким образом, учитывая показатели LD_{50}, четвертичные производные новокаина, атенолола, циннаризина, амиодарона и мексидола относятся либо к группе умеренно токсичных веществ, либо - малотоксичных.

Для дальнейшего изучения фармакологии четвертичных производных мы определились с величиной исследуемых доз. Все вещества были испытаны в дозах, составляющих 5% от их $LD_{50.}$ при внутрибрюшинном введении мышам. Данный принцип дозирования был использован во всех ранее проведенных работах, что позволяет успешно сравнивать полученные нами результаты с данными других исследователей.

При изучении специфической активности четвертичных производных указанных соединений на модели нарушений сердечного ритма при остром окклюзионном и реперфузионном повреждении миокарда левого желудочка у кошек была показана их высокая эффективность в профилактике желудочковой экстрасистолии и желудочковой тахикардии. Все вещества оказывали умеренный эффект ($p<0,05$) в отношении развития реперфузионной фибрилляции желудочков, тогда как производные мексидола и циннаризина предупреждали развитие этого фатального явления во всех проведенных опытах.

Кардиопротекторный эффект всех соединений изучали по тесту dP/dt и уровню артериального давления у кошек с экспериментальным инфарктом миокарда. В контрольной серии экспериментов ишемическое повреждение миокарда сопровождалось прогрессирующим угнетением сократимости левого желудочка и гипотонией. При этом угнетение dP/dt являлось статистически достоверным начиная с 5 минуты и до конца эксперимента, а падение АД отличалось от исходного уровня лишь на 60-90 минутах опыта. В этих условиях все испытуемые соединения проявили надежный

кардиопротекторный эффект. По видимому, все изученные производные увеличивают коронарный кровоток в зоне повреждения и в силу этого уменьшают её. Подтверждением этой мысли является факт уменьшения выраженности ишемически опосредованной депрессии сократимости левого желудочка. Отличия между веществами выражались лишь в динамике данного эффекта. Эффект соединений на уровне артериального давления был менее выраженным.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о перспективности дальнейшей разработки фармакологии четвертичных производных новокаина, атенолола, циннаризина, амиодарона и мексидола как источников создания потенциальных эффективных и безопасных лекарственных средств. Следует подчеркнуть, что для аллилморфилиновых производных указанных препаратов характерны все универсальные закономерности между структурой и токсичностью, а также структурой и активностью. Это проявляется повышением острой токсичности четвертичного деривата в сравнении со структурным предшественником, повышением специфической активности, расширением спектра фармакологического действия.

ОЦЕНКА ЭПИЗОДОВ ИШЕМИИ МИОКАРДА В ПРОГНОЗЕ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

М.В. Бирюченко, И.П. Татарченко, Н.В. Позднякова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
ФГУЗ «МСЧ-59 ФМБА России»
Пенза

Цель работы. Анализ периодов безболевой (БИМ) и эпизодов болевой ишемии (ЭБИ) миокарда у больных ИБС в зависимости от течения заболевания. В исследование включены 66 больных хронической ИБС (4 женщины и 62 мужчины), средний возраст 52,3±6,8 лет. Длительность наблюдения - 20±3,2 месяцев. Комплекс обследования включал регистрацию ЭКГ в 12 отведениях, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), велоэргометрию, чреспищеводную электрокардиостимуляцию (ЧПЭКС). По особенностям течения заболевания выделено 3 группы: I группа – клиническая ремиссия – 15 больных, II группа - стабильное течение – 27 больных, III - кардиальные события – 24 больных. Наибольший интерес представляет группа с кардиальными событиями. Летальный исход отмечен у 16 (66,7%) из 24 больных. За период наблюдения у 17 (71%) пациентов диагностирована очаговая патология, в 7 (29,2%) случаях - повторная с последующим летальным исходом. У пациентов данной группы объем выполненной работы, двойное произведение и пороговая мощность значимо ниже в сравнении с аналогичными показателями двух других

групп, $p<0,05$. Пороговая ЧСС в начале ишемического снижения ST не превысила значения 100 уд/мин, при этом в 75% случаях зарегистрировано более 6 отведений с депрессией ST сегмента. Аналогичные изменения отмечены при ЧПЭКС. В III группе с неблагоприятным течением чаще регистрировались эпизоды БИМ - 3,6±1,1 в сравнении со II группой (1,6 ± 0,6) или I группой (0,55 ± 0,2), $p< 0,05$. Подобная тенденция отмечена и при изучении частоты регистрации болевых эпизодов в анализируемых группах. В III группе соотношение БИМ/ЭБИ составило 1,06 и превысило аналогичный показатель во II группе–0,69 ($\chi^2=3,84$, $p<0,05$), и в I группе–0,43 ($\chi^2 = 6,63$, $p<0,01$). Суточная продолжительность эпизодов ишемии в III группе у 92% больных превышала 30 мин, из них в 75% - более 70 мин. Желудочковые нарушения ритма (ЖНР) регистрировались у 22 (91,6%) пациентов III группы, при этом частота регистрации ЖЭ II-V градаций составила 70,8%, из них в 37,5% регистрировались прогностически опасные ЖНР. При ХМ ЭКГ появление и/или учащение ЖЭ у 11 (45,8%) больных III группы связано с транзиторной ишемией миокарда. При анализе характера желудочковой экстрасистолии нами была установлена корреляционная зависимость между увеличением градационной шкалы ЖЭ и максимальной глубиной ишемической депрессии ST сегмента.

Таким образом, критериями высокого риска явились наличие безболевой ишемии миокарда, продолжительность периодов ишемии за сутки более 70 минут, глубина депрессии ST сегмента более 3 мм при частоте сердечных сокращений в начале эпизодов ишемии менее 100 в минуту, наличие желудочковых нарушений ритма, возникающие на фоне эпизодов ишемии миокарда.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Н.Н. Бисерова, Л.В. Фатеева, О.В. Пчелинцева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Первородящие женщины в возрасте 30 лет и старше относятся к группе высокого риска по развитию осложнений беременности и родов, перинатальной заболеваемости и смертности. В последнее 10-летие акушерская тактика стала более активной, расширились показания к родоразрешению абдоминальным путем. Соответственно изменилась тактика ведения беременности и родов у первородящих старшего возраста.

Мы поставили перед собой задачу ретроспективно изучить течение беременности и родов у первородящих старшего возраста за период 2003-2005 гг.

Исследована группа из 105 беременных в возрасте от 30 до 46 лет.

Средний возраст беременных составил 32,5 года. Среди всех обследованных - 26 (24,8%) были повторнобеременными, но первородящими.

Из анамнеза выявлено, что 8 (7,6%) беременных ранее страдали бесплодием воспалительного или эндокринного генеза. Соматическая патология (гипертоническая болезнь, пороки сердца, хронический пиелонефрит, миопия различной степени тяжести) выявлена у 78 (77,3%) беременных старше 30 лет. Воспалительные заболевания генитальной и экстрагенитальной локализации имели место у 28 (26,7%) пациенток.

Беременность протекала без осложнений у 64 (60,9%) беременных. Ранние токсикозы имели место у 34 беременных (32,4%), гестозы различной степени тяжести – у 27 (25,7%), угрожающее прерывание беременности в сроке до 12-14 недель – у 8 (7,6%) и свыше 14 недель – у 21 (20,0%).

Все беременные до родов были госпитализированы в отделение патологии с целью подготовки к родам и решения вопроса о сроке и методе родоразрешения. Из них: 102 беременные поступили в сроке 38-39 недель, а 3 – в сроке 36-37 недель. При поступлении недостаточно «зрелые» родовые пути обнаружены почти у всех беременных (99,1%), только в одном случае шейка была «зрелая», что составило 0,9%.

При обследовании в отделении патологии у 46 (43,8%) беременных выявлены осложнения беременности, соматическая патология, что в сочетании с «незрелой» и недостаточно «зрелой» шейкой матки послужило основанием для родоразрешения путем операции «кесарево сечение» в плановом порядке: крупный плод – у 14 (30,4%), анатомически узкий таз – у 12 (26,1%), сахарный диабет – у 2 (4,3%), эпилепсия – у 1 (2,2%), миома матки – у 6 (13%).

У остальных 58 беременных проводили подготовку к родам с целью «созревания» шейки матки. Ламинарные палочки были введены в цервикальный канал 28 (48,3%) беременным, турунда с энзапростом – 11 (19,0%). Подготовку в/в капельно бетамиметиками проводили 20 беременным (34,5%), энзапростом – 6 (10,3%). В ряде случаев подготовка была комплексной с последовательным использованием различных способов.

Положительный эффект от подготовки был получен у 51 беременной (87,9%). У 7 беременных эффекта от подготовки не было (12,1%), что послужило основанием для их родоразрешения путем операции «кесарево сечение» в плановом порядке по сочетанным показаниям.

Таким образом, абдоминальным путем в плановом порядке были родоразрешены 53 беременные, что составило 50,5%. У остальных 52-х беременных роды проходили через естественные родовые пути.

В процессе родов у 7 (13,5%) рожениц появились осложнения родового акта, не поддающиеся консервативной терапии, которые также послужили основанием для родоразрешения путем операции кесарево сечение в экстренном порядке. К таким осложнениям относятся: слабость и дискоординация родовой деятельности у 3-х рожениц, клинически узкий таз – у 2-х, начавшаяся острая внутриутробная гипоксия плода – у 2-х ро-

жениц.

Самостоятельно, через естественные родовые пути, родили 45 (42,9%) пациенток. Срочные роды были у 48-х рожениц (93,3%), преждевременные – у 3 (6,7%). Запоздалых родов в нашем исследовании не было.

Общая (средняя) продолжительность родов составила 7 часов 3 минуты. У 24 (53,3%) рожениц роды были быстрые (от 4 до 6 часов), у 7 (15,5%) – стремительные (до 3-х часов). Длительные роды более 12 часов имели место у 5 рожениц, что составило 11,1%.

Таким образом, процент аномалий родовой деятельности составил 75,0% (39 случаев) среди 52-х рожениц, начавших рожать через естественные родовые пути.

В родах у 8 (15,4%) рожениц предпринято родовозбуждение в связи с дородовым излитием околоплодных вод и отсутствием регулярной родовой деятельности, у 7 (13,5%) – родостимуляция по поводу слабости родовой деятельности. У 5 (11,1%) рожениц в последовом периоде обнаружено плотное прикрепление плаценты, в связи с чем было произведено ручное отделение и выделение последа. Кровопотеря во время операции не превышала 400 мл.

Травмы промежности имели место у 28 (62,2%) родильниц, разрывы шейки матки 1 и 2 степени у 8 родильниц (17,8%).

У 38 из 45 рожениц дети родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8-10 баллов, что составило 84,4% и 7 детей (18,6%).

Среди 7 детей, рожденных путем операции «кесарево сечение» в экстренном порядке, два ребенка родились в асфиксии 1 степени (28,6%) и один в асфиксии 2 степени тяжести (14,3%).

Среди 53-х детей, рожденных путем операции «кесарево сечение» в плановом порядке, двое родились в асфиксии I степени (3,8%), остальные новорожденные были в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8-10 баллов (96,2%).

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. У первородящих старшего возраста регистрируется выкокий удельный вес соматической патологии (74,3%) и высокий удельный вес родоразрешения оперативным путем (кесарево сечение) – 57,1%;
2. В сроки 38-39 недель отсутствует биологическая готовность к родам у 99,1% беременных, что требует проведения дополнительных мероприятий по подготовке к родам;
3. Чрезвычайно высок удельный вес аномалий родовой деятельности (75,0%), высокий удельный вес быстрых и стремительных родов (79,5% среди всех аномалий родовой деятельности);
4. Наилучшие исходы для плода получены при родоразрешении беременных путем операции «кесарево сечение» в плановом по-

рядке, а при разрешении беременных старшего возраста через естественные родовые пути в 5 раз чаще рождаются дети в асфиксии различной степени тяжести (19,2% и 3,8% соответственно).

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ

К.В. Бобро, В.Н. Сгибов, Т.В. Колесникова

Научно-практический центр «Психотерапия»
Пенза

Ребенок с повышенным уровнем тревожности напряжён, скован, пуглив, подавляющее большинство ситуаций вызывает у него страх, отмечается повышенная сензитивность к критическим замечаниям, эмоциональная слабость. Школьники с такими особенностями, согласно взглядам Е.П.Ильина (2000), оказываются в ситуации «заколдованного круга», когда тревожность ухудшает возможности учащегося и результативность его деятельности. Необходимость психокоррекционного воздействия на детей с подобными особенностями очевидна.

Нами на базе НПЦ «Психотерапия» проводились психокоррекционные занятия с детьми младшего школьного возраста, при оценке актуального психического состояния которых отмечался высокий уровень тревожности. Количественный состав групп - 8 человек. Продолжительность занятия - 2 часа. Количество групповых занятий равно 10. Психокоррекционные занятия строились на основе следующих принципов:

1) единство коррекции и развития;

2) единство возрастного и индивидуального в развитии, что означает дифференцированный подход к ребенку в контексте его возрастного развития;

3) единство диагностики и коррекции развития;

4) деятельностный принцип осуществления коррекции, основанный на признании того, что на каждом этапе существует так называемая ведущая деятельность, в наибольшей степени способствующая развитию ребенка в данном периоде онтогенеза, и предполагающий проведение психокоррекционной работы через организацию соответствующих видов деятельности самого ребенка в сотрудничестве со взрослым.

Одним из направлений терапии являлось повышение самооценки и достижение адекватного уровня притязания. Учитывались такие особенности личности младших школьников с тревожно - фобическими состояниями, как высокая совестливость, высокая нормативность поведения, конформность, ригидность, эмоциональная лабильность, ориентированность

на свой внутренний мир, эмоциональность, чувствительность, доверчивость, а также предпочитаемые механизмы психологической защиты. От врача и психолога в процессе работы потребовались такие качества как терпение, тактичность, четкость, уверенность, способность к эмпатии, умение создать атмосферу доверия, надежности и безопасности.

Задачами и целями групповой психотерапии являлись достижение способности к объективной самооценке, антиконформности, антивнушаемости, способности к эмпатии, адаптации в реальной жизни, приобретение навыков преодоления трудностей, укрепление волевых качеств, культуры эмоциональной экспрессии.

Наиболее адекватной формой деятельности для решения указанных коррекционных задач является коллективная игра. Игры, включенные в тренинг, рассчитаны на коррекцию не только эмоционального реагирования, но и познавательной деятельности, на развитие представлений и воображения ребенка, на снятие мышечных зажимов, работу над чувством обиды, агрессивными реакциями, негативизмом, протестными реакциями. Помимо игровой деятельности в целях коррекции личностных особенностей ребенка мы использовали эриксоновскую терапию с применением ресурсных трансов, нейро-лингвистическое программирование, когнитивную терапию А.Бека, арттерапию, техники гештальт-терапии, психодраму и другие современные методы психотерапии. Применение различных релаксирующих методик, арттерапии способствовало нивелированию симптоматики. При этом уменьшалось внутреннее напряжение, беспокойство, снижался уровень тревоги и острота переживаний, степень раздражительности.

Данные техники позволили на протяжении терапии поддерживать позитивные изменения и мотивацию, активизировать личностные ресурсы, закреплять новые формы поведения. В ходе терапии, как правило, происходило повышение общей продуктивности больных, наблюдался рост уверенности в себе, повышение самооценки, увеличение социальной активности. При этом уменьшалось внутреннее напряжение, беспокойство, снижался уровень тревоги и острота переживаний, степень раздражительности.

До и после проведения психокоррекционных занятий детям младшего школьного возраста предлагалось выполнить цветовой психодиагностический тест М.Люшера, основанный на предположении о том, что предпочтения одних цветов другим определенным образом связаны с устойчивыми личностными характеристиками испытуемого и особенностями его переживания актуальной ситуации. При нормальном психофизиологическом состоянии испытуемого основные цвета находятся на первых пяти местах, а дополнительные на последних. Если они расположены иначе, это служит указанием на наличие какого-либо психологического конфликта или состояния физиологического неблагополучия, являющегося источником тревоги. В данном случае рассчитывался не только уровень тревожно-

сти, но и вегетативный коэффициент, выведенный К.Шипош. В нем используется баланс суммы рангов основных цветов характеризующих вегетативно-эмоциональное состояние обследуемого.

Полученные данные позволили сделать вывод о результатах проведенной работы. По данным теста Люшера у 95% обследованных отмечались изменения уровня тревожности. В частности, наблюдалось уменьшение уровня тревожности и увеличение показателей вегетативного коэффициента, что указывает на стремление испытуемых к деятельности и дезактуализацию ситуаций, вызывающих состояние психологического конфликта, физиологического неблагополучия и тревоги (диапазон изменения уровня тревожности был в рамках от 10 до 1 балла, вегетативного коэффициента - от 0,4 до 1,4 балла).

Таким образом, следование основным принципам психокоррекционного воздействия, указанным выше, применение определенных техник психотерапии является достаточно эффективным способом работы с тревожностью у детей младшего школьного возраста.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА «РЕЛЦЕР» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КИСЛОТОЗАВИСИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖКТ В ДНЕВНОМ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Г.В. Бофанова, Г.А. Грибкова, Д.М. Ахунова, О.А. Лазарева, М.В. Селезнева

МУЗ «Городская клиническая больница №5»
Пенза

Антациды ЛС, уменьшающие кислотность желудочного содержимого за счет химического взаимодействия с соляной кислотой в полости желудка. История применения этих ЛС насчитывает не одну сотню лет, так как с помощью антацидных ЛС реализуется наиболее простой медикаментозный подход для коррекции гиперацидных состояний - химическая нейтрализация соляной кислоты в просвете желудка ил абсорбция и последующая нейтрализация кислоты. Антациды непосредственно не затрагивают функционирование париетальных клеток.

В дневном гастроэнтерологическом стационаре использовался новый невсасывающий антацид «Релцер» (пр-д. Гленмарк).

Проанализированы 43 истории болезни пациентов находящиеся на лечении в дневном гастроэнтерологическом стационаре с кислотозависимыми заболеваниями включающие 2 группы больных: 1 групп больных, которым дополнительно назначалась суспензия Релцер; 2 группа больных этот препарат не получала. Исследование проводилось в течение 2-х месяцев.

В 1 группе было 23 пациента: из них 9 мужчин, 14 женщин, в возрасте от 18 до 56 лет. Релцер назначался больным со следующим заболеванием: Язвенная болезнь желудка - 3 человека; ДПК – 5 человек; ГЭРБ - 5 человек; Хр. гастрит - 6 человек; Эрозивный гастрит - 3 человека; Гастрит культи - 1 человек. Длительность заболеваний сопровождающийся болевым синдромом и изжогой до 1 года была у человек, от 1 года до 5 лет у 7 человек, более 5 лет - 12 человек. Релцер назначался в терапевтической дозе 1 чайная ложка 3 раза в день в течение 10 дней. Наряду с применением Релцера в лечении больных использовались другие противосекреторные препараты: ИПП (омепразол 20 мг 1-2 раза в сутки) у 17 человек, Н2 блокаторы (ранитидин 300 мг в сутки, фамотидин 20-40 мг в сутки) у 5 человек, в одном случае Релце применялся в качестве монотерапии без других антисекреторных средств.

2 группа состояла из 20 пациентов, в возрасте от 25-65 лет в лечении, которых так же использовались противосекреторные препараты в дозировках указанных выше.

На фоне приема суспензии Релцер в 1 группе отмечалось купирование изжоги и уменьшение болевого синдрома на 2-3 сутки, исчезновение клинической симптоматики на 4-5 сутки. Во 2 группе купирование изжоги и уменьшение болевого синдрома отмечалось к 4-5 дню, исчезновение клинической симптоматики на 5-6 сутки.

Особенно эффективно оказалось применение препарата при лечении больных с НВПС- гастропатиями (эндоскопически представленными эрозивным гастритами). Все больные отмечали хорошие вкусовые качества препарата и хорошую переносимость. У двух больных страдающих запорами отмечалась нормализация стула, купирование метеоризма. Побочные эффекты не выявлены.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЗОМЕТЫ В ЛЕЧЕНИИ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

И.Ф. Бубнова, Е.П. Прокофьева, С.Н. Седова

ГУЗ «Областной онкологический диспансер»
Пенза

Многие злокачественные опухоли часто метастазируют в костную ткань, что ведет к ряду осложнений - переломы, сдавление спинного мозга, болевой синдром, нарушение двигательной функции). Частота костных поражений особенно высока при миеломной болезни (70-90%), раке молочной железы (65-75%), раке предстательной железы (65-75%), раке легкого (35-40%), раке почки (25-30%), меланоме (45-50%). В последние годы четко отработана тактика лечения метастазов злокачественных опухолей в

кости, существенно увеличились терапевтические возможности. В общей схеме противоопухолевой терапии используется химио- и гормонотерапия, локальная лучевая терапия.

Одним из патогенетических направлений борьбы с метастазами в костях является применение бисфосфонатов. Это особый класс препаратов, которые ингибируют патологическую резорбцию костной ткани. Введение бисфосфонатов в комплексное лечение метастазов рака в кости позволяет повысить эффективность терапии по основным критериям:

- уменьшение болевого синдрома, который испытывают 80-100% больных.
- уменьшение количества новых очагов поражения,
- снижение гиперкальциемии (маркера костной резорбции),
- уменьшение количества патологических переломов,
- улучшение общего состояния.

В последние годы наиболее широко в клинике используется препарат третьего поколения – зомета (золендроновая кислота). Принципиально важным является тот факт, что зомета может быть назначена для лечения всех типов костных метастазов, так как часто этот процесс носит смешанный характер, т. е имеются как остеолитические, так и остеобластические метастазы.

Учитывая хорошую переносимость, высокую безопасность (в отличие от ХТ), удобство применения (1 инфузия каждые 4 нед.), возможность достижения эффекта в короткие сроки, бисфосфонаты можно использовать в условиях дневного стационара. Это позволяет привлечь к лечению достаточно тяжелую группу больных с метастазами в кости, особенно в ситуации, когда применение химиотерапии нецелеообразно или противопоказано. Их применение позволяет значительно уменьшить потребность в анальгетиках, решить проблему адекватного обезболивания и улучшения качества жизни.

В дневном стационаре ООД за 2006 год пролечено зометой 18 больных с метастазами в кости. Проведено 56 введений препарата (в среднем от 2 до 7 на одного больного).

Зомету в сочетании с химиотерапией получили 5 больных (27,8%), в сочетании с гормонотерапией 11 больных (61,1%), только зомета вводилась 2 больным (11,1%). Гиперкальциемия отмечалась у 3 больных (16,7%). В таблице 1 приведен результат применения зометы.

Таблица 1

Эффективность применения зометы

Локализация первичного очага	Количество больных	Улучшение	Стабилизация	Прогрессирование
Рак молочной железы	10	7	2	1
Рак предстательной железы	3	2	1	
Рак почки	2	1		1
Рак желудка	1	1		
Рак легкого	1		1	
Без первичного очага	1	1		
Всего	**18**	**12 (66,7%)**	**4 (22,2%)**	**2 (11,1%)**

У 12 больных отмечена нормализация двигательной функции и клинико-рентгенологическое улучшение. Длительность эффекта варьировала от нескольких недель до года.

В таблице 2 указаны осложнения при применении зометы.

Таблица 2

Осложнения при лечении зометой

Боль в костях	9 (50%)
Тошнота	3 (16,7%)
лихорадка	6 (33,6%)
Всего	**18**

Переносимость зометы хорошая. Ни у одного больного не зафиксировано каких-либо серьезных токсических реакций, в т.ч. по данным лабораторных показателей и ЭКГ.

На протяжении всего периода терапии ни у одного больного, получавшего зомету, не было зарегистрировано патологических переломов.

У больных, имеющих прогрессирование опухолевого процесса, продолжение лечения зометой, особенно на фоне противоопухолевой терапии, позволяет сохранить высокие показатели качества жизни.

Таким образом, зомета является наиболее эффективным препаратом из группы бисфосфонатов, удобна и безопасна в применении, что дает возможность оказывать качественную паллиативную помощь больным с костными метастазами в условиях дневного стационара.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

А.В. Буров, В.П. Шишканов, Т.В. Попылькова, А.С. Шаров

ГУЗ «Областная детская клиническая больница им. Н.Ф.Филатова»
Пенза

Химический ожог пищевода является наиболее частым травматическим повреждением пищевода у детей первых лет жизни. За 2002 – 2006 г. в хирургическом отделении №2 ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова находились на лечении 99 детей с химическими ожогами пищевода; среди них 65 (66%) мальчиков и 34 (34%) девочек. Наибольшее количество ожогов 57 (53,8%) было у детей в возрасте 2-3 года, до 2 лет - 22,6%, после 3 лет - 23,6% детей. В этом возрасте дети очень любознательны, пытаются познать окружающие предметы не только зрительно и тактильно, но и на вкус. Яркие, красочные этикетки на флаконах бытовых химических веществ не оставляют им выбора, поэтому причиной возникновения химических ожогов являлся случайный прием химических бытовых веществ

Химический агент	Количество больных	
	Абсолютное число	%
Уксусная эссенция	48	48,5
Кристаллы марганца	30	30,2
Белизна	7	7,1
Перекись водорода	4	4,1
Растворители	4	4,1
Медный купорос	3	3
Средство «Крот»	3	3

Около 90% детей поступали в стационар в первые 6 часов от начала заболевания, с различной степенью тяжести, обусловленной интоксикацией. Состояние 14 (14,1%) детей при поступлении было очень тяжелым. Тяжесть состояния была обусловлена интоксикацией, дыхательными расстройствами, связанными с отеком гортани, развитием пневмонии вследствие попадания химических веществ в дыхательные пути. Наиболее тяжелые ожоги пищевода были после приема уксусной эссенции, кристаллов марганца, сантехнического средства «Крот». Для диагностики ожога пищевода, всем детям проводим фибро-эзофаго-гастроскопию на 7 - 8 сутки после травмы; так как считаем это время наиболее информативным для определения степени, протяженности, формы ожога.

Результат ФЭГС	Количество больных	
	Абсолютное число	%
Ожог слизистой рта	28	28,3
Ожог пищевода 1 степени	48	48,5
Ожог пищевода 2-3 степени	23	23,2

У детей с 1 степенью ожога эпителизация ожоговой поверхности происходила, как правило, к 8 - 10 суткам без образования рубцов и рубцовых сужений. Этих детей, после проведения местного лечения, выписывали домой. При ожогах 2 – 3 степени, линейные ожоги пищевода были выявлены у 14 детей (60,8%), циркулярные ожоги у 9 детей (39,2%). Наиболее серьезный прогноз в образовании рубцового сужения пищевода представляли циркулярные ожоги пищевода 2-3 степени, протяженностью более 1 см Чаще всего циркулярные ожоги находились в местах физиологических сужений пищевода.

Всем детям с 2 и 3 степенью ожога мы применяем прямое раннее бужирование после стабилизации общего состояния ребенка и с учетом эндоскопической картины ожоговой поверхности. При наличии эрозивно-язвенной ожоговой поверхности бужирование не проводим, так как оно может привести к перфорации пищевода и эрозивному кровотечению. Начинаем бужирование при появлении на ожоговой поверхности фибрина; как правило, при 2 степени - с 2 - 3 недели, при 3 степени - с 3 - 4 недели со дня травмы. Бужирование проводим ежедневно, начиная с подбора минимального номера проходящего бужа с постепнным увеличением до возрастного и доводим последний буж на 4 - 6 номера больше возрастного. Дальнейшее бужирование продолжаем по индивидуальной схеме. В зависимости от протяженности и формы ожога бужирование проводим от 1 месяца до 2 - 3 лет. За последнее время самые тяжелые ожоги пищевода были у троих детей после употребления сантехнической жидкости «Крот» (щелочь). Особенностью этих ожогов было отсутствие или незначительная интоксикация после употребления жидкости и тяжелое поражение стенки пищевода. Приводим наблюдение:

1. Ребенок «А» 1год 8мес. выпил «Крот», симптомов отравления не было, за помощью не обращались. Поступил в ПОДКБ через 1 мес. после травмы, когда ребенок перестал проглатывать пищу. Проведена ФГС, эзофагография с барием. Выявлен рубцовый стеноз пищевода в средней трети до 2 мм в диаметре. Ребенку наложена гастростома, с техническими трудностями проведена через пищевод круговая нить. Проводилось бужирование за нить в течении 8 мес., затем прямое бужирование в течении 3 лет. В настоящее время ребенок здоров, пищу проглатывает свободно, при контрольных ФГС пищевод свободно проходим, стенки эластичны.

2. Ребенок «Б» 2 года 7 мес. выпил «Крот», симптомы отравления незначительные. Поступил в первые сутки после травмы. Проведена ФГС на 7 сутки – тотальный химический ожог пищевода, эрозивно - язвенный

эзофагит. Бужирование решено отложить из за риска перфорации пищевода. Получал комплексное лечение. ФГС на 19 сутки – рубцовый стеноз средней трети пищевода 3 степени. Эзофагография с барием – сужение до 3 мм в диаметре средней трети пищевода на протяжении 2 см. Бужирование начато на 20 сутки с бужа № 17 (возрастной буж № 30). В настоящее время (56 дней после травмы) буж доведен до № 27, пищу проглатывает свободно, продолжаем бужирование.

3. Ребенок «В» 2 года 6 мес. выпил «Крот», поступил на 14 сутки после травмы с жалобами на беспокойство при проглатывании пищи, вялость, повышение температуры до 39˚С. ФГС – в средней трети пищевода на боковой стенке дефект до 3 мм в диаметре. Эзофагография с барием – свищевой ход по задне-левому контуру пищевода с затеком контрастного вещества вдоль пищевода вверх и вниз. Ребенок прооперирован: торакотомия, дренирование заднего средостения; гастростомия, проведение через пищевод круговой нити. В настоящее время медиастенит купирован, дренажи из средостения удалены. Ребенок получает питание через гастростому. Планируется начать бужирование пищевода за нить.

Таким образом, своевременное поступление детей в стационар после травмы и используемый алгоритм лечения, применение раннего бужирования пищевода позволяет добиться консервативного излечения детей при химических ожогах пищевода. Отдаленных рубцовых сужений пищевода при применении раннего бужирования мы не наблюдали.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С АВУЛЬСИВНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ АПОФИЗОВ В УСЛОВИЯХ ОДКБ ИМ Н.Ф. ФИЛАТОВА

Б.А. Василистов, О.В. Тарасов, Д.Б. Василистов, Д.В. Агафонов

ГУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им Н.Ф. Филатова»
Пенза

Причина данных повреждений у подростков заключается в несоответствии с возросшей силой скелетных мышц, имеющих точки фиксации на апофизах и недостаточной прочности на растяжение зоны росткового хряща, расположенного у основания апофизов.

В травматолого-ортопедическом отделении за пятилетний период находилось на лечении с авульсивными (отрывными) переломами 19 пациентов:

- апофиза передненижней ости подвздошной кости 8 подростков (7 мальчиков, 1 девочка)
- апофиза малого вертела бедренной кости 5 подростков (4 мальчика, 1 девочка)

- апофиза внутреннего надмыщелка плечевой кости 6 подростков (мальчики)

Повреждения характеризуются стертой клиникой, неполным нарушением функции поврежденной конечности. В результате, имеет место поздняя обращаемость и несвоевременность в лечении данной патологии. В зависимости от локализации и степени смещения апофиза больным выполнялось оперативное пособие или проводилась консервативная терапия.

Отдаленные результаты напрямую зависели от раннего выявления и адекватного лечения. Полное восстановление функции поврежденного сегмента наступили у большинства наших пациентов (18 человек). У одного больного, поступившего через 1 месяц с клиникой отрыва внутреннего надмыщелка плечевой кости отмечено стойкая контрактура локтевого сустава.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ РЕАНИМАТОЛОГИИ

В.Г. Васильков, А.И., Сафронов, Д.В. Осинькин

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Большинство реаниматологов, возлагавших надежды на информатизацию, остались разочарованными. По-видимому, причина этих разочарований кроется в неподготовленности клинической реаниматологии к эффективному использованию многих возможностей современных информационных технологий.

В традиционно работающем отделении реанимации информационные технологии используются, как правило, преимущественно по параклиническим направлениям. Однако перспектива использования информационных технологий в качестве инструмента непосредственной клинической деятельности реаниматолога остается весьма привлекательной, хотя и требует рассмотрения идеологии нашей специальности с нетрадиционных позиций.

Во-первых, это касается синдромного подхода к оценке критического состояния. В условиях жесткого ограничения по времени именно синдромный подход позволяет врачу-реаниматологу принять наиболее правильное решение, как по диагностике, так и по интенсивной терапии. При этом синдромный подход является основной составляющей так называемой «интенсивной диагностики», которая реально присутствует в работе каждого реаниматолога.

Во-вторых, лечебно-диагностический процесс, осуществляемый реаниматологом у больного с критическим состоянием, тем более эффективен, чем ближе он к алгоритму (следует иметь в виду только научно обос-

нованные и проверенные в клинике алгоритмы клинической деятельности). Использование алгоритмического подхода во многом может исключить субъективизм специалиста, а также недостаточность его знаний при оценке клинической ситуации. Особенно это важно для молодых специалистов.

В-третьих, подготовка анестезиолога-реаниматолога должна проводиться не только по основным разделам специальности, но и по разделам грамотного использования информационных технологий в клинической деятельности.

Исходя из этих положений, мы провели ряд исследований, в результате которых показана исключительно важная роль синдромной оценки состояния реанимационного больного. Это явилось основой разработанной нами классификации неспецифических синдромов критических состояний, которая в течение ряда лет используется нашей клиникой.

Изучение эффективности разработанных и проверенных в клинике алгоритмов лечебно-диагностического процесса при некоторых критических состояниях показало значительные перспективы исследований в этом направлении. Так, например, врачебная тактика в соответствие с «алгоритмом диагностических действий реаниматолога при поступлении больного с септическим шоком» способствовала снижению летальности среди этих больных с 50% (42 больных) до 44.7% (65 больных).

При последипломной подготовке анестезиолога-реаниматолога на нашей кафедре мы включаем в учебные программы обязательные разделы по медицинской информатике и по освоению информационных технологий в клинике.

Таким образом, для эффективного использования информационных технологий при интенсивной терапии критических состояний необходимыми условиями являются:

- синдромный подход к оценке критического состояния и алгоритмизация клинической деятельности анестезиолога-реаниматолога;
- специалист помимо знаний основной специальности должен быть подготовлен и по вопросам использования информационных технологий в клинике;
- анестезиолог-реаниматолог должен уметь использовать возможности телекоммуникационного доступа к профессиональной информации, что мы считаем одной из важнейших задач системы последипломного образования врачебных кадров.

СОВРЕМЕННЫЙ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ПЕРИТОНИТ ИТОГИ И ПРОБЛЕМЫ

В.А. Васильков, А.И. Сафронов, Л.А. Филиппова, М.Ф. Купцова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрва
Пенза

Основное направление научных исследований кафедры анестезиологии и реаниматологии Пензенского института усовершенствования врачей – интенсивная терапия и реанимация больных с гнойно-септическими заболеваниями. По этой проблеме сотрудниками кафедры опубликовано более 200 научных работ, выпущено 3 монографии, защищено 15 диссертаций, 3 из них - докторские.

Концепция нашей клиники о современных подходах в интенсивной терапии перитонита и абдоминального сепсиса представлена следующим образом: адекватное хирургическое лечение, эффективная антибактериальная терапия, локальная абдоминальная гипотермия, иммунокоррекция и иммунореабилитация, протезирование функций жизненно-важных органов и систем организма, комплексная дезинтоксикационная терапия, современная информационная поддержка врачебных решений.

Наши клинические исследования согласуются с данными литературы и свидетельствуют о том, что применение антибиотиков, к сожалению, не решило проблему лечения гнойно-септических заболеваний в том числе – разлитого перитонита. При этом возникла масса новых медицинских проблем: появление антибиотикоустойчивых форм микрофлоры; всплеск грамотрицательной, грибковой и вирусной инфекции; распространение ранее мало актуальных форм микроорганизмов (хламидии, клостридии и др.). В настоящее время летальность при многих гнойно-септических заболеваниях, в том числе - при перитоните, не только вновь достигла доантибактериального уровня (30–40 годы прошлого столетия), но нередко даже и превысила его. Тем не менее, лечение разлитого перитонита без применения антибиотиков в настоящее время невозможно.

На протяжении многих лет в нашей клинике большое внимание уделяется использованию информационных технологий в лечебно-диагностическом процессе. Изучая проблему эффективности использования современных информационных технологий при интенсивной терапии больных перитонитом, мы убедились, что традиционное обеспечение профессиональной информацией врача, осуществляющего лечебно-диагностический процесс у этой категории больных, необходимо дополнять современными информационными технологиями. В результате этого само информационное обеспечение превращается в существенный (и необходимый) фактор повышения эффективности лечения больных перитонитом.

Анализ летальности больных разлитым перитонитом за 25 лет рабо-

ты нашей клиники свидетельствует о существенном и положительном влиянии принятых нами методологических подходов - летальность при перитоните в отделении реанимации ЦГБ №6 г. Пензы в 1983 г. (до перехода кафедры на эту клиническую базу) составляла 34%. В последующем нам удалось поддерживать ее в пределах 26,2–10,6% (в среднем – 16,8%).

При этом включение в методику общепринятой терапии перитонита (инфузионно-трансфузионная терапия, комплексная антибактериальная терапия, ИВЛ) локальной абдоминальной гипотермии на фоне совершенствования общепринятой терапии способствовало снижению летальности с 34% до 18,9% (1984-1985г.).

Дальнейшее совершенствование интенсивной терапии перитонита путем своевременной диагностики и коррекции печеночного кровотока (1985-1989 гг.) в совокупности с общепринятой терапией и локальной абдоминальной гипотермией способствовало дальнейшему снижению летальности до 15,7 – 11,3%.

Совершенствование диагностических, лечебных и дезинтоксикационных мероприятий с мотивированным использованием современных методов эфферентной терапии, широкое внедрение информационных технологий позволило в период с 1992 по 2006 гг. поддерживать летальность при перитоните на цифрах 10,5–21,1% (в среднем 14,9%).

Таким образом, несмотря на достижения современной медицины, проблема повышения эффективности лечения больных перитонитом остается такой же острой, как и 25 лет назад. Это свидетельствует о том, что решение этой проблемы должно быть системным, поскольку на уровне тактических решений ситуация не меняется. В этой связи направления приоритетного национального проекта «Здоровье» вселяют определенный оптимизм и в отношении интенсивной терапии больных перитонитом.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

В.Г. Васильков, А.И. Сафронов, М.А. Пантюхина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Многие больные, перенесшие критическое состояние, в последующем погибают от гнойно-септических осложнений, несмотря на использование всех возможностей современной интенсивной терапии [2]. Патологическое состояние в подобных случаях относят к т.н. синдрому полиорганной недостаточности. По мнению многих исследователей, стремление обозначить этот синдром на основе какого-либо отдельного, хотя и важного патогенетического компонента из области биохимических преобразова-

ний, не способно определить ключевое звено патогенеза, воздействуя на которое возможно радикально изменить клиническую ситуацию [3].

Более 30 лет в отечественной хирургии существовала классификация по фазам перитонита (реактивная, токсическая и терминальная), предложенная К.С. Симоняном в 1971 г. Однако, с точки зрения принципов доказательной медицины разграничение токсической и терминальной фаз перитонита оставалось проблемным. Поэтому концептуальное положение об абдоминальном (перитонеальном) сепсисе, предложенное в конце 90-х годов В.С. Савельевым, существенным образом исправило ситуацию, поскольку в основу концепции положено решение Чикагской согласительной конференции 1991 г. по сепсису. С этих позиций под абдоминальным сепсисом подразумевается такая форма распространенного перитонита, которая проявляется двумя признаками синдрома системной воспалительной реакции или более и сопровождается развитием полиорганной несостоятельности [4].

Развитие представлений о перитоните привело к формированию новых понятий. Так, в клинической этиологии перитонита стали выделяться не только вторичные перитониты, развивающиеся в ответ на появление источника в брюшной полости, но также первичные и третичные перитониты.

Первичные перитониты не имеют источника в брюшной полости. Они являются обычно моноинфекциями и служат либо проявлением системного инфекционного заболевания (туберкулез, сальмонеллез), либо возникают вследствие гематогенного распространения из отдаленных очагов так называемой дремлющей инфекции (одонтогенная, урогенитальная и др.). Среди трех обозначенных форм первичные перитониты составляют от 1 до 5% [1, 5,7, 8].

Третичные перитониты рассматриваются как своеобразный «промежуточный исход» лечения тяжелого вторичного распространенного перитонита, когда через 2–3 сут. после адекватной хирургической операции, стартовой антибактериальной терапии и интенсивной общесоматической терапии в состоянии пациента не наблюдается положительной динамики. Для них характерны подавление местной воспалительной реакции, присутствие в экссудате нозокомиальной и эндогенной микрофлоры, проявление клинической значимости синегнойной инфекции и грибов, а также несостоятельность иммунной защиты. Частота третичных перитонитов – около 10%. Летальность при них достигает 60–70% [7, 9].

Важным этапом согласования и унификации клинической классификации вторичного перитонита по распространенности стало четкое выделение двух его форм – местного (отграниченного и неотграниченного) и распространенного, а также исключение понятия «диффузный» перитонит.

Некоторые уточнения претерпело и распределение перитонитов по характеру патологического содержимого брюшной полости. Ранее эта рубрика была ориентирована на распределение «по характеру экссудата». Од-

нако экссудат (или иначе – воспалительная жидкость) не может быть «желчным», «каловым» или «геморрагическим». Такие обозначения соотносятся с патологическими примесями к экссудату. Вместе с тем исключать их из клинической классификации нецелесообразно, поскольку они в известной мере определяют характер и тяжесть процесса. Поэтому проще изменить рубрику, переориентировав ее на характер патологического содержимого брюшной полости [5].

Выводы

1. Рассмотрение разлитого гнойного перитонита с точки зрения абдоминального сепсиса во многом отражает суть этого патологического процесса, в котором инфекционное начало не является единственной причиной, определяющей исход заболевания, главное значение приобретает реактивность макроорганизма, которую можно отследить по динамике состояния различных органов и систем больного.
2. Оценка функционального состояния заинтересованных систем должна производиться не с точки зрения «недостаточности» функции (более грубых нарушений), а с точки зрения «дисфункции» (начальных проявлений отклонений от нормы). Принимая во внимание то обстоятельство, что тяжесть состояния при одинаковом числе органных дисфункций и исходной структуре синдрома полиорганной недостаточности может отличаться, необходимо использование балльных систем оценки [6].
3. При подсчете баллов необходимо учитывать, по крайней мере, характер патологических примесей к экссудату в брюшной полости.

Литература

1. Григорьев Е.Г., Коган А.С. Хирургия тяжелых гнойных процессов. Новосибирск: Наука, 2000; с. 72–94.
2. Ерофеев В.В., Лирцман И.В. Некоторые аспекты лечения гнойно-септических осложнений с учетом состояния системы иммунитета // Анестезиология и реаниматология. - 1999. - №1. - С. 30-34.
3. Ерюхин И.А. «Синдром полиорганной недостаточности». Сущность понятия и корректность обозначения // Вестник хирургии. - 2000. - Т159. - №4. - С. 12-19.
4. Ерюхин И.А., Шляпников С.А. Тяжелая абдоминальная инфекция. Проблема перитонита и абдоминальный сепсис // Consilium medicum. – 2005. - Том 7. - №6.
5. Ерюхин И.А., Шляпников С.А. Экстремальное состояние организма: элементы теории и практические проблемы. СПб.: Эскулап, 1997.
6. Руднов В.А. Сепсис на пороге 21 века: основные итоги, новые

проблемы и ближайшие задачи // 7 Всероссийский съезд анестезиологов и реаниматологов (Санкт Петербург, 25-29 сентября 2000 года): Под редакцией профессора Ю.С. Полушина: Лекции и программные доклады. - С. 62-73.
7. Хирургические инфекции. Руководство для врачей: Под ред. И.А. Ерюхина, Б.Р. Гельфанда, С.А. Шляпникова. СПб.: Питер.6.
8. Шляпников С.А. Сепсис. В кн.: Рациональная антимикробная фармакотерапия. Руководство для практикующих врачей. Ред. В.П.Яковлев, С.В.Яковлев. М.: Литера, 2003; с. 435–42.
9. Tannock GW, editor "Probiotics and Prebiotics: Where are We Going?" – Caister Academic Press, Wymondham U.K., 2002.8.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Т.С. Воеводина, Н.С. Горбатовская, М.Н. Носанова, Т.А. Курбатова, С.В. Шалина

ГОУ ДПО ПИУВ ПИУВ Росздрава,
МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина»
Пенза

Ревматоидный полиартрит (РА) – системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов.

Проблема РА имеет высокую медицинскую и социальную значимость. Для заболевания характерен выраженный болевой синдром, нарушение функции суставов. Это приводит к ухудшению качества жизни, ранней инвалидизации больных. Течение РА нередко принимает злокачественный характер: высокая степень активности, тяжелое поражение внутренних органов и систем, васкулиты, резистентность к проводимой терапии. В таких ситуациях комплексное лечение РА с включением традиционных базисных препаратов не всегда дает эффект или эффект лечения нестойкий.

Системные проявления (ревматоидный васкулит) резко ухудшает течение заболевания и жизненный прогноз. В связи с этим в последние годы большое внимание уделяется интенсивным методам лечения РА – применение ударных доз метатрексата. Основным показанием для назначения больших доз метатрексата (МТ) у больных с РА является развитие системных проявлений, а также «ранний» РА (при сроке заболевания до 3-х месяцев от его начала). Методы введения ударных доз МТ различны: 1) в/венное проведение еженедельных введений МТ в дозе 30-40 мг в сочетании с 250 мг метипреда, синхронизированное с плазмоферезом - до 5-6 сеансов; 2) в/венное введение МТ в дозе 30-40 мг с 250 мг метипреда ежене-

дельно – 2-3 сеанса. Нами применялся режим введения МТ в дозе 30 мг в/венно в сочетании с 250 мг метипреда (или в сочетании с преднизолоном в дозе 25-30 мг внутрь) – 1-3 сеанса с интервалом 7-10 дней.

Этот метод лечения РА широко применяется в отделении ревматологии с 2005 года. В 2005 году лечение ударными дозами МТ проведено 48 больным, в 2006-2007годах - 63. Критериями для назначения этого метода были: тяжелое течение РА, высокая степень активности с системными проявлениями, «ранний» ревматоидный артрит, отсутствие эффекта от предыдущего комплексного лечения. Затем больные переводились на постоянный пероральный прием МТ 12,5-15 мг в неделю.

В результате лечения у всех больных отмечалось снижение клинико-лабораторной активности: уменьшение утренней скованности, числа воспаленных суставов, болей в суставах, снижение СОЭ, СРБ. При динамическом наблюдении за этой группой больных в течение в течение полугода и года отмечалось исчезновение системных проявлений. Ремиссия в течение года отмечалась в 30% случаев. Тяжелых побочных реакций на введение ударных доз МТ (гематологических, гепатологических) не наблюдалось. Изредка отмечалось небольшое транзиторное повышение трансаминаз, которое проходило без терапевтического вмешательства.

Таким образом, высокие дозы МТ способствуют быстрому и стойкому подавлению активности ревматоидного артрита. По-видимому, следует шире использовать этот метод лечения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЗМА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Т.С. Воеводина, Н.С. Горбатовская, М.Н. Носанова, Т.А. Курбатова, С.В. Шалина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина»
Пенза

В настоящее время по МКБ-10 выделяют острую ревматическую лихорадку - ОРЛ (код – I00- I02) и хроническую ревматическую болезнь сердца (код I05- I09), ревматические пороки сердца – РПС, вместо диагноза – ревматизм.

С 70-80 годов изменилась клиника и течение ревматизма в связи с профилактическим лечением [антимикробная терапия острого БГСА (бета-гемолитического стрептококка группы А) - тонзиллита/фарингита, хронического резидивирующего БГСА-тонзиллита/фарингита, противорецидивного назначения препаратов бензатин бензилпенициллинов], оперативным лечением. Количество больных с ОРЛ значительно уменьшилось, заболе-

вание стало протекать более мягко, клинические проявления чаще ограничиваются 1-2 симптомами (полиартрит, кардит); чаще наблюдаются латентное течение, пороки формируются в течение нескольких лет. И в настоящее время в отделение ревматологии в основном поступают больные в более старшем возрасте с хронической ревматической болезнью сердца уже в стадии декомпенсации.

Проанализировав случаи госпитализации больных в ревматологическое отделение 6-й гор. больницы с ОРЛ и РПС в начале 80-х годов и за последние 3 года (2004-2006 г.г.) мы обнаружили следующую закономерность: в начале 80-х годов среди всех госпитализированных больные с ОРЛ составляли 4,4-9,0% , а за последние 3 года – 0,3- 0,55%, т.е. уменьшилось почти в 15 раз. В то же время количество госпитализированных больных с РПС практически не изменилось: в начале 80-х годов они составляли 12- 15,5% от числа всех госпитализированных, за последние 3 года - 13,1- 15,7%. Следует также отметить, что возраст больных с РПС увеличился: основную группу в последние годы составляют лица старше 40-50-60 лет (95-98%). В начале 80-х годов уже в возрасте от 20 до 40 лет было значительное число больных с РПС (они составляли от 21 до 33% от всех больных с РПС).

Это говорит о том, что продолжительность больных с РПС увеличилась и практически не отличается от общей продолжительности жизни в России. В то же время «постарение» больных с РПС свидетельствует о том, что в более раннем возрасте пороки сердца не диагностируются. Возможно в связи с более мягким, латентным течением больные не обращаются к врачу и обращаются нередко за медицинской помощью лишь в стадии декомпенсации.

В связи с изменением течения ревматического процесса изменились и сроки вторичной профилактики. Длительность вторичной профилактики для каждого пациента устанавливается индивидуально: для больных, перенесших ОРЛ без кардита – не менее 5 лет после атаки или до 18-летнего возраста (по принципу «что дольше»); для больных с излеченным кардитом без порока – не менее 10 лет после атаки или до 25-летнего возраста (по принципу «что дольше»); для больных со сформированным пороком (в т.ч. оперированным) - пожизненно.

Изменились и препараты, которые используются для противорецидивного лечения. В настоящее время бициллин-5 (смесь 1,2 млн ЕД бензатина бензилпенициллина и 300 тыс. ЕД бензилпенициллин прокаина), который раньше использовался для профилактического лечения, считается как несоответствующий фармакокинетическим требованиям, и не является приемлемым для проведения полноценной вторичной профилактики ОРЛ. Наиболее эффективной лекарственной формой бензатина бензилпенициллина является экстенциллин, который назначают взрослым и подросткам по 2,5 млн ЕД в/м 1 раз в 3 недели; детям при массе тела <25 кг – 600 000 ЕД, детям при массе тела >25 кг – 1,2 млн ЕД в/м 1 раз в 3 недели.

Таким образом, в современных условиях значительно изменилось течение ревматизма, медленнее формируются пороки сердца, увеличилась продолжительность жизни больных с ревматическими пороками сердца, изменились препараты для вторичной профилактики ОРЛ.

ОСОБЕННОСТИ КОМПОНЕНТОВ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ У БОЛЬНЫХ С ВОЗБУДИМЫМИ ЧЕРТАМИ ЛИЧНОСТИ В ПРЕМОРБИДЕ

Е.В. Волкова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Одним из ранних и стойких проявлений алкоголизма является патологическое влечение к алкоголю (ПВА), представляющее собой облигатный, «стержневой» симптом (В.Б.Альтшулер, 1984, 1994; Н.Н.Иванец, 2005; И.В.Стрельчук, 1973).

Актуальность этой проблемы определена прежде всего тем, что изыскание способов терапевтического воздействия на ПВА открывает перспективы для успешной профилактики рецидивов алкоголизма и, следовательно, для радикального повышения эффективности противоалкогольного лечения, что имеет большое практическое значение.

Вместе с тем многие аспекты проблемы ПВА остаются недостаточно изученными. В частности, не изучены клинические особенности ПВА у лиц с возбудимыми чертами в преморбиде, не выявлены факторы, способствующие обострению ПВА у этой группы больных.

Объектом исследования были мужчины, страдающие алкоголизмом I, I-II, II, II-III стадии (классификация Н.Н.Иванца, 1995). Всего обследовано 182 больных алкоголизмом в возрасте от 18 до 52 лет. Из них 120 больных алкоголизмом с возбудимыми чертами личности в преморбиде (основная группа) и 62 больных алкоголизмом с астеническими чертами личности в преморбиде (группа сравнения).

Больные с органическим поражением головного мозга, с неалкогольными психическими расстройствами психотического уровня, с тяжелыми соматическими заболеваниями в исследование не включались.

В работе были приняты следующие методы исследования: клинико-психопатологический, общеклинический, экспериментально-психологический, клинико-статистический. Для обеспечения стандартизации исследования использовалась карта обследования больных алкоголизмом, оценочный глоссарий ПВА (Н.Р.Чередниченко, В.Б.Альтшулер, 1992). Для объективизации и уточнения личностных особенностей больных применялись MMPJ и личностный тест Айзенка.

При исследовании ПВА у больных алкоголизмом с возбудимыми

чертами личности в преморбиде было выявлено, что сила ПВА коррелирует преимущественно с выраженностью аффективно-поведенческих (дисфорических, тревожно-депрессивных и эксплозивных) расстройств. Этот факт был положен в основу подразделения больных основной группы на три подгруппы. В наибольшей подгруппе – 56 больных (46,7%) в клинической картине ПВА на первый план выступал дисфорический симптомокомплекс. У 9 больных (76,08%) степень выраженности дисфории расценивалась как легкая, у 32 больных (57,14%) – как средняя и у 15 больных (28,78%) – как тяжелая. В поведенческом компоненте ПВА стержневым оказалось формирование алкогольного поведенческого стереотипа – у 36 больных (64,28%), который включал стремление уклониться от лечения, недовольство режимом, суетливость, рассеянность, желание ускорить выписку из больницы, общение с больными ненастроенными на лечение. Менее всего проявлялись вегетативный и идеаторный компоненты ПВА. Факторами, актуализирующими ПВА, в большинстве случаев (в 73,2%) было спонтанное усиление тоскливо-злобного настроения, реже (в 26,8%) – различные конфликты.

Во второй подгруппе – у 47 человек (39,2%) наиболее выраженной была депрессивная симптоматика с тревогой. Депрессивные расстройства не достигали значительной глубины и проявлялись на своеобразном дисфорическом фоне. В структуре аффективного компонента ПВА в данной подгруппе у 19 больных (40,4%) были выявлены легкие депрессивные расстройства, у 21 больного (44,7%) – средние и у 3 больных (14,9%) – достаточно выраженные депрессивные расстройства; легкая тревога наблюдалась у 7 больных (14,9%), у 31 больного (66%) – средняя и у 9 больных (19,1%) – выраженная тревога. Поведенческий компонент ПВА характеризовался формированием алкогольного поведенческого стереотипа у 30 больных (63,8%). Лишь у пятой части больных отчетливо проявлялась алкогольная доминанта в виде оживления, гиперактивности, хлопотливости в подготовке к выпивке. Вегетативный и идеаторный компоненты были мало выражены. Актуализации влечения способствовали спонтанное снижение настроения (в 82,9% случаев) и стрессовые ситуации (в 17,1% случаев).

В третью подгруппу вошли 17 (14,17%) больных алкоголизмом с истеро-эксплозивной структурой ПВА. Для структуры аффективного компонента ПВА были типичны: элементы дисфории (100%), субдепрессии (64,7%), эмоциональная лабильность (58,8%), тревога (35,3%). Главным проявлением поведенческого компонента выступало формирование алкогольного поведенческого стереотипа (в 76,5% случаев). Вегетативный и идеаторный компоненты были нерезко выражены. Факторами, обостряющими влечение, являлись спонтанное усиление колебания настроения с повышенной возбудимостью, «внутренним напряжением», дискомфортом (70,6%), с желанием быть в центре внимания (25,4%).

Таким образом, клинико-психопатологическая структура ПВА у больных алкоголизмом с возбудимыми чертами личности в преморбиде

неоднородна, преобладают аффективный и поведенческий компоненты. Актуализация ПВА связана преимущественно с аутохтонными процессами.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНДЕКСОВ В ОЦЕНКЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ МОЛОДЁЖИ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.Н. Галкина

Медицинский институт ПГУ
Пенза

Физическое развитие, наряду с рождаемостью, заболеваемостью и смертностью, является одним из показателей уровня здоровья населения. Оценка качества общего здоровья и благополучия человека и населения России в целом на современном этапе в связи с последними тенденциями социальной политики приобретает особое значение на фоне угрожающей демографической ситуации в стране. Метод индексов до сих пор является одним из самых распространенных методов, используемых в морфологических исследованиях, не взирая на научные дискуссии об их преимуществах и недостатках, которые продолжаются уже не одно десятилетие [Башкиров П.Н., 1962; Музыченко В.Г., 1984; Balogun J.A. et al., 1994; Николаев В.Г., Шарайкина Е.П. с соавт., 2005]. В настоящее время нельзя отрицать ценность этого метода при массовом профилактическом обследовании населения, главным образом для оценки пропорциональности развития, а также для диагностики избытка или недостатка массы тела [ВОЗ, 1989].

Нами впервые в Пензенском регионе предпринята попытка применения индексов в практике изучения физического развития населения юношеского возраста. Материалом исследования послужили 309 молодых людей (42.07% юношей и 57.93% девушек) в возрасте 16-21 года, являющихся студентами средних и высших учебных заведений г. Пензы и проживающих в г. Пензе и Пензенской области. Из весоростовых индексов, наиболее часто применяемых в антропологических исследованиях, был использован индекс Рорера, характеризующий плотность тела и позволяющий опосредованно судить о его компонентном составе. Индекс массы тела (ИМТ, или индекс Кетле II) позволяет дать наиболее объективную картину в диагностике отклонений массы тела от нормы. Простота вычисления данного индекса наряду с его информативностью объясняет его широкое применение в нашей стране и за рубежом. Среди индексов пропорциональности развития в нашей работе использованы: индекс Пинье, дающий информацию о пропорциональности конечностей относительно длины тела, индекс полового диморфизма (индекс Таннера), индексы Эрисмана и Рис-Айзенка, характеризующие пропорциональность грудной клетки. Программа антропометрического исследования включала 67 измерительных признаков, ха-

рактеризующих морфологические особенности индивидуума. Полученные данные обработаны методами вариационной статистики.

Среднее значение ИМТ у девушек равно 20.83±0.19 кг/м^2, у юношей - 23.14±0.34 кг/м^2, что свидетельствует об отсутствии у них в целом излишней массы тела, при этом индекс Кетле II у девушек соответствует норме в 78.77% случаев, хроническая энергетическая недостаточность наблюдалась в 17.32%, лишний вес в 3.35%, ожирение – в 0.56%. У юношей индекс массы тела был более вариабелен (Cv=16.55), чем у девушек (Cv=12.09). Норма у юношей выявлена в 67.69% случаев, лишний вес у 17.69%, хроническая энергетическая недостаточность у 7.69%, ожирение у 6.93%.

Индекс плотности тела (индекс Ропера) составил у пензенских девушек в среднем 1.28 ±0.01, у юношей – 1.32±0.02. По индексу плотности тела популяция пензенской молодежи распределилась следующим образом: с низкой плотностью тела – 22.33%, со средней плотностью тела – 33.98%, с высокой плотностью тела – 43.69%. Среди юношей субъектов с низкой плотностью тела – 23.08%, со средней плотностью тела – 30%, с высокой плотностью тела – 46.92%. Девушек с низкой плотностью тела – 22.35%, со средней плотностью тела – 37.43%, с высокой плотностью тела – 40.22%.

Пропорциональность строения тела в популяции пензенской молодежи оценивалась посредством анализа результатов индекса Эрисмана. У большинства девушек отмечается узкая грудная клетка в 65.92% случаев, широкая – у 20.11%, пропорциональная у 13.97%. Среди юношей преобладает широкая грудная клетка – у 53.08%, реже узкая - у 28.46%, пропорциональная - у 18.46%. Соответствие пропорций тела полу после оценивания результатов индекса Таннера в популяции молодых людей Пензенского региона выглядит следующим образом. Среди девушек гинекоморфное телосложение имеют 84.36%, мезоморфное – 14.53%, и только в 1.11% случаев телосложение соответствует противоположному полу. Юноши имеют андроморфный тип строения тела в 42.31% случаев, мезоморфный – в 36.15%, 21.54% юношей с гинекоморфным типом телосложения.

По результатам оценки индекса Пинье по схеме Черноруцкого у девушек атлетический тип телосложения встречался чаще других (52.51%), реже астенический (37.43%), еще реже - пикнический (10.06%). Юноши по схеме Черноруцкого имели в 50.77% случаев атлетический и в 40% случаев пикнический тип телосложения, меньше выявлено астеников - 9.23% .

При соматотипировании по результатам индекса Рис-Айзенка было выявлено среди девушек 74.30% астеников и 24.02% нормостеников, девушки пикнического типа встречаются в нашем случае в 1.68%; среди юношей - 53.07% нормостеников, 28.46% астеников и 18.46% пикнического типа.

Таким образом, в Пензенском регионе среди молодых людей в возрасте 16-21 года по результатам индекса Кетле II в целом излишек массы тела отсутствует. Среди девушек преобладают астеники с узкой грудной клеткой, гинекоморфного телосложения, с высокой и средней плотностью

тела, у каждой десятой определяется недостаток веса. Юноши Пензенского региона отличаются от девушек большей крепостью телосложения преимущественно по атлетическому или пикническому типу, более широкой грудной клеткой, андроморфным либо мезоморфным типом строения тела. Наше исследование показало возможность использования индексов Рорера и Кетле II в оценке особенностей массо-ростовых соотношений. Одновременное использование индексов Рис-Айзенка, Эрисмана, Пинье и Таннера позволяет оценить различные моменты пропорциональности развития с учетом типологических особенностей физического статуса молодых людей.

ВИТАМИН D_3 И ОКСИДЕВИТ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТОМ

М.Н. Гербель, В.И. Струков, Л.Г. Радченко, Т.Ю. Уланова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Медицинский институт ПГУ,
ГУЗ «Областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова»
Пенза

Ювенильный ревматоидный артрит до сегодняшнего дня остается тайной медицины. Он занимает одно из первых мест по распространенности среди воспалительных заболеваний суставов и представляет собой медико-социальную проблему, из-за неимоверных страданий больных, огромного материального ущерба, причиняемого больному, обществе, семье и рано наступающей инвалидности.

Одной из важных проблем ювенильного ревматоидного артрита является развитие остеопенического синдрома, особенно у детей пубертатного периода. Распространенность данной патологии требует новых подходов к терапии больных ювенильным ревматоидным артритом с остеопеническим синдромом и лекарственных средств, стимулирующих костеобразование и подавляющих костную резорбцию.

Цель исследования. Оценка эффективности комбинированной терапии витамином D_3 и оксидевитом в лечении остеопенического синдрома у детей, страдающих ювенильным ревматоидным артритом.

*Материал и методы исследования***.** Под наблюдением находилось 75 детей, страдающих ревматоидным артритом в возрасте от 10 до 17 лет. Из них 28 мальчиков (37±6%) и 47 девочек (63±6%). Все дети получали симптоматическую и иммуносупрессивную терапию.

До назначения остеопроекторов в комплексную терапию ревматоидного артрита всем детям проводилось исследование косной ткани рентген-абсорбционным методом с помощью аппарата DTX-100.

Результаты исследования и их обсуждение. Динамика степени

тяжести остеопенического синдрома при ювенильном ревматоидном артрите через 6 мес. после лечения остеопротекторами представлена в табл.1

Таблица 1

Степень остеопений через 6 мес. после лечения остеопротекторами

Группы больных ЮРА	Степень остеопений							
	Норма		I степень		II степень		III степень и остеопороз	
	абс.	M±m %	абс.	M±m %	абс.	M±m %	абс.	M±m %
I, n=23 без остеопротекторов)	2	3±2	6	8±3	8	11±4	7	9±3
II, n=27 получали вит. D_3	4	5±3	10	13±4	6	8±3	7	9±3
III, n=25 получали вит. D_3 и оксидевит	5	7±3	8	11±4	5	7±3	7	9±3
Всего	11	15±4	24	32±5	19	25±5	21	28±5

До начала лечения у 64 (85,3%) больных был выявлен остеопенический синдром различной степени тяжести. На фоне терапии витамином D_3 и оксидевитом была отмечена положительная динамика. Через 6 мес. после лечения выявлено достоверное снижение ($p<0,05$) числа больных с остеопенией II степени с 9±3% до 7±3%, остеопенией III степени и остеопорозом с 12±4% до 9±3%, а количество пациентов с остеопенией I степени увеличилось с 8±3% до 11±4% вплоть до нормализации минерального содержания костной ткани. Необходимо отметить достаточно хорошую переносимость витамина D_3 и оксидевита у всех пациентов.

Таким образом, комбинированная терапия двумя остеопротекторами при ювенильном ревматоидном артрите эффективно влияет на степень тяжести остеопенического синдрома.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА В УСЛОВИЯХ ЦРБ

В.В. Глинский, В.Н. Мазайкин

МУЗ Каменская ЦРБ
Пензенская область

Остеоартроз - одно из распространенных заболеваний суставов, составляющий 60-70% всех ревматоидных заболеваний и до 80% всех болезней суставов. Признаки болезни обнаруживаются в 45 лет в 13,9% случаев, старше 50 лет - 27%, старше 60- 97% (Б.Ф. Немцов, О.В. Симонова, 2001). Социальная значимость страдания определяется, прежде всего, выраженным болевым синдромом и снижением трудоспособности.

Сустав - это пространство между эпифизами соединяющихся костей, окруженное капсулой. Суставные поверхности эпифизов покрыты суставным хрящом, который является разновидностью гиалинового хряща. Основной функцией суставного хряща является обеспечение скольжения суставных поверхностей относительно друг друга.

При остеоартрозе происходит разрушение компонентов суставного хряща. В связи с этим, синовиальная оболочка секретирует большое количество биологически активных веществ (протеазы, коллагеназы, стромелизины и т.д.). В итоге развивается асептическое воспаление с соответствующей клинической картиной. Поэтому лечение остеоартроза должно быть патогенетически обоснованным, основной задачей которого является создание оптимальных условий регенерации суставного хряща и купирование воспалительного синдрома.

В данном сообщении представлены результаты исследования лечения остеоартрозов комплексным способом с применением глюкокортикостероидов (36 больных). Терапию начинали с внутрисуставного введения пролонгированного глюкокортикостероида (ПГКС) дипроспана, назначением физиотерапии и хондропротекторов.

Методика: 1,0 мл дипроспана, разведенного в 15,0-20,0 мл 0,5% или 1 % растворе новокаина, вводили в коленный сустав. В дальнейшем рекомендовали постельный режим в течение 1,5-2 часов. Этой методикой пролечено основная масса больных (24 человека - 66%). В том числе женщины: от 50 до 60 лет - 7 чел. (27%), старше 60 лет -17 чел. (73%). Мужчины - 12 человек: в возрасте от 50 до 60 лет - 9 чел. (71%), старше 60 лет 3 чел. (29%). После однократного введения дипроспана у 80% больных (29 чел.) с 1-2 ст. остеоартроза боли купировались. У остальных 7 чел. (20%) боли уменьшились (больные 3-4 ст. остеоартроза). В таких случаях назначалось физиолечение УВЧ + УФО (субэритемные дозы), затем через 7-10 дней проводилось повторное введение дипроспана. Всем больным рекомендован прием хондропротекторов по схеме. С этой целью применяли структум, Дона.

После лечения, согласно изложенной методике, у большинства больных (29 человек) наступала ремиссия в течение года. При изучении ближайших результатов лечения этой категории больных, со сроком до одного года отмечено, что положительный эффект наблюдается преимущественно у пациентов с остеоартрозом коленного сустава 1-2 ст. При остеоартрозе 3-4 ст. положительный эффект от предложенной методики лечения менее выражен (7 человек). Поэтому целесообразно вводить в сустав дипроспан трижды: через 7-10 дней после второго введения и добавлять к лечению нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), например мовалис по 0,75 мг 1 раз в день в течение 7-10 дней).

Выводы:

1. Комплексное лечение гонартрозов по предложенной методике, включающее в себя: внутрисуставное введение ПГКС, физиолечение, прием хондропротекторов, показано при остеоартрозах 1 -2 ст.
2. При остеоартрозах коленных суставов 3-4 ст. показана комплексная терапия, заключающаяся в комбинации: внутрисуставное введение ПГКС, физиолечение, прием НПВП и хондропротекторов.

ПЕРВИЧНАЯ ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Н.С. Горбатовская, Л.В. Казанцева, Л.Ф. Бурмистрова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина»
Пенза

Первичная легочная гипертензия (болезнь Аэрза) – это поражение мелких легочных артерий, приводящее к стойкому повышению давления. Заболевание встречается редко (0,6 - 3%). Этиология заболевания неизвестна. Выделяют 2 формы: врожденную и приобретенную. «Врожденная» форма наиболее вероятно обусловлена нарушением постнатального развития сосудистого русла легких. Приобретенные формы связывают с рецидивирующими множественными тромбозами мелких сосудов легочной артерии.

Нарушения гемодинамики обусловлены ростом легочного сосудистого сопротивления, в связи с чем, правый желудочек работает с повышенной нагрузкой, что вызывает его гипертрофию. В дальнейшем развивается недостаточность правого желудочка и дилатация его полости, снижается выброс крови. Возрастает давление в правом предсердии, правое предсердие увеличивается. В этот период может произойти открытие овального окна и венозный сброс в левое предсердие с появлением цианоза.

Заболевание чаще встречается у женщин. Чаще всего клинические

проявления заболевания появляются на 3-4 –м десятилетии жизни. Обычно заболевание развивается медленно, но для него характерны острые приступы правожелудочковой недостаточности; появление их обычно связано с физической нагрузкой, которую правый желудочек не в состоянии обеспечить должным «выбросом». Это может быть причиной внезапной смерти этих больных. Больные жалуются на одышку, удушье, боли в области сердца. Нередки эпизоды кратковременной потери сознания, кровохаркань.

Диагностика порока очень сложна и основывается на выявлении симптомов легочной гипертензии (ЛГ) при отсутствии признаков какого-либо порока сердца. Прогноз неблагоприятен. Продолжительность жизни после появления первых клинических симптомов не более 5-7 лет. Специфической терапии нет.

Приводим собственное наблюдение. Под нашим наблюдением с 2003г. находится больной А., 24 лет. В феврале 2003 г., в возрасте 20 лет, он поступил в кардиологическое отделение 6-й городской больницы им. Г.А.Захарьина с подозрением на инфекционный эндокардит.

Жалобы при поступлении: на одышку при незначительной физической нагрузке, учащенные сердцебиения, отеки на ногах, быструю утомляемость; при ходьбе до 100 м, подъеме на 2 этаж - боли в эпигастрии, н/отделе грудины жгучего характера, потемнение в глазах, «мелькание мушек» перед глазами, при продолжении нагрузки – обморочные состояния с потерей сознания.

Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение года, когда впервые в январе 2002 г. при быстром подъеме по лестнице возникла одышка, боли в н/отделе грудины, потемнение в глазах. При остановке эти явления исчезли. С июня состояние значительно ухудшилось: появились учащенные сердцебиения, одышка, жгучие боли за грудиной при незначительной физической нагрузке, синкопальные состояния. В связи с болями в эпигастрии проведена ФГС, диагностирован рефлюкс-эзофагит. Периодически отмечалась субф. температура, в декабре - ОРВИ, с подъёмом температуры до $39\text{-}40^0$. Заболевание постепенно прогрессировало: нарастала одышка, слабость, боли за грудиной и в эпигастрии при физ.нагрузке, проходившие при остановке в течение 30 мин. -1часа, повторяются синкопальные состояния. Отеки н/конечностей поднялись до бедер. Обратился к кардиологу, был госпитализирован с подозрением на бактериальный эндокардит.

Объективные данные. Общее состояние тяжелое. Высокого роста, астенического телосложения. Акроцианоз, цианоз ногтевых фаланг. Отеки голеней и стоп. Предсердечная область не изменена. Верхушечный толчок в V меж./р. по левой среднеключичной линии. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны, 98 в/мин., АД -120/70 мм рт. ст. В области верхушки, в IV-V м/р слева, в нижнем отделе грудины, у мечевидного отростка выслушивается грубый систолический шум, который

усиливается на вдохе и уменьшается на выдохе. Акцент II тона на лег.артерии. Дыхание везикулярное, един.сухие хрипы в в н/отделах. Печень выступает из-под края реб. дуги на 7-8 см, пальпируется селезенка на 4 см ниже реб. дуги.

В анализах крови патологии не выявлено. ЭКГ: признаки гипертрофии правых отделов сердца. При УЗИ-сердца выявлена значительная дилатация правых отделов сердца, трикуспидальная недостаточность с регургитацией III-IV ст., дилатация легочной артерии и её ветвей, признаки легочной гипертензии. Вегетации на трикуспидальном клапане. Больному проводилась терапия по поводу бактериального эндокардита, лечение сердечной недостаточности. Состояние больного оставалось тяжелым.

В связи с неясностью диагноза, тяжелым состоянием больного, в апреле 2003 г. он был направлен в Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева. При обследовании выявлено высокое давление в ПЖ (110 мм.рт.ст.), выраженная дилатация правых отделов сердца. Установлен диагноз: Высокая (посттромэмболическая) легочная гипертензия. Выраженная трикуспидальная недостаточность. Синкопальные состояния. 29 апреля 2003 г. проведена атриосептостомия. При выписке рекомендовано принимать: амлодипин 5 мг/сут, варфарин 2,5 мг/сут, дигоксин 2 т/сут, панангин, верошпирон.

После операции состояние больного несколько улучшилось: исчезли отеки, уменьшились в размерах печень и селезенка, но усилился цианоз в связи со сбросом крови из правого предсердия в левое. В настоящее время состояние больного относительно стабильно. Регулярно принимает рекомендуемую терапию, дважды в году лечится в кардиологическом отделении.

Таким образом, имеющаяся у больного первичная легочная гипертензия неясного генеза имитировала инфекционный эндокардит. Атриосептостомия и проводимая терапия несколько улучшила состояние больного.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУР УРЕТРЫ

Ю.Н. Горбунов, Н.Б. Дурденевский, А.В. Галкин

МУЗ «Городская клиническая больница №5»
Пенза

Актуальность темы. До настоящего времени проблема хирургического лечения стриктур мочеиспускательного канала у мужчин подробно не разрабатывалась. Однако рост травматических повреждений уретры, в том числе и ятрогенного характера, приводит к постоянному увеличению количества больных с рубцовыми сужениями мочеиспускательного канала во всем мире [Богатов Д.В., 2003, Шкуратов С.И., 2002, Chapple C.R.,

1999]. Более того, отмечается рост заболеваемости рецидивными стриктурами, что говорит о малой эффективности некоторых применяемых хирургических методов лечения [Кан Я. Д., 2002, Могеу A.F., 1996].

В отечественной печати не существует данных, где бы четко и ясно было охарактеризовано современное состояние проблемы и сформулированы подходы к лечению стриктур мочеиспускательного канала у мужчин в стране. Вместе с тем, лечение стриктур уретры является одной из острых и противоречивых вопросов в современной оперативной урологии.

В зарубежной литературе постоянно появляются статьи, где представляется сравнительная характеристика различных методов лечения пациентов с данной патологией.

Среди урологов нет единого мнения о том, каковы должны быть показания к применению того или иного метода хирургического лечения рубцовых сужений мочеиспускательного канала. Очень противоречивы данные о частоте рецидивов и осложнений, эффективности хирургических методов.

Все выше перечисленное свидетельствует об актуальности, рассматриваемой нами проблемы.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных со стриктурами уретры разной этиологии путем определения оптимальных показаний к выбору открытой пластики уретры, внутренней оптической уретротомии.

Объект и предмет исследования. Объектом исследования явились 207 больных мужчин различными стриктурами мочеиспускательного канала. Предмет исследования: в отделении изучались различные методы хирургического лечения стриктур уретры, оценивалась эффективность внутренней оптической уретротомии.

Гипотеза. В работе сформулировано предположение о возможности улучшения результатов лечения различных стриктур уретры с помощью использования постоянного стента уретры.

Методология и методы проведенного исследования. Для достижения цели и задач исследования проводилось комплексное клинико-лабораторное, дополненные лучевыми, эндоскопическими, ультразвуковыми методами.

Значимость полученных результатов. На основании результатов лечения больных со стриктурами уретры проведена сравнительная оценка современных хирургических методов, применяемых для восстановления проходимости мочеиспускательного канала. Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты лечения. Выявлены причины неудач при использовании тех или иных методов.

Практическая значимость полученных результатов. В результате проведенного исследования удалось оценить эффективность как эндоскопических, так и открытых хирургических вмешательств в лечении стриктур уретры. На основании этого сформулированы и уточнены показания к

применению того или иного метода лечения, что позволило улучшить результаты лечения данной категории больных. Определены границы применения внутренней оптической уретротомии в лечении стриктур. Разработан подробный алгоритм предоперационного обследования больного, позволяющий получить максимальную информацию о рубцовом сужении мочеиспускательного канала и выбрать наиболее оптимальный метод хирургической коррекции.

За период с 2005 по 2007 гг. обследовано 67 мужчин, больных стриктурами мочеиспускательного канала. Возраст обследованных больных колебался от 18 до 69 лет. Жалобы, характерные для обструктивного типа мочеиспускания предъявляли 35 (57,97%) больных. С острой задержкой мочи в отделение поступило 3 (1,45%) пациентов. Жалобы на недержание мочи предъявляли 3 (1,45%) больных. С надлобковым мочепузырным свищом (цистостомой) поступило 25 (39,13%) больных. Посттравматические стриктуры наблюдались в 1 (0,67%) случае. Ятрогенные стриктуры, включая стриктуры после трансуретральной резекции простаты и аденомэктомии, отмечались у 19 (30,92%) пациентов, поствоспалительные - у 7 (12, 56%), У 4 (6,76%) пациентов причину формирования стриктуры выяснить не удалось. Большинство ятрогенных стриктур - это отдаленные осложнения хирургического лечения по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы, будь то аденомэкгомия или трансуретральная резекция простаты. У 11,25% больных в анамнезе отмечались другие внутриуретральные вмешательства (цистоскопия, инстилляции, бужирования).

Схема обследования больных со стриктурами мочеиспускательного канала

Схема диагностики стриктур уретры и выбора оптимального метода хирургического их лечения должна быть ступенчатой и включать в себя методы, позволяющие определить причину, локализацию, протяженность стриктуры, а также глубину и пространственную ориентацию периуретрального фиброза и наличие осложнений стриктуры. Кроме того, с помощью имеющихся методов диагностики необходимо объективно оценить эффективность мочеиспускания больного, наличие остаточной мочи и сократительную способность мочевого пузыря, состояние верхних мочевых путей.

В диагностический комплекс мы включали следующие методы:

- анамнез,
- физикальный осмотр,
- бактериология мочи,
- определение уровня креатинина и мочевины сыворотки крови;
- уретрография:
- ретроградная,
- антеградная,
- комбинированная;

- ультразвуковое исследование уретры,
- уретроскопия
- внутривенная урография или УЗИ почек.

Заключение

Внедрение эндоскопических методов лечения, как более щадящих и менее инвазивных для больного по сравнению с открытыми операциями, позволило уменьшить частоту послеоперационных осложнений и как следствие снизить длительность пребывания больного в стационаре после операции с 21,29 до 7,29 суток. [1,2,3,6].

Эндоскопическое лечение является методом первого и заключительного рядов при коррекции стриктур и облитераций уретры у мужчин.

Протяженность стриктур уретры, предполагающих лечение эндоскопическим методом, не должна превышать 2 см, так как в противном случае частота рецидива приближается к 50%. Эндоскопическое лечение облитераций в переднем отделе мочеиспускательного канала должно быть признано бесперспективным и может с эффектом применяться только при локализации последней в задней уретре.

Вопрос о максимально допустимом количестве эндоскопических вмешательств у одного больного остается открытым и определяется общим соматическим состоянием пациента, его желанием избежать специфических для открытых пластических операций осложнений (в виде импотенции, укорочения полового члена, образования мочевых свищей и т. д.) и технической возможностью проведения эндоуретрального вмешательства. Применение уретральных стентов при стриктурах и облитерациях в настоящий момент должно быть ограничено только временными и биологически рассасывающимися, так как использование постоянных стентов вызывает развитие вторичной рубцовой обструкции эвдопротеза приблизительно у каждого второго больного. Значительные технические сложности, возникающие при реканализации облитерированного стента, либо его удалении также являются аргументом против их использования при стриктурах и облитерациях уретры.

Перспективными направлениями исследований в совершенствовании эндоскопического лечения стриктур и облитераций уретры являются разработка новых уретральных стентов, совершенствование техники эндоуретропластики и поиск препаратов, подавляющих местное образование рубцов.

РАНЕВЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ВЕНТРОПЛАСТИКИ: ПРОБЛЕМА, РЕШЕНИЕ

Е.А. Горбунова, И.В. Сергеев

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Профилактика инфекционных раневых осложнений при герниопластике, особенно по поводу сложных послеоперационных вентральных грыж, является одним из основных вопросов их комплексного хирургического лечения (Демидов В.М., 2003).

Осложнения со стороны раны после пластики брюшной стенки встречаются у 25,5% больных (Сазонов А.М., 1976). Наибольшая часть раневых осложнений приходится на серомы. По данным различных авторов, они могут встречаться у 14,8 % больных и более (Колокольцев М.В., 1974).

Серома - представляет собой скопление серозного экссудата в раневых полостях. Часто это результат обширной мобилизации подкожной клетчатки и пересечения множества лимфатических капилляров.

Скопление большого количества серозного отделяемого при отсутствии адекватного дренирования приводит к развитию серозного, а затем и гнойного воспаления. Использование существующих традиционных методов дренирования не всегда позволяет достичь желаемого результата, так как дренирование послеоперационной раны при хирургическом лечении сложных послеоперационных вентральных грыж не обеспечивает адекватной эвакуации серозного отделяемого, что приводит к развитию высокой частоты раневых осложнений (Демидов В.М., 2003).

Дренажи требуют постоянного ухода, так как сам дренаж может способствовать инфицированию раны. При дренировании может образовываться серома с длительной экссудацией раны в течение 14-16 дней.

Эвакуация серозного отделяемого производится так же с помощью многократных ежедневных пункций раневой полости. При этом важным является строжайшее соблюдение асептики, так как серома может приобрести хроническое течение (более 1 месяца). Первичные неинфицированные серомы из-за благоприятных для развития микроорганизмов условий затем инфицируются. Так же инфицированию могут способствовать резиновые полоски, оставленные в ране. Немаловажное значение для профилактики раневых осложнений имеет качество выполненной операции. Для предотвращения серомы следует тщательно ушивать брюшную стенку, не оставляя больших по объему «свободных» пространств. Так же во время операции необходимо стремиться к минимальной травматизации тканей с выполнением тщательного гемостаза.

В ГКБ СМП им. Захарьина г. Пензы с 2001 по 2005 год выполнено 1122 оперативных вмешательств больным с вентральными грыжами. Оперировано 256 (22,8%) больных с послеоперационными вентральными гры-

жами (ПОВГ). Наблюдались так же больные с паховыми грыжами 611 (54%), больные с пупочными грыжами 146 (13,01%), больные с бедренными грыжами 34 (3,03%), больные с грыжами белой линии живота 55 (4,7%).

В послеоперационном периоде преобладающая часть осложнений проходится на серому, которая отмечалась у 84-х (7,48%) больных; У больных отмечались следующие осложнения: у 12(1,06%) больных отмечен инфильтрат, у 9-и (0,80%) больных отмечена гематома, у 3-х (0,26%) больных имелось расхождение краёв раны, у 4 (0,35 %) больных отмечен послеоперационный орхит, у 3 (0,26%) больных в раннем послеоперационном периоде была диагностирована ОКН, у 1 (0,08%) больного отмечался краевой некроз кожи и у 1 (0,08%) больного имелось нагноение послеоперационной раны.

У больных с серомами имелась следующая сопутствующая патология: у 56 больных отмечались заболевания сердечно-сосудистой системы, у 11 больных наблюдались хронические неспецифические заболевания лёгких (ХНЗЛ), у 6 больных имелось ожирение, 4 больных наблюдались с сахарным диабедом, у 1 больной отмечена желчекаменная болезнь (ЖКБ). К заболеваниям сердца и сосудов отнесены хроническая ишемическая болезнь сердца, атеросклеротичекий и постифарктный кардиосклероз, атеросклероз аорты, сосудов сердца, головного мозга, нижних конечностей, стенокардия покоя и напряжения, нарушение сердечного ритма и проводимости, слабость синусового узла.

У больных с вентральными грыжами операции заканчивались инжекционным дренированием, дренированием резиновыми выпускниками подкожной клетчатки.

Все больные с осложнением в виде серомы находились на стационарном лечении от 7 до 39 дней. Средний койко-день у больных с данным осложнением составил 14,55.

Для лечения раневых осложнений (сером) применялись следующие методы: зондирование + антибактериальная терапия у 21 больного (ср.к/д-13,04); зондирование + рез. выпускник у 11 больных (ср.к/д-13,09); пункция у 14 больных(ср.к/д-11,14); пункции с введением гидрокортизона у 7больных(ср.к/д-14,42); турунды с гипертоническим раствором у 9больных (ср.к/д-14,77); зондирование с применением йодоперона у 5 больных (ср. к/д-15); перевязки с обработкой полости H_2O_2 и спиртом у 4 больных (ср.к/д-23,5); дренирование + пункция у 13 больных (ср.к/д-18,23).

Анализируя результаты лечения серомы можно сделать следующий вывод: несмотря на множество способов профилактики и лечения серомы в послеоперационном периоде, ни один из существующих способов не предотвращает ее развития. Проблема требует дальнейшей разработки.

К ВОПРОСУ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ДИСБАКТЕРИОЗА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

И.В. Гордюшина, Т.М. Глебова, Г.А. Смольянинова,
А.Н. Шелудько, В.С. Иванова

ГУЗ «Областная детская клиническая больница им.Н.Ф.Филатова»,
ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Физиологическая микрофлора половых путей сохраняет здоровье женщины, однако она является динамической экосистемой и зависит от нарушения гормональной регуляции, инфекционных процессов (ИППП), первичных и вторичных иммунодефицитов, медикаментозной гормоно- и антибиотикотерапии, токсических факторов окружающей среды, частой смены половых портнеров и др. (Е.К.Назарова, Е.И.Гиммельфарб, Л.Г.Созаева,2003 г.). Дисбиотические нарушения состава микрофлоры поддерживают патологические процессы, снижают естественную защитную функцию влагалища, а также создают при внутриматочных манипуляциях угрозу возникновения острых воспалительных заболеваний матки и придатков.

Цель исследования заключалась в установлении возрастных групп женщин с проявлениями дисбактериоза, к которому относятся бактериальный вагиноз (БВ), урогенитальный кандидоз (УК), мико- и уреаплазмоз, неспецифический вагинит; выяснить методами микроскопии, иммуноферментного анализа частоту возникновения указанных форм дисбактериоза влагалища за период 1998, 1999 и 2006 годы.

Обследовано 24280 женщин возраста 17- 42 и выше лет.

БВ встречается у женщин возраста 17-22 года в 4,9% случаев, в возрасте 22-28 лет – в 15%, в возрасте 28-35 лет – в 27%, в возрасте 35-42 года – в 20% и в возрасте 42 лет и выше – в 15% случаев. Диагноз подтверждался проведением амино-теста и определением pH влагалищного содержимого 4,5-5, а также обнаружением «ключевых» клеток при микроскопии. В большинстве случаев отмечалось отсутствие воспалительной инфильтрации в содержимом вагины. Анализ данных за 1998,1999 и 2006 годы свидетельствует о выявляемости БВ в 3,9%, 4,2% и 3,12% случаев соответственно.

УК встречается у женщин возраста 17-42 и более лет, диагностируется методом микроскопии по большому количеству бластоспор и псевдомицелия в вагинальных мазках, окрашенных по Романовскому-Гимзе, и представлен в основном дрожжеподобными грибами рода Candida albicans. Выявляемость УК у женщин за 1998,1999 и 2006 годы была равна 1,5%, 4,9% и 1,8% случаев от общего количества обследованных.

Диагностика урогенитальных микоплазмозов проводилась у беременных женщин (возраста 18-35 лет) с помощью иммуноферментного анализа в период, когда частота U.urealiticum резко возрастает (по данным Е.К.Назаровой с соавт.,2003 г.). При обследовании 666 беременных женщин 30,7% из них являются носителями урогенитальных микоплазмозов, т.к. у них повышается титр IgM.

Неспецифические вагиниты – это инфекционно-воспалительные заболевания влагалища, обусловленные условно-патогенными микроорганизмами (кишечной палочкой, стрептококками и стафилококками и др.), лежащими количественно в полях зрения, даже внутриклеточно и адсорбируясь на эпителиальных клетках влагалища. При микроскопии неспецифические вагиниты характеризуются выраженным воспалительным инфильтратом (н.с.я., макрофаги, лимфоциты, моноциты) и часто с пролиферацией промежуточного и парабазального слоев многослойного плоского эпителия влагалища. За период 1998,1999 и 2006 годов они обнаруживались при микроскопии вагинальных мазков в 10,5%, 14,5% и 5,6% случаях соответственно среди обследованных женщин.

На основании вышеизложенного можно заключить, что встречающиеся дисбактериозы влагалища проявляют себя в большей степени в репродуктивный период жизни женщины и выявляются у женщин г. Пензы в меньшем проценте случаев, чем по данным других регионов Российской Федерации, однако рекомендуется усилить диспансерный контроль женщин репродуктивного возраста и беременных, как меры обеспечения здоровья нации.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ОПЕРИРОВАННОЙ РОГОВИЦЫ ОБОИХ ГЛАЗ

Н.Н. Гостева, Т.А. Макарова

МУЗ «Городская больница им. Н.А. Семашко»
Пенза

По данным литературы [Пучковская Н.А. и соавт., 2001], 70-85% ожоговых травм составляют химические ожоги. При этом более 40% пострадавших становятся инвалидами, не способными вернуться к своей прежней профессии. Таким образом, проблема лечения химических ожогов глаза постоянно остается актуальной.

Характерным для всех ожогов является прогрессирующий характер патологического процесса и после удаления повреждающего агента из-за нарушения метаболизма в тканях, образования токсичных продуктов и возникновения иммунологического конфликта вследствие аутоинтоксикации и аутосенсибилизации в послеожоговом периоде [Пучковская Н.А. и соавт., 2001]. Склонность к рецидивированию воспалительного процесса

сосудистой оболочки в различные сроки после получения ожога (нарушение гидродинамики, токсический увеит) усугубляет тяжесть исхода ожоговой травмы. Особенно это касается случаев, когда ранее было произведено какое-либо хирургическое вмешательство на роговице, в том числе косметические рефракционные операции, получившие в последнее время большое распространение.

Больной Л., 34 лет, обратился в областной офтальмотравматологический пункт с жалобами на острую боль, жжение, слезотечение, светобоязнь, блефароспазм, возникшими после случайного попадания в оба глаза нагретого быстро сохнущего мебельного нитролака. В 1998 г. перенес операцию LASIK на обоих глазах по поводу миопии II степени (4 диоптрии). После операции у офтальмолога не наблюдался.

В травмпункте была оказана первая помощь: обильное промывание конъюнктивальной полости Sol. Furacyllini 1:5000 после обезболивания Sol. Alcaini (Alcon), после чего удалось провести визометрию и биомикроскопию. Острота зрения обоих глаз составила 0,4 не корр., биомикроскопически выявлены гиперемия и выраженный отек конъюнктивы обоих глаз, эрозия роговицы OD – 1/2 площади и OS – 4/5 площади. Диагноз: химический ожог конъюнктивы и оперированной роговицы обоих глаз II степени.

Больной был госпитализирован в офтальмологическое отделение, где ему было назначено патогенетически ориентированное лечение: обезболивающие, дезинтоксикационные, противоаллергические средства, профилактика вторичной инфекции, препараты для ускорения регенерации. Таким образом, больной получал инстилляции гентамицина, гемодеза, облепихового масла, Корнерегеля 8 раз в сутки, цикломеда – 2 раза в сутки; парабульбарные инъекции гемодеза 1,0 + актовегина 0,2 + гепарина 500 ЕД + новокаина 0,2 + адреналина 0,2 в 9.00 ежедневно № 10; подконъюнктивальные инъекции актовегина 0,5 в 16.00 ежедневно № 10; внутривенные вливания актовегина 4,0 ежедневно № 10 и хлористого кальция 10% - 10,0 ежедневно № 10; внутримышечные инъекции гентамицина по 80 мг × 2 раза в день 5 дней, аскорбиновой кислоты по 2,0 № 10; перорально – диазолин по 1 таблетке 2 раза в день и индометацин по 1 таблетке 3 раза в день в течение 10 дней. На второй день была произведена биомикроскопия роговицы с предварительным окрашиванием раствором флюоресцеина 0,01%. Выявлено глубокое прокрашивание ткани роговицы OD – 1/2 площади и OS – 4/5 площади, причем наблюдалось значительно более глубокое прокрашивание в зоне роговичного лоскута после LASIK, особенно на левом глазу. Была дополнительно назначена прямая гелий-неоновая лазерстимуляция роговицы обоих глаз с предварительной инстилляцией офтальмологического актовегин-геля 20%, с учетом тяжелого двустороннего поражения оперированной роговицы – 2 раза в день.

На третьи сутки началось отделение некротизированных тканей роговицы в виде пленок. На восьмой день оптические свойства роговицы

улучшились, и стало возможным рассмотреть множественные мелкие преципитаты на задней поверхности роговицы обоих глаз. Выявленный увеит был расценен как токсический, что соответствует тяжести ожога III степени. К десятому дню лечения поверхность роговицы полностью эпителизировалась, и больному были назначены парабульбарные инъекции дексона под оба глаза по 0,5 мл № 5.

При выписке острота зрения составила 0,9 на оба глаза, преципитаты исчезли. Больной был выписан на амбулаторное долечивание: инстилляции антибиотиков, тауфона, актовегин-геля, прием тавегила и индометацина в течение 10 дней. Планируется контроль гидродинамики, биомикроскопической картины, исследование рефракции, а после полного заживления роговицы – контактная биомикроскопия глазного дна с линзой Гольдмана с целью поиска периферической хориоретинальной дистрофии и возможных признаков периферического увеита.

Таким образом, интенсивная патогенетическая терапия позволила получить высокие функциональные результаты при лечении тяжелого двустороннего химического ожога оперированной роговицы. Обращает на себя внимание, что поражение роговицы в зоне операции LASIK было намного глубже, чем в зоне интактной роговицы. Это диктует пациентам после рефракционных и других операций на роговице особую необходимость неукоснительного соблюдения правил техники безопасности и пользования защитными средствами при работе с химическими агентами.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЕТОСТЕРИЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Г.В. Долгушкина, А.Н. Астафьева, Р.Т. Галеева, О.К. Смирнова, О.В. Алексеева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) является конечной необратимой стадией заболеваний почек. ХПН развивается вследствие прогрессирующей гибели нефронов и стромы с неуклонным снижением способности почек выполнить гомеостатические функции.

Постоянная утрата гормональных и ферментативных функций почек сопровождается накоплением продуктов обмена (прежде всего, белкового), развитием уремии.

Степень прогрессирования уремии зависит не только от темпа и интенсивности гломерулярного и/или тубулоинтерстициального склероза, но и от адекватности консервативной терапии. Оптимизация консервативного лечения ХПН у детей является в настоящее время одной из актуальных

проблем современной нефрологии.

Исходя из этого, целью нашего исследования явилось изучение эффективности использования кетостерила в комплексном лечении ХПН у детей.

Под нашим наблюдением находилось 11 детей в возрасте от 2 до 16 лет, из них 5 девочек и 6 мальчиков. У 8 детей (72,7%) причиной ХПН были врожденные и наследственные заболевания почек (почечные дисплазии, поликистоз почек); у 2 детей (18,2%) – врожденная урологическая патология (уретерогидронефроз, пузырно-мочеточниковый рефлюкс); у 1 ребенка (9,1%) – перенесенный гемолитико-уремический синдром. Длительность ХПН к началу лечения составляла от 3 месяцев до 8 лет.

Больные получали комплексное консервативное лечение: малобелковую диету (белок 0,6 г/кг/сут; фосфор 0,4-0,6 г/кг; калорийность 120-160 ккал/кг/сут); сорбенты, ингибиторы АПФ, витамины, фитотерапию. Всем детям назначался кетостерил – комбинированный препарат, содержащий оптимальный комплекс незаменимых аминокислот (кетокислот), из расчета 1 таблетка на 5 кг веса в сутки. Длительность назначения кетостерила составила от 3 до 9 месяцев.

Всем пациентам ежемесячно проводилась оценка физического развития, исследовались биохимические показатели сыворотки крови; каждые три месяца – скорость клубочковой фильтрации. На фоне проводимого лечения уже через 1-2 месяца улучшалось общее самочувствие детей, уменьшалась слабость, быстрая утомляемость, повышалась работоспособность, улучшался аппетит.

Через 2-3 месяца от начала приема кетостерила у всех детей отмечалось снижение показателей азотемии: содержание креатинина на 55±16 мкмоль/л; мочевины на 5,4±1,8 ммоль/л. Однако, через 4-6 месяцев от начала лечения у 8 человек (72,7%) вновь выявлено повышение содержания креатинина и мочевины, но оно не достигало высоких исходных показателей.

При оценке показателей азотемии за 9 месяцев лечения отмечалось достоверное замедление прогрессирования ХПН. Средний прирост мочевины у больных за 9 месяцев составил 1,8±0,3 ммоль/л; креатинина 20±3,1 мкмоль/л.

При анализе биохимических исследований установлено, что в процессе лечения у 5 детей (45,5%) исследуемой группы выявлена тенденция к повышению альбумина, у 7 детей (63,6%) к увеличению ионизированного кальция.

При проведении комплексной консервативной терапии ХПН с использованием кетостерила у 9 детей (81,8%) отмечено улучшение показателей физического развития (увеличивался рост, масса тела). Средняя прибавка в весе у больных за 6 месяцев составила 6±3,2 кг, роста 4±2,4 см. Полученные результаты свидетельствуют об адекватном обеспечении детей с ХПН необходимым количеством белка на фоне кетодиеты.

Таким образом, использование кетостерила в комплексном консервативном лечении ХПН у детей оказывает положительный клинический эффект, улучшает качество жизни больных, замедляет прогрессирование ХПН.

ОСОБЕННОСТИ КОСТНОЙ МИНЕРАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Е.Б. Донскова, Р.Т. Галеева, А.С. Шаров, Л.А. Журавлева, О.А. Долгушина

ГУЗ «Областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова», ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки относится к наиболее актуальным проблемам современной медицины, занимая одно из ведущих мест в структуре заболеваний органов пищеварения у детей. В разные годы многие исследователи обращались к изучению роли кальция в патогенезе язвенной болезни, механизмах кислото- и пепсинообразования, клеточной пролиферации. Отмечалось участие в этиопатогенезе заболевания кальций-регулирующих гормонов, тесно связанных с процессами минерализации костной системы. Неоднократно высказывалось мнение о возможном нарушении поступления в организм кальция всвязи с локализацией деструктивно-воспалительного процесса в зоне его преимущественного всасывания – двенадцатиперстной кишке.

Целью нашего исследования явилось изучение степени минерализации костной системы детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, поиск возможной зависимости степени минерализации от особенностей течения заболевания.

В группу исследования вошли 108 пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в возрасте 10 – 17 лет и 103 практически здоровых ребенка контрольной группы. Проводилось комплексное обследование, включающее подробный сбор анамнеза с оценкой наследственной отягощенности, клиническим наблюдением, лабораторным и инструментальным исследованием, анализом медицинской документации. Диагноз язвенной болезни двенадцатиперстной кишки ставился на основании клинико-эндоскопических данных в соответствии с обобщенной классификацией П.Я. Григорьева, Э.П. Яковенко (1996). Всем детям проведено обследование костной системы на компьютерном остеоденситометре ДТХ-100, определение маркеров костного метаболизма в сыворотке крови (кальция, неорганического фосфора, общей щелочной фосфатазы), оценена концентрация кальция и фосфора в суточной моче, определена концентрация кальция в слюнном секрете, порциях фракционного желудочного зондиро-

вания и I порции дуоденального зондирования. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики с использованием программ для статистической обработки результатов в биологии и медицине.

Результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у детей способствует развитию остеопенического синдрома. Остеопении I, II, III степени тяжести выявлены у 47,22% обследованных больных. Критическими возрастными периодами формирования остеопении является возраст 12-15 лет у девочек и 13-16 лет у мальчиков; нарушения минерализации костной ткани наиболее выражены у мальчиков. Имеется отчетливая зависимость минерального содержания и плотности костной ткани от особенностей течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Развитие остеопении II и III степени характерно для пациентов с длительным и часто рецидивирующим вариантом заболевания. Особенности клинического течения болезни у детей с различной степенью минерализации костной ткани не выявлены, но определена тенденция к снижению содержания кальция и неорганического фосфора в сыворотке крови, более выраженная у больных с легкой степенью остеопении. Установлено, что язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в фазу обострения характеризуется усиленной экскрецией кальция во все пищеварительные соки (секрет слюнных желез, желудочный и дуоденальный сок), что, по нашему мнению, является следствием нарушений в кальций-регулирующей системе и ведет к потере кальция через кишечник, развитию остеопенического синдрома. Наиболее выражены потери кальция с пищеварительными соками у больных с остеопениями, особенно II и III степени тяжести.

Таким образом, комплексный подход к изучению данной проблемы позволил по-новому взглянуть на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки как на возможную причину развития остеопении и остеопороза. Всем детям с данным заболеванием необходимо регулярное проведение исследований, направленных на раннее выявление остеопенического синдрома, включая ежегодное остеометрическое обследование костной ткани. Показана коррекция диетического питания и лечения с учетом повышенных потребностей растущего организма в кальции. Остеометрия показана девочкам-подросткам с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с целью профилактики развития остеопороза у будущих матерей. Необходимо включение остеометрического обследования в работу призывной комиссии при осмотре юношей с язвенной болезнью в анамнезе.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Т.Ю. Дюдяева, Н.А. Ивачева, В.А. Видрык

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина
Пенза

Острый аппендицит остается наиболее частой причиной острого живота. В большинстве случаев диагноз острый аппендицит ставится на основании жалоб, анамнеза и объективного обследования больного. В случае подозрения на острый аппендицит используется современный метод диагностики - лапароскопия. Отношение врачей к такому малоинвазивному методу, как ультразвуковое исследование органов брюшной полости, остается весьма сдержанным, несмотря на его высокую эффективность. Это объясняется тем, что точность данного метода исследования существенно зависит от мастерства специалиста и даже не каждый опытный врач может овладеть им сразу.

Цель. Оценить результаты ультразвуковой диагностики у больных с подозрением на острый аппендицит.

Материал и методы исследования. Для определения информативности УЗИ при подозрении на острый аппендицит исследованы 2 группы больных обоих полов в возрасте от 15 до 81 года, пролеченных в МУЗ ГКБ СМП им. Г. А. Захарьина г. Пензы за 6 месяцев 2006г. Мужчины составили 47% (61 человек), женщины - 53% (69 человек). Исследование проводилось по стандартной методике на аппарате SIEMENS SONOLINE G 40 в В-режиме с использованием конвексного датчика с частотой 3,5 МГц и линейного датчика с частотой 7,5 МГц.

Первую группу (сравнения) составил 71 пациент, у которых применена обычная лечебно-диагностическая тактика при остром аппендиците. Во вторую группу (основную) вошли 59 больных, которым кроме стандартного обследования проводилось УЗИ брюшной полости с целью верификации диагноза.

Результаты и обсуждения. Среди 71 больного группы сравнения диагноз аппендицита не вызывал сомнения у 35 (49,3%); им выполнена аппендэктомия. У 11 (15,5%) пациентов в ходе динамического наблюдения диагноз острый аппендицит был снят: 9 из них выставлена кишечная колика, 2 – острый неспецифический мезаденит. С диагностической целью 25 пациентам с предполагавшимся диагнозом острый аппендицит произведена лапароскопия. У 10 больных острый аппендицит подтвержден, им осуществлена аппендэктомия; у 4 больных выявлен острый неспецифический мезаденит.

Таким образом, в группе сравнения острый аппендицит диагностирован у 45 (63%) пациентов, кишечная колика - у 20 (28%), острый неспецифический мезаденит – у 6 (9%) больных.

Из 59 больных основной группы у 33 (56%) аппендицит выставлен клинически, произведена аппендэктомия. 26 (44%) пациентам с подозрением на данное заболевание выполнено УЗИ брюшной полости.

В норме при данном исследовании червеобразный отросток не виден, поэтому сам факт визуализации указывает на его воспаление. Основной ультразвуковой критерий аппендицита - это отечный несжимаемый отросток диаметром более 7 мм, имеющий на поперечном сечении вид мишени. Симптомы «мишени» или «бычьего глаза» обусловлены гипоэхогенным расширением просвета отростка, окаймленного гиперэхогенной отечной слизистой. Она, в свою очередь, окружена гипоэхогенной мышечной оболочкой, которая покрыта гиперэхогенной серозной оболочкой.

При УЗИ органов брюшной полости признаки острого аппендицита обнаружены у 12 (46,2%) больных, у 1 (3,8%) женщины в малом тазу выявлено небольшое количество жидкости. Она консультирована гинекологом и госпитализирована в экстренное гинекологическое отделение с диагнозом острый аднексит. У 13 (50%) больных патологии в брюшной полости не обнаружено. У 8 из них было несоответствие клинико-лабораторных и ультразвуковых данных, в связи с чем возникла необходимость в выполнении лапароскопии. При этом аппендицит выявлен у 3 больных, осуществлена аппендэктомия; у 3 больных диагностирован острый неспецифический мезаденит.

Следовательно, из 26 проведенных УЗИ диагностическая ошибка обнаружена только в 3 случаях (11,5%).

Таким образом, в основной группе острый аппендицит диагностирован у 48 (81%) больных, кишечная колика – у 7 (12%), острый аднексит – у 1(2%) больной, острый неспецифический мезаденит – у 3 (5%).

Чтобы выявить причину расхождения УЗИ данных и лапароскопической картины, были проанализированы особенности аппендэктомии и результаты гистологического исследования удаленного червеобразного отростка у больных основной группы. При этом флегмонозный аппендицит выявлен у 6 (40%) пациентов, гангренозно измененный червеобразный отросток - у 7 (47%) и катаральный - у 2 (13%) больных. В случаях, когда диагноз острый аппендицит не был поставлен на УЗИ, у 2 больных выявлены катаральные изменения червеобразного отростка, которые проявляются только незначительным утолщением стенки аппендикса и инъекцией сосудов. У третьего пациента, изучив особенности операции, обнаружено тазовое расположение червеобразного отростка.

Выводы. Информативность УЗИ в диагностике острого аппендицита составила 88,5%, что позволяет использовать этот метод в экстренной хирургической практике более широко.

Ошибка при диагностике объясняется наличием у этих больных ранней стадии воспаления червеобразного отростка, когда его морфологические изменения минимальны и атипичным расположением червеобразного отростка.

Используя ультразвуковое исследование у больных с нечеткой клиникой острого аппендицита, можно выявить другую патологию органов брюшной полости, являющуюся причиной их обращения в лечебное учреждение.

Выполнение УЗИ брюшной полости при подозрении на острый аппендицит позволило снизить частоту такого инвазивного метода диагностики, как лапароскопия.

СОВРЕМЕННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

Ф.Ш. Еникеева, Р.П. Савченко, С.Б. Рыбалкин

ГУЗ «Областной центр специализированных видов медицинской помощи», ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Последнее десятилетие характеризуется стремительным внедрением в практическое здравоохранение высокотехнологичного оборудования и молекулярно-биологических методов исследования на фоне постоянного совершенствования уже ставших традиционными (микробиологических, серологических, иммунохимических). Многие методы требуют высокой квалификации персонала, значительных материальных затрат.

В связи с этим в последние годы имеет место благоприятная тенденция к созданию крупных специализированных диагностических центров. Так в Пензе создана централизованная лабораторная дерматовенерологическая служба, где выполняется весь комплекс современных методик на достаточно высоком уровне.

Когда все оборудование было запущено в работу, мы попытались с позиции доказательной медицины подготовить клинико-лабораторные алгоритмы диагностики инфекций, передаваемых половым путем.

Референтным «золотым стандартом» в диагностике урогенитальных инфекций является культуральный метод, основанный на выявлении возбудителя в культуре клеток, но он трудоемок и длителен в исполнении (до 7 дней).

Наибольшая заболеваемость ИППП наблюдается у лиц молодого и трудоспособного возраста, что приводит к раннему бесплодию и инвалидности и делает на сегодняшний день эту патологию социально значимой. На основании проведенного анализа заболеваемости ИППП по Пензе и области отмечается наибольший рост хламидийной инфекции.

Для хламидийной инфекции свойственны отсутствие клинических симптомов, склонность к затяжному, рецидивирующему течению, сочетание с другими инфекционными агентами (микоплазмы, гонококки, трихомонады), поэтому установление этиологического диагноза без лаборатор-

ного подтверждения не представляется возможным.

В настоящее время существуют следующие методы лабораторной диагностики урогенитального хламидиоза:

- Цитологический метод. Основан на выявлении цитоплазматических включений Провачека, чувствительность метода – 10 – 15%.
- Метод прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) – прямое выявление как элементарных, так и ретикулярных антигенов хламидий с применением люминесцентной микроскопии. Его специфичность составляет от 65 до 80%.
- Метод иммуноферментного анализа (ИФА) – основан на обнаружении растворимого антигена хламидий в цервикальных и уретральных мазках с детекцией результатов исследований на ИФА-анализаторе. Чувствительность и специфичность его приближаются к 70-90%. Более широкие показания имеет ИФА метод при выявлении антихламидийных антител классов IgM, IgA, IgG в сыворотке крови.

Наиболее высокие показатели чувствительности и специфичности были получены при использовании метода полимеразной цепной реакции – 98 ии 99% соответственно.

Таким образом, для диагностики урогенитальной хламидийной инфекции предлагается следующий алгоритм:

- первоначально применение ПЦР с целью выявления ДНК C.trachomatis и определение титров антител классов IgM, IgA, IgG методом ИФА (с целью характеристики стадии заболевания);
- в ходе лечения целесообразно определение титров антител класса IgA, IgG с целью мониторинга эффективности лечения;
- определение антигена C.trachomatis методом ПЦР или ПИФ спустя 4-6 недель после окончания курса антибиотикотерапии;
- определение титров антител IgM, IgA, IgG через 4-6 месяцев в качестве отдаленной оценки его эффективности.

ОТБЕЛИВАНИЕ ЗУБОВ ПРИ ФЛЮОРОЗЕ

Н.В. Еремина, Л.Д Романовская, Т.В. Посметная, Н.А. Вирясова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Флюороз – это системное заболевание, которое возникает при избыточном поступлении в организм фтора (более 0,1-0,15 мг/кг массы тела в сутки), клиническим индикатором которого является поражение зубов.

Степень тяжести флюороза зубов варьирует и проявляется в наличии на зубах крапинок или пятен, от едва заметных до более обширных (зани-

мающих более 50% поверхности коронки зуба), имеющих непрозрачный белый либо коричневый цвет. В более тяжелых случаях наблюдается деструкция эмали зубов.

В связи с этим главной целью при лечении флюороза зубов является восстановление эстетического вида. Лечение может заключаться в проведении отбеливания зубов, изготовлении виниров или устранении нарушений ортопедическим путем.

Пациентам с умеренной формой флюороза зубов (наличие коричневых пятен без деструкции эмали согласно классификации Dian.H.T., 1942) нами было проведено домашнее отбеливание зубов под контролем врача с использованием отбеливающей системы Opalescence 20%PF фирмы Ultradent.

При изготовлении капп особое внимание обращалось на то, чтобы в пришеечной области края каппы немного не доходили до границы десен (0,2-0,3мм.), что позволяло значительно снизить вероятность механического повреждения десневого края в процессе отбеливания. Длительность однократной процедуры отбеливания составляла 6-8 часов ночью или 4-6 часов в дневное время суток (по желанию пациента). Большинством пациентов был выбран ночной режим отбеливания. Он считается лучшим, т.к. во время сна ограничивается двигательная активность рта и замедляется выделение слюны. Перед тем как лечь спать, пациент самостоятельно заполняет каппу гелем и надевает ее на всю ночь. Хорошего результата удавалось добиться после 3 недель использования метода.

Наши клинические наблюдения показали, что отбеливающая система Opalescence 20% PF фирмы Ultradent была эффективна в 96% случаев. Это позволяет рекомендовать ее при лечении умеренной формы флюороза зубов.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ФЛЮОРОЗОМ

Н.В. Еремина, Л.Д. Романовская, Т.В. Посметная, Н.А. Вирясова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Целью исследования являлось выявление у детей с флюорозом зависимости между диетой, употреблением препаратов кальция, а также витамина Д и характером костной патологии. Разработка на основе полученных результатов методов профилактики и лечения.

Все обследуемые были выделены в 3 группы: к группе 1 (систематически получавших кальций и витамин Д в дозе 400-500МЕ/сут.) были отнесены те дети, в рационе которых ежедневно присутствовало молоко – не менее 400 мл, а также другие виды молочных продуктов. Школьники, которым была проведена профилактика рахита в детстве с использованием

витамина Д, и которые получали его в последующие годы жизни (в комплексе с препаратами кальция). У школьников этой группы по данным остеометрии регистрировалась нормальная (0,6%) или увеличенная минеральная плотность костной ткани (11,7%) (МПКТ).

В группу 2 (не регулярно получавшие кальций и витамин Д) вошли подростки, в рационе питания которых молочные продукты появлялись лишь эпизодически (несколько раз в неделю). Им была проведена профилактика рахита в детстве. Они получали минералосодержащие поливитаминные комплексы с периодичностью 1 раз в 2-3 года. По данным денситометрии у детей этой группы чаще всего отмечались нормальные(34,4%) или пониженные показатели МПКТ (23,9%).

Школьники, не любившие и употреблявшие молочные продукты лишь несколько раз в месяц, составили группу 3 (не получавших кальций и витамин Д). Они не получали витамин Д в нужном количестве (менее 400 ЕД в день), не принимали кальций содержащие препараты. При денситометрическом обследовании у большинства подростков была выявлена остеопения (27,2%). Нормальные показатели МПКТ были отмечены лишь у 2,2% детей.

С целью лечения остеопении детям 2 и 3 групп был назначен препарат «Кальций $Д_3$ Никомед». Прием данного препарата продолжался регулярно месячными курсами с последующим месячным перерывом на протяжении шести-двенадцати месяцев, после чего всем школьникам было повторно проведено денситометрическое исследование костной ткани.

При соотнесении показателей остеометрии к возрастной норме минерализации (Z-шкала) было выявлено увеличение МПКТ после назначения препарата «Кальций Д3». До лечения МПКТ составила 85,8±5,0%, после лечения 96,0±2,0% и эта разница носила достоверный характер ($p<0,05$).

При соотнесении остеометрических показателей к возрастному пику минерализации (Т-шкала) значения МПКТ также увеличивались после проведенной терапии. До лечения данный показатель был достоверно ниже, чем после приема «Кальций Д3» -52,9±1,9%против 66,1±2,1% соответственно при $p<0,001$.

Выводы:

1. Поступление в организм ребенка, проживающего в местности с повышенным содержанием фтора, оптимальных количеств кальция и витамина Д предотвращает развитие остеопений.
2. Прием препарата «Кальций $Д_3$ Никомед» при остеопении способствуют нормализации МПКТ.

АКУПУНКТУРНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ ПО ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ

В.С. Животощук, О.К. Командирова, Ю.Д. Старшинов,
И.В. Животощук, Г.Н. Никонова, Л.П. Пономарева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Проблема лечения и своевременной диагностики вегето-сосудистой дистонии (ВСД) по гипертоническому типу продолжает привлекать пристальное внимание клиницистов. Это связано не только с большой распространенностью этого заболевания, но и с тем, что в большинстве случаев (63%) ВСД выступает предиктором гипертонической болезни и ишемической болезни сердца у лиц молодого возраста, включая школьников и студентов. Кроме того, она может служить одним из главных противопоказаний для выбора многих профессий в будущем.

Среди подростков в возрасте от 15 до 20 лет ВСД встречающется от 4,8 до 29,1% и выявляется одинаково часто как у юношей, так и у девушек (Антонова Л.Т., 1983; Белоконь Н.А., 1987; Кухтевич И.И., 2004; Александров А.А., 1995 г. и др.). В дальнейшем среди студентов в возрасте от 20 до 24 лет ВСД, по данным Поколева Г.М. и др. (1994), встречается в 20 – 25% случаев. Кроме того, в структуре общего числа сердечно-сосудистых заболеваний ВСД по гипертоническому типу встречается в 3 раза чаще, по сравнению с органической патологией, составляя от 32 до 50% (Левина Л.И., 1999 и др.). Так как этот вид заболевания является одним из самых распространенных в среде молодых людей и остается непредсказуемым по дальнейшему многообразию своих клинических форм проявлений, вопросы своевременной диагностики ВСД по гипертоническому типу и дифференцированного лечения с использованием на ранних этапах развития заболевания преимущественно немедикаментозных методов лечения нуждаются в изучении.

Цель исследования. Разработать метод комбинированной (корпоральной и аурикулярной) рефлексотерапии с дифференцированным подбором точек для курсового лечения методом акупунктуры с учетом индивидуальных особенностей проявлений заболевания.

Методы исследования. Обследовано 47 больных ВСД по гипертоническому типу в возрасте от 18 до 34 лет. Стаж заболевания у обследованных больных составил, в среднем, от 2 до 7 лет. Более всего больных из числа обследованных было со стажем заболевания до 3 лет.

Обследование больных ГБ проводилось по специальной программе. В нее вошли: общепринятое клиническое обследование, специальное анкетирование по программе обследования больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, ежедневный трехкратный мониторинг артериального дав-

ления, компьютерное исследование состояния основных классических меридианов по методу Накатани в динамике, термо- и электрометрия биологически активных точек (БАТ) и точек ушной раковины. Именно этот вид исследования состояния всех классических меридианов позволил выявить скрытые формы отклонений в биоэнергетике классических меридианов, прямо или косвенно участвующих в регуляции функций сердечно-сосудистой системы. Ими оказались: меридиан сердца (С) в 27% случаев, желчного пузыря (VB) – 11%, мочевого пузыря (V) – 9%, почек (R) – 21% и перикарда (МС) – 19%; и более редко – тонкой кишки (Jg) – 4%, поджелудочной железы и селезенки (RP) – 3%, тройного обогревателя (TR) – 6%.

В клинической картине заболевания у больных ВСД по гипертоническому типу преобладали жалобы: на головную боль, боль в области сердца, боли в позвоночнике, повышенную утомляемость, снижение работоспособности к вечеру, эмоциональную лабильность, нарушения сна, метеочувствительность и др. Цифры артериального давления (АД) у обследованных больных колебались в умеренных пределах: систолическое АД от 140 до 160 мм рт.ст., диастолическое АД от 85 до 95 мм рт.ст. Максимальный уровень АД у обследованных больных молодого возраста обычно регистрировался во время вегетативных пароксизмов, эмоциональных переживаний, ситуационных стрессов или после повышенной физической нагрузки.

Корпоральная и аурикулярная рефлексотерапия больным с ВСД по гипертоническому типу проводилась курсовым лечением с применением метода акупунктуры в режиме один раз в день в течение 10 дней. Рецепт акупунктурного воздействия подбирался с учетом степени отклонения параметров классических меридианов в системе риодораку и ширины физиологического коридора. Для корпоральной иглорефлексотерапии (КИРТ) использовался локально-сегментарный метод составления рецептуры акупунктурного воздействия. Кроме акупунктуры корпоральных биологически активных точек (БАТ) классических меридианов с электрометрическими отклонениями, в рецептуру включались дополнительно «неконкурентные» БАТ общего действия других меридианов. Первые 5 дней КИРТ проводилась ежедневно до достижения лечебного эффекта в виде снижения артериального давления или стабилизации его в цифрах, близких к оптимальным целевым показателям АД. Последующие 5-7 сеансов корпоральная рефлексотерапия проводилась через день с подключением аурикулярной пролонгированной микроиглотерапии с целью закрепления полученного клинического эффекта и профилактической коррекции вегетативных нарушений в сердечно-сосудистой системе. Выбор аурикулярных акупунктурных точек (ААПТ) и включение их в сеанс лечения микроиглотерапии осуществлялся в соответствии со спецификой проявления заболевания. На ушной раковине доминантного полушария брались 2-3 БАТ с помощью микроигл-»кнопок» и оставлялись в них на срок до 5 дней. Больные обучались методу самостоятельного амбулаторного подкрепления

раздражения в режиме торможения по графику, составленному врачом. Таким образом, на один сеанс лечения больным с ВСД брались 5-7 БАТ для проведения корпоральной иглорефлексотерапии и 2-3 аурикулярные АПТ. Курс аурикулярной пролонгированной акупунктуры обычно продолжался 4-6 недель (35 дней), закрепляя полученные результаты лечения. При этом больной посещал врача всего 7 раз (раз в неделю).

В результате лечения больных ВСД по гипертоническому типу по этой методике у большинства пациентов (95,8%) были получены существенные результаты в виде стабилизации уже сниженного систолического и диастолического АД. При этом уже после 3-4 сеанса АП исчезали или значительно уменьшались приступы головной боли и головокружений, боли в области сердца и позвоночника, улучшилось общее самочувствие больных. Особое внимание обращает на себя тот факт, что у больных с ВСД по гипертоническому типу без применения специальных фармакологических средств улучшилось психоэмоциональное состояние: уменьшилась тревожность, нормализовался сон; у студентов и школьников старших классов улучшилась память, усвояемость нового учебного материала, заметно активизировалась адаптация к внешним раздражителям.

Вместе с тем у 4,2% обследованных больных ВСД по гипертоническому типу, у которых была отмечена склонность к быстрому рецидиву основных симптомов заболевания и быстро наступали перепады АД, отмечено постоянное повышение ДАД (92,3$\pm$3,2 мм рт. ст.). Этим больным дополнительно проводился курс рефлексотерапевтического лечения с включением акупунктурной КВЧ-терапии и квантовой терапии, что в большинстве случаев значительно улучшило их состояние. Но эффект стабилизации показателей АД был кратковременным и не превышал 2-3 недель.

Результаты исследования. Проведенное исследование показало, что сочетанное применения традиционной корпоральной иглорефлексотерапии и аурикулярной микроиглотерапии, не зависимо от специфики субъективных признаков проявления ВСД по гипертоническому типу, позволяет в наиболее короткие сроки лечения получить существенный клинический эффект в виде снижения АД и стабилизации его показателей и ликвидировать основную часть сопутствующих клинических симптомов заболевания.

Можно полагать, что аурикулярная рефлексотерапия на фоне корпоральной ИРТ является методом нефармакологической коррекции вегетативных проявлений ВСД по гипертоническому типу с сопутствующими болевыми синдромами. Именно она (аурикулярная пролонгированная рефлексотерапия) позволяет индивидуально подобрать и быстро купировать основные проявления вторичного болевого синдрома с существенной активацией гипоталамо-гипофизарного комплекса. Всё это способствует восстановлению адаптационных реакций организма на большинство внешних и висцеральных раздражителей, включая обстановочную афферентацию. Все это способствует быстрой нормализации функций вегетативной нервной системы и в конечном итоге улучшает функцию всей сер-

дечно-сосудистой системы у больных ВСД.

НАРУШЕНИЯ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКИХ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТАХ У БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

В.С. Животощук, Г.Н. Никонова, Р.Х. Ильясов, Л.П. Пономарева, И.Г. Жарков

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Общеизвестно, что проблема возникновения ишемического церебрального инсульта (ИЦИ) в своем большинстве связана с хронической мозговой сосудистой недостаточностью в основных магистральных бассейнах головного мозга, обусловленной прогрессирующим атеросклерозом (Литвак Л.Б., 1970; Гусев Е.И., 2002; Верещагин Н.В., 1997; Кухтевич И.И., 2006 и др.). Особенности же неврологической симптоматики в остром периоде нарушения мозгового кровообращения по типу ИЦИ, как качество и темп восстановления нарушенных функций в значительной мере зависят не только от магистрального кровотока, но и от состояния церебральной микрогемоциркуляции. Работы клиницистов последних лет с использованием церебральной допплерографии и ангиографии магистральных артерий головного мозга показали, что не всегда степень нарушения магистрального кровотока в основных сосудистых бассейнах кровоснабжения головного мозга соответствует степени нарушения церебральной микроциркуляции (Скворцова В.И., 2001;Vigna G.B. et al, 1992; Uehara T. et al, 1995; Gur L.Y., 2003 и др.).

Нами обследовано 56 больных с ИЦИ, развившимися на фоне атеросклеротического поражения магистральных артерий головного мозга в остром периоде заболевания (первые 3-5 дней после инсульта). Обследованные больные были в возрасте от 42-56 лет. У 39 больных ИЦИ развился в бассейне каротидной системы; у 26 справа, у 13 слева. У 17 больных ИЦИ развился в бассейне вертебро-базилярной системы. У 81,3% больных проведенное обследование магистральных артерий головы и шеи выявило значительную степень стеноза внутренних сонных артерий в зоне бифуркации с обеих сторон атеросклеротического генеза, со значительным преобладанием его на одной из сторон шейного отдела магистральной системы мозга. У 73% больных стеноз каротидной артерии преобладал на стороне ИЦИ. У 27% - на стороне противоположного полушария. У всех больных с ИЦИ в бассейне вертебро-базилярной системы выявлена патология магистрального кровотока с преобладанием или снижением его на 36-57% в одной из позвоночных артерий. На церебральных ангиограммах выявлены: разница поперечного сечения вертебральных и задних мозговых

артерий, миандрическая извитость, петлеобразование экстравертебральной части вертебральной артерии с элементами сегментарного стеноза и др. У 19 больных (34%) обнаружены сосудистые мальформации в виде нарушения метрических характеристик идентичных сосудов базального «вилизиева кольца», отсутствие передней, одной или обеих задних соединительных артерий и другие виды аномалий. Исследование церебральной микрогемоциркуляции производилось методом прямой ангиоскопии сосудов бульбарной конъюнктивы по методу Селезнева С.А. и соавт. (1985). Исследование сосудов глазного дна – по методу Водовозова А.М. (1980).

При ИЦИ в бассейне каротидной системы изменения церебральной микроциркуляции всегда преобладали на стороне церебрального инсульта. Они выражались: изменением ангиоархитектоники микроциркуляции русла (МЦР), в основном, за счет деформации мелких артериол и венул. Очаговым и полиморфным обеднением сосудистой плотности капиллярного поля с компенсаторной дилатацией артерио-венозных шунтов по периферии МЦ-ячейки. У значительного большинства больных этой группы выявлена существенная разница в данных калиброметрии сосудов глазного дна. Отмечено утолщение стенок основных артерий глазного дна и уменьшение индекса артерио-венозного соотношения в зоне соска зрительного нерва на фоне бледной окраски структур глазного дна. Эти изменения преобладали на стороне пораженного полушария, то есть на стороне ИЦИ. Внутрисосудистые показатели изменения МЦ также преобладали на стороне мозговой сосудистой катастрофы, хотя и обнаруживались с 2-х сторон. Они проявлялись в виде множественных вариантов «сладжа», увеличения количества микрососудов с безэритроцитарным медленным током крови, стазом крови в отдельных полях «сосудистой ячейки» МЦР, нередким по частоте обратным или баллотирующим током крови в зоне венулярной порции МЦР, ускоренным током крови в зоне терминальных шунтов и другими видами нарушений микроциркуляции. В целом, на стороне ИЦИ все показатели нарушения церебральной микрогемодинамики преобладали в самом остром периоде заболевания: внесосудистые, сосудистые и внутрисосудистые, особенно первый и третий. У больных ИЦИ в бассейне вертебро-базилярной системы нарушения МЦ носили системный, диссиминированный, полиморфный характер и, в целом, обнаруживались с обеих сторон, без явной асимметрии МЦ-кровотока. Это, в основном, относилось к внутрисосудистым показателям МЦ. Отмечалась определенная разница в реакции микрогемоциркуляции на введение любых ангиотропных средств у больных с ИЦИ в бассейне каротидной и вертебро-базилярной систем за весь период наблюдения. На глазном дне показатели нарушения МЦ были также менее латерализованы.

Нами отмечено, что там, где тип церебральной микрогемодинамики менялся под влиянием проводимой традиционной для сосудистого отделения терапии темп, и качество восстановления нарушенных функций были более продуктивными. При этом не все больные одинаково реагировали

изменением церебральной МЦ на стандартный перечень вводимых фармакологических препаратов. Это обусловило необходимость индивидуального подбора сосудистых средств из числа ангиопротекторов, вызывающих наиболее удачную перестройку гемодинамики в МЦ-русле мозга. Ими оказались: гепарин, фраксипарин, плавикс (клопидогрель), тиклопидин, кавинтон, курантил, ацетилсалициловая кислота и др.

С нашей точки зрения, существенную роль в обеспечении церебральной МЦ играет и уровень артериального давления (АД) крови. По данным нашего исследования, близкими к оптимальным значениям показателей АД крови для стабилизации мозговой микрогемодинамики у больных с ИЦИ были: систолическое брахиальное АД 150±12,5 мм рт.ст., диастолическое АД – 80-85±4,5мм рт.ст., с разницей пульсового давления – не менее 50±18 мм рт.ст.

Особенности выявленных нами изменений церебральной микрогемоциркуляции в остром периоде ишемического мозгового инсульта позволяют, в известной мере, объективно оценить всю тяжесть сложившейся мозговой сосудистой недостаточности, получить информацию о качестве ответной реакции сосудистого русла на проводимую неотложную фармакологическую терапию и, в конечном итоге, помогают клиницистам предопределить перспективность возможного прогноза заболевания.

ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИКАРДА ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПРОЦЕССЕ

М.С. Захарова, Н.Л. Завьялова, Ю.Р. Автамонова, А.В. Стежка, Т.И. Тряшкина, Р.Р. Абляскин

МУЗ «Городская клиническая больница № 5»
Пенза

Поражения перикарда могут быть различной этиологии (инфекционный агент, воспалительного генеза, воздействие физического фактора, эндокринной патологии, опухолевого процессов). С клиникой поражения перикарда можно встретиться не только в кардиологическом отделении. Представляем 2 случая поражения перикарда у пациентов пульмонологического отделения:

Пациент М., 66 лет, поступил в пульмонологическое отделение в августе 2006 года в тяжелом состоянии с подозрением на острую пневмонию, с жалобами на общую слабость, затрудненное дыхание, заложенность в грудной клетке, кашель с выделением мокроты, охриплость голоса, повышение температуры тела до 37.8-38*С. Одышка в покое – ЧДД до 26 в мин., над легкими рассеянные сухие хрипы. Расширение границ сердца влево, тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС ~ 100-120 в мин., АД 100\70мм.рт.ст. Печень увеличена. Отеков нет.

В анамнезе хронический бронхит, в течение последних 6 месяцев

эпизоды повышения температуры тела. Проводилось флюорографическое исследование, консультирован фтизиатром, исключен специфический процесс.

В анализах крови – лейкоцитоз 20.2 тыс., со сдвигом влево, умеренная анемия 103-110 г\л, СОЭ – в норме (12-14-5 мм\час). В биохимических анализах крови отмечается повышение уровня мочевины и креатинина (до 202 мкм\л), повышение острофазовых показателей (серомукоид 0.78 ед., СРБ (+)).

При динамическом рентгенологическом исследовании (21.08.06г., 23.08.06г, 28.08.06г.) данных за пневмонию не выявлено. Отмечается расширение тени сердца в поперечнике (КТО 55%), расширение аорты. Отмечено расширение средостения за счет сосудистого компонента.

На ЭКГ – фибрилляция предсердий, тахиформа с ЧСС до 150 в мин., резкое снижение вольтажа зубцов на ЭКГ (r S в V 1-V4).

При ультразвуковом исследовании выявлено увеличение печени (+8см), жидкость в плевральных полостях, гидроперикард, причем выпот в динамике увеличивается.

Учитывая полиорганное поражение, проводилась дифференциальная диагностика с кардиомиопатией, с септическим процессом.

Несмотря на проводимое лечение (антибиотики, бронхолитики, диуретики, дезагреганты, антикоагулянты, дезинтоксикационная терапия) состояние больного прогрессивно ухудшалось. 28.08.06г. переводится на ИВЛ, 29.08.06г. наступает смерть при нарастающих явлениях легочно-сердечной недостаточности.

На секции выявлен плоскоклеточный недифференцированный рак правого главного бронха с переходом на трахею, средостение, метастазы в перикард, эпикард, миокард, лимфоузлы средостения, правый надпочечник. В полости перикарда ~ 120 мл геморрагический жидкости, листки перикарда шероховатые с очагами бляшковидных образований. На переднебоковой стенки левого желудочка плотный белесовато-розовый участок 25х2см. на всю толщу стенки, вплоть до эпикарда.

В данном случае имеет место поражение метастатическим процессом не только перикарда, но и миокарда, с нарушением ритма, рубцовоподобными изменениями на ЭКГ (r S в V1-V4), развитием сердечной недостаточности.

Иногда перикардит становится ведущим в клинической картине болезни, его выявление может способствовать диагностика основного заболевания.

Больной Т., 55 лет, поступил в пульмонологическое отделение в декабре 2006 года с диагнозом: обострение хронического бронхита, с жалобами на сухой кашель, заложенность в грудной клетке, общую слабость, одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, отеки на нижних конечностях. Ухудшение в течение месяца. При осмотре – легкий цианоз губ, ЧД 22-24 в мин., тоны

сердца глухие, ритмичные, ЧСС 110 в мин., АД 120\80 мм.рт.ст. В лёгких дыхание везикулярное, равномерно ослабленное, небольшое количество сухих свистящих хрипов в подлопаточных областях. Увеличена печень. Отеки стоп.

В анализах крови при поступлении – лейкоцитоз 10.5тыс. (п\я 12%), с последующей нормализацией. Во всех анализах отмечается ускорение СОЭ -22-28 мм\час. На рентгенограммах выявлено расширение сердца в поперечнике (КТО более 60%), хотя в анамнезе у больного нет указаний на артериальную гипертонию и перенесенные заболевания сердца, нет нарушения ритма.

На ЭКГ – синусовая тахикардия, снижение вольтажа ЭКГ во всех отведениях. На ЭХО КГ выраженный гидроперикард с угрозой тампонады, размеры камер сердца и ФВ ЛЖ в норме.

Был вызван кардиохирург. Проведена пункция перикарда с постановкой катетера (эвакуировано около 400 мл геморрагической жидкости). В анализах пунктата – лейкоциты 1-4 в п. зр., обнаружены единичные группы клеток подозрительные на злокачественные. По ФГДС и ФБС – органической патологии не выявлено. После пункции перикарда значительно уменьшилась одышка, нет цианоза, нет отеков, уменьшилась печень, сократились размеры сердца (КТО менее 50%).

В данном случае шла дифференциальная диагностика с экссудативным перикардитом и метастатическим процессом в перикарде. Учитывая характер жидкости в перикарде, не исключалось новообразование, поэтому пациент был направлен на КТ и к онкологу.

Выводы

1. В обоих случаях перикардит был выпотным, в клинике преобладала одышка, тахикардия, явления сердечной недостаточности (по правожелудочкому типу), характерные изменения на ЭКГ.
2. При выпотном перикардите неясного происхождения от 5 до 10% случаев в последующем обнаруживается злокачественная опухоль (чаще метастатического генеза при раке легкого, молочной железы, ЛГМ, реже при раке желудка и кишечника).

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНЕЙ СУСТАВА НА ФОНЕ ВНУТРИСУСТАВНОГО ВВЕДЕНИЯ МЕКСИДОЛА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

А.Н. Захватов, С.А. Козлов, А.Ю. Трифонов

ГОУ ВПО "Мордовский государственный университет им. Н.П.Огарева"
Саранск

Цель исследования. Изучить морфологические изменения тканей сустава на фоне внутрисуставного введения мексидола при посттравматическом артрите в эксперименте.

Материалы и методы исследования. Эксперименты проведены на 37 белых нелинейных крысах обоего пола. Животные были разделены на три серии. Первую серию (сравнения) составили интактные животные (10 крыс), во второй (контрольной) и третьей (опытной) сериях моделировали повреждение коленного сустава механическим методом по методике Г.М. Дубровина (2004 г). Под фторотановым наркозом в асептических условиях рассекали кожу, фасцию и капсулу сустава. В полость сустава вводили иглу Дюфо, обточенную под углом 90º и ориентированную на хрящ внутреннего мыщелка бедренной кости. Ввинчивающими движениями перфорировали суставной хрящ до упора в субхондральную кость, затем иглу удаляли. Получение фрагмента суставного хряща контролировали мандреном. Швы на рану накладывали через все слои.

Животным опытной серии (15 крыс), начиная со дня моделирования травмы, внутрисуставно вводили антиоксидант мексидол в дозе 5 мг/кг в 0,2 мл изотонического раствора натрия хлорида через день. Курс лечения составлял 7-8 инъекций. В контрольной серии (15 крыс) проводилось внутрисуставное введение 0,2 мл изотонического раствора натрия хлорида в эти же сроки.

Проводилось макроскопическое исследование полости сустава и поверхности хряща. За норму принимали сустав интактного животного. Гистологическим методом изучали морфологию суставного хряща, синовиальной оболочки и субхондрального слоя костной ткани. Материал фиксировали в 10% растворе формалина, после декальцинации заливали в парафин. Серийные срезы окрашивали гематоксилином и эозином. Исследования проводили на 3, 15 и 28 сутки после моделирования травмы. Животных забивали путем декапитации после внутрибрюшного введения раствора тиопентала натрия в дозе 100 мг/кг.

Результаты исследования. При гистологическом исследовании выявлено, что экспериментально созданный дефект распространялся на всю толщу хряща и доходил до субхондральной кости. В контрольной группе на 3 сутки дефект заполнялся тканевым детритом. В дальнейшем на 15 сутки дефект несколько увеличивался в объеме. Были выражены явления пе-

рифокального хондролиза и остеолиза субхондральной кости. К 28 суткам дефект частично выполнялся грануляционной тканью.

В опытной группе изменения в области дефекта на 3 сутки имели аналогичный характер, но на 15 сутки явления перифокального хондролиза и остеолиза в области дефекта были менее выраженными. К 28 суткам дефект выстилала зрелая соединительная ткань.

Вне зоны повреждения в контрольной группе на 3 сутки после моделирования травмы обнаруживались признаки отека хряща в виде его утолщения за счет средней зоны. Отмечалось нарушение вертикальной столбчатости лакун хондроцитов, а на поверхности хряща обнаруживались вертикальные узуры.

Одновременно с дезорганизацией элементов хрящевой ткани нарастали воспалительные изменения в синовиальной оболочке. Отмечался отек синовиальной оболочки и диффузная инфильтрация ее полиморфноядерными нейтрофилами и лимфоцитами. Определялось полнокровие сосудов и увеличение их просвета, эндоваскулиты и тромбообразование. Около сосудов в большом количестве сконцентрированы нейтрофилы, лимфоциты и единичные гистиоциты.

На 15 сутки определялись признаки атрофии хряща, заключавшиеся в его истончении, стертости слоистости и вертикальной столбчатости, с явлениями отслойки поверхностной бесклеточной пластинки. В синовиальной оболочке отмечались начальные явления дистрофических процессов в виде ее атрофии и инфильтрации гистиоцитами и лимфоцитами.

К 28 суткам наряду с этим увеличивались количество и глубина трещин, усугублялась дегенерация хондроцитов, проявляющаяся их диффузной вакуолизацией цитоплазмы, сморщиванием и пикнозом ядер. При исследовании синовиальной оболочки выявлялась картина хронического посттравматического синовита в виде атрофии синовиального покрова, склероз стенок сосудов, фиброз стромы синовиальных складок, мелкоочаговая инфильтрация из лимфоцитов.

На 3 сутки после внутрисуставного введения мексидола наблюдались признаки отека хряща при сохранении четкой зональности и вертикальной столбчатости лакун хондроцитов. Отмечался отек синовиальной оболочки и умеренная инфильтрация ее полиморфно-ядерными нейтрофилами и лимфоцитами.

При исследовании на 15 сутки явления отека хряща уменьшались, но вблизи от области дефекта были обнаружены неровность контуров суставной поверхности и единичные мелкие трещины поверхностной зоны хряща. Участками поверхностная пластинка не визуализировалась.

К 28 суткам внутрисуставного введения мексидола признаки атрофии хряща отсутствовали, и его строение на большем протяжении соответствовало гистологической картине интактной хрящевой ткани. Синовиальная оболочка имела волокнистое строение, без признаков воспаления.

Таким образом, внутрисуставное введение мексидола уменьшает вы-

раженность фиброза, ограничивая его исключительно областью дефекта, сдерживает развитие дегенеративно-дистрофических изменений в хрящевой ткани, а также значительно снижает выраженность воспаления в синовиальной оболочке и степень вторичной альтерации тканевых структур.

ГЕРНИОПЛАСТИКА АУТОДЕРМОЙ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Ю.И. Зимин, И.В. Сергеев, Е.А. Горбунова, Ю.В. Митронькина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Состояние передней брюшной стенки после оперативных вмешательств на последней является важнейшим фактором социальной и профессиональной реабилитации больных. За последние годы в связи с возрастающим числом оперативных вмешательств на органах брюшной полости частота послеоперационных вентральных грыж возросла в 9 раз и более, и за последние годы наблюдается тенденция к их увеличению в общей структуре хирургической патологии. Следовательно, лечение больных с данной нозологической формой является проблемой не только медицинской, но и социально-экономической, которая до сих пор не решена до конца.

Для закрытия мышечно-апоневротического дефекта при вентральных грыжах используют синтетические материалы, металлические сетки, алло - и ксенотрансплантаты. Однако применение для пластики грыжевых ворот чужеродного материала нередко является причиной развития инфильтрата, нагноения, лигатурных свищей, что может потребовать удаления трансплантата с последующим развитием рецидивной грыжи.

Несмотря на большое количество предложенных пластических пособий, рецидивы послеоперационных вентральных грыж возникают довольно часто, и их число колеблется в широких пределах от 3 до 60 %, что свидетельствует о неудовлетворительных результатах лечения, о продолжающихся поисках новых и реабилитации «старых» пластитеских пособий.

Взятие кожных лоскутов с зоны операционной раны позволяет получить их без нанесения дополнительной травмы и позволяет говорить о доступностипластического материала. Достаточная механическая прочность во всех направлениях, эластичность, отсутствие разволокняющих свойств обьясняющая войлокообразным строением коллагеновых волокон, что подтверждает положительные качества дермального лоскута. Аутодермальная ткань содержит комплекс биологически активных веществ, которые способствуют не только улучшению местного гемостаза и повышению тканевой резистентности, но и стимуляции процессов регенерации.

С 1997 по 2006 г. прооперировано 68 больных с послеоперационны-

ми вентральными грыжами, из них с рецидивными и рецидивирующими – 6. По возрасту больные распределились следующим образом: от 31 года до 40 лет- 2, от 41 года до 50 лет – 6, от 51 года до 60 лет – 33,от 61 года до 70 лет – 22, от 71 года до 80 лет – 5. Из них 37 (54,4%) получили комбинированную (хирургическое лечение, химиотерапия или лучевая терапия), и комплексную терапию (хирургическое лечение, химиотерапия, лучевая терапия).

Для пластики выкраивали кожный шнур по ходу операционного разреза. Последний разрез дезенфицировали в растворе антибиотика без удаления эпидермиса. Эпидермальный шнур в основном использовали в 2 вариантах. В 1 варианте (58 больных) последним простёгивали в волнообразном порядке мышечно-апоневротические лоскуты с целью укрепления дубликатуры при грыжесечениях, выполненных по методу прф. Н. А. Баулина (2 ряда П-образных швов с третьим рядом подкрепляющих), во 2 варианте использовали дермальный шнур (8 пациентов) в сочетании с эксплантом – полипропиленовой сеткой «Линтекс». В 1 случае выполнена пластика по методу Шиловуева С.П., в 1 – по методу Бородина. Операцию заканчивали ирригационным дренированием, на 4-5 сутки трубчатый дренаж удалялся. Раневые осложнения выявлены в 4 случаях (6,9%)- свищ, инфильтрат, в 2 случаях серома. При изучении ближайших и отдалённых результатов выявлено 2 рецидива (3%).

Исходя из вышеизложенного, следует отметить, что использование аутодермы в качестве протезирующего и шовного материала позволяет использовать её не только при различных клинических формах грыжевых образований, но и при различных конституциональных вариантах передней брюшной стенки. Результаты наших исследований показывают, что для аутодермальной пластики послеоперационных вентральных грыж при реабилитации онкологических больных имеется достойное место.

ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА СЕЛИТЕБНЫХ ТЕРРИТОРИЯХ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.А. Злодеева

ГУЗ «Областная детская клиническая больница»
Оренбург

Состояние здоровья детей - один из наиболее чувствительных показателей, отражающих изменения качества окружающей среды. Отрицательное влияние выраженного экологического неблагополучия на респираторную заболеваемость детей – достаточно установленный факт (Таточенко В.К., Дорохова Н.Ф., Шмакова С.Г., 1998).

Целью данного исследования явилось изучение распространенности аллергических заболеваний (2000-2004 гг.) и оценка иммунного статуса у детей и подростков, проживающих на территории с высоким уровнем антропогенной нагрузки.

По данным исследования экологической ситуации в Оренбургской области (Боев В.М. с соавт., 2003, Скачкова М.А., 2004) в настоящее время в Восточном Оренбуржье сформировалась техногенная провинция с высоким уровнем антропогенной нагрузки на население. Основным источником загрязнения является Орско-Халиловский металлургический комбинат города Новотроицка. В атмосферном воздухе отмечается высокий уровень загрязнения диоксидами серы, окислами азота, сероводорода, углеводами, взвешенными частицами, превышающими ПДК в 1,5-2 раза, особенно в теплый период года. В Центральной зоне с высокой плотностью населения (20,68 на кв.км) расположен административный центр области. Оренбург - крупный промышленный город с высокой машиностроительной, газодобывающей, газо- и нефтеперерабатывающей индустрией, что приводит к высокому уровню загрязнения атмосферного воздуха. За последние 5 лет индекс загрязнения атмосферного воздуха по пяти загрязнителям был в 1,3 раза выше в Новотроицке и в среднем составлял 7,35, в Оренбурге – 5,71. В соответствии с классификацией МГМО уровень загрязнения атмосферного воздуха в Новотроицке следует оценить как высокий, а в Оренбурге повышенный.

Иммунная система наиболее подвержена воздействию множества факторов, одним из которых является уровень антропогенной нагрузки. С целью оценки экологической ситуации на состояние иммунного статуса обследованы 78 детей группы часто и длительно болеющих (ЧДБ) городов Оренбурга и Новоторицка. У детей группы ЧДБ обоих городов отмечалось достоверное увеличение СД4, снижение СД3, СД8, СД20, нарастание иммунорегуляторного индекса (ИРИ) и уровня IgE, особенно у детей Новотроицка. В отличии от часто болеющих детей Оренбурга у детей Новотроицка в период клинического благополучия выявлялись низкие показатели IgA, IgG, ФП и высокие уровни ЦИК. Таким образом, выявленные изменения в иммунном статусе ЧДБ детей можно отнести к вторичной иммунологической недостаточности, а значительное увеличение содержания IgE, повышение СД4, ИРИ свидетельствуют об аллергизации организма.

Проведенные нами исследования показали, что более высокий уровень распространенности аллергических заболеваний (бронхиальная астма, аллергический ринит, атопический дерматит) у детей отмечался в Восточной зоне области (24,66±0,71 на 1000 населения). У подростков высокие показатели заболеваемости аллергической патологией зарегистрированы как в Восточной (25,31±1,07), так и в Центральной зонах (28,25±1,7). В крупных и больших городах области – Оренбург, Орск и Новотроицк , расположенных в Центральной и Восточной зонах – у детей

(соответственно 29,26±1,7, 38,14±1,5 на 1000 населения) и подростков (соответственно 29,9±1,07, 28,69±1,45 на 1000 населения) показатели заболеваемости аллергической патологией достоверно выше, чем у жителей сельской местности этих территорий, что совпадает с данными ряда авторов (Ильина Н.И., Хаитов Р.М., 2001, Балаболкин И.И., 2002). Проведенная корреляция с использованием коэффициента Спирмена позволила выявить связь формирования аллергических заболеваний органов дыхания (аллергический ринит, бронхиальная астма) с воздействием оксида углерода, диоксида азота, сероводорода, диоксида серы + диоксида азота, фенола, диоксиды серы + сероводорода. Большое число больных с аллергическими заболеваниями органов дыхания в Восточной зоне может быть связано с высоким уровнем ингаляционных поллютантов.

Таким образом, загрязнения атмосферного воздуха селитебных территорий продолжают оставаться одним из приоритетных факторов риска развития аллергических заболеваний органов дыхания у детей и подростков.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ГЕПАТИТА А

О.А. Зыкова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Цель исследования. Оценить эффективность метаболической терапии на основании сравнительного анализа динамики клинических проявлений гепатита А в зависимости от степени тяжести заболевания.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленной цели проведено клиническое обследование 177 больных желтушным формами гепатита А, которые в зависимости от схемы лечения разделены на две группы: 1 группа – 146 больных, в лечении которых применялась базисная терапия с добавлением поливитаминов и рибоксина и 2 группа – 31 человек, получавших базисную терапию и цитофлавин (препарат из группы метаболических средств, представляющий собой сбалансированный комплекс из двух метаболитов: янтарной кислоты (300 мг) и рибоксина (50 мг) и двух коферментов-витаминов - рибофлавина (5 мг) и никотинамида (25 мг). В процессе обследования пациентов использованы унифицированные клинические, биохимические методики обследования. Группы обследуемых пациентов сопоставимы по возрасту, тяжести заболевания, частоте обнаружения клинических симптомов. Эффективность проводимой терапии оценивали по выраженности общеклинических (продолжительности интоксикационного и желтушного синдромов, длительности пребывания больных в стационаре) показателей до и после лечения.

Выявлено, что у пациентов 1 группы продолжительность интоксикационного синдрома составила: при легкой степени болезни 6,9±0,3 дня, при средней – 11,8±0,4 дня, при тяжелой – 20,1±2,2 дня, тогда как во 2 группе - 5,94±0,6 дня, 9,65±0,4 дня, 16,0±0,92 дня соответственно ($p<0,05$). Длительность желтушного периода у больных 1 группы была при легкой степени тяжести 12,4±0,5 дня, при средней степени – 15,6±0,4 дня, при тяжелой – 23,2±2,3 дня, напротив, во 2 группе на фоне приема цитофлавина продолжительность желтушного периода при легкой степени тяжести составила 7,75±1,35 дня, при средней –13,7±0,47 дня, при тяжелой – 20,0±0,73 дня ($p<0,05$). Продолжительность госпитализации в зависимости от степени тяжести у больных 1 группы составила 18,9±0,5 дня, 21,0±0,5 день и 26,3±3,7 дня соответственно, а во 2 группе – при легкой степени тяжести – 16,0±0,2 дней, средней – 17,8±0,4 дня, тяжелой – 20,5±0,6 дня ($p<0,05$).

Выводы.

Сравнение эффективности проводимой метаболической терапии у пациентов 1 группы (базисная терапия с добавлением поливитаминов и рибоксина) и 2 группы (базисная терапия и цитофлавин) с различной степенью тяжести HAV-инфекции свидетельствует о выраженном положительном терапевтическом влиянии цитофлавина при включении его в комплексную терапию гепатита А ($p<0,05$).

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА С НАЧАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ

Е.А. Иванов, В.А. Батанова, И.Г. Гиезов, Т.А. Алашеева, А.Г. Чапаева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
МУЗ «Городская клиническая больница №4»
Пенза

Состояние гиперкоагуляции и тромбогенные осложнения являются актуальной проблемой в клинической практике из-за большого количества инвалидизации и летальных исходов больных. 90% внезапных смертей приходится на инфаркт миокарда и инсульт, в Российской Федерации их более 400000 ежегодно, $^1/_3$ из них – моложе 50 лет. Окклюзии магистральных сосудов нижних конечностей нередко с ампутацией ног составляют другую не менее частую патологию, связанную с повышением свертывающей системы крови. Частота тромботических осложнений в современный период возрастает (Воробьев А.И., 1997г., Оганов Р., 2006г., Левин Я.И., 2006г., Козлова Т., 2006г. и др.) в том числе и у детей (Мишиева Н., 2006г. и др.), поэтому исследования в области гиперкоагуляции имеют важное значение для врачебной практики.

Цель нашей работы заключается в оценке клинического статуса пациентов дневного стационара с начальными нарушениями реологических свойств крови. Методом отбора данных обследования пациентов для метаанализа послужило известное положение о том, что с уровня гемоглобина (Hb) более 150 г/л регистрируется сгущение крови (Демидова А.В., 2006г.). Среди пациентов, прошедших обследование в дневном стационаре МУЗ ПГКБ №4 за I квартал 2007г. с показателями Hb>150 г/л оказалось 62 из 422-х (14,7%). Примечательно, что в составе указанных 62-х лиц были только мужчины и от всего мужского контингента обследованных они составили 44%. По возрасту преобладали пациенты 40-59 лет (40 из 62-х) с диагнозом: «Гипертоническая болезнь» (32 из 62-х), у одного из них в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда, у другого – инсульт. В меньшем количестве определялись болезни пищеварительной системы (15), бронхолегочной (8), остеохондроз позвоночника (7).

Гемограмма обследованных показала наибольшую частоту содержания Hb в пределах 151-160 г/л (52 из 62 пациентов). Реже определялись уровни Hb 161-170 г/л (7 из 62). Значения СОЭ могут свидетельствовать о реологических свойствах крови, так как показатели ниже 3 мм/час характерны для эритроцитоза. У 6-ти обследованных СОЭ=3 мм/час при Hb 157-160 г/л.

Таким образом, проведенный нами метаанализ клинического состояния пациентов дневного стационара, имеющих начальные признаки нарушения реологических свойств крови приводит к следующему заключению: признаки начальных нарушений реологических свойств крови определяются у 14,7% пациентов, причем в основном у мужчин (44%) преимущественно в 40-59 лет с наличием у половины обследованных артериальной гипертонии, иногда с анамнестическими данными о перенесенном инфаркте миокарда или инсульта. Заключение носит предварительный характер и может служить доказательством необходимости профилактики тромботических осложнений на стадии начальных нарушений реологических свойств крови.

ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННЫЙ СИНДРОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

Е.А. Иванов, В.Н. Талышева, С.В. Чурбанов, Л.В. Прохорова, Т.А. Городнова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
МУЗ «Городская клиническая больница №4»
Пенза

В клинической практике нередко приходится иметь дело с нарушениями гемостаза. Возникающие при этом кровотечения и тромбозы угро-

жают летальным исходом или инвалидизацией. Терапевты больше знакомы с геморрагическим синдромом, чем с патологией повышения свертываемости крови. Литературные данные свидетельствуют об учащении случаев тромботических осложнений при сердечно-сосудистых заболеваниях (Виленский М, 2005г., Оганов Р, и др. 2006г., Левин Я.И., 2006г., Козлова Т, 2006г. и др.). Это в первую очередь касается инфарктов миокарда, инсультов, окклюзии магистральных сосудов нижних конечностей и тромбэболии ветвей легочной артерии. 90% внезапных смертей приходится на инфаркт миокарда и инсульт. В РФ внезапных летальных исходов более 400 тысяч ежегодно, 1/3 из них моложе 50 лет.

Актуальность предупреждения тромботических осложнений кровообращения очевидна, между тем отсутствие достаточно четкой классификации тромботических состояний препятствовало адекватной оценке различных случаев гиперкоагуляции и соответственно - профилактики тромбозов.

Понятие о гиперкоагуляционном синдроме как о самостоятельной форме патологии системы свертывания крови сформулировано А.И. Воробьевым в 1997г. Гиперкоагуляционный синдром – это коагулопатия с небольшим количеством не резко выраженных клинических проявлений и лабораторными показателями повышенного свертывания при отсутствии образования тромбов. Однако имеется состояние повышенной готовности крови к свертыванию.

Наиболее часто гиперкоагуляционный синдром наблюдается при полиглобулии (эритроцитозы), при повреждении сосудистого эндотелия (эндотелиопатии), при трансформации кровотока из ламинарного в турбулентный (мерцательная аритмия, пороки сердца и др.), при контакте крови с инородной поверхностью («травма крови» при клапанных и сосудистых протезах, гемодиализе и др.), при опухолях в стадии прогрессирования, при стрессах. В амбулаторной практике терапевта основная трудная задача – это выявлениях симптомов гиперкоагуляционного синдрома: выраженность их нерезкая, количество – небольшое, а предвещают они внезапную смерть или инвалидизацию высокой степени.

Клинические проявления гиперкоагуляционного синдрома – головные боли, тяжесть в голове, психическая заторможенность, снижение работоспособности. При заборе крови для исследования она быстро сворачивается.

Лабораторные отклонения при этом заключаются в понижении времени свертывания, понижении активированного частичного тромбопластивановаго времени (АЧТВ), повышении агрегационной способности тромбоцитов, повышении показателей красной крови (эритроцитозы).

Мы проводили метаанализ контингента пациентов с гиперкоагуляционным синдромом в ПГКБ № 4. Чаще всего это были лица старше 50 лет с артериальной гипертонией, повышенного веса, курящие, нередко имевшие в анамнезе данные о перенесенном инфаркте или инсульте.

Другая важная задача терапевта первичного звена – назначение несложного комплекса лекарственных средств и адекватного режима для профилактики тромботических осложнений. Общее направление лечения для всех разновидностей гиперкоагуляционного синдрома является: понижение сосудисто-тромбоцитарного гемостаза (рекомендуются дезагреганты) и нейтрализация активности коагуляционного свертывания (применяют антикоагулянты).

Нередко в амбулаторной практике терапевта встречается эритроцитоз при удовлетворительном состоянии пациента и нормальных показателях лабораторных тестов. Для таких пациентов, после проверки достоверности наличия эритроцитоза, показана коррекция режима (запрет курения, нормализация массы тела, регулярные аэробические нагрузки).

Таким образам, контроль пациентов с гиперкоагуляционным синдромом в амбулаторной практике терапевта является ведущим мероприятием, направленным на предупреждение угрожаемых внезапных летальных исходов и инвалидизиции больных.

О МОДЕРНИЗАЦИИ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В МУЗ «ГОРОДСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА» г. ПЕНЗЫ

В.С. Иванова, В.Г. Асеев, Г.М. Гришанович, Л.Г. Этингер, И.Е. Ситникова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
МУЗ «Городская центральная детская поликлинника»
Пенза

В реализации Национального проекта «Здоровье» усилилось первичное звено медицинской помощи, стала доступной высокотехнологическая лабораторная служба. МУЗ «Городская центральная детская поликлиника» выстроена по современному типовому проекту и открыта в 2006г. Поликлиника обслуживает 23 924 детей и 2 800 детей, учащихся техникумов. За счет централизации лабораторной службы лабораторным отделением поликлиники в 2006 г. проведено гематологических – 82 669, биохимических – 7 377, иммунологических – 1721, микробиологических –9063, общеклинических –92 101 и всего 256 234 исследований, которые в 1,5 раза превысили объем исследований, проведенных в этом районе обслуживания детей в 2005г. Это стало возможным за счет оснащения лабораторного отделения новым оборудованием.

Эффективная работа амбулаторно-поликлинического учреждения (АПУ) невозможна без современного диагностического оборудования, износ которого по Российской Федерации в последние годы составлял

64%.Поэтому на оснащение АПУ в стране в 2006г. выделено 14,3 млрд.руб, в 2007 г.- 15,4 млрд..руб.

Для иммунологических исследований приобретен полуавтоматический иммунологический анализатор Sunrise Spectra (Tecan, Австрия), позволяющий анализировать до 900 проб в смену и диагностировать вирусные, инфекционные и бактериальные инфекции и инфекции, вызванные простейшими. Для биохимических исследований приобретен полуавтоматический анализатор Clima MC-15 (RAL, Испания), позволяющий выполнять 200-300 исследований в смену. Ощутимо удобство работы на гемоглобинометрах МиниГем 540 (Техномедика, Россия), на микроскопах Axistar Plus (Carl Zeiss, Германия). Внедрен полуавтоматический анализатор мочи Clinitek Status (Bayer, Германия), выполняющий 60 исследований в час и позволяющий по 10 показателям проводить скрининговый анализ мочи.

Комфортные условия труда, новая аппаратура способствуют проведению непрерывного проведения исследований по диспансеризации здоровых и больных детей.

Определены группы здоровья детей (от 0 до 17 лет): I - 3 417 (9,2%), II - 12 398 (56,7%), III – 7770 (32,3%), IV – 419 (1,7%), V – 6 (0,02%). Определены диспансерные группы детей с анемическим синдромом –185 (из них 106 впервые выявлены), с сахарным диабетом – 20 детей (4 впервые выявлены), с заболеваниями мочеполовой сферы - 984 ребенка, с заболеваниями органов пищеварения – 1689 детей. Обследован на выявление паразитарных заболеваний 12841 ребенок. Обследован для лечения в стационаре 221 ребенок.

Доступность диагностической помощи – это возможность выполнения назначенного и обоснованного обследования в сроки, соответствующие клинической ситуации для принятия своевременных лечебных мероприятий и она должна быть первостепенной в педиатрии.

Оснащение новым оборудованием лабораторного отделения будет продолжено в 2007 г., планируется приобретение гематологического анализатора, что позволит быстро и с высокой точностью, минимальной трудоемкостью проводить качественное исследование крови и динамическое наблюдение за показателями в процессе лечения ребенка. Приобретение микробиологического анализатора, позволит в ранние сроки выявлять возбудителей инфекционных процессов и чувствительность антибиотиков к ним. Все вышеизложенное позволяет предполагать, что дальнейшая модернизация методов работы и обеспечения поликлиники в 2007 г. лабораторным оборудованием только значительно повысит производительность труда лаборатории, а детей обеспечит своевременной качественной лабораторной помощью.

ЛАБОРАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ОБУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

В.С. Иванова, Р.П. Савченко, Л.Г. Этингер, Г.М. Гришанович, И.Е. Ситникова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
МУЗ «Городская центральная детская поликлиника»
Пенза

Государственная стратегия технической модернизации службы лабораторной диагностики на ближайшее десятилетие является комплексной и учитывает планомерное оснащение лечебно-профилактических учреждений в рамках федеральных и региональных программ новым оборудованием. Укрепление материальной базы и технической оснащенности, внедрение компьютерных информационных технологий поможет проводить наблюдение за здоровыми и больными детьми с принятием соответствующих профилактических мер для предупреждения обострения заболеваний, а также отклонений в развитии. Это позволит формировать оптимальный уровень здоровья детского населения, который до сих пор оставался неудовлетворительным, что подтвердила Всероссийская диспансеризация 2002г. Для улучшения состояния здоровья детей необходимы системные преобразования в отрасли здравоохранения.

МУЗ «Городская центральная детская поликлиника» осуществляет программы Национальный проект «Здоровье», «Сахарный диабет», «Туберкулез», «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в г. Пензе 2006-2008гг». Сегодня в реализации Национального проекта «Здоровье» усилилось первичное звено медицинской помощи, стала доступной высокотехнологическая лабораторная служба.

МУЗ «Городская центральная детская поликлиника» выстроена по современному типовому проекту и открыта в 2006г., количество обслуживаемых детей 23 376 и 2 800 детей, учащихся техникумов. За счет централизации лабораторной службы лабораторным отделением поликлиники в 2006 г. проведено гематологических – 82 669, биохимических – 7 377, иммунологических – 1721, микробиологических – 9063, обще-клинических – 92 101 исследований. Всего - 256 234 исследований, которые в 1,5 раза превысили объем, проведенных в этом районе обслуживания в 2005г. Это стало возможным за счет оснащения лабораторного отделения новым оборудованием, на которое было выделено 1,5 млн рублей.

Для иммунологических исследований приобретен и внедряется в работу полуавтоматический иммунологический анализатор Sunrise Spectra (Tecan, Австрия), позволяющий анализировать до 900 проб в смену и диагностировать вирусные, инфекционные и бактериальные инфекции и ин-

фекции, вызванные простейшими.

Для биохимических исследований приобретен полуавтоматический анализатор Clima MC-15 (RAL, Испания), позволяющий выполнять 200-300 исследований в смену.

Рутинные методы уступают место методам работы на гемоглобинометрах МиниГем 540 (Техномедика, Россия), на микроскопах Axistar Plus (Carl Zeiss, Германия). Внедрен полуавтоматический анализатор мочи Clinitek Status (Bayer, Германия), выполняющий 60 исследований в час по 10 показателям мочи.

Наличие такого оборудования позволяет выявлять на ранних стадиях заболевания нарушения обмена веществ у детей, выявлять степень инвазивности инфекционными агентами (ЦМВ, вирусы гепатитов, токсоплазменная инфекция, лямблиоз, токсокароз, краснуха).

Определены группы здоровья детей (от 0 до 17 лет): I - 3 417 (9,2%), II - 12 398 (56,7%), III – 7770 (32,3%), IV – 419 (1,7%), V – 6 (0,02%). Дети I группы здоровья проходят профилактические медицинские осмотры в полном объеме и в сроки, определяемые стандартами. Контроль за здоровьем детей, отнесенных ко II группе здоровья, осуществляется ежегодно с проведением лабораторных исследований, т.к. эти дети представляют собой группу риска и заслуживают более пристального внимания. Дети, отнесенные к III-V группам здоровья, проходят профилактические осмотры и обследование в зависимости от тяжести нозологического процесса в соответствующие возрастные периоды.

Периодичность осмотров здоровых детей проводится ежемесячно до года, ежеквартально на втором году жизни, раз в полугодье – на третьем, ежегодно - в возрасте до 17 лет. Их осуществление требует исполнения общего анализа крови, мочи и копроскопии, а у детей с заболеваниями дополнительно проводят исследование глюкозы крови и холестерина.

Определены диспансерные группы детей с анемическим синдромом – 185 (из них 106 впервые выявлены), с сахарным диабетом – 20 детей (4 впервые выявлены), с заболеваниями мочеполовой сферы - 984 ребенка, с заболеваниями органов пищеварения – 1689.Обследован 221 ребенок для лечения в стационарах Областной детской клинической больницы.

Проведено обследование детей на паразитарные заболевания. Амбулаторно обследован 12841 ребенок методом копроовоскопии - 40,2%, методом перианального соскоба - 40,2%, на протозоозы- 23,2%. Среди них дети дошкольных учреждений, неорганизованные дети и школьники 1-11 классов. Выявлен аскаридоз у 10 детей, энтеробиоз –у 137, лямблиоз – у 4, описторхоз – у 1, токсокароз – у 2 и у 26 детей выявлен педикулез. Все дети и их семьи санированы, обследованы повторно и взяты на диспансерный учет.

Диспансерное обследование в 2006 году прошли все здоровые и больные дети района обслуживания поликлиники.

Несмотря на то, что оснащение лабораторий первичного звена ком-

плектами оборудования расширяет возможности диагностики и позволяет выполнять широкий спектр исследований, однако для эффективной работы приходится решать ряд важных задач:

- обучение персонала лаборатории работе в новых условиях труда,
- обучение врачей педиатров и врачей лаборантов работе по стандартам медицинской помощи,
- определение перечня актуальных для данного региона лабораторных исследований,
- эффективное и экономичное использование выделяемых материальных средств для проведения лабораторных исследований.

Обучению медицинского персонала МУЗ «Городская центральная детская поликлиника» предается большое внимание. Необходимо было обучить лаборантов на местах работе на новом оборудовании, правильно рассчитывать затраты на приобретение реактивов, налаживать мероприятия по контролю качества лабораторных исследований, обучить средний медицинский персонал технике безопасности, мероприятиям санэпидрежима, четкому выполнению функциональных обязанностей. Запланированы на 2007 год и проводятся кафедрой клинической лабораторной диагностики занятия с сотрудниками лабораторного отделения по методам диагностики паразитарных заболеваний.

В 2006 г. кафедра клинической лабораторной диагностики провела для заведующих лабораторий, врачей и биологов ЛПУ цикл «Клиническая лабораторная диагностика» с привлечением специалистов, разрабатывающих вопросы реализации Национального проекта «Здоровье» по специальности клиническая лабораторная диагностика, на котором участвовали и врачи лаборанты поликлиники. Теоретический лекционный материал и семинарские занятия касались вопросов рационального применения новой аппаратуры, выбора производителя диагностических тест-систем, выбора поставщиков для обеспечения бесперебойных поставок тест-систем, возможных нарушений при эксплуатации новой аппаратуры и их исправлению.

В 2007 г. кафедрой клинической лабораторной диагностики для участковых врачей педиатров намечен и начал проводится цикл «Клинико-диагностическое значение лабораторных исследований». На цикле разбираются вопросы стандартизации медицинской помощи детям на амбулаторно-поликлиническом уровне. Стандарт определяет перечень медицинских услуг и лекарственных средств, затраты на которые компенсируются программой Государственных гарантий. Врач должен знать, как обеспечить пациенту, соответствующему модели заболевания, лабораторное обследование, другие медицинские услуги и лекарственные средства. На основе стандартов, разработанных по основным заболеваниям, можно рассчитать прогностическую стоимость ведения больных, а зная уровень заболеваемости отдельными нозоологиями и затраты на оказание медицинской помощи на территории в целом. На цикле в рамках Национального

проекта «Здоровье» рассматривается объем лабораторных исследований на этапах диспансеризации, группы риска и основных социально-значимых заболеваний. Врачи педиатры знакомятся не только с диагностическими возможностями нового оборудования, но и его работой, а также работой с протоколами-стандартов, поэтому имеется целесообразность проведения подобного цикла для врачей педиатров г. Пензы.

Подобная система: Образование → Внедрение → Анализ результатов, позволит более эффективно использовать лабораторное оборудование и внедрение протоколов-стандартов на уровне амбулаторно-поликлинического звена в педиатрии. Увеличение объема и информативность исследований становятся возможными в результате модернизации труда, обеспеченности современным оборудованием и будут способствовать раннему выявлению заболеваний у детей.

ЭФФЕКТИВНОЕ И БЕЗОПАСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛУЦЕТАМА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ВНИМАНИЯ, ПАМЯТИ, МЫШЛЕНИЯ

М.А. Иошкина, Н.В. Савельева, Ю.Е. Долгова, М.А. Северина

ГУЗ «Областной госпиталь для ветеранов воин»
Пенза

Более 30 лет ноотропы широко применятся для лечения различных когнитивных нарушений, восстановления задержки умственного развития у детей, лечения вестибулярных нарушений, сосудистых заболеваний. Одним из вопросов, связанных с практическим применением пирацетама является выбор доз препарата. В нашей стране чаще используются невысокие дозы пирацетама от 800 до 1200 мг. Между тем эффективные дозы этого препарата превышают принятые у нас в стране в 3 - 10 раз. Назначение больным такого количества капсул сопряжено с большими сложностями, связанными, прежде всего с несогласием больного на подобную терапию. Препарат Луцетам (компания Эгис, Венгрия) позволяет решить проблему личного согласия пациента и экономичности лечения большими дозами. Луцетам выпускается в трех дозировках: 400 мг, 800 мг, 1200 мг, что позволяет подобрать оптимальный режим дозирования и обеспечить удобство приема для каждого пациента индивидуально. Компанией Эгис для проведения исследования выделена курсовая доза на 20 дней для 10 пациентов госпиталя.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность средне - терапевтической дозировки луцетама 2,4 г в сутки при хронической недостаточности мозгового кровообращения с умеренно выраженными расстройствами памяти и внимания.

В исследование вошли 10 больных, средний возраст которых соста-

вил 62 года. Методы исследования включали клиническое, инструментальное (УЗДГ экстра- интракраниальных сосудов, ЭЭГ) обследование и патопсихологическое тестирование. Пациентов обследовали перед началом терапии и на 20 день лечения.

До начала лечения основные жалобы были представлены: головокружением (7 больных), головными болями (6 больных), снижение памяти и рассеянностью внимания (10 больных).

В неврологическом статусе выявлена только рассеянная микросимптоматика, преимущественно со стороны ЧМН (10 больных).

При УЗДГ сосудов головного мозга гемодинамически значимых расстройств не выявлено (10 больных).

При ЭЭГ у 5 больных доминировала низкоамплитудная высокочастотная бета активность, у 3 больных альфа активность, у 2 больных низкоамплитудная активность альфа и тета диапазонов. У одной больной в конце гипервентиляции регистрировались полифазные колебания без четкой латерализации.

Сохранность интеллектуальных процессов, навыков счёта, устойчивости внимания оценивали пробой отсчитывания 100-7; степень и качество концентрации внимания таблицами Шульте; состояние функций памяти больных, утомляемости - пробой на запоминание 10 слов.

До начала терапии у всех пациентов выявлена повышенная истощаемость мнестических функций и неустойчивость внимания, характерные для астении. Кривая запоминания у всех больных имела зигзагообразный характер, количество запоминаемых слов у 4 больных не превышала 7, у 5 больных 5-6 слов. Больные испытывали затруднение и обнаруживали замедление темпа при отсчитывании от 100 по 7 и замедление темпа к концу отсчёта. Это свидетельствует о затруднённости умственной деятельности и повышенной утомляемости.

При отыскивании чисел по таблице Шульте 4 больных тратили от 55 сек до 1 мин 20 сек, 5 больных - от 1 мин 10 до 1 мин 40 сек., что значительно превышало нормальные показания.

Лечение луцетамом проводили в течение 20 дней в суточной дозировке 2,4 г.

Результаты лечения показали:

1. Существенное улучшение первоначальных показателей психометрических тестов во всех 10 случаях:
   - на 30% уменьшилось время выполнения заданий при использовании таблицы Шульте и пробы с отсчитыванием;
   - количество запоминаемых слов достигло 8-9, что на 20 % лучше по сравнению с исходными возможностями.
2. Уменьшилось головокружение у 5 из 7 пациентов, у 5 из 6 больных купировались головные боли.
3. Хорошую переносимость суточной дозировки 2,4 г только 1 пациент самостоятельно уменьшил суточную дозировку до 1,6 г,

ссылаясь на увеличение тяжести в голове.

Выводы.

Полученные результаты терапии луцетамом у пациентов с признаками цереброваскулярной недостаточности позволяет нам рекомендовать данный препарат для лечения возрастных нарушений памяти, внимания и других когнитивных функций.

ИНТРАНАТАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ КТГ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПОКСИИ ПЛОДА

Д.С. Ирышков, В.Ю. Тишин

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Гипоксические состояния плода и новорожденного занимают одно из первых мест среди причин перинатальной заболеваемости и смертности. Они приводят к тяжелым последствиям со стороны ЦНС и других органов не только в постнатальном периоде, но и в дальнейшей жизни ребенка. Поэтому диагностика, профилактика и лечение кислородной недостаточности у плода чрезвычайно важны для обеспечения здоровья будущего поколения.

Во время беременности диагноз внутриутробной гипоксии плода представляет определенные трудности в связи с тем, что при длительно протекающей гипоксии у него вступают в действия адаптационные механизмы, которые компенсируют многие нарушения функций его организма.

В настоящее время кардиотокография (КТГ) является наряду с УЗИ и УЗДГ ведущим методом оценки состояния плода.

Существуют несколько шкал оценки состояния плода по КТГ. Принятая система Фишера включает оценку частоты базального ритма, амплитуды мгновенных осцилляций, частоты осцилляций, количество акцелераций и децелераций за тридцать минут.

По данным большинства исследователей достоверность результатов получаемых с применением бальных систем составляет около 75%. Несмотря на удобство бальных систем, более ценным является анализ КТГ, при котором получает свою клиническую оценку каждое в отдельности отклонение от физиологической нормы.

Цель работы. Оценка критериев КТГ для определения состояния плода и выявления показаний к операции кесарево сечение в родах.

Материалы и методы обследования. Нами был проведен ретроспективный анализ 33 историй родов на базе МУЗ Городской родильный дом №1 г.Пенза.

Все беременные были разбиты на две группы. В первую группу во-

шло 16 беременных, у которых КТГ было в пределах физиологической нормы (контрольная группа).

Во вторую группу вошли 17 беременных с гипоксией у плода и соответствующей патологической КТГ, роды у них закончились путем операции кесарево сечение.

Обсуждение. Основным показанием к операции кесарево сечение явилась внутриутробная гипоксия плода, которая была выставлена на основании данных КТГ. В ходе исследования мы получили следующие данные: базальный ритм в обеих группах был в пределах нормы 134,25±5,6 в I группе и 137,2±22,3 во II группе ($p > 0,05$); амплитуда записи КТГ была выше в I группе 9,6±3,3 по сравнению со II группой 5,8±4,3 ($p < 0,05$) ; частота записи КТГ в обеих группах была одинакова 7,12±1,2 и 6,8±2,1 соответственно ($p < 0,05$); акцелерации достоверно превышали в I группе 5,87±2,9 по сравнению со II группой 1,5±2,6 ($p < 0,05$); децелерации в первой группе практически отсутствовали 0,1±0,01 и 1,6 ±0,2($p < 0,05$). Общая оценка по шкале Фишера составила 7,7±0,8 и 6,9±0,7 ($p < 0,05$) соответственно.

При использовании критериев Доуза – Редмана получены следующие результаты: базальный ритм 134,3±5,6 в I группе и 137,2±22,3 во II группе ($p > 0,05$); акцелерации более 10 уд/мин – 5,7±2,7 и 1,9±1,2 соответственно ($p < 0,05$); акцелерации более 15 уд/мин – 3,5±0,8 и 1,18±0,4 ($p < 0,05$); децелерации 0,1±0,01 и 1,5±0,2 ($p < 0,05$); высокие эпизоды 13±3,4 и 3,7±1,3; низкие эпизоды 6,5±1,6 и 12,1±1,6 соответственно ($p < 0,05$); вариабельность 10,9±4,1 в 1 группе и 7,4 ±0,2 во 2 группе ($p < 0,05$).

Состояние детей по шкале Апгар 8 – 8 баллов в I группе и 7 – 8 баллов во II группе ($p < 0,05$).

Выводы.

Показаниями к операции явилась клинически диагносцированная прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода, выставленная на основании оценки кардиотокографии, по которой характерными и достоверными признаками внутриутробной гипоксии плода явились: отсутствие акцелераций, наличие децелераций (поздних Dip11), уменьшение высоких эпизодов и увеличение низких эпизодов.

Таким образом, данные критерии являются доказательными в диагностике внутриутробной гипоксии плода и должны служить одними из показаний к экстренной операции кесарево сечение в интранатальном периоде в интересах плода.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНСТЕНОНА В ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В.Я. Исаев

ГУЗ «Областная детская больница имени Н.Ф.Филатова»
Пенза

Церебральная ишемия – патологическое состояние новорожденного, которое возникает в пре- и перинатальном переходах нарушении ЦНС. Часто ведет к формированию стойкого неврологического дефицита.

Инстенон назначался в дозе 0,1 мл. на/кг. Массы тела в сутки в виде внутримышечного введения 5 дней, затем переводились на приём через рот. Принимали дети от 3 месяцев до 1 года 8 детей.

У 6 детей появились новые двигательные навыки, 4 ребёнка стали самостоятельно садится, двое – вставать на ножки и делать шаговые движения. Двое детей пролечены инстеноном с нейросенсорной тугоухостью. Возраст детей 8-12 лет.

Лечение проводилось приемом инстенона по 1 драже 2 раза в день 3 дня, затем 1 драже 3 раза в день в течение 4-х недель. Отмечалось улучшение данных аудиограммы, улучшение слуха.

3 ребенка с невритом лицевого нерва получили лечение. Прием препарата проводился по 1 драже 3 раза 1 месяц. Улучшение наступало на 4,5 дней быстрее. Кроме того дети получали витамины группы В, диакарб, протезин, десенсибилизирующие средства.

Синдром ВСД является одним из самых распространенных состояний у детей и подростков. Было пролечено 16 детей. Возраст детей от 7 до 15 лет.

Все дети получали препарат в драже инстенона-форте по 1 драже 3 раза в день. 8 детей было с вагуинсулярной формой и 6 детей с симпатоадреналовой формой. Двое детей – со смешанной формой. У всех детей отмечалось улучшение. Реже стали беспокоить головные боли, исчезал субфибрилитет. Особенно улучшение было у детей с вагуинсулярной формой и смешанной формой.

Двое детей получали препарат в сочетании с актовегеном в отделении и вирусным менингоэнфелалитом. У этих детей отмечается улучшение. Дети пришли в сознание. Появилось движения, глотание.

У всех детей получавших инстион в инъекциях и драже, осложнений не было. У одного ребенка отмечалось возбуждение, покраснение лица, чувство жара. При снижении дозы осложнения исчезали.

Таким образом, препарат инстинон оказывает хорошее положительное воздействие на воздействие на ЦНС, нормализует сосудистый тонус, влияет на двигательную и психическую сферу больных.

СПОСОБЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕТРОРРАГИЕЙ

М.Н. Исламова, Н.А. Андреева

ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»
Саранск

Миома матки является одним из наиболее распространенных опухолевых заболеваний женских половых органов, существенно повышает заболеваемость женщин, может вызвать бесплодие, маточные кровотечения, нарушение функции тазовых органов и является одной из основных причин гистерэктомии. Приходится констатировать, что основным методом лечения миомы остается хирургическое вмешательство. Несмотря на развитие современных хирургических технологий, у 8-9 из 10 женщин проводится радикальная операция на матке, хотя известно, что миома матки является доброкачественной опухолью. При этом большинство оперативных вмешательств приводят к потере репродуктивной и менструальной функций женщины. Для миомы матки характерно многообразие клинических вариантов, но к наиболее частым из них относятся нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи и метроррагий. Наличие у больных анемизирующих маточных кровотечений становится одним из важнейших факторов, способствующих развитию тяжело текущих дезадаптационных синдромов. Повышенная кровопотеря, приобретающая характер хронической, довольно скоро истощает адаптивные возможности организма женщины, в частности, систем кроветворения и гемостаза. В последние годы хроническая анемизация, как исход некомпенсированных метроррагий при миоме матки, фигурирует среди показаний для оперативного лечения более, чем у 70% женщин. До настоящего времени одной из актуальных проблем является выбор эффективного лечения миомы матки и ее осложнений. Несмотря на использование мощного арсенала медикаментозных средств, традиционная консервативная гемостатическая терапия не всегда дает желаемый эффект, что вызывает необходимость экстренного оперативного лечения даже на фоне хронической анемизации организма. Остановив кровотечение, можно избежать экстренного оперативного вмешательства и снизить процент осложнений в послеоперационном периоде.

Цель исследования. Изучить характер влияния аминометилбензойной кислоты (Амбен) на систему гемостаза у больных миомой матки, осложненной метроррагией, в целях профилактики постгеморрагических анемий и повышения качества предоперационной подготовки у ургентных больных.

Материалы и методы. Для изучения интересующей нас проблемы обследованы в динамике 40 женщин с миомой матки, осложненной мет-

роррагией, из них 20 женщин составили основную группу, которым с целью гемостатической терапии и оптимизации предоперационной подготовки в дополнение к традиционным средствам консервативной терапии вводили 1% амбен 5 мл внутривенно струйно 2 раза в день. Группу сравнения составили 20 женщин, получавших только традиционную гемостатическую терапию. Как известно, специфическое гемостатическое действие амбена при кровотечениях, обусловленных повышением фибринолиза, связано с блокадой активаторов плазминогена и частичным угнетением влияния плазмина.

Обследование больных начинали с изучения анамнеза и объективных данных, полученных с помощью рутинных методов, включая гинекологическое исследование. Подтверждение данных проводилось по совокупности нескольких критериев: жалоб, данных анамнеза заболевания, клиники, дополнительных лабораторных методов обследования (определение гемоглобина, протромбинового индекса, фибриногена, времени свертываемости, кровоточивости, толерантности плазмы к гепарину; общий белок, альбумин, гаптоглобин, церулоплазмин) до начала лечения и на вторые сутки после применения препарата.

Результаты исследования. При анализе данных установлено, что более выраженное снижение фибринолитической активности крови наблюдается в основной группе после применения амбена, чем в группе сравнения при использовании стандартной гемостатической терапии. Также проводилось исследование биохимических показателей крови (общего белка, альбумина, гаптоглобина, церулоплазмина см. таблицу 1).

Таблица 1

Динамика важнейших биохимических показателей крови у больных при лечении амбеном (M ± m)

Показатель	До лечения	После лечения
Общий белок, г/л	54,57 ± 2,13	59,55 ± 2 ,61
Альбумин, г/л	47,1 ± 0 ,59	45,85 ± 1,18
Гаптоглобин, г/л	0,94 ± 0,06	1,12 ± 0,1
Церулоплазмин, мг/л	460,31 ± 43,11	519,28 ± 50,6

Как видно из приведенных данных, у больных миомой матки, осложненной метроррагией, наблюдается гипопротеинемия, в основном за счет альбуминовой фракции белка, а также протеидов, влияющих на коагуляционные характеристики крови. Введение амбена в указанных дозах способствует восстановлению протеинового профиля крови до субнормальных значений, что клинически проявляется гемостатическим эффек-

том. Таким образом, полученные нами данные указывают на целесообразность применения амбена при предоперационной подготовке больных миомой матки, осложненной метроррагией.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

О.А. Каменева, Б.Г. Искендеров, А.В. Казанцев, О.А. Ильин

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина»,
ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Тромболитическая терапия для лечения больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) нашла широкое применение в большинстве стран мира. Хотя "тромболитическая эра" продолжается более 40 лет, до сих пор применение тромболитиков ограничено из-за наличия ряда противопоказаний и побочных действий, поздних сроков госпитализации больных.

Нами обследованы больные с ОИМ, доставленные в стационар бригадой скорой медицинской помощи в ранние сроки от начала развития заболевания. Диагноз ОИМ устанавливался по характерным клинико-анамнестическим признакам (непрерывный ангинозный приступ длительностью более 30минут) и ЭКГ (подъем сегмента ST на 1 мм и более и не менее чем в двух последовательных отведениях).

Обследуемую группу составили 15 больных (13 мужчин и 2 женщины) в возрасте от 39 до 66 лет (средний возраст - 46 лет) с ОИМ, госпитализированных в первые 6 часов от момента возникновения болевого приступа и, не имеющих противопоказаний к проведению тромболитической терапии. Среди них у 12 человек (80%) диагностировался первичный ОИМ и у 3 человека (20%) – повторный ОИМ. При этом у 10 больных (66%) выявлено поражение передней стенки левого желудочка и у 5 больных (34%) - задней стенки.

По времени от начала развития ангинозного синдрома до момента внутривенной инфузии тромболитика стрептокиназы вся группа разделилась на две подгруппы. В первую группу вошли 7 больные (46%), у которых это время не превысило двух часов. Во второй группе (8 больные, 54%) тромболитическая терапия проводилась в пределах 2-6 часов от начала ОИМ.

Все исследуемые на догоспитальном этапе получали аспирин в дозе 350 мг. Тромболитическая терапия проводилась в отделении кардиореанимации под постоянным мониторингом ЭКГ стрептокиназой в общей дозе 1,5 млн. ед. в 100 мл изотонического раствора хлорида натрия. Вначале

стрептокиназу вводили в дозе 500 тыс. ед. в течение 10-15 минут для того, чтобы препарат быстрее проявил свое тромболитическое действие. Затем, при отсутствии побочных действий и аллергической реакции вводили еще 1 млн. ед. стрептокиназы в течение 1 часа.

При проведении тромболитической терапии осложнения нами выявлены в 2-х случаях (13%). В первом случае после введения 500 тыс. ед. препарата у больного развилась аллергическая реакция по типу анафилаксии, во втором случае после введения 1,5 млн. ед. препарата возникла пароксизмальная желудочковая тахикардия реперфузионного характера. По данным ЭКГ, у 13 больных (87%) отмечалась положительная динамика – возвращение сегмента ST к изолинии в течение сутки, у двух больных (13%) сегмент ST снизился медленнее, и темпы его нормализации не отличались от таковых у больных без проведения тромболитической терапии.

При дальнейшем наблюдении больных за время их пребывания в стационаре лишь в одном случае отмечалось затяжное течение инфаркта миокарда. У 4 больных (26%) заболевание сопровождалось осложнениями: в 2 случаях развилась острая аневризма левого желудочка; в 1 случае возникла преходящая полная атриовентрикулярная блокада; в 1 случае появилась поздняя фибрилляция желудочков с летальным исходом.

Таким образом, ранняя тромболитическая терапия, проведенная в первые часы после начала и развития инфаркта миокарда, способствует ограничению зоны некроза, сохранению функции левого желудочка и улучшает ближайший и долгосрочный прогноз.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Н.А. Качан, М.И. Алешаев, О.В. Страхова, А.В. Ржавитина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
МУЗ «Городская больница им. Н.А. Семашко»,
Пенза

В 70-80-х гг. прошлого столетия первичная инвалидность вследствие глаукомы составляла 0,6 – 0,7, в 2002 г. этот показатель возрос почти в 3 раза – до 1,8 на 10000 взрослого населения (Е.С. Либман, Е.В. Шахова, Е.А. Чумаева, Я.Э. Елькина, 2004). В связи с этим актуален вопрос об адаптации больных глаукомой к изменившемуся уровню жизни.

Цель исследования – оценка качества жизни больных открытоугольной глаукомой.

Методом анкетирования с использованием специального вопросника проведено обследование 82 пациентов с открытоугольной формой глаукомы в возрасте от 49 до 85 лет. Мужчин было 12, женщин 70. Пенсионеров было 75 человек, из которых 9 продолжали трудовую деятельность. По

стадиям глаукомы больные распределились: I ст. – 42 больных (51,2%), II ст. – 28 (34,1%), III и IV ст. – 12 (14,6%) больных. Давность заболевания составляла от 3-х месяцев до 5 лет.

Интерес представляет первая реакция больных на известие об установленном диагнозе «глаукома». Подавляющее количество больных (77 человек, 93,9%) отреагировали на диагноз сильным стрессом. У 52 (67,5%) из них стрессовое состояние было вызвано боязнью потерять зрение, у 40 больных (51,9%) добавилось опасение возможной антиглаукоматозной операции. Не было первичной реакции на диагноз у 5 больных, и, что характерно, все они являлись мужчинами. Двое из них были жителями сельских районов и не были осведомлены о сущности заболевания.

Субъективная оценка больными зрительных функций такова. В группе пациентов с I и II стадиями заболевания оценили свое зрение как «плохое» 27%, «посредственное» – 48,4% и «хорошее» – 24,4%. Ни один из пациентов не оценил свое зрение как «отличное», несмотря на то, что 36 больных этой группы имели остроту зрения 1,0. В группе с продвинутыми стадиями глаукомы все 12 больных оценили свое зрение как «плохое».

Кроме чувства страха, у больных появилось ощущение дискомфорта. Так, 33,9% пациентов жаловались на низкое зрение и невозможность полноценно жить и работать. На ограничение физической активности жаловалось 14 больных (17,1%), необходимость постоянного закапывания глазных капель – 24,4% больных, недоступность или трудности в получении льготных препаратов – 8,9%. Все эти факторы вызывают у пациентов чувство раздражения и неудовлетворенность, поскольку изменяют привычный образ жизни. К снижению качества жизни приводят ограничения в чтении, просмотре телевизионных передач и трудовой деятельности. Из 9 работающих больных четверо прекратили работать в течение от 10 дней до 2 месяцев после постановки диагноза. Еще двое уволились с производства после произведенной антиглаукоматозной операции.

Четверть наших больных отмечали трудности в быту (уборка квартиры, просмотр телевизионных передач, чтение). 45% больных испытывали трудности вне дома – работать на дачном участке, спускаться по лестнице, переходить дорогу, подписывать документы. Как правило, у данной группы больных были запущенные формы глаукомы.

Проведенные исследования показали, что больные глаукомой имеют значительные изменения качества жизни и большие трудности в профессиональной и бытовой жизни.

ТОРАКОПЛАСТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ СКОЛИОЗА

А.И. Кислов, А.С. Кибиткин, М.М. Краснова, Ю.Н. Беккер

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Медицинский институт ПГУ, Пенза

Основной причиной формирования сколиотической деформации позвоночника и грудной клетки является торсионный компонент. Торсия захватывает все позвонки дуги и формирует деформацию грудной клетки в виде реберного горба на выпуклой стороне и западения ребер на вогнутой стороне искривления позвоночника. В связи с этим хирургическое лечение больных с тяжелыми формами сколиоза является комплексным и включает (как основной компонент) оперативные методы коррекции позвоночника и различные виды торакопластики.

В период с 1984 по 2005 гг. оперировано 157 больных со сколиозом 3-4 степени в возрасте от 12 до 18 лет и величиной искривления от 38 до 115° по оригинальной методике (патент РФ №1191066, 1985; №1602502, 1990).

Методика состояла в том, что в ходе оперативного вмешательства выполнялвсь резекция реберного горба и декорсикация позвоночника с вогнутой стороны дуги искривленияна. На опорные позвонки субламинарно устанавливался дистрактор, имеющий в своей конструкции рычажно-храповой механизм управления, а исполнительный привод в виде стержня с резьбовой нарезкой. В ряде случаев для увеличения интраоперационной коррекции позвоночника на корпусе устройства размещалась поперечная тяга, с помощью которой специальная пластинка с ограниченным контактом фиксировалась за остистые отростки вершинных позвонков. В послеоперационном периоде приводилась дополнительная дозированная коррекция остаточной сколитической деформации путем транскутанного воздействия на рычаг управления имплантированного дистрактора позвоночника. Средний темп дополнительной дистракции на вогнутой стороне дуги искривления позвоночника в среднем составил 0,5-0,75 мм в сутки. это позволило получить дополнител ьную коррекцию позвоночника у лиц с продолжающимся активным ростом на 15-24°, у больных с зарершенным ростом соответственно на 4-20°.

Однако при использовании вышеизложенной методики лечения сколиоза с вершиной основной дуги на уровне 7-8 грудных позвонков даже после резекции реберного горба сохранялось частичное отстояние нижнего угла или медиального края лопатки. Данное обстоятельство можно объяснить тем, что асимметричное положение лопатки определялось наличием реберного горба и сформировавшимся на протяжении многих лет дисбалансом мышц, окружающих лопатку. Кроме того, после коррекции позво-

ночника сохранялась в той или иной степени асимметрия треугольников талии, за счет деформации ребер с вогнутой стороны искривления позвоночника.

Таким образом, остаточные деформации грудной клетки и с выпуклой и с вогнутой стороны снижали косметический результат хирургического лечения сколиоза.

Для устранения отстояния нижнего угла или медиального края лопатки нами разработан способ лечения крыловидной лопатки при сколиозе (приоритетная справка по заявке на изобретение №2002110891 от 2007 г.). Суть методики состоит в том, что через 10-12 месяцев после коррекции позвоночника из 2-х небольших оперативных доступов выполняется остеотомия тела лопатки ниже ее ости с фиксацией костных фрагментов двумя пластинами, моделированными с учетом угла. В среднем угол корреляции составлял 30-35°. По данной методике оперировано 3 больных с хорошим косметологическим результатом.

Для коррекции асимметрии треугольника талии с вогнутой стороны применялась методика П.Я. Фищенко (авторское свидетельство № 2207061, 2003 г.), которая заключается в полифокальной остеотомии деформированных ребер с последующей фиксацией их фрагментов к S-образно изогнутому стержню. Проксимальная часть стержня фиксировалась к неизмененному верхнему ребру, а дистальная часть соответственно в межостистом промежутке позвонков ниже дуги искривления. Оперировано 3 больных. При применении данной методики устраняется асимметрия ребер в паравертеральной зоне, однако сохраняется их западание по подмышечным линиям. Для устранения отмеченного недостатка предложено устройство для коррекции деформированных ребер, на протяжении всей вогнутой деформации грудной клетки (приоритетная справка на патент №200710051 от 2007 г.).

В ходе операции поднадкостнично в 3-4 местах выполняется остеотомия деформированных ребер. Фрагменты ребер, расположенные в паравертебральной зоне фиксируются к осевому опорному стержню, а остальные соответственно к поперечно расположенным стержням, которые предварительно моделируют с учетом коррекции грудной клетки с вогнутой стороны. При этом дистальные концы стержней крепят к неизмененной части ребер, а праксимальные с помощью клипс к осевому опорному стержню. Данная методика и устройство экспериментально апробированы на 5 биоманекенах.

Таким образом, предлагаемые методики торакопластики, являются эффективным дополнением к комплексному лечения сколиотической деформации грудной клетки, улучшающие косметически и анатомически результаты оперативного лечения.

ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНЫЙ ДИСБАЛАНС ПРИ ГЛУБОКОМ ОЖОГЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

С.А. Козлов, Г.Н. Глухенькова, В.И. Глухеньков

ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»
Саранск

Патологический процесс любой этиологии сопровождается расстройствами гомеостаза разной степени, которые механизмы компенсации и физиологические системы стараются нормализовать (Мороз В.В. с соавт., 2002). Нарушения обмена воды и электролитов представляет одно из важных и малоизученных звеньев патогенеза постреанимационной болезни.

Ожоговый шок относят к гиповолемическим формам шока, т.к. первичным звеном их развития является дефицит объема циркулирующей крови (ОЦК) или плазмы (ОЦП). При шоке значительно изменяется водно-электролитный баланс (ВЭБ) организма, будучи неустраненными, нарушения ВЭБ во многом определяют результаты лечения заболевания.

Для изучения водно-электролитных нарушений при ожоговом шоке выполнены эксперименты на 12 беспородных собаках, которым под внутриплевральным тиопентал-натриевым наркозом (40 мг/кг) наносили контактный ожог IIIБ – IV степени 10% поверхности тела аппаратом Н.И. Кочетыгова в течение 50-55 сек до прогрева подкожно-жировой клетчатки в пределах 58-60^{0}С. Контроль за прогреванием тканей осуществляли методом тканевой термометрии, глубину ожога подтверждали при последующем гистологическом исследовании обожженной кожи. Лечение животные не получали.

После термической травмы на фоне повышения АД до 115,17% от нормы отмечалось перемещение воды из клеток и плазмы крови в интерстициальный сектор, увеличение его объема на 18% при снижении внутриклеточной (ВнуКЖ), внеклеточной (ВнеКЖ) жидкости на 5%, ОЦК и ОЦП на 11 и 14% и возрастании гематокрита (Ht) на 12,16%. К 1-му часу после повреждения АД уменьшалось, хотя и превышало исходную величину на 7,30%. На этом фоне ОЦК был ниже исходного значения на 18%, Ht превышал его на 26%. К 3-му часу постожогового периода развивался гиподинамический синдром с уменьшением АД, центрального и периферического венозного давления (ЦВД и ПВД) до 95; 79 и 98% от исходных показателей, ОЦК и ОЦП при этом равнялись 76 и 66% от начальных величин. К 5-му часу после ожога на фоне прогрессирующего снижения показателей центральной гемодинамики дальнейшее уменьшение ВнеКЖ увеличивало объемы ВнуКЖ и интерстициальной жидкости (ИЖ) на 3 и 37%. Вследствие плазмопотери и гемоконцентрации ОЦК падал на 28% относительно нормы.

После ожога вследствие разрушения эритроцитов эндоплазматический калий возрастал на 30% при снижении натрия на 10%, что уменьшало осмолярность плазмы на 4% при увеличении внутриклеточной осмолярности на 5%. Из-за электролитного дисбаланса вода из плазмы переходит в интерстициальное пространство, внеклеточная дегидратация сочетается с клеточной гипергидратацией. Диурез при этом отсутствовал.

Через 1 час после повреждения отмечалось некоторое улучшение показателей ВЭБ за счет компенсаторных возможностей организма. Эндоплазматический калий превышал норму на 20%, натрий плазмы повышался, но был ниже исходного значения на 5%, что увеличивало осмолярность плазмы и способствовало перемещению воды в сосудистое русло. Однако, в дальнейшем нарушения электролитного баланса прогрессировали, особенно выраженные изменения показателей отмечались к 5-му часу после повреждения. Диурез на этом этапе исследования составлял всего 25% от исходного, эндоплазматический калий превышал норму на 40% при снижении натрия на 15%. Внутриклеточный натрий возрастал на 9% при уменьшении калия на 15%, что приводило к росту внутриклеточной осмолярности и перемещению воды в клетку. Рост ВнуКЖ на 3% сочетался с гипергидратацией интерстициального сектора и увеличением ИЖ на 37%.

Исследования показали, что глубокий термический ожог приводит к выраженным изменениям электролитного баланса в виде гиперкалиемии и гипонатриемии, что способствует развитию трансминерализации и увеличению концентрации внутриклеточного натрия. На фоне сниженного диуреза и повышенной экскрекции калия уменьшалось выведение натрия. Перемещение электролитов приводили к снижению осмолярности плазмы и мочи, росту осмолярности эритроцитов, что вызывало перераспределение водных секторов организма с развитием внутриклеточной гипергидратации и увеличением объема интерстициальной жидкости. Эти изменения, наряду с ухудшением показателей функционального состояния почек, служат важным прогностическим тестом, свидетельствующим о декомпенсированном состоянии организма.

Увеличение калия плазмы обусловлено его выходом из мышц и эритроцитов, подвергнутых тепловому воздействию, а также развитием гипоксии и ацидоза. При повреждении резко увеличивается потребность организма в кислороде, в том числе из-за повышения энергетического обеспечения внепочечных потерь жидкости и усиления транспорта электролитов и воды через клеточные мембраны. Гиперактивация постсинаптических рецепторов вызывает массивный ионный ток кальция и натрия внутрь клетки и калия в экстраклеточное пространство с развитием синдрома трансминерализации. Механизмы возникновения трансминерализации связаны с нарушением работы Na^+ - K^+ насоса из-за дефицита энергии, а также с активацией липаз, вызывающих деструкцию клеточных мембран. При индукции процессов ПОЛ в биомембранах увеличивается их пассивная проницаемость для ионов.

Основным путем утраты натрия плазмы в первые часы после травмы является иммобилизация его в тканях очага поражения, где натрий задерживается в отечной жидкости внеклеточного пространства и в поврежденных клетках. Натрий является основным катионом внеклеточной жидкости, отклонение его концентрации изменяет осмолярные силы соответствующего сектора, скопление отечной жидкости в области ожога приводило к уменьшению Вне КЖ.

Выявленные изменения показателей центральной гемодинамики, водно-электролитного баланса и диуреза при данной модели травмы можно трактовать как развитие ожогового шока.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНАКТИВИРОВАННОЙ ПОЛИОМИЕЛИТНОЙ ВАКЦИНЫ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

Е.Г. Колесникова, О.А. Коротких

МУЗ «Городская больница им. Н.А. Семашко»,
2-я детская поликлиника
Пенза

Для профилактики полиомиелита в России до недавнего времени использовались только живая пероральная полиомиелитная вакцина. Известны противопоказания к её применению: иммунодефицитные состояния, злокачественные новообразования, иммуносупрессия, острые заболевания, обострение хронических заболеваний и др. Осложнения на введение данной вакцины крайне редки, но наиболее грозным из них является вакциноассоциированный паралитический полиомиелит (ВАПП).

Поэтому с 2006 года в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» некоторым категориям детей рекомендуется использовать инактивированную полиомиелитную вакцину (ИПВ), которая вводится внутримышечно или подкожно. Противопоказания к этой вакцине значительно «сузились»: это - острые заболевания, обострение хронических заболеваний, гиперчувствительность к стрептомицину, неомицину, полимиксину В. По данным литературы, частота побочных реакций на применение инактивированной вакцины очень мала и составляет менее 0,01% от общего количества введений. К ним относятся местные реакции (отёк, болезненность, покраснение на месте инъекции) и кратковременное повышение температуры тела.

Цель исследования: оценить переносимость инактивированной полиомиелитной вакцины «имовакс полио» (Франция) у детей 1 года жизни.

На педиатрическом участке наблюдалось 825 детей в возрасте до 18 лет, из них - 128 человек относились к «неорганизованным» (15,5%), 64 ребёнка – в возрасте до 1 года (50% всех детей, не посещающих ДДУ). 12

детям (18,7% от числа подлежащих вакцинации в возрасте до 1 года) применили инактивированную полиомиелитную вакцину. Критериями отбора детей для использования ИПВ явились следующие заболевания: врожденные пороки сердца (2 ребенка), состояние после операции по поводу кишечной непроходимости (1 ребенок), дерматит (1 ребёнок), реконвалесцент острой пневмонии (1 ребёнок), ранний восстановительный период церебральной ишемии перинатального генеза (7 детей). 10 детям (83%) применили ИПВ в срок в соответствии с национальным календарем прививок (с 3х месячного возраста); двум детям (17%) – с незначительным смещением сроков вакцинации из-за острых респираторных заболеваний. Все дети получили полный курс вакцинации ИПВ (3 инъекции с интервалом не менее 1 месяца); поствакцинальные осложнения или ухудшение основного заболевания у них не зарегистрированы. У 2 детей (16%) отмечались местные реакции (покраснение и уплотнение на месте инъекции в первые 2 суток) и кратковременное повышение температуры тела до 37,4°С.

Таким образом, инактивированная полиомиелитная вакцина безопасна, имеет более широкое показание к применению, хорошо переносится пациентами второй и третьей групп здоровья, а местные реакции или повышение температуры кратковременны и не вызывают серьёзных болезненных проявлений.

ЗНАЧЕНИЕ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

И.В. Кондратьева

ГУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер»
Пенза

Туберкулез в настоящее время является глобальной проблемой человечества. Ежегодно во всем мире регистрируется от 8 млн случаев заболевания, жертвами туберкулеза ежегодно становятся 100 тысяч детей. Особенностью течения туберкулеза последних лет стало развитие заболевания на фоне хронических вирусных инфекций, вторичных иммунодефицитных состояний, а также повышение частоты обнаружения и быстрое распространение микобактерий туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, которые вызывают процессы, плохо поддающиеся лечению.

Ситуация в Пензенской области, как и в Российской Федерации, остается напряженной. Ежегодно выявляется свыше 900 больных туберкулезом, свыше 50% которых являются бацилловыделителями.

В сложившейся эпид. ситуации важная роль в диагностике туберкулеза придается микробиологическим исследованиям.

Обследования с целью выявления туберкулеза должны осуществ-

ляться во всех лечебно-диагностических учреждениях системы здравоохранения и включать оценку трех основных параметров:

- клинические симптомы и анамнез пациента;
- данные рентгенологического анализа;
- первичные микроскопические исследования.

Под первичным микроскопическим исследованием подразумевается изучение в световом микроскопе мазка, приготовленного по методу Циля-Нильсена из клинического материала от больного.

Исследование должно проводиться трижды по определенной схеме.

Обследованию подлежат следующие категории пациентов:

- имеющие определенную симптоматику (наличие в течение 3-х и более недель кашель с выделением мокроты);
- имеющие туберкулезный симптомокомплекс: патологические изменения в легких, выявленные рентгенологическими методами;
- лица, контактные с больными туберкулезом.

При положительных или сомнительных результатах первичного микроскопического обследования больной должен быть направлен в ОПТД для заключительного микробиологического подтверждения и последующей постановки на учет.

В Пензенской области, с целью выявления туберкулеза, в клинико-диагностических лабораториях общей лечебной сети ежегодно делается свыше 400 000 исследований по Циль-Нильсену. В 2006 г. этим методом было обследовано 26 418 человек. Выявляемость МБТ на 1000 обследованных составила 2,4.

Причинами невысокой выявляемости являются: исследование некачественного материала, низкая кратность бактериологического обследования, отклонение от стандарта техники окрашивания мазков, неправильный подбор контингента обследуемых, неправильный учет исследований.

В рамках проекта «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИД», для улучшения качества бактериоскопической диагностики туберкулеза в Пензенской области, предполагается создать межрайонные центры микроскопии. В настоящее время в область выделено 23 комплекта клинико-диагностических лабораторий и идет организация центров микроскопии, которая затруднена недостаточным финансированием лечебных учреждений и отсутствием кадров.

С 2006 г. в области начала работу бактериологическая референс-лаборатория ГУЗ ОПТД, в которой проводится реанализ всех положительных на КУМ (кислотоустойчивее микобактерии) мазков мокроты и 10% отрицательных мазков. Референс-лабораторией проводятся кураторские визиты в КДЛ общей лечебной сети, семинары и практические занятия для врачей и лаборантов КДЛ.

Улучшение качества выявления заразных случаев туберкулеза с помощью бактериоскопии мокроты является одной из приоритетных задач областной программы борьбы с туберкулезом.

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

О.А. Коннова, Н.В. Семенкин, И.Г. Карташова, Ю.В. Салманова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
ГУЗ «Областной центр специализированных видов медицинской помощи»
Пенза

Пензенская область является эндемичной зоной по геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС). Заболеваемость по региону последние годы остаётся на одном уровне: в 2005 году зарегистрировано 138 случаев, в 2006 году -141. Однако рост данной инфекции в соседних областях (Тамбовской, Воронежской, Рязанской) заставляет более внимательно и насторожено относиться к этому заболеванию. В связи с чем, представленный ниже клинический разбор ГЛПС представляет практический интерес для врачей общей практики.

Цель исследования. Провести анализ клинических особенностей геморрагической лихорадки с почечным синдромом у больных, госпитализированных в инфекционное отделение ПОЦСВМП в 2007 году.

Проведенный анализ показал, что у всех 30 больных ГЛПС диагноз лабораторно подтвержден в 100% случаев. Среди заболевших лица мужского пола составили 96, 7% (29 человек), детей в возрасте до 14 лет вовсе не было. Наибольшую социально-профессиональную группу представили больные активного трудового возраста: работающие 73,3% (22 пациента, из них 2- студента), не работающих – 26,7% (8 пациентов). Городских жителей было 60% (18 больных), проживающих на селе – 40% (12 пациентов). У 16,7% (5 больных) заболевание имело тяжелое течение, у 66,7% (19 человек)- среднетяжелое, а у 20% (6 пациентов) – легкое клиническое течение. Эпидемический анамнез выявил, что 66,7% (20 больных) накануне заболевания имели эпизоды работы в пыльных помещениях, населенных мышами (подвалы, погреба, чердаки, гаражи) по месту жительства. 10% (3 заболевших) являются работниками лесхоза, и 3,3% (1 больной) купался в реке. У 20% (6 больных) источник инфекции выявить не удалось. Основная часть больных - 76,7% (23 человека) госпитализирована на 5-10 день болезни; 13,3% (4 больных) - до третьего дня, а 10% (3 пациента) – после 13–го дня заболевания. Заболевание начиналось остро в 90% случаев (27 больных) и характеризовалось выраженной слабостью в 56,7% (17 заболевших), болями в пояснице у 60% (18 больных), тошнотой-рвотой – у 56,5% (17 человек); головная боль отмечалась у 23,3% (7) пациентов, боль в животе в 20% (6) случаях. На сниженное зрение и сухость во рту жаловались 16,7% (5) заболевших. У 30% (9) больных имело место гепатомегалия. Снижение диуреза выявлено у 80% (24 больных), средняя продолжительность олигурического периода составлял 5 дней. Восстановлении диу-

реза на 2-3 день госпитализации отмечено у 26,7% (8 больных), на 4-5 – у 53,3% (16 пациентов). При лабораторном обследовании у 50% (15) больных показатели клинического анализа крови были в пределах нормы. У 43,3% (13) пациентов отмечен высокий уровень гемоглобина: выше 160 г/л., у 6,7% (2 больных)- ниже 118 г/л., у 43,3% (13 человек) - лейкоцитоз, у 6,7% (2 больных)- лейкопения. Биохимический анализ крови характеризовался повышенным содержанием азотистых шлаков: мочевины от 9,0 до 29,2 ммоль/л, креатинина от 140 до 600,5 мкмоль/л – у 53,6% (16) больных. Клинический анализ мочи выявил протеинурию у 93,3% (28) больных, форменные элементы крови (эритроциты, лейкоциты) в 100% (30) случаях. Удельный вес мочи в олигурическую стадию повышался до 1035-1040, в полиурическую снижался до 1002. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 21 день. Все больные были выписаны с клиническим выздоровлением, с нормальными показателями клинического, биохимического исследования крови и мочи.

Таким образом, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом в анализируемых случаях протекала в типичной форме и характеризовалась преимущественно среднетяжелым течением. Подавляющее число заболевших составляли мужчины, которые по роду своей профессиональной либо бытовой деятельности пребывали довольно продолжительный промежуток времени в запыленных помещениях, населенных мышами. Аномально теплая зима 2006-2007 года (вследствие этого - увеличение активности грызунов) и недостаточная очистка территории и помещений могут способствовать росту заболеваемости ГЛПС.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

О.А. Коннова, Н.В. Семенкин, Ю.В. Салманова, И.Г. Карташова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
ГУЗ «Областной центр специализированных видов медицинской помощи»
Пенза

Во всем мире наблюдается устойчивая тенденция к росту заболеваемости сальмонеллезом и, в первую очередь, в экономически развитых странах. Так, в Англии, США, Германии и Швейцарии удельный вес сальмонеллеза в структуре регистрируемых кишечных инфекций составляет от 35 до 90%. Это связано с интенсификацией животноводства на промышленной основе, значительным увеличением экспортно-импортных связей между государствами. В основном заболевание протекает в гастроинтестинальной форме (75-95%), реже (5-25%) - в генерализованной, развитию которой способствует иммунодефицитное состояние, а также некоторые

возрастные факторы: возраст до года, пожилой и старческий. Крайне редко эта форма имеет место у лиц молодого работоспособного возраста. В связи с этим представленный случай развития генерализованной формы салмонеллеза у молодого человека может представлять интерес для широкого круга врачей практического здравоохранения.

Больной С., 30 лет, заболел остро 8.03.07 года с озноба, подъема температуры до 39,7ºС, в последующем присоединилась слабость, головная боль, ухудшился аппетит, принимал жаропонижающие препараты, но эффекта от них не отмечал. В этот день осмотрен участковым терапевтом, диагностирован грипп. 10.03.07 года состояние продолжало ухудшаться : появилась тошнота, рвота, присоединились сильные боли в поясничной области, верхней половине живота, однократный обильный разжиженный стул, наросла слабость, головокружение, температура носила гектический характер. 10.03.07 года обратился в службу скорой помощи, фельдшером доставлен в ЦРБ по месту жительства с признаками инфекционно-токсического шока: в крайне тяжелом состоянии, температурой 38,5°С,одышкой 24 в 1 минуту, снижением АД до 80/55 мм рт ст, тахикардией до 92-100 в 1 мин., выраженным акроцианозом, бледностью кожных покровов, хододных и влажных на ощупь. Живот был вздут, болезненный в правом подреберье, размеры печени увеличены до 3 см ниже реберной дуги. При пальпации отмечалась резкая болезненность в проекции почек, симптом поколачивания положительный, отмечена олигурия до 100 мл/сутки. При обследовании: в крови: лейкоцитоз до 16 тыс., в моче белок-0,345, лейкоциты до 10-12 в п/з, эритроциты 13-16 в п/з., при биохимическом обследовании отмечено увеличение билирубина до 36,0 ммоль/л, АСТ-184 ед, АЛТ-292 ед. Проведена противошоковая терапия: в/венное введение гормонов - преднизолон до 300 мг/ сутки, дексаметазон 12 мг/сутки, инфузионная терапия в объеме 2000 мл/сутки, антибактериальная терапия (клафоран 4,0 г/ сутки), рефортан, гепарин, ингибиторы протеолиза, гепатопротекторы, симптоматическая терапия. На фоне лечения состояние больного значительно улучшилось: стабилизировалась гемодинамика, восстановился диурез до 1560 мл/сутки, однако держалась гипертермия, отмечено нарастание лейкоцитоза до 20 тыс, с палочкоядерным сдвигом до 9%, диастаза крови 28 мг. С подозрением на острый панкреатит больной переведен 12.03.07 г.в ОКБ, где этот диагноз был снят, предположена ГЛПС и больной переведен 14.03.07 г. в инфекционное отделение ПОЦСВМП. В дальнейшем, при клиническом наблюдении и исследовании отмечена длительность гектической лихорадки в течение 7 дней (14 дней заболевания), затем, литически снижаясь, температура нормализовалась на 18 день заболевания. Гепатоспленомегалия (пальпаторно и по УЗИ) была выражена до 16-18 дня заболевания, физикальными данными, R-исследованием и компьюрерной томографией выявлен базальный плеврит с осумкованием и спайками. Клиническое исследование крови в разгар заболевания (14-18 дни болезни) выявило гиперлейкоцитоз до 32

тыс. с палочкоядерным сдвигом до 17%, наличием миелоцитов до 2 в п/з, токсическую зернистость ++.

Проведенное лабораторное обследование (бактериологическое и серологическое) на группу острых инфекционных заболеваний с учетом клинических проявлений заболевания, клинического и биохимического исследования крови позволило поставить диагноз: Сальмонеллез, генерализованная форма, септический вариант. Токсический гепатит. Базальный плеврит. Инфекционно-токсический шок II степени, ОПН, стадия олигурии (РПГА с салм.антигеном 1, 9,12 в разведении 1:800+++). Больной получил комплексное лечение: антибактериальную (цефатоксим, ципрофлоксацин, амикацин), симптоматическую терапию, витамины, ферменты, биологические препараты и был выписан с выздоровлением на 25 день болезни в удовлетворительном состоянии с отсутствием жалоб, купированием (при физикальном и рентгенологическом обследовании) патологии в легких, нормальными размерами печени и селезенки, нормальными показателями крови при биохимическом и клиническом исследовании.

Итак, в представленном случае сальмонеллеза (генерализованной формы септического варианта) имело место тяжелое течение заболевания с развитием инфекционно-токсического шока II степени, острой почечной недостаточности, выраженной органной патологии (гепатит, плеврит) и лейкимоидной реакцией, но адекватная противошоковая и рациональная антибактериальная терапия (на всех этапах) позволила достичь купирование инфекционного процесса и привести к благоприятному исходу.

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ПО НЕУСТОЙЧИВОМУ ТИПУ

О.Ю. Кононенко

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

В периоде становления психопатии выделены начальная («препсихопатическая») стадия; этап структурирования; этап, завершающий формирование психопатии (О.В. Кербиков, 1962; В.В. Ковалев, 1969; В.Я.Семке, 1976; Ю.В. Попов, 1991; Ю.В. Дроздовский, 2005). При исследовании 105 лиц с расстройством личности (РЛ) по неустойчивому типу нами выявлены особенности становления личностной дисгармонии.

Первая стадия (препсихопатическая) длительностью с дошкольного возраста до негативной фазы пубертата характеризовалась отсутствием признака тотальности изменения личности (П.Б.Ганнушкин,1933). В основном дети были способны дифференцировать ситуацию и лиц, при которых проявление поведения, выходящего за рамки социально приемлемого, не приветствовалось, и могли корригировать его. Возникновение некото-

рых аномальных черт личности возможно отнести к периоду первого возрастного криза, т. е. к 3-4-х летнему возрасту. Дети отличались капризностью, раздражительностью, плаксивостью, были сверх меры подвижны, невнимательны, трудно соблюдали распорядок дня, трудно формировали навыки по соблюдению личной гигиены, не имели постоянных привязанностей к игрушкам, людям, играм, достаточно легко переключались с одного вида деятельности на другой. В дошкольном возрасте отмечались элементарные поведенческие реакции (как проявление динамики формирующейся психопатии) преимущественно по возбудимому, истероидному типам, протекавшие как психомоторное протестное реагирование. Реакции этих детей возникали вслед за психотравмирующим фактором, были неадекватны ему по силе, исчезали быстро и бесследно, обычно подвергались коррекции, в редких случаях оставляли за собой астеническую симптоматику в виде утомляемости, вялости, пассивности, сонливости, а также готовности к повторному реагированию. В ряде случаев с периода начала школьного образования (с 6-8 лет) отмечались формы реагирования по неустойчивому типу в виде нежелания выполнять учебные требования, пренебрежение обязанностями по дому, а также тяга к развлечению, удовольствиям, праздности. На 1 этапе имели место раннее девиантное поведение, реакции имитации, группирования, которые, обнаруживая свою универсальность для различных видов расстройств личности, имели особенную окраску в виде легкого подчинения группе; выбора группы, не требующей от пациента какого-либо напряжения; трусливости в интерперсональных отношениях. Психотравмирующими факторами являлись ситуации, предъявляющие повышенные требования к возможностям нервной организации, слабым звеньям типа ВНД. Дети с подвижными основными нервными процессами с трудом справлялись с требованиями однообразных действий, соблюдения режима и ритма в выполнении чего-либо, особенно при необходимости сосредоточения активного внимания. На данном этапе развития имеет место невротическая симптоматика в виде фобий, преимущественно ночных страхов (68,6%), реже боязни машин, крупных животных, собак (11,4%); гиперкинетический синдром с дефицитом внимания (64,8%), проявляющийся повышенной возбудимостью, неусидчивостью, невозможностью сосредоточения внимания. Нарушение адаптации наблюдалось редко – 4,7% детей, посещавших ДДУ, они трудно приспосабливались к коллективу, 1,6% не смогли адаптироваться к условиям детского сада, преимущественно вследствие частых поведенческих реакций ребенка, в том числе и агрессивных, капризности, неумении контактировать с детьми, несмотря на экстравертированность и желание совместных игр.

Второй этап, характеризующийся развертыванием проявлений личностной аномальности, соответствует пубертатному периоду. «Скачок» в развитии личностных расстройств в этот период, характерный для различного вида психопатий, обнаруживался и у неустойчивых. При этом прояв-

ления основного радикала становились более стойкими, выраженными: незрелость психики, неспособность к длительному волевому усилию, неспособность к отсрочке удовольствия, предпочтение праздности без компонента борьбы мотивов. Предположительно тяга к праздности может являться сверхценным образованием вследствие реакции гиперкомпенсации при обнаружении подростком своей несостоятельности в выполнении возлагающихся на него обязанностей. Массивными и яркими становятся реакции имитации (100%), группирования (100%), эмансипации (77,1%), пассивная форма реакции оппозиции (68,6%). После перенесенных агрессивных (17,1%), истероформных (83,8%), аутоагрессивных (4,8%) реакций появлялись колебания настроения преимущественно по дистимическому типу (49,5%), реже дистимические колебания настроения возникали спонтанно (4,8%). В этот период формируются первые декомпенсации, клинически выражающиеся в заострении психопатических черт, проявляющиеся поведенческими расстройствами, приводящие к социальной дезадаптации и иногда к педагогической запущенности. Декомпенсации достигали первой или второй стадии (по Ж. Г. Далакишвили, 1982) и проявлялись соответственно астенизацией и гипобулическими состояниями; утяжелением облигатных психопатических особенностей. В третьей стадии усложнение структуры синдрома ипохондрическими, обсессивными расстройствами не отмечалось. Ведущая роль в проявлении декомпенсаций принадлежит пубертатной перестройке организма подростков. Отмечено недоразвитие социальных потребностей – этических, эстетических, интеллектуальных; расстройство иерархии мотиваций с усилением низшей эгоистической мотивации. В 12-летнем возрасте нами зафиксирована первая суицидальная попытка с применением транквилизаторов.

На третьем этапе психопатические черты приобретали устойчивость, и формировалась структура психопатического синдрома с появлением всех клинических проявлений, соответствующих трем критериям диагностики (П.Б.Ганнушкин,1933). Наибольшей частоты и выраженности достигали психопатические реакции и декомпенсации. В этом периоде характерны аффективно-взрывчатые реакции (29,5%), а также активная форма реакции оппозиции (31,4%). Максимальной частоты достигает аутодеструктивное поведение – 55% суицидальные попытки совершались чаще в возрасте 15 – 17 лет. Ярче проявлялись нарушения влечений к алкоголю, наркотикам, праздности.

Таким образом, для неустойчивого типа характерно трехэтапное становление личностного расстройства с формированием дисгармонии к 15 – 17 годам.

ИЗМЕНЕНИЕ ТУБЕРКУЛИНОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПРИ I И II ТИПАХ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Е.Д. Короткова, Г.С. Хасаншин, И.Н. Лисина, О.А. Слеповичева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
ГУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер»
Пенза

На сегодня в диагностике туберкулеза проба Манту (ПМ) остается одним из основных критериев активности процесса и отражает реактивность организма на внедрение специфического микробного агента. Известно, что при сочетании туберкулеза и сахарного диабета специфическая реактивность изменяется значительнее, чем при туберкулезе легких в отдельности. Соответственно этому изменяется выраженность ПМ. Выявить различия ПМ при туберкулезе легких в сочетании с I и II типами диабета является целью нашего исследования.

Под нашим наблюдением находились пациенты с впервые выявленным туберкулезом легких, сочетанным с сахарным диабетом. Основная группа из 63 человек включала больных диабетом I типа инсулинозависимый (ИЗСД) - 31 человек (49,2%) и II типа инсулинонезависимый (ИНСД) -32 человека (50,8%). Подгруппа ИЗСД состояла из 16 мужчин (51,6%) и 15 женщин (48,4%), подгруппа ИНСД – 15 (49,6%) и 17 (53,1%) соответственно. Лица с ИЗСД 41 -50 лет составляли 45,2% (14 чел.) 51-60 – 32,3% (10 чел.), 61 - 70-22,5% (7 чел.) в подгруппе ИНСД, соответственно 40,6% (13 чел.), 34,4% (11 чел.), 25% (8 чел.). Длительность заболевания диабетом у лиц с ИЗСД в 54,8% (17 чел.) была до 5 лет, у лиц с ИНСД – в 56,3% (18 чел.) - до 10 лет впервые выявленный диабет составил соответственно 29% (9 чел.) и 25% (8 чел.). В обеих подгруппах преобладало среднетяжелое течение диабета ИЗСД -61,3% (19 чел.), ИНСД-75% (24 чел.).

Инфильтративный туберкулез легких был у 64,5% (20 чел.) больных ИЗСД и 59,4% (19 чел.) - ИНСД туберкулема - соответственно35,5% (11 чел.) и 40,6% (13 чел.). Процесс в легких был распространенным (занимал одну долю и более) у 58,1% (18 чел.) с ИЗСД и 37,5% (12 чел.) с ИНСД, деструктивные изменения и бацилловыделение наблюдались в 38,7% (12 чел.) и 28,1% (9 чел.) соответственно.

Контролем служила группа пациентов из 30 человек с впервые выявленным туберкулезом легких: инфильтративный туберкулез -66,7% (20 чел.), туберкулема – 33,3% (10чел.). В 46,7% (14 чел.) процесс был распространенным в 36,7% (11 чел.) с деструктивными изменениям и бацилловыделением. Среди пациентов данной группы было по 50% (15 чел.) мужчин и женщин, возрастной состав был следующим41 -50 лет – 46,7% (14 чел.), 51-60-30% (9 чел.), 61-70-23,3% (7 чел.). Таким образом, пациенты наблюдаемых групп были сопоставлены по полу, возрасту и характеру сочетан-

ной патологии.

Исследование заключалось в постановке ПМ с 2 ТЕ стандартного разведения туберкулина с последующей оценкой через 72ч. путем измерения папулы\инфильтрата в области предплечья. Оценка выраженности ПМ проводилась по следующим критериям: 1)отрицательная – уколочная реакция; 2) сомнительная- 2-4мм; 3) положительная: слабовыраженная 5-9мм, средней выраженности-10 -14 мм, выраженная 15-20мм, гиперергичесая-21мм и более. Получены следующие результаты.

У пациентов с ИЗСД преобладали реакции средней выраженности 48,4% (15 чел.), превосходящие таковые у лиц с ИНСД -34,4% (11 чел.) и в контроле-36,7% (11 чел.). Также отмечено 16% (5 чел.) отрицательных реакций при отсутствии их в подгруппе ИНСД и в контроле. Сомнительных реакций было равное количество среди обеих подгрупп при отсутствии в контроле 6,5% (2 чел.) и 65% (2 чел.)

Среди лиц подгруппы с ИНСД выявлено преобладание выраженных реакций - 40,6% (13 чел.) и средней выраженности - 34,4% (11 чел.), причем выраженные реакции превышали показатели подгруппы ИЗСД и контроль /22,6%/7 чел/ и 33,3% - 10 чел. соответственно), а средней выраженности - оказались количественно равны контролю – 36,7% (11 чел.), но меньше, чем в подгруппе ИЗСД. Слабовыраженных реакций было 12,5% (4 чел.), что больше подгруппы ИЗСД – 6,5% (2 чел.), но меньше контроля – 20% (6 чел.). Кроме того, в данной подгруппе выявлены 6,2% (2 чел.) гиперергических реакций, что не характерно для ИЗСД и незначительно уступает контролю – 10% (3 чел.).

Таким образом, для больных туберкулезом легких с ИНСД более характерна выраженность туберкулиновой чувствительности, тогда как при ИЗСД возрастает вероятность «разброса» от выраженных до отрицательных реакций.

Данные особенности следует учитывать при диагностике туберкулеза у больных сахарным диабетом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Е.Д. Короткова, С.В. Чумаков

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
ГУЗ «Пензенская областная психиатрическая больница
им. К.Р. Евграфова»
Пенза

Известно, что наличие психического заболевания является медицинским фактором повышенной предрасположенности к заболеванию туберкулезом. Сочетание этих двух заболеваний значительно осложняет выяв-

ление и лечение туберкулеза у психически больных людей. Данная категория больных социально дезадаптирована, наличие нарушений в эмоционально-волевой и интеллектуально-мнестической сферах, разнообразные поведенческие расстройства, склонность к бродяжничеству, алкоголизации не всегда позволяют выявить туберкулез легких на ранних стадиях. Длительный прием нейролептических препаратов оказывает иммунодепрессивное действие и, как правило, нивелирует проявления основного симптомокомплекса туберкулеза легких.

Нами была изучена эффективность лечения впервые выявленного туберкулеза легких у контингента психически больных людей. Исследование проведено за период с 2004 по 2006 годы включительно на базе психотуберкулезного отделения Областной психиатрической больницы им. К.Р.Евграфова.

Всего за указанный период в отделение поступило 76 больных с впервые установленным диагнозом туберкулеза легких. Верификация диагноза проводилась после всестороннего клинического обследования больных, включающего в себя общеклинические анализы крови, мочи, рентгено-томографию, исследование мокроты на МБТ, при необходимости, в случае проведения дифференциальной диагностики, неспецифической антибиотикотерапии. Окончательное заключение выносилось на ЦВКК (Центральная врачебно-консультативная комиссия) при Областном противотуберкулезном диспансере. Количество больных поступивших в отделение по годам распределилось следующим образом: 2004 год - 18 чел., 2005г. - 20 чел., 2006г. - 38 чел. Из них мужчины - 59 чел., женщины - 17 чел., что составило соотношение 3,47:1. По возрасту больные распределились следующим образом: до 20 лет - 3 чел., 21-30 лет - 9 чел., 31-40 лет - 16 чел., 41-50 лет - 25 чел., 51-60 лет - 15 чел., старше 60 лет - 8 чел. Таким образом, основная масса больных (65 чел. - 85,52%) приходится на трудоспособный возраст.

Психическая патология представлена следующими нозологическими формами: шизофрения (в подавляющем большинстве непрерывно-прогредиентное течение) - 37 человек, органическое заболевание головного мозга разнообразного генеза - 28 человек, олигофрения - 9 человек, эпилепсия - 2 человека. Следует отметить, что все поступившие в отделение, это длительно страдающие психическим расстройством люди, имеющие, как правило, 2-ю группу инвалидности. Средняя длительность психического расстройства к моменту заболевания туберкулезом составила 16,6 года.

Формы туберкулезного процесса:

Инфильтративный туберкулез легких	52 чел.	68,4%
Очаговый туберкулез легких	14 чел.	18,4%
Диссеминированный туберкулез легких	4 чел.	5,3%
Экссудативный плеврит туберкулезной этиологии	3 чел.	3,9%
Туберкулема легких	2 чел.	2,6%
Фиброзно-кавернозный туберкулез легких	1 чел.	1,4%

Таким образом, видно, что основная доля впервые выявленного туберкулеза легких приходится на инфильтративную и очаговую его формы.

У 34 человек (44,7%) - 1-я группа больных с установленным диагнозом туберкулеза легких выявлено бактериовыделение и наличие полостей распада легочной ткани, причем у 3-х из них бактериовыделение выявлено при отсутствии полостей распада. У остальных 42 (55,3%) - 2-я группа больных бактериовыделения и распада легочной ткани обнаружено не было.

Всем больным, с учетом формы, фазы, распространенности туберкулезного процесса назначалась специфическая антибактериальная химиотерапия, с применением препаратов основного и резервного ряда, ее модифицированный вид. Суть модификации заключалась в том, что больным изониазид был заменен на феназид в дозировке 0,5 в сутки. Причиной замены изониазида на феназид послужило частое развитие побочных эффектов при приеме изониазида на фоне антипсихотической терапии. Режимы химиотерапии назначались с учетом требований приказа МЗ и СР РФ № 109 от 21.03.2003 года. Кроме этого проводилась патогенетическая, симптоматическая терапия, дезинтоксикация. Применялись иммуномодулирующие средства.

Контроль эффективности лечения осуществлялся по критериям абациллирования (прекращение бактериовыделения) и закрытие каверн на основании клинико-рентгенологических и лабораторных данных. Абациллирование контролировалось исследованием мокроты больных методом простой микроскопии с окраской мазка по Циль-Нильсену, люминесцентной микроскопии и посевом мокроты на питательные среды.

При оценке эффективности терапии у 1-й группы больных - 34 человека, нами получены следующие результаты. На фоне специфической антибактериальной химиотерапии адекватными дозами химиопрепаратов у 1 -го больного (2,95%) курс лечения оказался неэффективным, у 19 - ти больных (55,88%) отмечалась положительная динамика в течении заболевания. Абациллирование достигалось в среднем через 3,78 месяца, а закрытие каверн через 5,78 месяца. У 14 больных (41,17%) на фоне проводимой терапии отмечалось прогрессирование специфического процесса с последующим наступлением летального исхода. Причиной смерти у всех больных послужило прогрессирование туберкулеза легких с выраженной декомпенсацией полиорганной недостаточности. Средняя длительность пребывания умершего больного в отделении составила 4,14 месяца. Необходимо заметить, что в подобных случаях туберкулез у больных был выявлен в запущенной форме и, как правило, с двухсторонним деструктивным поражением легких с наличием лекарственной устойчивости МБТ (микобактерий туберкулеза) к многим химиопрепаратам. Проводимая терапия в этих случаях оказывалась неэффективной.

Во второй группе больных (42 человека) эффективность лечения оценивалась только по динамике клинико-рентгенологической картины и

лабораторных показателей. У 41 больного (97,62%) отмечалась значительная положительная динамика в виде рассасывания очагово-инфильтративных изменений с формированием фиброза, либо плотных очагов. У одного больного (2,38%) установлена отрицательная динамика и больной умер от прогрессирования туберкулеза. 12 человек были выписаны из отделения с клиническим излечением. Средняя длительность пребывания выписанного больного в отделении составила 23,1 месяца. Остальные больные продолжают получать лечение.

Таким образом, с целью раннего выявления туберкулеза легких у психически больных необходимо уделять особое внимание рентгенофлюорографическому обследованию, а по показаниям и исследованию мокроты на МБТ данной категории больных с возложением этих обязанностей на ЛПУ общей лечебной сети.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Е.М. Костина, Н.И. Баранова, Б. А. Молотилов

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) остается основным наиболее значимым методом иммунотерапии аллергических заболеваний, воздействующим на патогенетические механизмы. Однако в ряде случаев эффективность АСИТ остается сомнительной, что вполне можно объяснить сложностью механизмов развития инфекционно-аллергического процесса. По данным В.И. Пыцкого (1997, 2003) наиболее эффективна иммунотерапия аллергенами при наличие специфических (иммунных) реакций.

Наличие неспецифических факторов и иммунодефицитного состояния при ИАЗ могут значительно снижать эффективность аллерговакцинации бактериальными аллергенами.

Цель нашей работы – изучение клинико-иммунологической эффективности АСИТ бактериальными аллергенами при разных патогенетических механизмах развития ИАЗ.

Под наблюдением находилось 128 больных с инфекционно-аллергическими заболеваниями дыхательных путей и кожи.

Всем больным до и после курса АСИТ проводилось полное клинико-лабораторное и аллергоиммунологические обследование. Специфическая аллергодиагностика проводилась с бактериальными аллергенами, приготовленными методом Андо-Вержиковского и нативными, производства ТОО «Медалл».

При анализе причинно-значимых аллергенов у 111 пациентов (86,7%) зарегистрирована поливалентная сенсибилизация к двум и более бактериальным аллергенам. При внутрикожном введении бактериальных аллергенов у больных наблюдались кожно-аллергические реакции по немедленному (ГНТ), замедленному (ГЗТ) типам, а также сочетание немедленных и замедленных аллергических реакций.

Показатели общего IgE в сыворотках крови обследуемых больных колебались от 25 МЕ/мл до 300 МЕ/мл. У 1/3 больных (30,5%) наблюдались повышенные значения показателей общего IgE от 100 до 300 МЕ/мл. У этой же группы больных наблюдались выраженные кожно-аллергические реакции (3-4+) по немедленному типу.

Проведенные исследования подтверждают участие различных типов аллергических реакций в патогенезе инфекционно-аллергических заболеваний.

В соответствии с целью нашей работы больные были разделены на 3 группы:

- с преобладанием специфических механизмов (41 чел);
- сочетание специфических и неспецифических механизмов (60 чел);
- преобладание неспецифических механизмов (17 чел).

Для пациентов 1 группы было характерно: наличие положительного аллергоанамнеза, отягощенная наследственность по атопическим заболеваниям, наличие сопутствующих аллергических заболеваний, положительные результаты кожного тестирования значительной интенсивности в пределах 3,1 ± 0,4 баллов и провокационных тестов с соответствующими аллергенами; выявление повышенного уровня общего IgE 110,30±11,20 (МЕ/мл), наличие специфических АТ к бактериальным аллергенам у 38 пациентов (92,7%).

У больных 2 группы было отмечено преобладание сочетанных (немедленных и замедленных) аллергических реакций на бактериальные аллергены меньшей интенсивности (2,8 ± 0,2) при кожном тестировании, менее значимое повышение уровня общего IgE (101,20±10,50), специфические IgE – АТ к причиннозначимым аллергенам выявлены у 21 человека (35%).

У больных 3 группы наблюдались: слабые кожные пробы (1,8 ± 0,1), чаще по ГЗТ, низкие показатели общего IgE (25,3 ± 15,21) и отсутствие специфических IgE – АТ к бактериальным аллергенам. При этом у всех больных (17 человек – 100%) наблюдались неспецифические реакции в виде бронхиальной и назальной гиперактивности на физические, химические факторы и холодный воздух.

При изучении клинической эффективности АСИТ бактериальными аллергенами у пациентов трех групп, наилучший эффект с учетом отличных, хороших и удовлетворительных результатов получен у больных 1 группы 92,7%, менее значительный у больных 2 группы 83,3% и незначи-

тельный у пациентов 3 группы 58,8%.

При этом у больных 1 группы отмечено значительное снижение показателей общ IgE с 110,30±11,20 до 55, 3±15,3 после АСИТ (p ‹ 0,05) и интенсивности КП с аллергенами с 3,1 ± 0,4 до 1,5 ± 0,15 (p ‹ 0,05).

У пациентов 3 группы с преобладанием неимунных механизмов статистически значимых изменений клинико-иммунологических показателей не отмечено.

Таким образом, эффективность АСИТ бактериальными аллергенами определяется механизмом развития ИАЗ. Наилучшие результаты наблюдаются в группе больных с иммунологическими механизмами, что необходимо учитывать при назначении АСИТ бактериальными аллергенами.

ПРАВО НА СМЕРТЬ

Т.А. Костюченко

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Жизнь может быть такой, что разумный человек не
сочтет её настолько достойной, чтобы продолжать её дальше.

Тема отношения врача к умирающему больному проходит через всю историю медицины. В книге Гиппократа «Об искусстве» говорится о цели медицины: «Она совершенно освобождает больных от болезней, притупляя их силу, но к тем, которые уже побеждены болезнью, она не протягивает своей руки». Поворот медицины «лицом к умирающему больному» проницательно предсказал английский философ Ф. Бэкон. В своем труде «О достоинстве и приумножении наук» (1605 г.) он подробно останавливается на проблеме отношения к неизлечимым больным, признавая эвтаназию немалым счастьем, когда нет совершенно никакой надежды на спасение и можно сделать смерть более легкой и спокойной. Обсуждение моральных проблем отношения врачей к умирающим приобрело вполне современный вид на рубеже XVIII-XIX веков, когда расширилось понимание предмета медицины и в него стали включать важнейшие социальные вопросы, вопросы качества жизни.

Как считает M.Edlung с соавторами, возрастание интереса к проблеме качества жизни в здравоохранении объясняется следующим.

1. Прогресс медицинской науки, совершенствование медицинских технологий в последние десятилетия XX века привели к тому, что нередко в клинической практике встречаются ситуации, когда пациент является биологически живым и одновременно "мертвым" в социальном отношении.

2. Все в большей степени основополагающим этическим принципом

здравоохранения становится уважение моральной автономии и прав пациента. Гарантия, защита прав пациента на информированность, на сознательный выбор между лечением и не лечением, на духовное или моральное утешение так или иначе связаны с " новой сверхзадачей врачевания" – оптимальным качеством жизни больного.

3. Структура заболеваемости кардинально изменяется – все больше становится хронических больных, которые не могут быть излечены, несмотря на прогресс современной медицины.

По определению ВОЗ (1999г.) качество жизни – это оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) и представляются возможности для достижения благополучия и самореализации.

Качество жизни определяется следующими параметрами:

- образование
- вредные привычки
- условия проживания
- быт
- питание
- здоровье
- удовлетворенность жизнью
- использование медицинских учреждений
- занятость
- общественная деятельность
- семья
- участие в культурных мероприятиях

В свою очередь, удовлетворенность жизнью определяется такими параметрами, как чувство удовлетворения своей жизнью, чувство фобии, чувство одиночества, оценка своего экономического положения. Иными словами, качество жизни – это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества.

Качество жизни зависит от многих условий:

- уровня доходов, позволяющих поддерживать определенный уровень жизни и уровень здоровья;
- свободы перемещения, которая зависит от состояния здоровья и экономических возможностей;
- качества окружающей среды, которая благотворно или губительно влияет на состояние здоровья;
- положения в семье и коллективе;
- удовлетворенностью выполняемой трудовой деятельностью.

Анализ существующих методик оценки качества жизни показывает, что большинство из них включает пять основных аспектов этого понятия:

1. Физическое состояние (физические ограничения, физические способности, необходимость пребывания на постельном режиме, физическое благополучие).

2. Психическое состояние (уровни тревоги и депрессии, психологическое благополучие, контроль эмоций и поведения, познавательные

функции).

3. Социальное функционирование (межличностные контакты, социальные связи).

4. Ролевое функционирование (ролевое функционирование на работе, дома).

5. Общее субъективное восприятие состояния своего здоровья (оценка настоящего состояния и его перспективы, оценка болевых ощущений).

Прежде чем во второй половине XX века началось хосписное движение, проблема отношения медиков к умирающему человеку на протяжении предшествующих двух третей столетия обсуждалась в основном как проблема эвтаназии. Дискуссия об эвтаназии сразу же обнаружила непримиримость её сторонников и противников. Основной целью сторонников движения за эвтаназию была пропаганда идеи права взрослого дееспособного человека, страдающего неизлечимыми заболеваниями, испытывающего чрезмерные страдания и выражающего желание умереть, на безвременную милосердную смерть.

Эвтаназия, как новый способ медицинского решения проблемы смерти (прекращения жизни) входит в практику современного здравоохранения под влиянием двух основных факторов.

Во-первых, прогресса медицины, в частности, под влиянием развития реаниматологии, позволяющей предотвратить смерть больного и работающей в режиме управления умиранием.

Во-вторых, смены ценностей и моральных приоритетов в современной цивилизации, в центре которых стоит идея прав человека.

Каково отношение населения к эвтаназии? Исследования, проведенные А.К.Хетагуровой в 2004 году, показали, что «за» эвтаназию высказалось 23 % респондентов, против – 73 %; не знают, что такое эвтаназия – 4 %. На вопрос о допустимости легализации эвтаназии в нашей стране ответили «да» 11 % респондентов, «нет» – остальные 89 %.

Несколько иные результаты были получены при пилотном исследовании, проведенном на курсе организации здравоохранения и общественного здоровья в апреле 2007 года среди жителей г.Пензы и Пензенской области в возрасте 17 – 74 лет: об эвтаназии знали ранее проводимого опроса 78 % респондентов, «за» приемлемость эвтаназии в РФ высказалось 69 % опрошенных , считают её вполне допустимой по отношению к себе 57 % опрошенных.

В определенные промежутки времени качество жизни человека может снижаться. Каким образом человек реагирует на значительное снижение качества жизни, потерю автономности в той или иной степени? Связана ли такая ситуация с вероятностью её разрешения путем применения эвтаназии? Насколько доступна альтернативная эвтаназии паллиативная помощь в условиях хосписа? И вообще, имея закрепленное законодательно право на жизнь и на сохранение жизни, имеет ли человек право на возможность распоряжаться своей жизнью? Это вопросы, на которые ещё

предстоит ответить.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ У ДОНОРОВ КРОВИ

Т.В. Крылова, Р.П. Савченко, О.А. Трошкина

ГУЗ «Областная станция переливания крови»,
ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Служба крови – это составляющая здравоохранения, использующая уникальный национальный ресурс – кровь доноров.

Проблема донорства крови и её компонентов является одной из ключевых для Пензенского здравоохранения. Программа национальных приоритетов предполагает увеличение в разы количества высокотехнологичных агрессивных операций: в кардиохирургии, ортопедии, онкологии. Эти операции предполагают использование компонентов и препаратов крови. Переливание донорской крови незаменимо при лечении массивных кровопотерь, при травмах, ожогах, тяжелых операциях, родах. Именно поэтому эту проблему можно отнести к вопросам безопасности страны.

В службе крови главное – это качество любого продукта, его безопасность, гарантия качества. Именно поэтому стало очевидным несоответствие возрастающей сложности современных трансфузиологических технологий – реальным возможностям технического оснащения множества отделений переливания крови (ОПК). Таким образом, организация работы отделений переливания крови не отвечала лицензионным требованиям по виду медицинской деятельности: работы и услуги по заготовке, производству, транспортировке и хранению донорской крови, её компонентов и препаратов.

В 2003 году на коллегии, в 2005 году на совещании Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации вектором развития службы крови определена централизация заготовки, переработки, апробации крови и распределения запаса гемокомпонентов. Федеральный закон от 22.08.2004 года №122, статьей 32 внес изменения в статью 13 закона Российской Федерации от 09.06.1993 года №5142-I «О донорстве крови и её компонентов» где определено, что с 01.01.2005 года заготовкой, переработкой, апробацией и хранением донорской крови могут заниматься только государственные учреждения, для которых эта деятельность является основной.

Изменения в законодательных актах поставили перед службой крови Пензенской области задачи по организации её работы в свете реализации положений вышеуказанных законов.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и соци-

ального развития Пензенской области от 31.08.2005 года №446 «О реорганизации службы крови в Пензенской области» был проведен начальный этап реорганизации отделений переливания крови в лечебно-профилактических учреждениях. ОПК приобрели статус трансфузиологических кабинетов.

В настоящее время единственным учреждением, занимающимся производственной трансфузиологией, является ГУЗ «Пензенская областная станция крови», основной задачей которого является обеспечение пациентов лечебно-профилактических учреждений Пензенской области безопасными и эффективными компонентами и препаратами крови.

Кроме постановлений, приказов и инструкций по состоянию оборудования в 1998 году и в 2001 году станциям были предложены «Инструкции по медицинскому освидетельствованию доноров крови, плазмы, клеток крови». В инструкции и в рекомендации было предложено около 200 различных дополнений, замечаний и уточнений по вопросам анкеты донора, справки, учетные карточки, мероприятия по оказанию неотложной помощи донорам. Были высказаны серьезные предложения по разделу 5 «Обследование доноров и скрининг донорской крови». На сегодня предлагается уточнить возрастные границы для доноров крови, плазмы и клеток крови, особенно тромбоцитов, а также показатели артериального давления: систолическое от 170 до 9- мм рт.ст., а диастолическое от 70 мм рт. ст., рентгеноскопия, флюорография, ЭКГ, справок от терапевта, центра эпиднадзора и сроков их действия. Особое внимание было уделено срока отвода доноров при одно- и двукратном повышении АЛТ.

В соответствии с этой задачей ПОСПК работает по следующим направлениям:

- привлечение к донорству крови и ее компонентов здорового населения Пензенской области;
- пропаганда донорства как акта гуманизма и проявления добродетели, составляющей здорового образа жизни;
- формирование благоприятных условий для реализации донорской функции;
- отвод от донорства лиц с противопоказаниями и угрозой передачи инфекционных заболеваний;
- совершенствование организационной структуры и системы управления донорством и службой крови;
- повышение безопасности трансфузионной терапии с точки зрения иммунологической и биологической безопасности выпускаемой продукции;
- совершенствование материально – технической базы станции;
- увеличение производства компонентов и препаратов крови на основе совершенствования существующих и внедрения современных технологий, расширение номенклатуры выпускаемых компонентов и препаратов;

- усовершенствование профессиональной подготовки медицинских и инженерно – технических кадров;
- обеспечение современного уровня гарантии качества в производственной трансфузиологии;
- создание на базе ПОСПК отделения эфферентных методов лечения и внедрение в практику здравоохранения кровесберегающих технологий.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ ГУЗ «ПЕНЗЕНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ СТАНЦИЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ» НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВИРУСНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ГЕМОТРАНСФУЗИЙ

Т.В. Крылова, Р.П. Савченко, О.А. Трошкина

ГУЗ «Областная станция переливания крови»,
ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Проблема донорства крови и её компонентов является одной из одной из ключевых для Пензенского здравоохранения. Программа национальных приоритетов предполагает увеличение в разы количества высокотехнологических операций: в кардиохирургии, ортопедии, онкологии. Эти операции предполагают использование компонентов и препаратов крови, переливание донорской крови незаменимо при лечении массивных кровопотерь, при травмах, ожогах, тяжелых операциях, родах.

Альтернативы донорской крови нет. Доноры считаются единственным источником получения крови для приготовления компонентов и препаратов.

В последнее десятилетие донорство в Пензенской области, как и во всей стране, переживает значительный спад. Одной из причин приведшей к такому положению с донорством является рост инфицированности населения плюс увеличение чувствительности тест-систем для донорской крови.

Ситуация в Российской Федерации в последние годы характеризуется сложной эпидемиологической обстановкой. В Пензенской области в 2006 году заболеваемость вирусными гепатитами выросла на 32%, ВИЧ-инфекцией на 0,6%. Высокая частота встречаемости ВИЧ, гепатитов В и С, сифилиса, сопровождается распространением эпидемии среди слоев населения, далеких от привычных групп риска. Изменения состава донорского контингента и мотивации донорства (финансовая заинтерисованность) неизбежно ведут в росту доли вирусоносителей среди первичных добровольцев, а также возможности реакцивации вирусной инфекции у реципиентов в результате гемотрансфузий неконтаминированными компонентами крови. Случаи гемотрансмиссивной ВИЧ-инфекции (Тула, Воронеж и, совсем

недавно Кострома) вызывают большой общественный резонанс. Случаи передачи ВИЧ связаны с переливанием донорской плазмы. Динамика эпидемического процесса заставляют предположить рост числа инфицированных на стадии сероконверсии, что выдвигает проблему обеспечения инфекционной безопасности Службы крови на первый план.

В этой связи необходимо внедрять новейшие методы и технологии по обеспечению качества, безопасности, и эффективности гемотрансфузионных сред. Первыми этапами в выполнении поставленной задачи является отбор и обследование доноров и организации качественного инфекционного скрининга донорской крови.

На Пензенской областной станции переливания крови ежегодно заготавливается более 12000 литров донорской крови от 28000 крово- и плазмодач. В настоящее время обследование всей донорской крови осуществляется декретированными в РФ тестами методами ИФА в иммунологической лаборатории ПОСПК.

Основными причинами потенциального риска инфицирования реципиентов компонентов и препаратов крови являются, с одной стороны. Эволюция возбудителей инфекций и, как следствие, ограниченность современных знаний об особенностях трансфузионных инфекций, а с другой стороны, действующие медицинские мероприятия в Службе крови (ограниченность системы обязательного обследования доноров). Немаловажное значение имеет и ограниченность чувственности и специфичности диагностических методов обследования доноров.

Каждая доза крови, полученная от донора, проходит апробацию на инфекционные маркеры (гепатитов В и С., ВИЧ и сифилис). Для скрининга крови на гепатиты и сифилис применяются тест-системы ЗАО «Вектор-БЕСТ», на ВИЧ используются скрининговые наборы одного из мировых лидеров в области производства тест-систем фирмы «Био-Рад» и «Джейскрин плюс ВИЧ Аг-АТ». Положительные образцы подтверждали в подтверждающих тест-системах ЗАО «Вектор-Бест».

ЗА 2006 год при обследовании 24696 образцов донорской крови были выявлены:

- положительные реакции на гепатит В – 46 сыворотки (0,19%);
- ложноположительные – 285 сыворотки (1,15%);

- положительные реакции на гепатит С – 203 сыворотки (0,82%);
- ложноположительные – 164 сыворотки (0,66%);

- положительные реакции на ВИЧ – 21 сыворотки (0,09%);
- ложноположительные – 19 сыворотки (0,08%);

Кроме того, существующий серологический контроль с применением ИФА метода пропускает следующие категории доноров:

- доноров – хронических носителей в ГВ с низким титром HBsAg;

- доноров с латентной ВГВ – инфекцией;
- доноров – носителей мутантного в ГВ;
- доноров в ранней фазе ВГВ – инфекции, ВГС - инфекции, ВИЧ-инфекции (фазе «иммунологического окна»);
- доноров в ранней фазе выздоровления (наличие «cor-окна»).

Учитывая высокую пораженность населения инфекциями, передающимися трансфузионным путем, система скрининга маркеров возбудителей этих инфекций у доноров нуждается в качественном и количественном усовершенствовании. Поэтому оправдано и необходимо внедрении определения нуклеиновых кислот – NAT-диагностики методом ПЦР, которая обладает существенно большей чувствительностью и значительно сокращает сроки серонегативного «окна» по сравнению с использованием ИФА:

- по ВИЧ-инфекции – с 22 до 7-10 дней;
- по вГС – с 70-66 дней до 22;
- по вГВ – с 56 до 40 дней.

Особое значение NAT-диагностика имеет для идентификации вируса гепатита С (HCV). С целью обеспечения диагностической специфичности требуется постановка методов – ИФА и ПЦР.

Эффективность лабораторных исследований на Областной станции переливания крови определяются три основных фактора: квалификация сотрудников, качество оборудования и уровень его технического обслуживания, характеристики используемых тест-систем.

С 2003 по 2006 год на ПОСПК закуплено современное лабораторное оборудование на сумму 48 миллионов рублей. И в настоящее время аппаратно-техническая база представлена:

- полуавтоматическим ИФА-анализатором фирмы «TEKAN»;
- ридером «SUNRISE» с сенсорным экраном;
- двумя вошерами для микропланшет «Columbus»;
- двумя шейкерами-инкубаторами;
- автоматический ИФА-анализатор «ЭВОЛИС»;
- оборудование для ПЦР в реальном времени с амплификатором «Ай Кью 5».

Автоматизация скринингового процесса позволяет существенно снизить трудозатраты, максимально оптимизировать ежедневные исследования, также повысить точность и воспроизводимость результатов, благодаря высокой стандартизации процесса, что способствует обеспечению минимального уровня риска передачи вирусной инфекции при переливании крови.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ «РАЗВИТИЕ ДОНОРСТВА И СЛУЖБЫ КРОВИ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2004-2008 гг.

Т.В. Крылова, Р.П. Савченко, О.А. Трошкина

ГУЗ «Областная станция переливания крови»,
ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

За последние годы губернатор, Законодательное собрание, Министерство здравоохранения и социального развития Пензенской области уделяют большое внимание развитию службы крови Пензенской области.

В 2002 году Правительством Пензенской области закуплено новое морозильное, холодильное и центрифужное оборудование на сумму 11 млн. рублей.

25 декабря 2003 года законом Пензенской области утверждена **программа «Развитие донорства и службы крови в Пензенской области на 2004-2008 гг.».**

Задачи программы следующие, развитие службы крови области на основе внедрения современных технологий, обеспечения гарантированной вирусобезопасности донорской крови и её компонентов, позволяющих исключить возможность передачи реципиенту вирусных трансфузионных инфекций (ВИЧ- инфекция, гепатиты В, С и др.); повышение качества оказания трансфузионной помощи населению в результате эффективного и рационального использования продуктов областной станции переливания крови; привлечение к донорству крови и её компонентов здорового населения Пензенской области.

Ожидаемые результаты реализации Программы:

- исключение возможности передачи и распространения с донорской кровью и её компонентами вирусной инфекции (ВИЧ-инфекция, гепатиты В, С, ВИЧ – ассоциированные инфекции и другие), введение обязательной трехмесячной карантинизации донорской плазмы и эритроцитов с повторным обследование донора к концу срока карантина и др.

Основой успешной работы учреждений трансфузионной медицины является **донорство крови.**

В 2005-2006 годах отмечается спад активности донорского движения, что отражено на рис. 1.

Анализ причин, приведших к такому положению с донорством, позволил выявить следующие основные причины:

- экономические и социальные проблемы отрицательного влияют на состояние здоровья населения (количество медицинских отводов доноров от крово- и плазмодач составляет от 20 до 25%, по России – 30%);

- рост числа инфекционных заболеваний (СПИД, гепатиты, сифилис, туберкулез и др.);

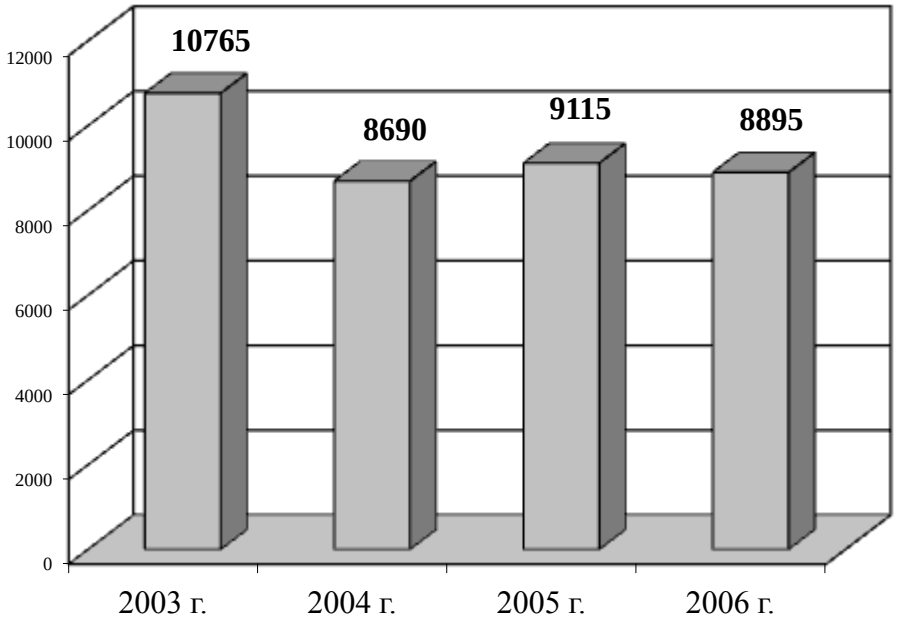


Рис. 1. Динамика активности донорского движения

- отсутствуют реальные побудительные мотивы и стимулы к донорству;

- не своевременно выполняются обязательства по льготам, предоставляемым донорам;

- отсутствует пропаганда донорства обществом Красного креста среди населения;

- слабая разъяснительная работа персонала лечебно-профилактических учреждений среди родственников больных.

Незаинтересованность работодателей в условиях рыночных отношений в участии работников их предприятий в донорстве. В нарушение «Закона о донорстве крови и её компонентов», многие руководители не отпускают своих сотрудников для дачи крови на ПОСПК или отказывают от проведения, ранее согласованного «Дня донора», не предоставляют оплачиваемых дней отдыха.

Кровь, заготовленная в выездных условиях, составляет 60% к общему объему заготовленной крови.

Таблица 1

Выездная форма работы

Наименование показателя	2003	2004	2005	2006
Всего выездов, в том числе	209	245	264	304
по г. Пенза;	56	55	36	47
по районам Пензенской области	153	190	228	257

Как видно из таблицы 1 работа выездных бригад активизируется из года в год, но только за счет работы в районах области.

В целях систематизации картотеки регистрации лиц, состоящих на учете по абсолютным противопоказаниям от донорства, и для мониторинга состояния донорской базы в работу регистратуры была внедрена единая информационная система (электронный банк данных), предусматривающая сбор информации о донорах, учет кратности кроводач, учет причин отводов.

В районах, где планировалась заготовка крови, учитывалась эпидемиологическая обстановка, проводился регулярный мониторинг по актуальным инфекциям, каждый донор сверялся по картотеке лиц отведенных от донорства, а далее проводилось лабораторное обследование и осмотр донора, оценивался медицинский анамнез и выявлялись противопоказания к кроводаче.

В целях профилактики распространения инфекционных заболеваний при переливаниях крови и ее компонентов, для формирования базы данных лиц, подлежащих отстранению от донорства по медицинским показаниям, и во исполнение приказа Министерства здравоохранения и социального развития Пензенской области № 418 от 18.08.2005г. производится регулярное пополнение картотеки оперативными сведениями конфиденциального характера, которые предоставляют ФГУЗ Центр гигиены и эпидемиологии в Пензенской области, Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, ГУЗ «Областной кожно-венерологический диспансер», ГУЗ «Областной наркологический диспансер», предоставление еженедельных отчетов в Территориальное управление Роспотребнадзора.

Тщательный отбор доноров позволил в 2005-2006 годах значительно снизить абсолютный брак крови по спец. картотеке, гепатитам и сифилису.

Критерием эффективной работы Областной станции переливания крови является обеспечение минимального уровня риска передачи вирусной инфекции при переливании крови.

Важнейшими элементами обеспечения вирусной инфекционной безопасности гемотрансфузий является отбор и обследование доноров, современные протоколы заготовки и переработки донорской крови, эффективные методики лабораторного тестирования полученных компонентов крови.

С 2003 года вся кровь и компоненты крови заготавливаются только в одноразовые полимерные контейнеры, главными преимуществами которых являются: стерильность, нетоксичность и апирогенность, гарантирующие гигиенические и вирусную безопасность, как в производственный, так и в клинической практике и, что очень важно – в полевых условиях.

Переливание цельной крови стало анахронизмом, переход на её компоненты повысил и гарантии вирусной безопасности для реципиентов.

Но на этом этапе стал ясным риск переливания ядерных элементов крови, лейкоцитов, которые чаще всего оказываются контаминированными вирусом. Но даже неконтаминированные лейкоциты могут представлять в

этом отношении определенную опасность, являясь фактором реактивации вирусной инфекции у естественных носителей (например, цитамегаловируса). Поэтому, важнейшим требованием вирусной безопасности компонентов крови является низкое содержание лейкоцитов.

Для заготовки высокоочищенных компонентов донорской крови с минимальным антигенным (вирусным) загрязнением на Областной станции переливания крови внедрены следующие технологии:

- современные протоколы центрифугирования цельной крови и получения её компонентов;

- фракционирование крови с использованием полуавтоматических плазмоэкстракторов с программным управлением (Оптипресс), позволяющие получить бесклеточную плазму и эритроцитную массу с удаленным лейкотромбослоем.

-получение плазмы с минимальной примесью тромбоцитов и лейкоцитов на аппаратах для плазмафереза;

- приготовление лечебных доз концентрата тромбоцитов на сепараторе клеток крови.

Для обеспечения качества лечебного процесса гемотрансфузионными средами на станции, начиная с 2005 года значительно расширилась номенклатура выпускаемой продукции. Кроме этого, внедрена современная компьютерная технология учета компонентов крови на основе штрих - кодирования.

Существенный вклад в профилактику гемотрансмиссивных инфекций вносит карантинизация – это хранение заготовленных гемокомпонентов (в частности свежезамороженной плазмы, эритроцитной массы) с запретом ее использования на протяжении определенного времени и повторным обследованием донора. С учетом максимальной продолжительности латентного периода вирусного гепатита оптимальным считается срок карантинизации в течение 6 месяцев.

В целях повышения безопасности и эффективности гемотрансфузионной терапии с 01 июня 2003 года на Областной станции переливания крови внедрен вышеуказанный метод.

Таблица 2.

Карантинизация СЗП

Наименование показателя	*2004*	*2005*	*2006*
1	2	3	4
Заложено на карантин доз СЗП	1402	2074	3660
Заложено на карантин СЗП в литрах	332,32	549,3	933,0
Снято после 6 месяцев карантина	136,13л (551доза)	218,7л (912 доз)	664,22л (2576доз)
Снято после 3 месяцев карантина	26,45л (102 дозы)	31,5л (132 дозы)	42,02л (163дозы)

1	2	3	4
Снято в связи с неявкой доноров на повторное обследование	31,46л (126 доз)	67,2л (223 дозы)	61,34л (237доз)
Списано в брак и передано на утилизацию	4,44л (18 доз)	6,66л (28 доз)	25,66л (100доз)

За 3 года на карантин было заложено 6346 доз свежезамороженной плазмы, что составило 1608 литров.

Таблица 3.

Структура брака СЗП,
находящейся на карантинизации

Причина брака	2004			2005			2006		
	литры	дозы	доноры	литры	дозы	доноры	литры	дозы	доноры
Гепатит С	0,25	1	1	-	-	-	0,5	2	1
Гепатит В	1,18	5	2	-	-	-	0,55	2	1
ВИЧ	-	-	-	-	-	-	1,06	4	1
Сифилис	0,47	2	1	2,83	12	4	3,66	14	5
Повторное повышение АЛТ	1,4	6	1	0,78	4	3	8,24	30	16
Нарушение герметичности	0,435	2	2	-	-	-	6,52	27	27
Спец. Картотека	-	-	-	2,54	10	4	4,89	19	3
Другие причины	0,39	2	2	0,51	2	2	0,24	1	1

Таким образом, брак по результатам повторного обследования доноров является важнейшим доказательством эффективности карантинизации свежезамороженной плазмы.

С августа 2005 года на станции внедрен метод автоматического криоконсервирования клеток крови при умеренно низких температурах со сроком хранения до 10 лет.

Криоконсервирование эритроцитов позволит создать банк замороженных эритроцитов редких групп крови и стратегический запас эритроцитной массы на случай чрезвычайных ситуаций.

Созданные банк плазмы, объемом 500 л и банк клеток крови позволяет накопить достаточно большой объем гемокомпонентов от одного донора и соблюсти золотое правило трансфузиологии «Один донор – один реципиент», тем самым, снизив при переливании риск передачи инфекции.

Неотъемлемой частью службы крови является ее лабораторное звено, сложность деятельности которого постоянно возрастает. В лабораторном звене можно выделить два направления:

1. Обследование доноров
2. Контроль качества компонентов крови

На ПОСПК в настоящее время имеется передовое техническое обеспечение клинико-лабораторных обследований всех без исключения категории доноров при каждой кроводаче на наличие антител к гепатитам, серологических маркеров.

Структура абсолютного брака консервированной крови представлена в таблице 4.

Таблица 4.

Структура абсолютного брака консервированной крови

Причина брака	2004	2005	2006
Антитела к вирусу гепатита С	82,8л (18,8%)	84л (16,6%)	93,67л (23,57%)
HBsAg	39,45л (9%)	20,4л (4,03%)	17,4л (4,38%)
Сифилис	26,35л (6%)	88,9л (17,6%)	43,9л (11,04%)
Антитела к ВИЧ ½	4,85л (1,1%)	12,8л (2,52%)	8,4л (2,11%)
Повышение АЛТ	97,52л (22,21%)	124л (24,5%)	156,65л (39,42%)
Спец. картотека	82,43л (18,7%)	81,6л (16,1%)	7,9л (1,99%)
Резко хилезная	54,8л (12,5%)	72,9л (14,4%)	60,01л (15,12%)
Гемолиз	8,7л (2%)	3,5л (0,7%)	0,4л (0,1%)
Нарушение герметичности	42,12л (9,6%)	18,14л (3,58%)	8,8л (2,21%)
Всего	439,02 л	506,3л	397,35 л

В абсолютный брак списывается по годам от 3 до 3,7% от общего объема заготовленной крови.

Как видно из таблицы 4, увеличился брак по сифилису, что связано с внедрением в практику иммуноферментного анализа. Брак по HBsAg снизился в связи с использованием тест-систем с большей специфичностью. Значительно уменьшился брак крови по спец. картотеке, что связано с внедрением в работу ПОСПК локальной компьютерной сети при заготовке крови в стационарных и выездных условиях.

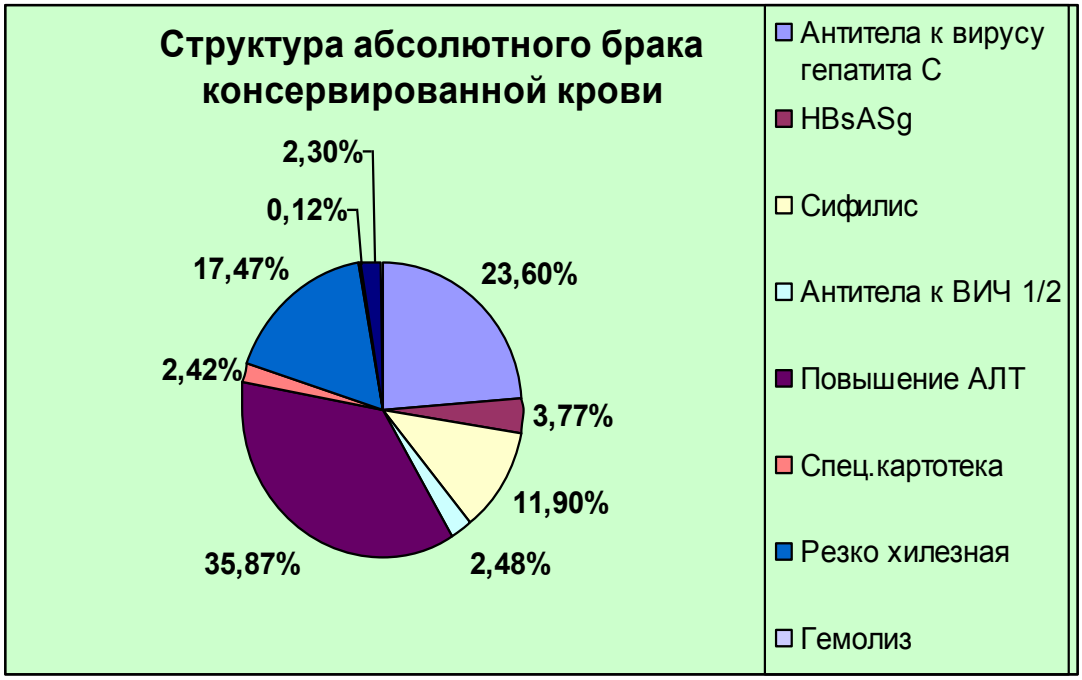


Рис. 2. Структура брака

Новые технологии, внедренные в ПОСПК

Для заготовки высокоочищенных компонентов донорской крови с минимальным антигенным (вирусным) загрязнением на Областной станции переливания крови внедрены следующие технологии:

- С ноября 2004 года мы проводим фракционирование консервированной крови на автоматическом плазмоэкстракторе Optipress II фирмы Baxter по 3 программам:

- получение эр.взвеси с удаленным лейкотромбослоем в ресуспендирую-щем растворе Adsol, плазмы и ЛТС;
- получение концентрата тромбоцитов из дозы лейкотромбослоя,
- получение эр.массы и свежезамороженной плазмы.

- Качественные и количественные показатели тромбоцитов, получаемых этим методом, намного выше таковых при получении концентрата тромбоцитов из обогащенной тромбоцитами плазмы (практически отсутствует контаминация лейкоцитами и примесь эритроцитов, количество тромбоцитов достигает 0,6-0,7x10^{11}/л, тогда как при получении концентрата тромбоцитов из обогащенной тромбоцитами плазмы не выше 0,5x10^{11}/л).
- С сентября 2004 года проводится заготовка плазмы методом автоматического плазмафереза на аппарате “Autopheresis C ” фирмы Baxter.
- В июне 2003 года начато и в настоящее время продолжается создание банка карантинизированной свежезамороженной плазмы. Заготовка плазмы методом аппаратного плазмафереза и карантинизация СЗП позволяют накопить большой объем плазмы от одного донора и соблюсти правило трансфузиологии: “один донор - один реципиент” и тем самым снизить риск аллосенсебилизации и передачи гемотрансмиссивных инфекций.

- С сентября 2005 года началась апробация метода криоконсервирования эритроцитов (глицеролизация и деглицеролизация), а также отмывания эр.массы на аппарате для глицеролизации и деглицеролизации эритроцитов АСР^{TM}215 Haemonetics. Замораживание эритроцитов проводится при умеренно низких температурах -85ºС. Возможный срок хранения криоконсервированных эритроцитов 10 лет.
- Криоконсервирование эритроцитов позволит создать банк замороженных эритроцитов редких групп, аутологичных эритроцитов больных с редкими группами крови для проведения им аутотрансфузий при плановых оперативных вмешательствах, а также создать стратегический запас эритроцитной массы на случай чрезвычайных ситуаций.
- С сентября 2005 года начата заготовка концентрата тромбоцитов методом аппаратного цитафереза с использованием мультикомпонентной системы MCS 3p Haemonetics corporation, что дает возможность получения терапевтических доз концентрата тромбоцитов высокого качества от одного донора.
- В соответствии с ОСТ 42-510-98 “Надлежащая практика производства, практические рекомендации по внедрению” при заготовке препарата крови криопреципитат начато ведение “Маршрутных карт”, отражающих все этапы данного производства.
- Отработан порядок отбора проб для проведения контроля качества заготовленных компонентов крови.
- В сентябре 2006 года начата закладка свежезамороженной плазмы на карантинное хранение в морозильную камеру на - 40ºС.
- С октября 2006 года проводится заготовка плазмы аппаратным методом на аппарате PCS2 Haemonetics и MCS 3p Haemonetics.

Внедрена современная компьютерная технология учета компонентов крови на основе штрих-кодирования.

ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ СУВАГ В ПРОГРАММУ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА В ПЕНЗЕНСКОЙ КОРРЕКЦИОННОЙ ШКОЛЕ-ИНТЕРНАТЕ

Р.П. Крымская, Л.П. Петрова, В.Г. Цыганков

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ГОУ с(к)о школа-интернат
Пенза

Социальная реабилитация ребенка с любыми проблемами развития предполагает свободную адаптацию в обществе. Для детей с нарушениями

слуха это не только умение общаться между собой при помощи жестовой и дактильной речи, но и овладение разговорной речью для общения со всеми людьми. В программе реабилитации объединены все проблемы, обеспечивающие комплексную реабилитацию каждого ученика: диагностика, лечение, двигательная реабилитация, развитие коммуникативной функции и социально-профессиональная ориентация. Ведущая роль в организации становления речевого обучения принадлежит педагогам - реабилитологам по речевой реабилитации.

Педагоги коррекционной школы-интерната г. Пензы имеют базовое дефектологическое образование, владеют методиками сурдопедагогики, знакомы с основами психологии, неврологии, нейропсихологии. Роль слуха в процессе становления речевой способности исключительно велика. Поэтому развитию остаточной слуховой функции, являющейся физиологической основой формирования звуковой стороны речи, уделяется большое внимание. Использование и развитие остатков слуха стимулирует ребенка при обучении языку.

В своей практике мы применяем элементы верботональной методики института СУВАГ. Академик-лингвист Петер Губерина разработал и развил верботональный метод реабилитации лиц с серьезными проблемами в их коммуникации. В 1961 году под его руководством был открыт центр СУВАГ. СУВАГ – система универсального верботонального слушания Губерина /SUVAG – System of Universal Verbotonal Audition Guberina/.

С этого времени и до сегодняшнего дня верботональная система и ее применение развиваются, обогащаются и распространяются, основываясь на важнейших положениях этого «оригинального видения взаимосвязи речи и слушания». Особенностью верботонального метода является положение о том, что язык развивается из устной речи, а речь – общественное явление. Мы говорим, т.е. используем устную речь, когда хотим что-то выразить или когда реагируем на определенное явление. В этом смысле «значение» речи передается не только лингвистическими элементами, но также слуховыми и зрительными образами в ритме, интонации, паузах, напряженности и жестов говорящего. Так говорящий человек одновременно воспроизводит и воспринимает речь. Самое важное, что аудиовизуальная информация отражается на воспроизведении по мере восприятия речи. Если восприятие меняется, речь также будет меняться. Исходя из основных принципов, верботональный метод ориентируется на развитие человека и языка как целостной структуры. Верботональная система открыла новую возможность человека. Она сделала возможным слушание, используя телесную проводимость на низких частотах (к которой чувствителен каждый организм), а также на индивидуальные остатки слуховой функции.

В ГОУ с (к) о школе-интернате г. Пензы используются акустические аппараты серии СУВАГ в слухоречевой реабилитации детей по верботональной системе Петера Губерина (г. Загреб, Хорватия) с 2003года. Система внедрена в начальных классах. По этой системе в настоящее время за-

нимаются учащиеся с 1по 4 класс. В соответствии с теоретическими положениями конструкции аппаратов серии СУВАГ имеют возможность трансмиссии низких тонов, включая и инфразвук, а с помощью специальной системы фильтров и усилителей возможен подбор оптимального слухового поля для людей с нарушением слуха.

Электроакустический верботональный аппарат (ЭВА) СУВАГ-10 специально разработан для применения в реабилитационных занятиях с группой детей с нарушениями слуха, состоящий из 6-10 человек. Он может также использоваться для реабилитации детей с нормальным слухом, но имеющих речевые расстройства (дизартрия, алалия, дисграфия, дислексия). Может применяться в группах по обучению фонетической ритмике и музыкальной стимуляции.

ЭВА СУВАГ СТ10 усиливает и передает речевые частоты и очень низкие – 1 Гц. Диапазон частот простирается более чем по 13 октавам, начинающимся в инфразвуковой зоне. Максимальное звуковое давление в наушниках составляет 135 дБ.

Данная программа дают возможность осваивать правильную речь и правильное произношение в иностранном и родном языках, основываясь на естественном развитии речи и фонетической системе соответствующего языка.

ОРТОПАНРЕНТГЕНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРАДОНТА

И.Г. Кузьминых, В.М. Семенов

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Ортопанрентгенография (одномоментное субтотальное рентгенологическое исследование в стоматологии) метод новый. На рентгенограммах одномоментно имеется изображение зубных рядов верхней и нижней челюстей, а также прилежащих к ним анатомических структур, расположенных между правым и левым мыщелковым отростками. Изображение увеличено в среднем в 2 раза.

Микрофокус обеспечивает высокое пространственное разрешение и резкость изображения. Поэтому, хорошо видны полости зуба, корневые каналы, периодонтальные щели, межальвеолярные гребни и костная структура альвеолярных отростков и челюстей.

Особую роль панорамная рентгенография играет в диагностике начальных форм заболеваний пародонта для оценки состоятельности кортикальных пластинок межзубных перегородок.

В настоящее время прошло рентгенологические исследования около 1000 человек с различной патологией. Мы проанализировали результаты

исследований у 158 пациентов в возрасте от 10 до 76 лет, из них 86 женщин и 72 мужчины. Только у 38 человек (24%) заболеваний не выявлено 120 больных (76%) - выявлены заболевания пародонта, что часто приводит к подвижности и потере зубов.

Пародонтоз выявлен у 15 пациентов (9,5%) -1 стадия - 2 человека, II стадия - 6 человек, III стадия - 7 человек.

Парадонтит обнаружен в 105 случаях (66,5%) - I стадия - 11 человека, II стадия - 59 человек, III стадия - 35 человек.

Исследование показало также наличие кариозного процесса более двух зубов, особенно если есть кариозное поражение коренных зубов.

Длительная работа на результат привела к признанию в среде практикующих стоматологов негосударственных кабинетов и, что особенно удивительно, к требованиям с их стороны детального описания полученных данных. Многие десятилетия до этого стоматологи считали мнение рентгенолога совершенно излишним. Протянутая нами рука не повисла в воздухе. Это главный итог работы и надежда на будущее.

ПРИМЕНИЕ АППАРАТА «ПАРДУС-01» В СТОМАТОЛОГИИ

И.Г.Кузьминых, В.М. Семенов

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Рентенодиагностическая установка "ПАРДУС-01" (Россия) сконструирована в Санкт-Петербурге в 1997 году. Источник рентгеновского излучения помещается в ротовую полость пациента, кассета с рентгеновской пленкой плотно прижимается к лицевому отделу черепа. Рентгеновское излучение в виде расходящегося - "конусного" пучка проходит только через зубочелюстную систему и фиксируется на пленке. Время снимка составляет менее одной секунды. Изображение увеличено в среднем в 2 раза, что создает трудности для терапевтов в оценке точных размеров канала. Избежать проекционного увеличения нельзя по геометрическим условиям и конструкции. Но минимальные размеры фокуса обеспечивают четкое выявление деталей, обычно невидимых при других видах рентгеностоматологических обследованиях.

Рентгенограммы челюстно-лицевой области составляют около 40% всех производящихся в рентгенологии снимков, что требует пристального внимания к вопросам лучевой безопасности. Максимальная экспозиция не превышает 0,015 мАс при напряжении 45-60 кВ. Конструктивные особенности и минимальная экспозиция делает проблему лучевого вреда абстрактной. Тем не менее, всем больным использовалась защитная пелерина.

При интраоральной панорамной дентальной рентгенографии достаточно сложно контролировать взаимное положение пациента и источника

излучения. Это предопределяет индивидуальные искажения размеров и соотношение отдельных анатомических деталей, которые сравнительно просто оцениваются рентгенологами, но не всегда понятны клиницистам. Достаточно трудно добиться идентичности снимков, становится очевидным квалификация и старательность всех участников процесса: врача, рентгенолаборанта.

В числе первых в России мы начали систематические диагностические панорамные исследования заболеваний зубочелюстной-системы. Ортопанрентгенография - метод новый, панорамные рентгенограммы имеют преимущество перед традиционными внутриротовыми снимками по богатству деталями изображения структуры костей и твердых тканей зубов. На панорамных снимках хорошо видны полости зуба, корневые каналы, периодонтальные щели, межальвеолярные гребни и костная структура альвеолярных отростков и тел челюстей. Отчетливо выявляются альвеолярная бухта и нижняя стенка верхнечелюстной пазухи, нижнечелюстной канал и основание нижнечелюстной кости. С помощью панорамных снимков диагностируется кариес и его осложнения, кисты различных типов, новообразования, повреждения челюстных костей и зубов, воспалительные и системные поражения. У детей хорошо определяется положение и состояние зачатков зубов. К достоинствам панорамной рентгенографии относят также возможность легко ориентироваться в характере костных изменений и рано выявлять их наличие во всех участках обеих челюстей.

Вначале для достижения высоких потребительских свойств изображения мы заменили усиливающие экраны на высокоразрещающие, перешли на зеленочувствительную специальную рентгеновскую пленку, предложили усовершенствование методики для получения идентичных рентгенограмм, получили пять удостоверений на рационализаторские предложения, приобрели и используем автоматический процессор для фотографической обработки, что в конечном итоге позволило получить рентгенограммы с гармоничным контрастным разрешением.

Все рентгенограммы сканировались и обрабатывались в программе PhotoShop. В настоящее время создан обширный архив на цифровых носителях. Разработана и используется специальная форма проведения и регистрации анализа данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Т.В. Куликова, Т.В. Чернова, М.Ф. Купцова, Л.А. Филиппова

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина», ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

В отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) риск развития инфекционных осложнений существенно выше, чем в отделениях общего профиля. Факторами, способствующими развитию инфекции, являются частое использование инвазивных процедур, таких как интубация трахеи, ИВЛ, катетеризация сосудов, мочевого пузыря, а также широкое применение антацидов, Н2-блокаторов, антибиотиков (АБ). Длительное пребывание больного в ОРИТ, тяжесть его состояния увеличивают риск колонизации организма больного госпитальными штаммами микрофлоры (МФ) и способствует развитию внутрибольничной инфекции (ВБИ). Постоянный бактериологический контроль является важной составляющей комплекса мер по профилактике ВБИ в ОРИТ.

Мы проанализировали данные бактериологического исследования окружающей среды и биоматериалов в ОРИТ ГКБСМП им. Г.А. Захарьина за 2006 год. Результаты исследования представлены в таблице 1 и 2.

Таблица 1

Соотношение грамположительной и грамотрицательной МФ

Вид материала	Исследовано образцов	Число неудовлетворит. результатов	Грамположительная		Грамотрицательная	
			Частота высеваемости	АБ-уст. в %	Частота высеваемости	АБ-уст. в %
Воздух	82	31	7	28,6	26	57,7
Смывы	415	8	8	37,5	-	-
Кровь	556	93	63	57,1	32	62,5
Моча	12	4	-	-	5	60,0
Ликвор	4	2	-	-	2	-
Мокрота	47	99	40	50,0	59	79,7
Из интуб. трубки	109	162	48	72,9	114	71,9
Из раны	26	30	8	75,0	22	90,9
Из дренажей	7	9	6	66,7	2	100,0
Плевр. жидкость	8	5	7	28,6	26	57,7
Всего	1266	443	187	59,0	288	72,0

Особенность ОРИТ ГКБ СМП им. Г.А.Захарьина в том, что ежегодно в нем лечатся около 700 больных, которым проводиться длительная

ИВЛ. Принятая в нашем отделении система ухода за больными, находящимися на длительной ИВЛ, предусматривает, помимо использования бактериальных фильтров, тщательный уход за трахеобронхиальным деревом, его увлажнение и санация, регулярный бактериологический контроль содержимого трахеи, с определением чувствительности МФ к АБ. Такой подход позволяет своевременно корректировать местную и общую антибактериальную терапию и проводить профилактику ВБИ. Особенностью отделения является также значительное число экстренных хирургических больных, с дренажами в брюшной полости, желчных путях, кишечнике, желудке. Важной мерой профилактики ВБИ, в комплексе с другими мерами, является использование нами ранней нутритивной поддержки, позволяющей повысить иммунный статус и улучшить трофику тканей у наиболее тяжелых больных, предрасположенных к инфекции.

Таблица 2

Этиология МФ, выделенной из окружающей среды и биоматериалов

Микрофлора	Воздух	Смывы	Кровь	Моча	Ликвор	Мокрота	Из инт. трубки	Из ран	Из дренажей	Из плевр. жидкости
Золотистый стафилококк	5/2*	1	8/1*	-	-	4/4*	8/5*	2/1*	-	1
КОС	2	7/3*	38/24*	-	-	10/5*	17/12*	2/1*	2/1*	1/1*
Энтерококк	-	-	6/6*	-	-	7/5*	6/5*	3/3*	2/2*	-
Коринебактерии	-	-	2/1*	-	-	2/1*	6/5*	1/1*	-	-
Стрептококк	-	-	1/1*	-	-	6/1*	2	-	-	-
Грибы рода Кандида	-	-	7/3*	-	-	11/4*	9/8*	-	2/1*	1/1*
НГБО	23/12*	-	13/10*	-	-	11/10*	27/18*	5/4*	-	1/1*
Синегнойная палочка	1/1*	-	12/7*	1/1*	1	19/18*	53/42*	10/9*	1/1*	1/1*
Энтеробактер	1/1*	-	4/3*	-	-	17/15*	22/16*	2/2*	1/1*	-
Протей	-	-	2	2/1*	-	-	1	3/3*	-	-
Кишечная палочка	1/1*	-	1	2/1*	1	4/1*	3/2*	1/1*	-	-
Клебсиелла	-	-	-	-	-	3/1*	-	-	-	1
Серрация	-	-	-	-	-	2/1*	1/1*	-	-	-
Нейссерия	-	-	-	-	-	3/1*	4/1*	-	-	-
Цитробактер	-	-	-	-	-	-	3/2*	1/1*	-	-

КОС - коагулазоотрицательные стафилококки; НГОБ - неферментирующие грамотрицательные бактерии; * - устойчивые к АБ штаммы

Выводы:

1. В ОРИТ ГКБСМП отмечается совпадение микробного фона от больных и из внешней среды.
2. Из окружающей среды и от больных чаще выделяется грамотрицательная МФ, в частности синегнойная палочка, НГОБ, энтеробактер.
3. Среди грамположительной МФ преобладают КОС, золотистый стафилококк, грибки рода Кандида, энтерококк.
4. АБ-устойчивые штаммы среди высеваемой грамотрицательной МФ определяются значительно чаще, чем среди грамположительной, частота их выявления составляет соответственно – 72% и 59%.
5. Содержимое дыхательных путей является наиболее вероятным источником загрязнения ОРИТ АБ-устойчивой МФ. Частота выявления АБ-устойчивой грамположительной МФ в мокроте и содержимом интубационных трубок составляет от 50 до 73%, а грамотрицательной - от 72 до 80%.

Энтерококк, энтеробактер и синегнойной палочка способны вызывать наиболее тяжелые варианты ВБИ, поскольку их устойчивость к АБ выше 80%.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН г. ПЕНЗЫ

Л.В. Курашвили, А.И. Рузов

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
МУЗ «Городская больница им. Н.А.Семашко»
Пензы

Приоритетный национальный проект «Здоровье» предусматривает развитие первичной медицинской помощи, совершенствование профилактического направления в здравоохранении, пропаганду здорового образа жизни, а также повышение доступности высокотехнологичной (дорогостоящей) помощь населению.

Целью исследования явилась оценка состояния здоровья трудоспособного населения, обслуживаемого МУЗ Городской больницей им. Н.А.Семашко г. Пензы и раннее выявление заболеваний: туберкулеза, сердечно-сосудистой патологии, опорно-двигательного аппарата, гинекологической и офтальмологической патологии. Согласно Приказа Минздравсоцразвития России от 22.03.06 «О порядке и объеме проведения дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных муни-

ципальных учреждениях, сферы образования, здравоохранения, социальной защиты и культуры, физической культуры и спорта и научно-исследовательских учреждениях» и Приложения N 4 к письму ФОМС Пензенской области от 4 апреля 2006 N 1069 была произведена дополнительная диспансеризация работающего населения в возрасте от 35 до 55 лет.

Для комплексной оценки состояния здоровья работников бюджетной сферы, подлежащих в рамках реализации Национального проекта в сфере здравоохранения дополнительной диспансеризацией была создана медицинская комиссия в составе: терапевта, окулиста, гинеколога, эндокринолога, невропатолога, хирурга, врач - УЗИ диагностики. В утвержденные стандарты лабораторно-инструментальных и клинико-диагностических методов обследования вошли следующие виды исследований: общий анализ крови, клинический анализ мочи, анализ крови на глюкозу, анализ крови на холестерин, ЭКГ, УЗИ молочной железы, УЗИ простаты, флюорография легких.

Результаты проведенной диспансеризации показали, что наибольший показатель болезненности приходится на работников здравоохранения. Около 80% из 2300 обследуемых пациентов имеют те или иные заболевания и отклонения в состоянии здоровья. Удельный вес сердечно-сосудистых заболеваний в группе диспансеризуемых граждан составил 48,2%. Результаты обследования лиц, подлежащих дополнительной диспансеризации, были направлены в ЛПУ по месту жительства, где в последующем (при необходимости) гражданам были проведены дополнительные виды обследования, с целью улучшения диагноза, выработки тактики лечения и профилактики заболеваний особенно по группе социально-значимых болезней.

Опыт работы по проведению дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы показал, что недостатком в реализации мероприятий является низкая пропускная способность амбулаторно-поликлинического учреждения. Сегодняшний ресурс поликлиники позволяет в условно оптимальном режиме ежегодно осматривать не более 5 - 7 % работающих, что примерно соответствует одному углубленному осмотру в 2 - 9 лет. Это обстоятельство в определенной степени снижает эффективность проведения диспансеризации.

С точки зрения получения оптимального результата при проведении дополнительной диспансеризации работающих граждан ежегодно требуется комплексный медицинский осмотр в рамках реализации приоритетных направлений Национального проекта «Здоровье» не менее 40 - 50% работающего населения. Только таким образом можно будет выявлять истинную численность «группы риска», изучить негативные тенденции роста заболеваемости, инвалидизации и смертности населения.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГНОЙНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ МЕНИНГИТОВ

Д.Ю. Курмаева, Т.Ф. Чернова, О.Н. Лесина, Л.А. Шишкова, Е.Н. Воробьева, Н.В. Свистунова

ГУЗ «Областной центр специализированных видов медицинской помощи», ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Тяжесть течения, опасность осложнений, частота остаточных явлений обуславливают актуальность исследований гнойных бактериальных менингитов, а данные клинико-эпидемиологического анализа этих заболеваний представляют безусловный интерес для врачей практического здравоохранения.

Цель исследования. Провести анализ этиологической структуры гнойных бактериальных менингитов среди больных, госпитализированных в инфекционный стационар.

Методы исследования. Клинико-эпидемиологическое исследование, микроскопическое и бактериологическое исследование ликвора, клинический анализ крови, серологическое исследование крови.

Проведен анализ 60 случаев гнойных бактериальных менингитов (ГБМ) среди госпитализированных в стационар в период с 2003 по 2006 год. Возрастная структура больных представлена следующим образом: с 1 мес. до 1 года – 16,7% (10 пациентов), 1-4 лет – 21,7% (13 детей), 5-9 лет – 13,3% (8 человек), 10-14 лет – 13,3% (8 больных), 15-19 лет – 11,7% (7 пациентов), 20-24 – 3,3% (2 больных), 25-44 – 10% (6 человек), 45-64 – 8,3% (5 больных), старше 65 лет – 1,7% (1 пациент). Распределение по полу больных с ГБМ: мужчин – 37 (61,7%), женщин – 23 (38,3%).

При изучении этиологической структуры выявлено, что N.meningitidis явилась причиной гнойных менингитов у 36 человек (60%), S. pneumoniae высевалась у 4-х больных (6,7%), S.aureus – у 2-х человек (3,3%), Klebciella pneumoniae – у 1-го пациента (1,65%). Ни в одном случае не выявлен менингит, вызванный возбудителем - H.influenzae тип b. Осталась нерасшифрованной этиология гнойных бактериальных менингитов у 17 больных (28,3%). Диагностика смешанного варианта генерализованной менингококковой инфекции (менингококковый менингит + менингококцемия) осуществлялась преимущественно клинически в 86,1% случаев (у 31 пациента), серологически подтверждено 3 случая менингококковых ме-

нингитов, бактериологически – 1 и бактериоскопически – 1. Заболевания пневмококковым менингитом зарегистрированы в 2004 г. (3 человека, из которых 1 ребенок 10 лет и 2 взрослых больных 25-44 лет) и 2005 г.(1 ребенок до 1 года).

Число госпитализированных больных гнойными бактериальными менингитами с января по октябрь сохранялось на одном уровне (с пиком в феврале): в январе – 5 больных, в феврале – 10, в марте – 6, в апреле – 7, в мае – 6, в июне – 4, в июле – 2, в августе – 7, в сентябре – 6, в октябре – 5, в ноябре – 1.

Среди госпитализированных больных с гнойными бактериальными менингитами сельское население составило 25 человек (41,7%), городское – 34 (56,8%), 1 – приезжий. При анализе социального статуса заболевших ГБМ выявлено, что «неорганизованные» дети составляют 33,3% (20 человек), «организованные» дети - 13,3% (8 больных), учащиеся - 28,3% (17 человек), служащие – 5% (3 пациента), работающие - 6,7% (4), неработающие – 8,3% (5).

В 2004 году зарегистрирован 1 случай летального исхода у больной 69 лет с генерализованной молниеносной формой менингококковой инфекции (менингококцемия с менингитом), осложненной ИТШ III степени, отеком головного мозга, комой, острой надпочечниковой недостаточностью, синдромом Уотерхаусена–Фридериксена, острой почечной недостаточностью на фоне сопутствующей патологии: ИБС, кардиосклероз, церебросклероз, артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа (досуточная летальность).

Выводы:

1) За период с 2003 по 2006 гг. у госпитализированных больных с гнойными бактериальных менингитами обнаружены следующие возбудители: N.meningitidis, S. Pneumoniae, S.aureus, Klebciella pneumoniae.

2) В структуре гнойных бактериальных менингитов преобладают менингиты менингококковой этиологии (60%), а удельный вес пневмококковых менингитов составляет 6,7%.

3) Отмечается большой удельный вес нерасшифрованных бактериальных менингитов (28,3%), и ни в одном случае не доказана этиологическая роль гемофильной палочки в генезе гнойных бактериальных менингитов.

4) Этиологическая верификация возбудителей гнойных бактериальных менингитов требует внедрения современных методов микробиологического исследования, что необходимо для назначения адекватной антибактериальной терапии.

5) Гнойные бактериальные менингиты регистрировались преимущественно у пациентов детского и подросткового возраста (66,7%). Ни в одном случае у больных этой возрастной группы не наблюдался летальный исход. Неблагоприятное течение заболевания имело место у пожилой больной с отягощенным фоном при генерализованной форме менингокок-

ковой инфекции.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

И.И. Кухтевич, И.Г.Золкорняев

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Нарушения липидного обмена - важный фактор риска (ФР) цереброваскулярной и кардиальной патологии. Однако оценка этого ФР при разных видах сосудистых расстройств неоднозначна. Нарушения липидного обмена в развитии коронарного атеросклероза признаются бесспорным фактом в большинстве эпидемиологических исследований, а применение гиполипидемических средств входит в общепринятый стандарт лечения ИБС. Вопрос о роль нарушений липидного обмена при сосудистой патологии мозга остается открытым. В классическом Фрамингемском исследовании, как и в большинстве последующих, состояние липидного обмена оценивалось по содержанию общего холестерина (ОХС), а не всего спектра липидных нарушений.

В настоящей работе исследовалось состояние липидного обмена при основных формах цереброваскулярных заболеваний: дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) (n=125 чел), ишемическом (n=94) и геморрагическом инсульте (n=19). Помимо клинического обследования верификация диагноза у обследованных больных осуществлялась с помощью допплерографии, КТ и МРТ. У 70% больных отмечались артериальная гипертензия, у 56% - ИБС. Больные с тяжелой соматической патологией не включались в исследование. Возраст больных составлял 57,9±9,2 лет, мужчины составляли 62%, женщины - 38%. Состояние липидного обмена оценивалось по концентрации в сыворотке крови общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ВП), коэффициента атерогенности (КА).

При ДЭ нарушения липидного обмена выявляются у 70,24% больных. Если в I стадии ДЭ преобладала гиперлипидемия, сопровождавшаяся высокими концентрациями ОХС и ТГ в сыворотке крови. К III стадии ДЭ наибольшее распространение получала дислипидемия вследствие снижения содержания ХС-ВП при этом невысоких «нормальных» значениях ОХС и ТГ, и повышении уровня КА.

Представлялось важным оценить изменения липидного обмена в зависимости от выраженности патологии магистральных артерий головы (МАГ), поскольку выраженность цереброваскулярной патологии определяется степенью стенозирования МАГ. Выраженность стеноза МАГ не коррелировала со степенью изменений липидного обмена, за исключением ХС-ЛПВП и, соответственно, КА. Полученные нами результаты мы объясняем тем, что атеросклероз МАГ и нарушения липидного обмена связанные, но при этом независимые факторы церебральной сосудистой патологии.

Особый интерес представляло изучение липидных показателей у больных с сочетанием атеросклероза мозговых сосудов и ИБС. Мы сопоставили данные исследования в двух группах: ДЭ без проявлений ИБС и ДЭ с проявлениями ИБС. Оказалось, что сочетание ИБС и ДЭ заметно не увеличивало степень нарушений липидного обмена, что объясняется общностью патогенетических механизмов при этих состояниях.

Больные с ишемическим инсультом исследовались как в острой фазе заболевания, так и в отдаленном периоде. В острой фазе ИИ показатели липидного обмена были менее выражены при тяжелом течении инсульта. Это, по-видимому, связано с угнетением нейроэндокринной регуляции при острой сосудистой катастрофе. При повторном ИИ не отмечено нарастания нарушений липидного обмена по сравнению с первичным ИИ. Объяснением этому может быть короткий (1-2 года), у большинства больных, промежуток времени разделяющий первичный и повторный ИИ.

У больных с геморрагическим инсультом (ГИ) величины ОХС были сопоставимы с показателями липидного обмена при ИИ.

Таким образом, наши исследования позволяют сделать следующие выводы:

- нарушения липидного обмена важный фактор риска цереброваскулярной патологии, встречающийся у 70% больных;
- изменения липидного обмена отчетливо выражены уже при I стадии ДЭ, что свидетельствует о необходимости назначения гиполипидемических средств с целью профилактики ОНМК;
- в оценке изменений липидного обмена непременным условием является учет концентрации ХС-ЛПВП, которая может быть снижена при неизмененных показателях ОХС.

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ИШЕМИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

А.М. Лазарев, Ю.Ю. Красноперова, Н.И. Потатуркина-Нестерова

ГОУ ВПО Ульяновский государственный университет
Ульяновск

В настоящее время особую актуальность среди гастроэнтерологических болезней приобрели ишемические поражения толстого кишечника, в связи с высокой распространенностью сосудистых заболеваний. Смертность от ишемии кишки так же высока, как и от рака толстой кишки. Основной причиной приблизительно 5% всех летальных исходов в стационаре является ишемия толстого отдела кишечника [12, 14].

Ишемия толстой кишки — наиболее часто наблюдаемое ее сосудистое поражение, представляет совокупность повреждений, следующих за более или менее длительными эпизодами недостаточности кровоснабжения толстого кишечника. После нее второй по частоте является острая мезентериальная ишемия [2, 9].

Среди причин нарушения кровоснабжения могут быть медикаментозные факторы, микроциркуляторные расстройства на фоне нарушений центральной гемодинамики различного генеза, атеросклеротическое поражение нижней брыжеечной артерии, которое определяется в 78,5% случаев, ведущее к облитерации более или менее крупных сосудов, атероматозному стенозу с тромбозом или без такового [2, 4-5]. Так, ишемические поражения толстого кишечника чаще встречаются у больных старше 60 лет и обычно сочетаются с ишемической болезнью сердца, аневризмами брюшной аорты, поражениями мелких сосудов. Хронические изменения обычно проявляются сегментарным поражением толстой кишки, причем чаще в селезеночном изгибе (80%) и в верхней части сигмы [1, 5, 6, 9-11].

Ишемии толстой кишки свойственны разнообразные патологоанатомические изменения: кровоизлияния в слизистую и подслизистые оболочки толстой кишки, флебиты и тромбозы капилляров слизистой оболочки, лейкоцитарная инфильтрация; описанные изменения могут перейти в некротические язвенные поражения [9].

При развитии ишемии кишки главным патологическим фактором является тяжесть и продолжительность нарушения кровотока, а не основное заболевание, которое привело к возникновению этих нарушений. При ишемии легкой степени, не зависимо от вызвавшей ее причины, в стенке кишки могут отсутствовать какие-либо гистологические изменения. Самый ранний морфологический признак – некроз отдельных энтероцитов в области верхушки ворсинок тонкой кишки или колоноцитов на поверхности слизистой оболочки толстой кишки. Далее развивается отек подлежащей собственной пластинки *(lamina propria)* , в результате чего эпителиальные клетки как бы приподнимаются над слизистой оболочкой. По мере прогрессирования ишемических изменений в кишке развивается распространенный некроз эпителиальных клеток и слущивание энтероцитов или колоноцитов в просвет кишки; переполнение кровью венул с экстравазацией как лейкоцитов, так и эритроцитов в собственную пластинку; депонирование фибрина в микроциркуляторном сосуде. В просвете кишки содержится достаточно много вредных (токсичных) веществ, которые вследствие нарушения эпителиальной целостности легко проникают в кровь. К таким

веществам относятся различные патогенные бактерии и их экзо- и эндотоксины; пищеварительные ферменты (протеазы и липазы); продукты некроза и разрушения тканей, образующиеся при отторжении эпителиальных клеток лизосомальные катепсины, гидролазы и электролиты. Транслокация бактерий и других токсичных веществ, содержащихся в просвете кишки, в слизистую оболочку и в кровь приводит к прогрессированию некротических изменений в стенке кишки и развитию септического шока. При разрешении болезни на этой стадии часто развиваются тяжелые фиброзные изменения и стриктуры кишки. Такие исходы, как правило, характерны для ишемического колита. При тяжелой степени ишемии кишки развивается инфаркт всех слоев ее стенки с переходом воспаления на серозную оболочку и возникновением перитонита. При поражении толстой кишки может развиться токсический мегаколон. На этой стадии заболевания в стенке кишки наблюдается распространенный коагуляционный некроз и слизистая оболочка приобретает вид «тени» с нарушением клеточной структуры. Данная стадия ишемии кишки является терминальной и характеризуется необратимыми изменениями кишечной стенки, приводящими к гибели пораженной кишки. [3, 7, 8, 13].

Анализ представленных выше сообщений позволяет заключить, что атеросклеротическое поражение аорты и нижней брыжеечной артерии является существенным этиопатогенетическим фактором развития ишемии толстой кишки. При этом степень функциональных нарушений и характер морфологически выраженных изменений тканевых составляющих кишки наиболее выражены при гемодинамически значимых поражениях нижней брыжеечной артерии.

Литература

1. Абдулов М.Х., Ойноткинова О.Ш., Солдатова Г.С. Ишемические висцеральные синдромы при атеросклерозе брюшной аорты// Терапевтический архив. 1990. №12. С. 31 – 34.
2. Казанчан П.О. Клиника, диагностика и хирургическое лечение хронических, окклюзирующих поражений висцеральных ветвей брюшной аорты: Автореф. дис. … канд. мед. наук. М., 1979. 15 с.
3. Логинов А.С., Звенигородская Л.А., Самсонова Н.Г., Топорков А.С. и др. Хроническая абдоминальная ишемия: клинические проявления, диагностические возможности и тактика лечения // Терапевтический архив. – 2000. - №2. – С. 36 – 40.
4. Мамедов В. К. Ишемические поражения кишечника. //Морфофункциональные особенности адаптации организма. – Л., 1988. – С 49- 51.
5. Мурашко В.В., Абдулов М.Х., Солдатова Г.С. Клинические и функциональные изменения толстой кишки при атеросклеротическом поражении брюшного отдела аорты и ее ветвей // Врачебное дело. - 1984. - № 7. – С. 13 – 14.
6. Марстон А. Сосудистые заболевания кишечника. М.: Медицина,

1966. – 304 с.
7. Попов В.А., Зашихин А.Л., Федотова Е.В. Клинико-морфологические аспекты хронической ишемии толстого кишечника // Экология человека. – 2001. - №3. – С. 28 – 30.
8. Пучков К.В., Гаусман Б.Я., Селиверстов Д.В. Патогенез нарушений и методы корреляции регионарной гемодинамики кишки при ее ишемии // Хирургия. – 1997. - №7. – С. 18 – 19.
9. Радбиль О.С. Ишемическая болезнь кишечника // Клиническая медицина. – 1991. – т. 69, №11. – С. 115 – 119.
10. Функционально-морфологические состояния желудочно-кишечного тракта в условиях хронических циркуляторных расстройств/ А.В. Покровский, П.О. Казанчан, А.А. Гринберг и др.// Терапевтический архив. 1983. №2. С. 93 – 96.
11. Федоров В.Д., Левитан М.Х., Фомин С.А. Ишемические поражения толстой кишки// Клиническая медицина. 1980. №6. С. 12 – 16.
12. Федотова Е.В., Костылев С.А., Попов В.А. Доплеровское исследование нижней брыжеечной артерии при хронической ишемии толстого кишечника // SonoAce-International. 2003. №11.
13. Шепелев М.В. Об окольном кровообращении в системе воротной вены кошки: Автореф. дис. … канд. мед. наук. Ленинград, 1952. – 11 с.
14. Sadat N., Panneterier C., Malbra G. Colites ishemiquos: Etude de 24 cas //Ann. gastroenterol. et hepatol. 1997. 33. № 2. P. 53 – 59.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

В.А. Лазаренко, С.Н. Григорьев, О.И. Охотников, Н.Н. Григорьев, С.Р. Истомин, Е.В. Родочинский

ГОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
Областная клиническая больница
Курск

Актуальность проблемы диагностики и лечения абсцессов печени

объясняется не уклонным ростом числа больных и высоким риском развитии тяжелых осложнений (Пархисенко Ю.А,, 2000г.).

Под нашим наблюдением находилось 116 больных с абсцессами печени в возрасте от 19 до 82 лет, Мужчины составили 80%, женщины- 20%. В генезе абсцессов печени холангиогенные составили 26%, послеоперационные - 20%, посттравматические - 19%, контактные - 7%, нагноившиеся кисты - 6%, идиопатические - 22%. Поражение правой доли печени имело место в 72% случаев, с наиболее частым 6, 7, 8 сегментов; билобарный характер поражения у 6% больных. Диаметр абсцессов печени колебался от 1,2 до 20,5 см.

В программу обследования входили лабораторные методы, ультразвуковые и компьютерная томография по показаниям (20% больных). В результате комплексного клинического и лабораторно-инструментального обследования выявлено, что сопутствующая патология имелась у 49% больных: хронический гастрит - 26%; хронический панкреатит - 14,5%; желчнокаменная болезнь – 11,5%; язвенная болезнь - 11,5%; сахарный диабет -5,5%; цирроз печени, хронический холангит, гепатит, постхолецистэктомический синдром наблюдались у 41%.

Лечение больных велось по трем направлениям: консервативная терапия (22%); перкутанное дренирование под сонографическим контролем (76,3%); открытый метод санации полости абсцесса (1,7%). Выбор лечебной тактики зависел от общего состояния, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений, размеров и числа абсцессов. Консервативно лечили больных с удовлетворительными клинико-лабораторными данными, размером абсцесса до 3 см в диаметре, отсутствием сопутствующих заболеваний, иифильтра-тивной фазой развития абсцесса.

Открытые операции выполнены у 2-х больных, в обоих случаях абсцессы печени обнаружены интраоперационно во время холецистэктомии. У 76,3% больных с целью адекватной санации применяли перкутанное дренирование полости абсцесса под УЗ-мониторингом. В зависимости от размеров зоны деструкции использовались катетеры с памятью формы №8-18 F или двухпросветные дренажи диаметром 6 мм. Характерной микрофлорой для абсцессов печени по нашим данным явилась кишечная палочка, стафилококк, синегнойная палочка, энтерококки.

Всем больным проводили фистулографию 1-3 раза, что позволяло точно установить размеры, форму полостей, сообщение полостей с внутрипеченочными желчными ходами, наличие недренированных карманов и другие особенности. Фракционное промывание растворами антисептиков осуществляли 4-6 раз в день.

Время стояния дренажей варьировало от 3 до 43 дней (в среднем 24 дня) и определялось как характером полости абсцесса, так и исходной тяжестью состояния больного, наличием сопутствующих заболеваний и/или осложнений. Во время всего пребывания больных в стационаре проводился динамический ультразвуковой мониторинг. Средняя продолжительность

лечения составила 31 день с нулевой летальностью.

Таким образом, дифференцированный подход к лечению больных с абсцессами печени с приоритетом миниинвазивных перкутанных оперативных вмешательств является современным решением данной хирургической проблемы.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРБИДОЛА ПРИ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

О.Н. Лесина, Г.В. Жукова, С.В. Заикина, Н.Л. Кондратюк,
Л.О. Краснова, Л.Р. Искандерова, Е.О. Шишова, Е.В. Алексеева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
ГУЗ «Областная клиническая детская больница им Н.Ф. Филатова»
Пенза

Известно, что острые респираторные вирусные инфекции составляют до 90% всей инфекционной заболеваемости и ежегодно приносят стране серьезный экономический ущерб. Спектр противовирусных препаратов невелик: амантадин, ремантадин, альгирем (детская форма ремантадина), арбидол, занамивир, озельтамивир. Арбидол выгодно выделяется из этой группы невысокой стоимостью, широким спектром противовирусной активности, иммуномодулирующим эффектом, отсутствием токсичности.

Цель исследования. Оценить эффективность арбидола при лечении острых респираторных вирусных инфекциях (ОРВИ) в условиях стационара. Методы исследования: клиническое и стандартное лабораторное обследование, рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Препарат «Арбидол» назначался по 0,1 г в капсулах детям 6-11 лет по 1 капсуле 4 раза в день 5 дней, детям 12-15 лет по 2 капсулы 4 раза в день 5 дней с первого дня пребывания в стационаре на фоне базовой терапии острых респираторных инфекций (ОРИ).

Под наблюдением находились 25 детей (1 группа), поступивших в инфекционные отделения Областной клинической детской больницы с лихорадкой и катаральными явлениями в возрасте 6-15 лет (средний возраст 9,9±2,9), из них 14 (56%) мальчиков и 11 (44%) девочек. Группу сравнения (2 группа) составили 10 пациентов с признаками острых респираторных вирусных инфекций сопоставимых по возрасту (10,8±1,8), полу (5мальчиков и 5 девочек) и тяжести состояния при поступлении в стационар. Пациентам контрольной группы проводилась только базовая терапия ОРИ. Распределение пациентов по нозологическим формам ОРИ представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение пациентов по нозологическим формам ОРИ

Нозологическая форма	1 группа Число пациентов % (абс.)	2 группа Число пациентов % (абс.)
О. ринофарингит	56 (14)	40 (4)
О. фарингит	16 (4)	20 (2)
О. бронхит	12 (3)	20 (2)
О. пневмония	16 (4)	20 (2)

При анализе анамнестических данных установлено, что 10 (40%) детей основной группы поступили в стационар в 1-й день заболевания, 10 (40%) человек – на 2-3-й день, а у 5 (20%) пациентов выявлено позднее поступление в стационар на 5-6-й день заболевания, а следовательно и позднее начало лечения арбидолом. С признаками инфекционной интоксикации поступил 21 (84%) ребенок 1 группы и 8 (80%) человек 2 группы, в том числе в тяжелом состоянии 4 (16%) и 2 (20%) пациента соответственно. Характеристика больных по выраженности лихорадки отражена в таблице 2.

Таблица 2

Распределение больных по величине лихорадки
при поступлении в стационар

Величина лихорадки ºС	Количество пациентов 1 группы % (абс)	Количество пациентов 2 группы % (абс)
39-40º	20 (5)	30 (3)
38-39º	60 (15)	50 (5)
<38º	20 (5)	20 (2)

Таблица 3

Сравнение продолжительности основных клинических симптомов ОРВИ
на фоне лечения арбидолом и без него

Клинические симптомы	1 группа		2 группа	
	Продолжительность (дни)	Кол-во пациентов % (абс)	Продолжительность (дни)	Кол-во пациентов % (абс)
Лихорадка	2,5±0,5	100 (25)	6,0±0,8	100 (10)
Инфекционная интоксикация	1,8±0,4	84 (21)	3,8±0,4	80 (8)

Симптомы ринита	4,2±0,7	56 (14)	6,2±0,2	40 (4)
Кашель	4,9±0,9	72 (18)	7,8±1,7	80 (8)
Гиперемия ротоглотки	4,9±0,8	100 (25)	7,0±1,2	100 (10)

Из таблицы 3 видно, что при назначении арбидола у пациентов 1 группы (по сравнению с группой контроля), продолжительность основных симптомов респираторных инфекций сократилась: лихорадки – на 3,5 дня; инфекционной интоксикации – на 2 дня; симптомов ринита – на 2 дня; кашля – на 2,9 дня; воспалительных изменений ротоглотки – на 2,1 дня. В то же время, анализ развития осложнений показал, что в 1 группе 2 ребенка с выявленной пневмонией поступили в стационар на 5-й день заболевания, а в 2-х других случаях, при поступлении в стационар в первый же день болезни, у пациентов обнаружены рентгенологические признаки пневмонии (на фоне ОРВИ) при нормоцитозе или даже лейкопении в клиническом анализе крови. Пневмония у этих пациентов 1 группы развилась в случае позднего назначения арбидола или еще до его назначения. Установлено, что при позднем поступлении продолжительность лихорадки у больных 1 группы составила 6,6±0,9 дней, а это сопоставимо с пациентами группы контроля, не получавшими арбидол. При назначении противовирусной терапии с 1-го дня неосложненных форм ОРВИ, сроки гипертермии сокращаются в 3 раза и составляют 2,0±0,4 дня. Применение арбидола на фоне развившегося осложнения (пневмонии) значительно не влияет на продолжительность лихорадки и течение заболевания.

Выводы

1. Назначение арбидола в при ОРВИ оказывает положительный эффект и влияет на сокращение длительности болезни.
2. Раннее назначение арбидола более эффективно, а применение препарата с 5-6-го дня ОРВИ или на фоне развившейся пневмонии существенно не влияет на течение заболевания.

НЕСТАНДАРТНЫЕ РЕШЕНИЯ ПРИ РИНОПЛАСТИКЕ

С.С. Лиманский

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Большое разнообразие хирургических вмешательств при функциональных и косметических дефектах носа сводится к эндоназальным и наружным подходам. Их можно подразделить на врожденные и приобретенные. Те и другие подразделяются, в свою очередь, на изолированные и

комбинированные. Первые встречаются крайне редко, так как фактически всегда при наружных деформациях имеет место и деформации внутренних структур (искривление носовой перегородки). Наибольшие трудности при пластике наружного носа имеют место при дефектах подвижной (хрящевой) его части.

Мы располагаем опытом таких хирургических вмешательств у 150 пациентов. В это число вошли лица от 2 до 65 лет, из них 72 – мужского пола, 78 – женского. Сюда включены больные, нуждающиеся в коррекции только подвижной части носа, а также пациенты, которым производилась пластика при сочетанной деформации костного и хрящевого отделов, операции при дисфункции носового клапана и крыльном коллапсе.

Наибольшей склонностью к рецидивам обладают атрезии входа в нос. Из 7 больных 4 ранее уже были прооперированы. Нами выработана тактика, при которой соблюдались следующие принципы: сохранение эпителизированных тканей преддверия носа, максимальное подкожно-подслизистое удаление рубцовой ткани в зоне сужения, анатомичность по отношению к хрящевым структурам, пластическое закрытие деепителизированных поверхностей, использование дилятаторов в раннем и позднем послеоперационном периодах. Во всех случаях атрезий имели место хорошие функциональные и косметические результаты.

Примером нестандартного решения может служить устранение тубулярной атрезии не только входа в нос, но, практически, всей полости носа посредством двусторонней операции Денкера. Предварительно больной перенес неоднократные безуспешные попытки устранения атрезии. Больной чрезвычайно тяжело переносит нарушение носового дыхания. Кроме того, у него имеется также деформация кончика носа (расширение) и двусторонний хронический гайморит. Двусторонняя операция Денкера, позволила одновременно отсанировать синусы и реканализировать носовые ходы за счет устранения боковой стенки носа с нижней носовой раковиной. Одновременно произведена и коррекция кончика носа с последующим (в послеоперационном периоде) наложением лейкопластырной повязки. Решение оказалось оптимальным. В раннем послеоперационном периоде у него применялись дилятаторы из материала термопластического матриала Бичкас, что позволило смоделировать форму ноздрей и сохранить их просвет.

Операции, производимые по поводу деформаций кончика носа, касались тех случаев, когда имелись его большие размеры, уплощение, раздвоение, асимметрия, неправильной формы или увеличенные ноздри, провисание и утолщение колумеллы, ее малые размеры, острый носогубный угол, сочетание указанных деформаций. Осуществлялись преимущественно наружные разрезы.

Особые трудности возникают при устранении дефектов кончика или крыльев носа, что связано с нарушением опорной функции крыльных хрящей. Подобные дефекты устранялись трансплантацией фрагментов сеп-

тального хряща и использованием местного кожного лоскута из носогубной складки. Применение дилятаторов входа в нос, изготавливаемые индивидульно, также было обязательным для сохранения формы крыла носа и просвета преддверия носа.

При дисфункции носового клапана применялась методика Юджина Керна и собственный способ, при котором производилась мобилизация верхнего бокового хряща, его рассечение и придание ему положения латеропозиции, с применением дилятатора. что дало хорошие результаты.

Дезадаптация подвижной и фиксированной частей носа при комбинированных деформациях устраняется с помощью предложенного нами способа сегментарной резекции четырехугольного хряща.

Нестандартного решения требовала пластика платиринии. Во-первых, требовалась оптимальная форма аутотрансплантата. Для этого перед операцией применялось моделирование трансплантата из воска. Во время операции восковая модель служила образцом, по которому формировался аутотрансплантат. Во-вторых, выбор аутотрансплантата зависел от возможностей смоделировать его из септального хряща. При недостаточной массе и неправильной форме хрящевых фрагментов моделировалась многослойная форма трансплантата. В третьих, во избежание смещения аутотрансплантата после операции, производилась его фиксация в области подкожого ложа швом. Технические трудности при наложении шва под кожей у корня носа преодолевались тем, что шов накладывался между хрящевым трансплантатом и кожей.

Во всех случаях планирование послеоперационной формы носа начиналось с рисунка пациента, что позволяло избежать излишних претензий со стороны пациента после операции.

Результаты реконструктивных операций по оценке больных в 88% были удовлетворительными, в 12 – неудовлетворительными. По оценке врача эти показатели соответствовали 75 и 25%.

Нестандартное решение реконструктивных операций подвижной части носа во многих случаях позволяет добиться хороших результатов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХА АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ ДЕМПФЕРНОЙ ПОВЯЗКОЙ В УСЛОВИЯХ ЦРБ

В.Н. Мазайкин, В.В. Глинский

ГУЗ Каменская ЦРБ
Пензенская область

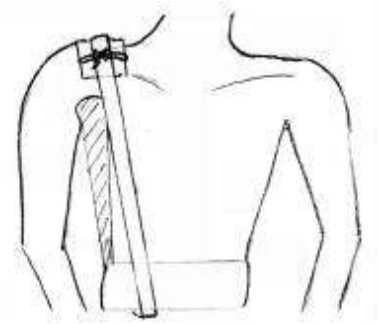
Вывих акромиального конца ключицы встречается в 3%-15% случаев травматических вывихов (Краснов А.Ф., Аршин В.М., Цейтлин М.Д,

1984.). Вывихи встречаются преимущественно у мужчин в возрасте 25-45 лет (Юмашев Г.С. 1984г.).

Полное несоответствие суставных поверхностей в данном случае может происходить со смещением в различных направлениях. Различают надакромиальный вывих, когда ключица смещается вверх, подакромиальный вывих, при котором ключица смещается вниз подакромиальный отросток; подклювовидный вывих – при смещении дистального конца ключицы подклювовидный отросток и надостный вывих, при котором ключица смещается кзади. Три последние разновидности вывиха встречаются крайне редко и описаны как казуистические случаи. Вывихи могут быть результатом прямой и непрямой травмы.

За последний год нами наблюдалось 68 больных данной патологии. Из них 54 (79%) человека получали амбулаторное лечение и 14 (21%) человек – в стационаре. Из них 12(18%) женщин и 56 (82%) мужчин. В основном использован консервативный метод лечения.

Методика консервативного лечения.



Демпферная повязка – циркулярная гипсовая повязка шириной до 20 см с фиксацией нижнего конца рамки Кузнецова накладывается на уровне 9-10 ребра. Верхний край рамки Кузнецова с ватно-марлевым валиком упирается в подмышечную ямку. Через плечо с давлением на ключицу, через ватно-картонно-марлевую прокладку накладывается кровеостанавливающий жгут (эластично-резиновый) с фиксацией к циркулярно-гипсовой повязке.

При поступлении больного назначается рентгенография обоих ключично-акромиальных сочленений (для сравнения и уточнения патологии). При вывихе под местной анестезией проводится устранение деформации ключицы и фиксации демпферной повязкой. Через 2-3 дня проводят контрольную рентгенографию.

При хорошем результате иммобилизацию демпферной повязкой сохраняют: при полном вывихе 5-6 недель, при подвывихе до 1/2 суставной поверхности от 3,5 до 5 недель.

В случае неполного вправления вывиха этапно проводится натяжение резинового жгута до устранения смещения ключицы. Правильное соотношение суставных поверхностей положения ключицы и акромиального отростка проверяется рентгенологически.

Вопрос об оперативном лечении может возникать при неэффективности; застарелые повреждения при необращении больных.

Нами проанализирован опыт лечения 68 человек с данной патологией.

Из них 52 мужчины и 10 женщин. Пролечено демпферной повязкой с хорошим результатом 62 (91%) человека. У 2 (3%) человек произошел рецидив вывиха акромиального конца, лечение закончилось несращением.

Этим пациентам использован оперативный метод лечения.

Заключение.

Лечение вывиха, подвывиха акромиального конца ключицы демпферной повязкой является одним из эффективных методов консервативного лечения.

Относительная несложность выполнения методики консервативного лечения смещения ключично-акромиального сустава позволяет успешно использовать ее в условиях ЦРБ.

МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

И.А. Макаров, С.В. Михеева

ГУЗ «Областной онкологический диспансер»
Пенза

Среди рака яичников частота метастатических опухолей составляет 8% (Lienger, Hirsh, 1982г.). Наиболее частыми источниками метастазов являются злокачественные опухоли молочной железы, матки, желудочно-кишечного тракта, лимфатической системы и т.д. Метастазы в яичники в подавляющем большинстве сочетаются с метастазами в другие органы: в лимфатические узлы - 60%, в брюшину - 45%, в печень - 38%. Двухстороннее поражение яичников по данным литературы встречается чаще, чем одностороннее. Гистологическая форма метастатической опухоли обычно соответствует гистологическому типу первичной опухоли.

В отделении гинекологии ООД г. Пензы в период с 1995 г. по 1999 г. находились на обследовании и спецонколечении 31 пациентка с метастатическими опухолями яичников. Основной процесс локализовался в желудке (21) и молочной железе (10). Возраст пациенток колебался от 34 до 77 лет (средний возраст больных при раке желудка - 45 лет, при раке молочной железы – 42 года). Из них на момент обследования у 22 пациенток впервые выявлена 4 стадия заболевания (у 19 при раке желудка, у 3 при раке молочной железы). У 9 пациенток наблюдался рецидив заболевания с метастазом в яичники. У 7 пациенток имелся рецидив рака молочной железы. Срок рецидива от 1 года до 15 лет. Наблюдались 2 пациентки с рецидивом рака желудка, срок рецидива от 1 года до 3 лет.

Диагноз подтвержден морфологически у 24, лабораторно-инструментально – у 5, клинически – у 2 больных.

Комплексное лечение (операция и химиотерапия) получили 14 больных (9 с метастазами опухоли молочной железы, 5 - желудка); 17 пациенток (1 с метастазами из молочной железы, 16 - из желудка) получали симптоматическое лечение. В таблице 1 приведены результаты лечения боль-

ных с метастатическими поражениями яичников.

Таблица 1

Средняя продолжительность жизни пролеченных больных

Вид лечения	Первичная локализация		Средняя продолжительность жизни (мес.)
	рак желудка	рак молочной железы	
Комплексное лечение			
Пангистерэктомия и химиотерапия (ХТ)	2	4	18
Пангистерэктомия + резекция большого сальника и ХТ	-	2	16
Надвлагалищная ампутация матки с придатками + резекция большого сальника и ХТ	-	2	6
Удаление придатков и ХТ	3	-	7
Удаление придатков + резекция большого сальника и ХТ	-	1	8
Всего:	5	9	
Симптоматическое лечение			
Эксплоративная лапаротомия	3	-	1,5
Диагностическая лапаротомия	1	-	3
Пункционная биопсия метастаза	5	1	1
лапароскопия	7	-	2,5
Всего:	16	1	
Итого:	21	10	

Средняя продолжительность жизни при метастатических опухолях яичников, получавших симптоматическую терапию, составила около 2 месяцев, при комплексном спецонколечении - около 11 месяцев.

Таким образом, пациенткам с метастатическими опухолями в яичники необходимо проведение комплексного лечения, так как средняя продолжительность жизни их по сравнению с пациентками, получавшими только симптоматическую терапию, увеличивается с 2 до 11 месяцев.

НЕКОТОРЫЕ НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В СУДЕБНО-БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ПРИ РАБОТЕ С ПЯТНАМИ КРОВИ И СПЕРМЫ НА ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ

Н.В. Макарова

Областное бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Правительства Пензенской области
Пенза

В работе судебно-медицинских экспертов по исследованию вещественных доказательств много времени занимает проведение различных поисковых реакций, большинство которых (более 60%) составляют методики обнаружения наличия крови.

В настоящее время существуют достаточно большие возможности при работе со следами на вещественных доказательствах, с целью выявления в этих следах присутствия крови. Это и традиционные методики, используемые в нашем судебно-биологическом отделении Областного бюро судебно-медицинской экспертизы (микроспектроскопия, тонкослойная хроматография, микролюминесценция), и приспособленные для судебной биологии некоторые тесты из клинических лабораторий (работа на разнообразных тест-полосках, обладающих высокой чувствительностью, таких как «ГЕМОФАН» фирмы «Лахема»).

Наиболее часто из всех перечисленных методов мы применяем метод тонкослойной хроматографии (около 90%), что обусловлено многими причинами, в том числе отсутствием микроспектральных насадок, более высокой чувствительностью тонкослойной хроматографии по сравнению с микроспектроскопией, возможностью исследования малого по объему материала.

Однако отсутствие порой силуфоля для тонкослойной хроматографии и некоторых химических реактивов побудило многих экспертов изыскивать новые возможности для обнаружения крови на вещественных доказательствах. Был опробован новый способ, применявшийся ранее только в клиниках.

Полоски ГЕМОФАН предназначены для определения присутствия крови (гемоглобина и эритроцитов) в моче. Тест основан на псевдопероксидазном эффекте гемоглобина, который катализирует окислинение хромогена. Тест обладает высокой чувствительностью к гемоглобину. Слабоположительная реакция появляется в присутствии гемоглобина даже в концентрации, эквивалентной, примерно, 3-5 эритроцитов в 1 мкл мочи. Этот метод значительно повышает экспертные возможности при поисках крови, особенно при исследовании старых и замытых следов, а также при работе с микрообъектами биологического происхождения, в частности, с

подногтевым содержимым.

Еще некоторое время назад подобные пятна являлись камнем преткновения в экспертной практике, так как традиционными методами решить вопрос о присутствии крови в старых и замытых следах было невозможно. Теперь же присутствие крови устанавливается в микроскопически ничтожных следах, что, безусловно, повышает доказательное значение экспертиз вещественных доказательств.

В то же время нельзя обойти молчанием такую известную истину – высокая чувствительность может отрицательно сказаться на специфичности реакции. Даже в аннотациях к клиническому исследованию тест-полосок указано, что обсемененная микроорганизмами моча может дать ложно-положительную реакцию на присутствие крови. Учитывая, что эксперты чаще всего имеют дело со значительно загрязненными предметами, этот факт необходимо принимать во внимание во избежание получения ложно-положительного результата. Для этого при работе с тест-полосками следует вводить в реакцию как можно больше контрольных участков и только по сравнению результатов решать вопрос о присутствии крови. Вероятно , будут иметь место случаи, когда эксперт должен отказаться от однозначного конкретного ответа, объяснив это свое решение не специфичностью реакции. В сомнительных случаях действенную помощь может оказать работа по определению видовой принадлежности обнаруженной крови. Если вид крови будет установлен, то это лишь подтвердит специфичность реакции, проведенной с тест-полосками для установления наличия крови. Если же вид крови не установлен, а контрольные участки к следам давали некоторое указание на изменение цвета полоски (голубоватая окраска), то от ответа на вопрос о присутствии крови следует отказаться.

В свете сказанного значительный интерес представляет набор пластинок OBTI-TEST на гемоглобин SERATEC для быстрого обнаружения крови человека (набор для иммунохимической реакции.). Набор обти-тест представляет собой продолговатую пластинку с двумя небольшими углублениями округлой и продолговатой формы. Пластинка содержит нитроцеллюлозную мембрану, на которую нанесены мышиные моноклональные антитела против гемоглобина человека козы против Ig G мыши (т.е. пропитана, преципитирующей сывороткой на белок человека). В набор помимо описанной и герметически упакованной мембраны входит специальный флакончик с трисбуфером и аппликатором для экстрагирования исследуемого материала.

Основное достоинство метода - он строго специфичен для гемоглобина человека, т.е. получение положительного результата при постановке данного теста позволяет одномоментно решить вопрос о наличии крови и ее видовой принадлежности, что для судебной биологии просто неоценимо. В течение 2-3х минут эксперт отвечает на два обязательных вопроса постановления следователя при назначении экспертиз, связанных с исследованием крови.

Тест специфичен и положительно реагирует только на кровь приматов и хорьков. Не дает положительной реакции и не реагирует на гемоглобин собаки, кролика, кошки, коровы, свиньи, дикого кабана, лошади, курицы, овцы, мула, козы и благородного оленя.

Ход реакции - изучаемый материал в пробирках заливаем двумя каплями прилагаемого к набору экстракта и оставляем для экстрагирования на несколько часов. Обе капли экстракта вносили в округлое образование на пластинке и в течение 2-3 минут учитываем результат. Если на мембране образовалась одна четкая (по сути контрольная полоса), то это свидетельствует о правильности проведенной реакции и об отсутствии в изучаемом материале крови человека. Если же на мембране образовались две параллельные полоски синего цвета, то из этого следовало, что в материале имеется кровь человека. Для решения вопроса об отсутствии крови время наблюдения следует продлевать до 10 минут, так как в ряде случаев при значительном разведении крови (1:15000) вторая полоса проявлялась приблизительно к 10 минутам наблюдения.

Использование теста на практике не требует каких-либо подготовительных навыков. Тест может быть проведен непосредственно на месте преступления.

Выводы

1. Впервые апробирован в судебной биологии тест, предложенный недавно для клинических лабораторий с целью выявления скрытой крови в кале.
2. Данный тест, благодаря своему составу, работает только с кровью человека, т.е. раньше наличие и вид крови устанавливались последовательно, то теперь - одномоментно.
3. Высокая чувствительность теста позволяет эффективно исследовать замытые следы крови и следы ее значительной давности.
4. Тест специфичен и не дает положительной реакции с кровью различных животных.
5. В связи с относительной дороговизной наборов обти-теста следует применять его только при работе со сложными следами на вещественных доказательствах.

Второй по частоте экспертизой, проводимой экспертами-биологами, является исследование спермы по делам о половых преступлениях (более 30% работы).

Особую трудность в данного вида экспертизах составляют поиски спермы, т.к. ее форменные элементы-сперматозоиды довольно быстро разрушаются под влиянием различных внешних условий (действие влагалищного секрета, влажность, высокая температура, микроорганизмы и др.). Для обнаружения сперматозоидов было предложено множество методик, что свидетельствует об отсутствии совершенного метода, который во всех без исключения случаях помог бы решить вопрос об отсутствии спермы.

Наиболее оптимальным вариантом в решении вопроса о присутствии

спермы в пятнах на вещественных доказательствах является обнаружение сперматозоидов. Для этой цели используется непосредственная микроскопия после соответствующей обработки пятен. В отдельных случаях при небольших сроках давности образования следов используется так называемый «скоростной» метод, когда небольшие вырезки из подозрительных пятен разволокняются, окрашиваются каким-либо красителем из группы основных и микроскопируются.

Не обнаружение при этом сперматозоидов не дает права на вывод об отсутствии спермы и требует продолжения исследования - использования метода концентрированного извлечения сперматозоидов при экстрагировании в течение 20 часов. В качестве экстрагирующего вещества используется раствор аммиака, далее из отмытого осадка готовятся каплевидные мазки, которые окрашиваются основными красителями и микроскопируются. При данном методе исследования охватывается довольно значительная площадь пятен, что позволяет надеяться на получение более объективных результатов.

На проведение данных методик требуется достаточно большое количество времени, и не всегда они могут дать положительный результат.

Особенно когда участились случаи, если у насильника имеет место азоо – или некроспермия - (отсутствие сперматозоидов в сперме), при этом поиски сперматозоидов часто бывают безрезультатными. Для работы с такими пятнами в последнее время в нашем отделении мы используем достаточно новый метод при помощи TECTA SERATEC PSA SEMIQUANT – иммунохроматографический тест для судебно-медицинского анализа, определяющий простато-специфический антиген (ПСА) в пробном материале. Данный метод позволяет за достаточно короткое время обнаружить минимальное количество семенной жидкости даже при отсутствии сперматозоидов.

Набор обти-тест представляет собой продолговатую кассету с двумя небольшими углублениями округлой и продолговатой формы. При проведении реакции в одно из округлых углублений добавляется 5 капель пробного материала, после 10 минут ожидания уже можно определить результат. К этому моменту пробная жидкость должна полностью впитаться.

Как следует из вышеизложенного, ответ на вопрос об отсутствии спермы можно получить лишь после использования всего арсенала имеющихся в распоряжении эксперта методик.

Таким образом, наши исследования однозначно показали, использование TECTA SERATEC PSA SEMIQUANT для установления наличия спермы в следах на вещественных доказательствах является высокоэффективным и может быть рекомендован для работы в судебно-биологических отделениях. В силу своей строгой специфичности и высокой чувствительности данная методика значительно повышает экспертные возможности при поисках спермы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ОБЛАСТИ МОШОНКИ В УРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ № 1 ПГКБ № 5

В.И. Маликова, О.Е. Костюченко, Э.С. Тимербулатов, М.Б. Галич, Д.М. Игнатьев, И.Н. Задкина

МУЗ «Городская клиническая больница №5»
Пенза

Травмы области мошонки - часто встречающаяся патология в экстренной урологической практике. За период 2004 -2006 годы в отделении урологии №1 Пензенской городской клинической больнице №5 пролечено 32 больных. Этиологическим фактором, как правило, является удар в область мошонки, как при бытовых конфликтах, так и при занятиях спортом (в частности при единоборствах). Чаще травматические повреждения получают лица репродуктивного возраста 15-35 лет.

Анализируя случаи лечения больных с травмами мошонки, мы отметили, что большинство (85%) обращаются в первые сутки от начала заболевания. Для травматических повреждений характерно наличие гематомы в области мошонки, занимающей обычно 1/2 ее часть с переходом на паховую область, промежность, корень полового члена и, редко, на внутреннюю поверхность бедра, на стороне поражения. При осмотре и пальпации отмечается болезненность в области травмы. Органы и элементы мошонки, как правило, четко не дифференцируются при пальпации, ввиду наличия гематомы и отека оболочек мошонки.

Тактика ведения больных определялась при осмотре, на основании данных физикальных методов обследования и ультразвукового исследования.

Консервативное лечение проводилось больным с наличием малой гематомы при четком дифференцировании элементов мошонки (яичко, придаток, семенной канатик) при пальпации. При проведении ультразвукового исследования органов мошонки отмечались четкие границы яичка, при этом определялась симметричность размеров с обеих сторон, при УЗИ не выявлены признаки жидкостных образований. Консервативное лечение заключалось в обеспечении покоя путем ношения суспензория, проведении антибактериальной терапии с целью профилактики посттравматического орхэпидидимита, назначении анальгетиков для купирования болевого синдрома. В последующем, на 3-5 сутки назначались рассасывающие препараты (лидаза), биогенные стимуляторы (раствор экстракта алое), физиотерапевтические процедуры (УВЧ на область поражения). Таким образом, консервативно пролечено 8 больных, что составило 25% от общего числа больных с травматическими поражениями мошонки. Средний койко-день пребывания больных в стационаре составил 9,6.

При наличии выраженной болезненности в области травмы, напря-

женной гематомы, невозможности четкой дифференцировки элементов мошонки (яичко, придаток, семенной канатик) при пальпации выбиралась активная хирургическая тактика - ревизия органов мошонки с определением объема операции интраоперационно, проводится под общим обезболиванием – внутривенный наркоз.

Результаты оперативного лечения 24 больных

Название операции	Количество больных	% от общего числа прооперированных
Орхэктомия	5	20,8
Резекция яичка	11	45,8
Резекция придатка яичка	3	12,5
Эпидидимэктомия	2	8,4
Вскрытие гематомы	3	12,5

Учитывая молодой репродуктивный возраст больных, мы склонялись к проведению органосохраняющих операций с минимальным объемом резекции. Эта тактика, ввиду возможного развития посттравматического орхита, может приводить к необходимости проведения повторного оперативного вмешательства, как было в 2-х случаях. В одном случае пришлось после вскрытия и дренирования гематомы выполнить орхэктомию с придатком и окружающими оболочками вследствие развития тотального гнойного поражения. Во втором случае у пациента 15 летнего возраста проведение дополнительной резекции придатка в сочетании с дренированием полости мошонки и адекватной антибактериальной терапией привело к благополучному исходу заболевания.

Орхэктомия проводилась при интраоперационном выявлении тотального разрыва яичка и (или) наличии выраженных пролиферативно-деструктивных процессов в окружающих оболочках, которые, как правило, отмечались при позднем обращении больного за медицинской помощью (на 3-и сутки и более после травмы).

Таким образом, в отделении урологии №1 ПГКБ №5 выработан единый алгоритм лечения закрытых травм мошонки. При малейших сомнениях в выборе тактики должно быть выполнено экстренное оперативное вмешательство, по возможности органосохраняющее с последующим антибактериальным лечением.

ВНУТРИБРЮШИННЫЕ РАЗРЫВЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ)

В.И. Маликова, О.Е. Костюченко, И.А. Надеждин, Т.И. Волкова, А.Н. Постников, А.Э.Матвеева

МУЗ «Городская клиническая больница №5»
Пенза

Травма мочевого пузыря до настоящего времени остаётся одной из актуальных проблем в ургентной урологии. Требует определённых навыков, знаний, опыта в распознавании и оказании своевременной и квалифицированной медицинской помощи.

Чаще всего причиной внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря является травма, в результате гидравлического эффекта происходит разрыв мочевого пузыря. Другая причина – ятрогенная травма, происходящая во время смены катетера Пеццера.

Трудности диагностики связаны с рядом причин. Наиболее частые из которых:

- получение травмы в состоянии алкогольного опьянения и невозможности выявления факта травмы;
- молодой возраст и пренебрежительное, самоуверенное отношение к своему здоровью;
- стёртость клиники при замене катетера Пеццера.

По мере увеличения времени с момента травмы в клинической картине травматической болезни начинают доминировать осложнения, из–за тяжести которых симптомы разрыва мочевого пузыря оказываются неярко выраженными, а симптомы перитонита – стёртыми. И как результат – неоправданно длительное наблюдение за больным.

В этих условиях неоценимую помощь оказывает УЗИ органов брюшной полости. Выявляется свободная жидкость в брюшной полости, дряблая стенка мочевого пузыря. В случае травмы мочевого пузыря при смене катетера Пеццера метод УЗИ диагностики является основным.

В комплекс диагностических мероприятий включается:

- УЗИ органов брюшной полости
- Катетеризация мочевого пузыря;
- Проведение пробы Зельдовича;
- R – логические методы исследования.

Лечебная тактика – экстренная лапаротомия при установлении диагноза.

Объём оперативного вмешательства: лапаротомия, ревизия и санация органов брюшной полости, ушивание раны мочевого пузыря двухрядным кетгутовым швом, внебрюшинное наложение эпицистостомы, дренирование брюшной полости. У женщин возможно наложение глухого шва на мочевой пузырь с установкой постоянного катетера на 10 суток. В после-

операционном периоде больные переводятся на лечение в ОРИТ. Применяются а/б широкого спектра действия, осуществляется стабилизация витальных функций организма.

В период 1998 – 2007 г.г. в отделении пролечено 19 больных с внутрибрюшным разрывом мочевого пузыря. Возраст - от 21 до 82 лет. Мужчин - 16, женщин – 3. Поступили в состоянии алкогольного опьянения 8 человек.

Время с момента травмы до поступления в стационар: до 12 час. – 5 человек, после 12 час. – 14 человек.

Все больные оперированы в экстренном порядке сразу после установления диагноза и получения необходимого набора лабораторных исследований. Летальных исходов не было.

Осложнения в послеоперационном периоде следующие:

- ранняя спаечная кишечная непроходимость у 2 больных;
- частичное расхождение швов у 2 больных
- пневмония у 1 больного.

Выводы

1. Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря - тяжёлая ургентная урологическая патология, требующая повышенной настороженности в диагностическом плане.
2. УЗИ органов брюшной полости – первый этап в диагностике мочевого перитонита.
3. Активная хирургическая тактика в сочетании с интенсивным лечением обеспечивает благоприятный исход в лечении травмы мочевого пузыря и может быть рекомендована другим лечебным учереждениям при оказании помощи больным с внебрюшинным разрывом мочевого пузыря.

ОСОБЕННОСТИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

М.В. Манжос, А.И. Перетрухин, С.В. Чурбанов

МУЗ «Городская клиническая больница №4»
Пенза

Целью работы явилось изучение особенностей сенсибилизации у больных аллергическим ринитом (АР) в разных возрастных группах среди городского и сельского населения Пензенской области.

Обследовано 668 школьника 7-14 лет и 667 человек в возрасте 18-59 лет, страдающих ринитом, и проживающих в Пензе, а также в трех сельских населенных пунктах Пензенской области.

Для специфической диагностики использовали стандартные наборы

бытовых, пыльцевых, эпидермальных аллергенов (16 наименований) производства НПО "Аллерген" (г. Ставрополь), НИИВС им. И.И. Мечникова (г. Москва), Севафарма (Чехия).

Установлено, что уровень сенсибилизации к различным группам аллергенов среди младших школьников выше в селе, чем в городе (7,6%-5,2%, $p<0,001$), с возрастом он увеличивается и у подростков независимо от места жительства существенно не различается (10,0%-10,1%, $p>0,05$). Среди взрослого населения уровень сенсибилизации выше в городе (12,3%-8,8%, $p<0,001$).

Наиболее частой причиной АР среди детей города и села является бытовая сенсибилизация (46,4%-47,7%), которая доминирует над пыльцевой и эпидермальной ($p<0,001$) (табл.1). Различий между уровнем пыльцевой и эпидермальной сенсибилизации среди городских школьников не выявлено (24,8%-28,8%, $p>0,05$). В селе сенсибилизация к эпидермальным аллергенам регистрируется в 2,2 раза чаще, чем к пыльцевым аллергенам. (36,5%-15,9%, $p<0,001$).

Среди взрослого населения в сельской местности уровень сенсибилизации к различным группам аллергенов существенно не различается (35,2%, 31,7%, 33,1%, $p>0,05$). В городе различия между уровнем бытовой и пыльцевой сенсибилизации также не выявлено (36,6% - 40,6%, $p>0,05$), а частота эпидермальной сенсибилизации значительно ниже (22,8%, $p<0,001$). Характерно преобладание уровня пыльцевой сенсибилизации у городского населения по сравнению с жителями села (40,6%-31,7%, $p<0,01$).

Таким образом, определены региональные особенности сенсибилизации у больных аллергическим ринитом. С учетом полученных данных разрабатываются вопросы профилактики и лечения.

Таблица 1

Спектр сенсибилизации у больных аллергическим ринитом – городских и сельских жителей разных возрастных групп

аллергены	возраст больных, лет	город	село	достоверность
бытовые	7-14	46,4±4,1	47,7±3,6	> 0,05
	18-59	36,6±1,7	35,2±2,5	> 0,05
пыльцевые	7-14	24,8±3,5	15,9±2,6	< 0,05
	18-59	40,6±1,8	31,7±2,4	< 0,01
эпидермальные	7-14	28,8±3,7	36,5±3,4	< 0,05
	18-59	22,8±1,5	33,1±2,4	< 0,001
дерматофагоидные клещи	7-14	16,0±3,0	17,4±2,7	> 0,05
	18-59	15,2±1,3	14,0±1,8	> 0,05
Dermatophagoides pteronyssinus	7-14	11,3±2,6	7,6±1,9	> 0,05
	18-59	9,6±1,1	4,0±1,0	< 0,001

Dermatophagoides farinae	7-14	4,6±1,7	9,8±2,1	> 0,05
	18-59	5,6±0,8	10,1±1,5	< 0,01
домашняя пыль	7-14	10,7±2,5	14,8±2,5	> 0,05
	18-59	8,0±1,0	11,4±1,6	> 0,05
библиотечная пыль	7-14	14,7±2,9	12,8±2,4	> 0,05
	18-59	8,2±1,0	6,6±1,3	> 0,05
перо	7-14	5,0±1,8	2,5±1,1	> 0,05
	18-59	5,2±0,8	3,2±0,9	< 0,001
шерсть кошки	7-14	11,6±2,6	11,4±2,3	> 0,05
	18-59	8,2±1,0	11,4±1,6	> 0,05
шерсть собаки	7-14	6,1±2,0	11,7±2,3	> 0,05
	18-59	3,1±0,6	7,9±1,4	< 0,01
шерсть овцы	7-14	3,2±1,5	3,2±1,3	> 0,05
	18-59	2,7±0,6	3,4±0,9	> 0,05
шерсть кролика	7-14	3,2±1,4	5,8±1,7	> 0,05
	18-59	1,5±0,4	4,5±1,1	< 0,05
таракан	7-14	2,7±1,3	1,6±0,9	> 0,05
	18-59	1,5±0,4	2,6±0,8	> 0,05
амбарный клещ	7-14	1,9±1,1	2,7±1,2	> 0,05
	18-59	5,9±0,8	3,2±0,9	< 0,05

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЦА

В.Н. Маринчев

Госпиталь им. Революции
г. Сана, Йеменская Республика

В развитых странах частота беременных женщин с заболеваниями сердца колеблется от 0,2-0,5% до 3-5% (4). Ревматические поражения сердечных клапанов имеют тенденцию к снижению за счёт успешного лечения и профилактики стрептококковых фарингитов. Улучшение в диагностике, лечении и хирургической коррекции врожденных пороков сердца (3) позволили значительному количеству женщин детородного возраста забеременеть и родить ребёнка. Сердечные заболевания обычно диагностируются до беременности и лечатся в течение всего срока наблюдения. Заболевания, связанные с патологией коронарных сосудов сердца обусловлены увеличением возраста беременных, увеличением табакокурения и употребления наркотиков, а также тем фактом, что атеросклеротическое поражение сердца значительно превалируют среди населения. Дородовая ишемия миокарда может быть первым симптомом заболевания.

Беременные женщины с кардиологическими заболеваниями не являются гомогенной группой и имеют значительные различия в патофизио-

логических изменениях, причиной которых является специфика сердечной патологии и её статус функционального состояния. Кроме того, сердечно-сосудистый стресс, который обусловлен беременностью, родами и послеродовым периодом приводит к различной степени сердечной недостаточности у каждой пациентки и, следовательно, различной терапии, включающей антикоагулянты, анестезиологическое обеспечение и многое другое.

Несмотря на высокий уровень развития здравоохранения в США, за последнее десятилетие там произошел рост материнской смертности до 13,3 на 100000 рожениц. Наиболее частыми причинами материнской смерти - эмболизм и кровотечение, которые выросли как следствие сердечной патологии у пациенток. Структура причин материнской смертности (2) следующая: эмболизм - 19,6%, кровотечение - 17,2%%, гипертензия беременных - 15,7%, инфекция - 12,6%, кардиомиопатия - 8,3%, нарушения мозгового кровообращения - 5%, связанные с анестезией - 1,6%, другие причины (сердечные, легочные, неврологические) - 19,2%.

В родильное отделение нашего госпиталя ежегодно обращаются до 13000-15000 беременных женщин для родоразрешения, большинству из которых проводится вагинальное, а у 1400-1600 женщин путем операции кесарево сечение т.е. 13-15%. От 0,5% до 2% всех беременных женщин имеют заболевания сердца, что согласуется с мировой статистикой.

На сегодняшний день нет регулирующих указаний, которые дают рекомендации по наилучшему методу анестезии у этих пациенток, а так же чувствуется недостаток в стандартах и советах для тих трудных ситуаций. Обобщив данные доступной нам литературы и адаптировав их к нашим местным условиям мы пришли к следующим заключениям.

1. Около 70-75% беременных женщин с пороками сердца родоразрешаются вагинальным путем, а остальные - оперативным.

2. Кардиологами в нашем госпитале используется классификация Нью-Йоркской Кардиологической Ассоциации (Н-ЙКА), по которой женщины с классом 1-2 рекомендуются к вагинальному родоразрешению, а 3-4 – путем кесарева сечения в соответствии с инструкцией (1) Европейской конференции (2003).

3. Экстренной операции кесарево сечение, по возможности, следует избегать, учитывая повышенный риск, обусловленный сердечной патологией.

4. При оперативном родоразрешении возможно использование как общей так и нейроаксиальной анестезии.

5. При вагинальном родоразрешении использование эпидуральной продленной аналгезии начатой в ранних стадиях родов позволяет вместе с инструментальной поддержкой снизить сердечно-сосудистую нагрузку.

6. Тетрада Фалло, первичная легочная гипертензия, идиопатический гипертрофичекий субаортальный стеноз и гипокоагуляция являются противопоказаниями для использования нейроаксиальных методов.

7. Одномоментная спинальная анестезия не рекомендуется для использования у женщин с 3-4 классом заболевания по классификации Н-ЙКА.

8. При нейроаксиальных блокадах развивается дилятация артериол, которая приводит к снижению ОПС и может вызвать тахикардию, к которой слабо толерантны пациентки с митральным и аортальным стенозом и более толерантны пациентки с коронарной болезнью.

Быстрое начало симпатической блокады может быть исключено фракционным введением местного анестетика.

9. При многих сердечных заболеваниях снижается клиренс местных анестетиков, что может быть причиной снижения их дозы.

10. Бупивакаин в дозе 12-15мг или Лидокаин 70-75мг с добавлением фентанила 15-17 микрограмм - достаточные и безопасные дозы для для операционного родоразрешения у пациенток с массой тела 70-75 кг.

11. Для общей анестезии следует использовать препараты с наименьшей кардиотоксичностью и в минимальных дозах, главное - избежать гипоксемии, резких колебаний АД и тахикардии на фоне оптимальной антиноцицептивной защиты! Использование сукцинилхолина возможно только в экстренных ситуациях, во всех других случаях следует применять антидеполяризующие релаксанты среднего и короткого действия.

12. Как правило, внутривенное введение жидкостей ограничено для коррекции гипотензии.

13. Разумное использование эфедрина или допамина рекомендуется только в соответствии с частотой пульса.

14. Латеральное положение матки.

15. Окситоцин и Эрготамин (или их аналоги) могут быть назначены в низких дозах и в разведении или исключены вследствии их сильного сердечно-сосудистого эффекта.

16. Низкомолекулярный гепарин и нейроаксиальные блокады могут быть совместимы, при отсутствии резкой гипокоагуляции.

17. Большинство кардиологических средств не взаимодействуют с препаратами для нейроаксиальной анестезии могут быть использованы одновременно.

18. Беременные женщины со сначительными изменениями в сердечно-сосудистой системе и соответствующие высокому риску должны родоразрешаться в лечебных учреждениях, где имеется круглосуточная возможность наблюдения кардиологом не только во время родов но и после в условиях отделения интенсивной терапии.

19. Независимо от метода анестезии необходимо обеспечить адекватную оксигенацию для пациентки.

20. Максимально возможный мониторинг вплоть до прямого контроля за уровнем артериального давления и ЦВД.

21. Кроме того, достаточная редкость подобной патологии диктует необходимость проведения межцентровых исследований.

Возможно, что изложенные выше установки могут оказаться полезными для специалистов, оказывающих неотложную помощь беременным с заболеваниями сердца.

Литература

1. Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy of the European Society of Cardiology. Expert consensus Document on management of cardiovascular diseases during pregnancy. Eur.Heart J. 2003;24:761-781.
2. Chang J., Elam-Evans LD., Berg CJ., et al. Pregnancy-related mortality Surveillance – United States, 1991-1999. In Surveillance Summaries, February. Centers for Control and Prevention. MMWR 2003;52:1-8.
3. Gianopoulos J. Cardiac disease in pregnancy. Med. Clin. North Am.1989; 73:639-651.
4. Weiss BM, Hess OM. Pulmonary vascular disease and pregnancy: current controversies, management strategies and perspectives. Eur. Heart J.2000; 21:104-115.

ОБЩАЯ АНЕСТЕЗИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ТОНЗИЛЭКТОМИИ

В.Н. Маринчев, Я. Хурейби

Госпиталь им. Революции
г. Сана, Йеменская республика

Каждый год в госпитале проводится 1200-1300 тонзилэктомий, причем, 80-90% из них - у детей. Главными показаниями для тонзилэктомии являются повторные инфекции и особое обструктивное ночное апное, которое характеризуется неспокойным сном, шумным дыханием с нерегулярными паузами. Многие пациенты имеют сопутствующие увеличенные аденоиды, бронхиты, трахеиты, а некоторые - врожденные пороки сердца или ревматические заболевания сердца. У всех детей и более 95% взрослых используется общая анестезия.

Наш опыт в этом направлении позволяет сделать следующие рекомендации.

Предоперационный период.

1. Пациенты с врожденными пороками сердца или ревматическими заболеваниями сердца в анамнезе составляют группу риска в плане развития эндокардита. Все они во время операции получают внутривенно один из антибиотиков.
2. Тонзилярная гиперплазия может привести к хронической обструкции верхних дыхательных путей, синдрому обструктивного

сонного апное, задержки углекислого газа и легочному сердцу.

3. Анамнез с целью выяснения препаратов, которые принимал ребёнок (антибиотики, препараты влияющие на свертываемость крови, лекарственная аллергия и др.).
4. Осмотр ребенка (аускультация, носовое и ротовое дыхание, размер тонзилярных миндалин и др.).
5. Пациенты с кардиологическим анамнезом нуждаются в эхокардиографии.
6. Кроме общего анализа крови необходимо определение времени свертывания, длительности кровотечения, количества тромбоцитов, серомукоид, с-реактивный белок.

Интраоперационный период.

1. Обструкция верхних дыхательных путей (носовые аденоиды) требует специальных навыков от специалиста поддерживать дыхательные пути проходимыми во время индукции.
2. Премедикация, как правило, внутривенная, атропин - 0,1 мг на 10 кг массы тела или в возрастной дозировке.
3. Для маленьких детей индукция ингаляционным методом (севофлюран, изофлюран, галотан) с 5 минутной преоксигенацией. Для детей среднего и старшего возраста используется внутривенный метод индукции (тиопентал - 3-5 мг/кг, пропофол 1-1,5 мг/кг).
4. Интубация трахеи после введения сукцинил-холина 1-1,5 мг/кг у детей среднего и старшего возраста, по возможности избегать введения сукцинил-холина у детей вообще и у детей до 6-7 лет особенно.
5. Как правило, интубация проводится через нос, но возможно и через рот.
6. Некоторые авторы (Martin Johr, 2006) используют ларингеальную маску, но мы не располагаем таким опытом.
7. Обязательная проверка правильности нахождения трубки путем аускультации.
8. Должна быть полная уверенность в надёжности фиксации эндотрахеальной трубки. Ротовой тампон служит лучшей фиксации трубки и дополнительно (кроме манжеты трубки) защищает верхние дыхательные пути от попадания крови и секрета. Не забудьте удалить тампон перед экстубацией!
9. Эндотрахеальная трубка для носовой интубации должна быть армированной, с металлической пружиной, а для ротой интубации следует использовать U-образную трубку.
10. Манжет и трахеальный конец трубки следует покрыть мазью с Дексаметазоном, как профилактика послеоперационного стридора.
11. Поддержание анестезии проводится с включением ингаляцион-

ных препаратов (севофлюран, изофлюран, галотан) и закиси азота с кислородом (1:1) на фоне спонтанного дыхания.

12. Мониторинг: SpO-2, ЭКГ, АД, пульс, etCO-2, прекардиальный стетоскоп, клинические данные.
13. Количество внутривенно вводимых растворов (как правили р-р NaCl -0,9%) зависит от возраста ребенка, объёма кровопотери.
14. Экстубация возможна только после полного пробуждения ребенка и полного восстановления трахеального и ларенгеального рефлексов.
15. Наблюдение до полного восстановления сознания ребенка, которое оценивается по его возможности выполнять команды персонала.

Послеоперационный период.

1. Вероятность тошноты и рвоты очень высока (60-80%).
2. Дексаметазон 0,5 мг/кг (но не более 8 мг) внутривенно усиливает аналгезию, снижает вероятность рвоты и создает условия для более раннего приёма воды и лекарств через рот.
3. Парацетамол в дозе 90-100 мг в день в виде суппозиториев или сиропа.
4. Нестероидные противовоспалительные препараты (например диклофенак) могут увеличить риск кровотечения.

Осложнения.

1. Тошнота и рвота.
2. Ларингоспазм после экстубации обычно купируется назначением кислорода в режиме ППД, а если нет, то возможно введение сукцинил-холина в малых дозах внутривенно на фоне небольших концентраций ингаляционных препаратов (галотан, изофлюран, севофлюран).
3. При развитии инспираторного стридора - аминофиллин, дексаметазон на фоне ингации кислорода, санация глотки и гортани.
4. Сукцинил-холин апное. Продленная ИВЛ на фоне легкой седации до восстановления адекватного дыхания. Абсолютно противопоказано введения прозерина или неостигмина!
5. Нестабильность эндотрахеальной трубки как результат недостаточно надежного крепления.
6. Послеоперационные кровотечения.

Тщательное соблюдение данной методики анестезиологического пособия позволит специалисту быть спокойным, а пациенту быть вылеченным.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Э.В. Маркелов, Е.А. Семечкина, Н.Г. Лахвич, О.Б. Тонникова

МУЗ «Городская клиническая больница №3»
Пенза

Применение озонотерапии.

Использование озонокислородных смесей представляет качественно новое решение актуальных проблем лечения многих заболеваний. Озон используется в терапии, хирургии, акушерстве и гинекологии, дерматологии, неврологии, стоматологии, при инфекционных заболеваниях, офтальмологии, оториноларингологии.

Клинические аспекты озонотерапии.

1. Среди биологических эффектов озона традиционно первое место занимает бактерио – фунги – и вируцидный эффект озона.
2. Оптимизация про – и антиоксидантных систем организма является одним из основных биологических эффектов системного воздействия озонотерапии, реализуемый через влияние на клеточные мембраны и заключающийся в нормализации баланса уровней продуктов перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы защиты
3. Противовоспалительный эффект озона.
4. Обезболивающий эффект озона.
5. Дезинтоксикационный эффект озона.
6. Дозозависимый эффект озона на протсолитические системы организма.
7. Иммуномодулирующие свойства озона

Озон, используемый для лечебных целей – это озонокислородная смесь, получаемая из кислорода с использованием слабого электрического разряда. Она достигается с помощью медицинских генераторов озона (озонаторов). Кислород поступает в две последовательно соединенные высоковольтные трубки, находящиеся по напряжением разной мощности и создающие электрическое поле. За счет мощного электрического поля часть молекул кислорода разлагается на атомы, которые вступают в реакцию с другими молекулами кислорода и образуют молекулы озона.

Формы и методика применения озонированных материалов.

1. Озонированная дистиллированная вода.
2. Озонированное растительное масло.
3. Озонированный физиологический раствор для внутривенных инфузий.
4. Газообразное введение озонокислородной смеси.

5. Ректальные инсуффляции озонокислородной смеси.
6. Газация в пластиковом мешке.

Эффективность озонотерапии у больных сахарным диабетом.

Озонотерапия повышает проницаемость клеточных мембран для глюкозы, что достигается с помощью стимуляции пентозофосфатного шунта и аэробного гликолиза (которые угнетены при диабете) и это способствует снижению гипергликемии за счет лучшего поступления глюкозы в ткань.

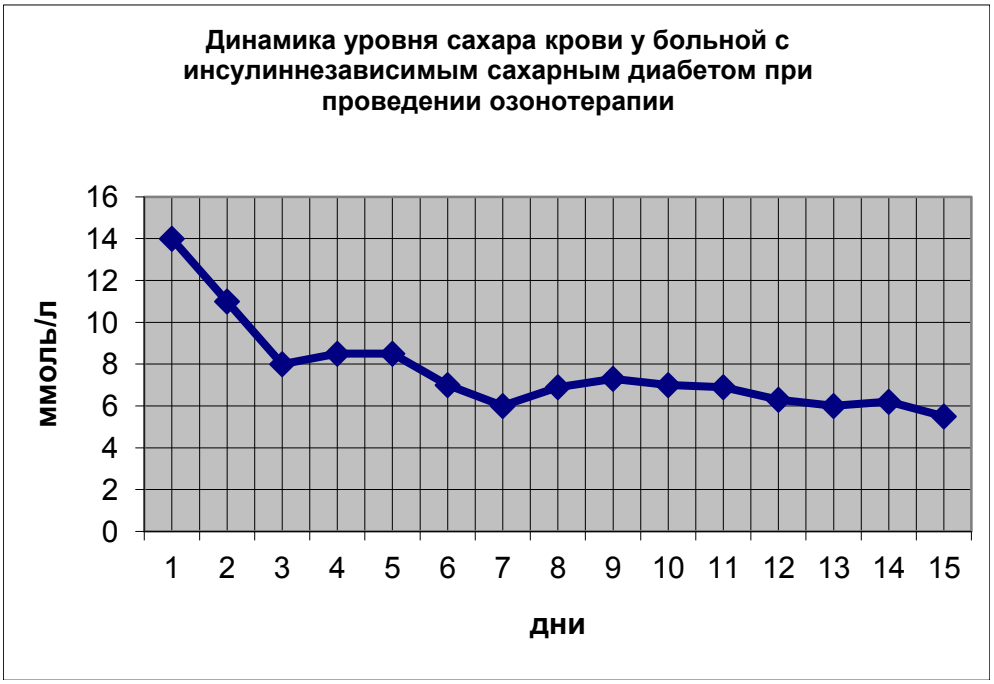


Диаграмма эффективности озонотерапии у больной сахарным диабетом.

Проведен анализ наблюдения за группой в 20 человек (12 женщин, 8 мужчин), состоящей из больных с инсулинзависимым и инсулиннезависимым диабетом. После курса озонотерапии у них снизился средний уровень гипергликемии на 25%. У 1/3 больных на 15% была уменьшена доза вводимого инсулина. У ¼ больных с инсулиннезависимым диабетом на 20% была снижена доза оральных препаратов.

Одним из главных показателей успешного лечения сахарного диабета является достижение компенсации состояния пациентов.

Критерии компенсации углеводного обмена при инсулиннезависимом диабете (СД 2 тип) выглядят следующим образом:

- хорошее самочувствие и сохранение трудоспособности;
- гликемия натощак – 5,0-5,5 ммоль/л;
- гликемия перед сном – 6,0-6,5 ммоль/л;
- Hb A1c % - 6,0-6,5;
- отсутствие сахара в моче;
- отсутствие глипокликемий;

- нормальные показатели обмена липидов.

Критерии компенсации углеводного обмена при инсулинзависимом диабете (СД 1 тип):

- отсутствие жалоб и сохраненная трудоспособность;
- уровень гликемии натощак – 5,0-6,0 ммоль/л;
- гликемия перед сном – 6,0-7,0 ммоль/л;
- Hb A1c % - 6,0-7,0;
- нормальные показатели липидов крови и протеинограмм;
- нормальные показатели клеточного и гуморального иммунитета.

Заключение.

Поскольку у больных сахарным диабетом преобладает гликозилированный гемоглобин, у которого связь с кислородом очень прочна и гипоксия тканей, развивающаяся в результате этого, определяет тяжесть заболевания, то снятие гипоксии под воздействием озонотерапии играет едва ли не ключевую роль в процессе лечения.

Для озонотерапии характерна простота применения, высокая эффективность, хорошая переносимость, практическое отсутствие побочных действий, она экономически выгодна.

ЭФФЕКТ ВАЛЬПРОАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ КЛАСТЕРНЫХ ЦЕФАЛГИЙ

И.А. Мартыненко, И.Г. Золкорняев

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Среди неврологических синдромов области лица 75% приходится на заболевания вегетативных узлов головы и верхнего шейного симпатического узла. Боли у таких пациентов мучительны, длятся годами, трудно купируются, склонны к рецидивам, ухудшают качество жизни.

Кластерная цефалгия (КЦ) среди этих синдромов занимает особое место, что обусловлено крайне высокой интенсивностью боли, частотой и длительностью пароксизмов, возможностью хронизации. Лечение больных КЦ – очень трудная задача. Несмотря на большое разнообразие средств и методов купирования пароксизмов КЦ, эффективность большинства из них недостаточна, и основной акцент делается на разработке методов профилактики повторных пароксизмов. Арсенал медикаментозной терапии КЦ включает производные спорыньи, антисеротониновые препараты, локальные анестетики, НПВС, препараты лития (особенно при хроническом длительном течении) и даже, иногда, наркотические аналгетики.

По данным абсолютного большинства отечественных и зарубежных авторов основными симптомами КЦ являются: внезапное развитие сильнейшей головной боли орбитально-лобно-височной локализации с воз-

можной иррадиацией в верхнюю челюсть, шею, плечо; локализация боли почти всегда в одной и той же области; слезотечение, отечность области глаза, инъецирование склеры, заложенность носа на стороне боли; частое развитие приступа ночью; ежедневность с частотой до 8 в сутки; длительность приступа от 15 до 180 минут; возможность перехода в хроническую форму. Болеют чаще мужчины. ЭЭГ-исследование не выявляет отклонений от нормы даже во время приступа. Таким пациентам часто ставится диагноз ВСД, шейный остеохондроз, церебральный арахноидит, мигрень, проводится терапия, не дающая положительного эффекта. Подобная ситуация имела место и в нашем наблюдении.

Больной Д. 17 лет обратился в октябре 2002г. на кафедру неврологии с жалобами на приступы головных болей жгучего характера, начинающихся в затылочной области слева, с быстрым распространением в теменно – височно – лобные отделы, периорбитальную область слева. Приступы характеризовались крайне высокой интесивностью боли, сопровождались слезотечением и покраснением левого глаза, учащением сердцебиения, ощущением жара, потливостью, ознобом. Иногда боль иррадиировала в плечо, руку. Приступы были ежесуточные, чаще в ночное время, длительность от 5 –10 минут до нескольких часов, до 8 –10 в сутки. В положении лежа боль усиливалась. Пытаясь уменьшить болевые ощущения, пациент ходил по комнате, выходил на улицу, обливал голову холодной водой.

Боли беспокоили около 5 лет, связать с чем либо начало заболевания затрудняется. С 1999 года по 2-3 раза в год проходил обследование и лечение в стационаре по месту жительства, ОДБ им. Н.Ф. Филатова, ОКБ им. Н.Н. Бурденко с диагнозами: церебральный арахноидит с частыми гипертензионными кризами, церебральная ангиодистония, невротические реакции с ВСД и вегетативными кризами в пубертатном периоде, мигренеподобные цефалгии. При обследованиях очаговой неврологической симптоматики не выявлялось, ЭКГ, РЭГ, ЭЭГ без особенностей. Получал эуфиллин, кавинтон, микстуру Кватера, бром, НПВС, транквилизаторы, блокаторы кальциевых каналов, локальные анестетики, витамины группы В, антидепрессанты. Положительного эффекта не отмечалось. В 2001 году в ОКБ им. Н.Н. Бурденко при ЭЭГ-исследовании зарегистрированы латерализованные по правому полушарию разряды комплексов: острая-медленная волна, медленная-двойная острая волна, а так же острых волн бета-диапазонов в сочетании с короткими билатерально синхронизированными по лобным и теменным областям пароксизмами экзальтированного ритма, легкая ирритация коры левого полушария, в связи с чем был назначен месячный курс финлепсина по 400 мг/сутки. Осмотр на кафедре неврологии октябрь 2002г. Сознание ясное, контактен, ориентирован. Менингеальных знаков нет. Астеничен, истощен. Из очаговой симптоматки легкий симптом Горнера слева. Выраженный дистальный гипергидроз. ЭКГ, РЭГ, клинические, биохимические анализы крови и мочи без патологии. Консультация ЛОР, офтальмолога – без патологии. На ЭЭГ замедление корко-

вой ритмики (как возможное следствие приема финлепсина). Во время осмотра зафиксирован приступ левосторонней гемикрании с покраснением и слезотечением левого глаза, заложенностью носа слева. Попытка купировать пароксизм интраназальным введением лидокаина, в/в введением кофеина, в/м введением кеторола результата не дала. Незначительное уменьшение боли после в/в введения 4мг. дексаметазона. Длительность приступа около15 минут. Поставлен диагноз: Кластерная цефалгия, хроническая форма. Была назначена следующая терапия: верапамил, ортофен, платифиллин, клоназепам, амитриптиллин - положительного эффекта не отмечалось. Следующая схема включала: индометацин, анаприлин, феварин, перитол, иммигран при приступе – улучшения не фиксировалось. Все препараты были отменены и назначены лития карбонат 300мг/сутки и депакин-хроно 300мг/сутки. На второй неделе лечения стала быстро снижаться интенсивность боли и урежаться приступы. Через месяц пациент был переведен на прием депакина 600мг/сутки в 2 приема, на фоне чего интенсивность болей снизилась по ВАШ до 2 баллов, частота приступов составляла 2-3 в месяц с длительностью до 5-10 минут. Последующие 6 месяцев приступов не отмечалось. Доза депакина была снижена до 300мг/сутки, курс продолжался в течении2003 и 2004 годов, приступы не повторялись. На протяжении 2005-2006 годов регистрируется отсутствие рецидивов, никакие медикаменты в этот период не применялись. Данный случай показывает, что при КЦ наряду с профилактической терапией рекомендовано назначение антиконвульсантов с обязательным титрованием дозы, даже при нормальных показателях ЭЭГ.

СЛУЧАЙ ГИМЕНОЛЕПИДОЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Е.Н. Медведева

Госпиталь ГУ в/ч 45108
Кузнецк-12

Гельминтозы – группа болезней, вызываемых паразитическими червями – гельминтами. У человека зарегистрировано паразитирование свыше 250 видов гельминтов. На территории России широко распространены около 30 видов, остальные обнаруживаются в единичных случаях. По данным паразитологического мониторинга, в течении жизни практически каждый россиянин переносит паразитарное заболевание.

Гименолепидоз - гельминтоз человека и мелких грызунов, вызываемый цепнями рода Hymenolepis. Заболеваемость в Пензенской области за 2004 год составила 0,145 на 100 тыс. населения (2 человека, взрослые); за 2005 год – (все - дети до 14 лет – 2 чел., или 1,1 на 100 тыс. детского населения).

Взрослые гельминты Hymenolepis diminuta паразитируют в тонкой кишке крыс, мышей, других грызунов и достигают в длину 10-60 см. Очень редко факультативным хозяином становится человек. H. Deminyta является биогельминтом с развитием промежуточных стадий от онкосферы до цистицеркоида в организме различных насекомых: личинок и взрослых особей блох, тараканов, хлебной моли, мучного хрущака и других. Человек заражается редко, при случайном заглатывании промежуточных хозяев с недостаточно пропеченными хлебными изделиями. Гименолепидоз, вызываемый крысиным цепнем - зоонозный пероральный гельминтоз без внутрикишечной аутосуперинвазии. Более чем у трети инвазированных болезнь протекает бессимптомно. Для манифестных случаев характерно многообразие клинических проявлений: наблюдается диспепсический синдром с неустойчивым стулом с примесью слизи, в редких случаях – крови; абдоминальный синдром с ноющими болями в животе, не связанными с приемом пищи; астенический синдром. У детей снижается активность, ухудшается память, могут наблюдаться судорожные мышечные подёргивания, эпилептиформные припадки. Иногда встречаются различные аллергические проявления на фоне невысокой эозинофилия в крови у 20-30% больных. При длительном течении болезни развивается умеренно выраженная анемия нормохромного или гипохромного типа. Наблюдается умеренная гепатомегалия, возможно повышение активности аминотрансфераз, содержания билирубина в сыворотке крови.

Приводим клиническое наблюдение.

Больная Ш., 61 год, поступила в инфекционное отделение госпиталя 17 июня 2002 года в 9:00 с жалобами: на общую слабость, отсутствие аппетита, общее похудание на 8кг, снижение работоспособности, тупые, ноющие боли в животе, запоры в течение 3 месяцев.

Больной себя считает в течение последних 6 месяцев, когда стала отмечать тошноту, горечь во рту, нарушение аппетита, схваткообразные боли в животе.

Из анамнеза жизни известно, что в течение многих лет страдает сопутствующей патологией - язвенной болезнью желудка. В последние полгода присоединились запоры. Дважды в 2002г. находилась на стационарном лечении в г. Пенза с диагнозом: «Хронический неинфекционный колит. Дискинезия кишечника».

При эпидемиологическом расследовании выяснено, что больная проживает в сельской местности, содержит домашний скот - коров, коз, кур, в последние 10 лет за пределы Пензенской области не выезжала.

В течение последних 3 месяцев на фоне ежедневного приема слабительного больная обнаружила в испражнениях гельминта около 50 см длиной. Она не придала этому значения. Спустя месяц после ежедневного приема кагора и слабительных вновь в испражнениях обнаружила гельминта около 60 см длиной, который и был доставлен для исследования. При лабораторном исследовании идентифицирован крысиный цепень.

Во время осмотра при проведении глубокой пальпации органов брюшной полости обнаружена болезненность живота, а после приема пищи больной наблюдали выбухание передней брюшной стенки в различных отделах живота (особенно в эпигастрии и боковых отделах), напоминающее шевеление плода у беременной женщины. В клиническом анализе крови – умеренная гипохромная анемия. Общий анализ мочи, биохимический анализ крови – без особенностей. При ФГДС обнаружена язва антрального отдела желудка в стадии рубцевания, атрофия слизистой желудка, ультразвуковым исследованием выявлены признаки хронического холецистита, правосторонний нефроптоз. При колоноскопии выявлен дистальный спастический колит, колоптоз.

Таким образом, клинико-лабораторные данные явились основанием для постановки клинического диагноза: Гименолепидоз «diminuta». Сопутствующие заболевания: «Язвенная болезнь желудка. Хронический колит. Хронический холецистит».

Проведена дегельминтизация бильтрицидом из расчета 25 мг/кг и симптоматические средства. Дегельминтизацию перенесла хорошо. Из побочных реакций были отмечены головокружение, головная боль, тошнота, боли в животе. Выписана из стационара в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача – инфекциониста с рекомендациями повторить прием бильтрицида в той же дозировке через 7 дней с контролем эффективности лечения ежемесячно в течение 6 месяцев и документальным учетом в течение 6 месяцев.

В приведенном клиническом наблюдении представлены типичные проявления гименолепидоза, однако своевременная диагностика данного заболевания явилась сложной задачей для лечащих врачей на догоспитальном этапе. Описанный случай свидетельствует о необходимости повышения квалификации медицинских работников по проблеме гельминтозов, внедрения расширенного мониторинга паразитов и проведения эффективной санитарно-просветительской работы среди населения.

ПРОГРАММНЫЙ ПОДХОД К УЛУЧШЕНИЮ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ

И.В. Мещанинов

МУЗ «Кузнецкая городская больница»
Кузнецк

Всемирная организация здравоохранения рассматривает первичную медико-санитарную помощь (ПСМП) как инструмент улучшения состояния здоровья населения и центральное звено системы здравоохранения. От состояния амбулаторно-поликлинической помощи зависит эффективность

всей системы здравоохранения, сохранение здоровья населения, решение медико-социальных проблем различных групп населения: тяжелобольных, инвалидов, престарелых и лиц пожилого возраста, а также страдающих различными заболеваниями.

Проведен анализ данных состояния здоровья населения, диспансерной группы, динамики показателей общей и первичной заболеваемости на участке общей врачебной практики в сравнении с заболеваемостью по городу Кузнецку. Выделены социально-значимые группы заболеваний, которые занимают первые пять ранговых мест в структуре заболеваемости. Анализ структуры общей заболеваемости и ее динамики за шесть лет показал, что первое место заняли болезни органов дыхания - с 20424 человек в 2000 году до 19839 человек в 2005 году, уменьшение на 2,86%. Второе место заняли болезни системы кровообращения - с 18150 человек в 2000 году до 19171 человека в 2005 году, рост на 5,63%. Третье место заняли болезни глаза и его придаточного аппарата - с 8893 человек в 2000 году до 10104 человек в 2005 году, рост на 13,62%. Четвертое место заняли болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - с 8796 человек в 2000 году до 10976 человек в 2005 году, рост на 24,78%. Пятое место заняли болезни органов пищеварения - с 6292 человек в 2000 году до 6663 человек в 2005 году, рост на 5,90 %. Показатели общей заболеваемости за период 2000-2005гг. увеличились с 82423 человек в 2000 году до 90528 человек в 2005 году, рост на 5,90%.

Из полученных данных видно, что показатели общей заболеваемости за период 2000-2005гг. увеличились. На группы, занимающие первые пять ранговых мест в структуре заболеваемости, необходимо обратить внимание при проведении лечебно-профилактических мероприятий.

Кроме того, основной целью является концентрация ресурсов на тех видах медицинской деятельности, которые имеют наибольшее социально-экономическое значение и оказывающее значительное влияние на состояние здоровья населения города. Посредством анализа заболеваемости и затрат на оказание медицинской помощи выделены группы заболеваний и контингенты людей, имеющие факторы риска: сердечно-сосудистые заболевания (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность); больные сахарным диабетом (диабетическая стопа, диабетическая ангиопатия сетчатки, ампутации конечностей и др.); хронические обструктивные болезни легких; вакциноуправляемые заболевания; контингенты населения, включаемые в программу профилактики социально-значимых заболеваний (туберкулез, ВИЧ, заболевания, передаваемые половым путем); группы риска по возникновению онкологических заболеваний и онкологические больные с III и IV клиническими группами; категории граждан, имеющих право на льготы при получении отдельных видов медицинской помощи (диспансеризация, лекарственное обеспечение, зубопротезирование); лица пожилого возраста, одинокие и престарелые, а также женщины детородного возраста.

По каждой из указанных выше групп составлены программы, которые состоят из разделов:

- скрининг лиц, подверженных риску заболевания и больных;
- создание базы данных на выявленных больных и указанных групп;
- диспансерное наблюдение больных и лиц с факторами риска;
- создание индивидуальных лечебно-профилактических программ для каждого больного и лиц с факторами риска в общей врачебной практике;
- выявление, регистрация и коррекция факторов риска заболеваний и их профилактика;
- расширение количества школ для больных с разными заболеваниями;
- внедрение новейших методик лечения.

Таким образом, представленный программный подход к улучшению показателей здоровья населения, проводимый в амбулаторно-поликлинической службе г. Кузнецка, позволит более эффективно осуществлять лечебно-профилактические мероприятия.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ г. КУЗНЕЦКА ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

И.В. Мещанинов, Е.В. Пастух, И.Е. Шишова, Н.М. Приступа

МУЗ «Кузнецкая городская больница»
Кузнецк

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) представляет собой одну из основных частей системы здравоохранения Российской Федерации. Целью развития амбулаторно-поликлинической службы является: профилактика заболеваний, обеспечение доступной и качественной медицинской помощи и улучшение показателей состояния здоровья населения.

Перемены в здравоохранении г. Кузнецка в последние 10 лет проводились в соответствии с Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 года № 1387 "О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации".

Сейчас в г. Кузнецке функционируют три амбулатории врачей общей практики (ул. Белинского, 33; ул. Стекловская, 100; ул. Правды, 24), в которых работают пять врачей общей практики, прошедшие специализированную подготовку и имеющие сертификат врача общей практики.

Несмотря на то, что в г. Кузнецке существует общая врачебная прак-

тика, доля ее мала и оказание первичной медико-санитарной помощи в поликлиниках продолжается по принципу участкового терапевта. При таких условиях невозможно достигнуть повышения эффективности, качества и объемов ПМСП, а также снижения уровня госпитализации. Поэтому необходимо продолжить переход амбулаторно-поликлинической службы города на оказание первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики. Для преодоления сложившейся ситуации в г. Кузнецке была создана концепция развития городской модели общей врачебной практики, целью которой является - улучшение показателей состояния здоровья населения посредством повышения качества и рациональной организации первичной медико-социальной помощи, а также эффективное использование ресурсов, внедрение новых технологий и автоматизация системы управления. Определены приоритеты концепции развития ПМСП г. Кузнецка:

- доступность и социальная направленность;
- ориентация на профилактику заболеваний;
- создание эффективной системы первичной медико-санитарной помощи;
- привлечение коммерческих структур, общественных организаций и органов власти в решение вопросов развития ПМСП.

Кроме того, необходимо сказать, что на очередном собрании представителей г. Кузнецка Пензенской области принята городская целевая программа "Врач общей практики" на 2007-2008 годы. Утвержденная программа предусматривает выделение помещений для амбулаторий врачей общей практики, оснащение их медицинским оборудованием и инструментарием, мебелью, оргтехникой, а также подготовку врачей по специальности "общая врачебная практика".

На реализацию этих мероприятий планируется выделить 4760 тысяч рублей в 2007 году и 4290 тысяч рублей в 2008 году. В 2007 году планируется открытие трех амбулаторий в Южном и Юго-западном микрорайонах, а в 2008 году - еще двух амбулаторий в юго-восточной части (район средней школы №17) и северо-восточной части (район Бутурлинки) города. Программа предусматривает подготовку врачей по специальности «врач общей практики» в 2007 году – три человека, в 2008 году – три человека и подготовку медицинских сестер по специальности «медицинская сестра врача общей практики» в 2007 году - 14 человек, в 2008 году - 6 человек. Проводится подготовка проектно-сметной документации, проведение ремонтных работ в помещениях амбулаторий врача общей практики и оснащение их медицинским оборудованием, медицинской мебелью и автоматизированными рабочими местами.

Таким образом, в результате включения органов власти в решение вопросов первичной медико-социальной помощи происходят ощутимые изменения в амбулаторно-поликлинической службе г. Кузнецка.

ПРИМЕНЕНИЕ АРГОНО-ПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ В ЭНДОСКОПИИ

А.В. Мещеряков, О.А. Гапоненко

ГУЗ «Областной онкологический диспансер»
Пенза

Метод аргоно-плазменной реканализации стенозирующих методов опухолей пищевода и кардиального отдела желудка и рубцовых стенозов анастомозов используется неоправданно узко, хотя он может применятся и в комбинации с лучевой и химиолучевой терапией. Положительной стороной метода является возможность повторных реканализаций, что позволяет использовать его у одного и того же больного неоднократно.

Виды реканализации стенозирующих опухолей и рубцовых стенозов пищевода:

I – механические:

- бужирование зондом
- эндоскопическое бужирование
- эндопротезирование

II – электро-механические:

- электрокоагуляционная реканализация
- лазерная реканализация
- фотодинамическая терапия
- аргоно-плазменная коагуляция.

Показания к аргоно-плазменной коагуляции (АПК):

- восстановление проходимости для начала энтерального питания;
- невозможность выполнения радикальных операций из-за противопоказаний;
- рецидивы рака в анастомозе после хирургического лечения при невыполнимости повторной операции;
- рецидивные или остаточные стенозирующие опухоли после лучевого радикального лечения;
- продолженный рост опухоли после химиолучевого лечения;
- рубцовые стенозы анастомозов.

Преимущества:

- эффективная и надежная коагуляция;
- бесконтактный метод аппликации;
- контролируемая и ограниченная глубина проникновения(0,5-3 мм);
- неразрушение металлических стентов;
- мобильность и легкость обслуживания;
- отсутствие дополнительных затрат на обеспечение безопасности.

Недостатки:

- относительно быстрый рестеноз;
- опасность кровотечения;
- перфорация.

Аппаратура:

- электрохирургический аппарат;
- катетер для АПК;
- эндоскоп.

Описание метода.

Метод аргоно-плазменной коагуляции представляет собой бесконтактный метод монополярной ВЧ-хирургии. Высокочастотный электрический ток подается электрохирургическим аппаратом на вольфрамовый электрод, расположенный внутри катетера. Также через катетер подается поток аргона. При достижении электрода поток аргона ионизируется и становится проводящей средой для электрического тока, формируя, таким образом, аргоновую плазму. Применяются 2 режима коагуляции: спрей и фульгуризация. При режиме «спрей» проникновение плазмы осуществляется на глубину до 0,5мм, при режиме «фульгуризация» - до 3мм.

В ООД существуют 2 аппарата АПК, в кабинетах эндоскопии аппарат с октября 2005г., т.е. всего 1,5г.

Всего в кабинетах эндоскопии было проведено 51 сеанс аргоно-плазменной коагуляции:

- реканализация стенозирующих опухолей пищевода – 23,
- реканализация стенозов анастомозов – 13,
- удаление полипов – 8,
- остановка кровотечений – 3,
- коагуляция грануляционных разрастаний в бронхах – 2,
- коагуляция кровоточащих MTS в пупок – 2.

Подводя итоги всех сеансов АПК, необходимо отметить развитие одного случая кровотечения и одного случая перфорации опухоли пищевода. Но, эти осложнения развились через значительное время после проведения АПК (3-7 сутки), и в данных случаях трудно сказать, были ли эти осложнения вызваны именно АПК, или это осложнения основного заболевания.

Осложнения:

- перфорация – 2;
- кровотечения-1.

Выводы

- эндоскопическая реканализация опухолевых стенозов с помощью АПК отличается малой травматичностью, технической простотой исполнения, хорошими непосредственными результатами, возможностью повторного многократного выполнения в случаях опухолевого рестеноза, и рассматривается как предпочтительный способ лечения инкурабельных больных стенозирующим раком пищевода и кардиального отдела желудка;

- эндоскопические методики реканализации рубцовых стриктур анастомозов высокоэффективны, малотравматичны, просты в исполнении и позволяют добиться либо полного устранения дисфагии, либо существенно уменьшить ее выраженность, избежав тем самым высокотравматичных реконструктивных операций.

НЕКОТОРЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РАССМОТРЕНИЮ РИСКА В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

А.С. Мильцын, А.Г. Лежнев, М.П. Алексеева, Д.В. Маршалов

ГУЗ «Саратовская областная клиническая больница»,
ММУ «1-я городская клиническая больница»
Саратов

Существует множество различных классификаций риска в анестезиологии и интенсивной терапии. Большее их количество построено по модальному принципу и представляет собой оценочное мнение о состоянии больного в пределах значений «удовлетворительное ÷ терминальное» с некоторыми релевантно важными объяснениями.

Известно (В.Г.Васильков с соавт., 2006), что в условиях жесткого ограничения во времени, именно синдромный подход позволяет врачу анестезиологу-реаниматологу принять наиболее оптимальное решение как по диагностике, так и по интенсивной терапии. При этом синдромный подход является основной составляющей интенсивной диагностики, к которой относится и определение степени риска.

При этом объективно формулируется вопрос о значимости и целесообразности этого подхода в плановой работе анестезиолога-реаниматолога, то есть при подготовке больного к оперативному лечению или проведению назначенной процедуры эфферентной терапии. По нашему мнению – значимо и целесообразно. Не обсуждая хирургические вопросы структурной операбельности больного, мы, по сути, обсуждаем вопросы операбельности функциональной. Действительно, специалистам нашего направления медицины важен не столько этиологический базис основной и/или сопутствующей патологий (значения которого никто не берет под сомнение), сколько наличие функциональных изменений. При этом, как правило, обсуждаются вопросы: локализация функциональных нарушений; их последовательность при наличии полисистемности; степени компенсации в каждой системе отдельно и их интегральный выход на целостный организм; возможность переносимости оперативного вмешательства в условиях выявленной дисфункции и возможность лечебного воздействия на функциональнее нарушения с целью их коррекции и повышения адаптации организма к операционно-анестезиологическому стрессу; безусловным являет-

ся вопрос о динамике степени определенной дисфункции в условиях катаболической фазы послеоперационного периода.

Мы считаем, что целесообразно рассмотреть вопрос о риске, который определяется как надежда на благоприятный исход, с количественной точки зрения оценки этой надежды. Подобный подход собственно отражает вероятность развития различных осложнений на этапах переоперационного периода и вероятность летального исхода. Мы предлагаем попытаться построить алгоритмические системы определения риска на основе выявленных дисфункций (по сути синдромов) и строить принятие решения на базе степени функциональной операбельности.

Может быть, следует рассматривать и профессионально-юридический риск для врача анестезиолога, с регистрацией значения в истории болезни, а также страховыми действиями.

НЕОБХОДИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ

А.С. Мильцын, Д.В. Маршалов, А.Г. Лежнев, М.П. Алексеева

ГУЗ «Саратовская областная клиническая больница»,
ММУ «1 городская клиническая больница»
Саратов

Достаточно известно, что тяжесть экстрагенитальной патологии у беременных, рожениц и родильниц во многом определяет возникновение осложнений и исход родов, причем это касается как матери, так и плода. Этиология, патогенез и клиническое течение указанной патологии весьма многообразны, но помимо специфичности ей присущи и неспецифические проявления в форме общих дисфункциональных реакций, через которые собственно и может, при неблагоприятном течении, реализоваться дезинтеграция целостного организма в форме танатогенеза и последующей смерти. Это положение подтверждается хорошо известным фактом роли экстрагенитальной патологии в структуре осложнений беременности и родов, а также материнской смертности.

Актуальность проблемы отражает Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации № 302 от 28.12.1993 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности». Этот документ практически законодательно обязывает врачей прерывать беременность на ранних сроках при наличии выраженной экстрагенитальной патологии, хотя в ряде случаев она носит компенсаторный характер. Однако в Российском Законодательстве имеется также указание на право женщины родить и иметь ребенка; а прерывание беременности по медицинским показаниям может быть осуществлено только с сознательно-

го согласия самой женщины.

Показанное положение безусловно будет приводить анестезиолога-реаниматолога и акушера-гинеколога к тяжелой клинической ситуации обусловленной тем фактом, что хотим мы или нет, а женщины с выраженной экстрагенитальной патологией будут поступать в акушерские стационары, а наше дело – обеспечить им самые благоприятные условия для вынашивания беременности и безопасность родов. Причем делать это приходится, как правило, в условиях суб- и декомпенсации функциональных нарушений, обусловленных экстрагенитальной патологией.

Сейчас отсутствуют достаточно простые и эффективные модели или системы риска беременности и родов, пригодные для работы практического анестезиолога-реаниматолога. Это обстоятельство объясняется разработкой моделей прогноза, как правило, на основе этиологичной принадлежности экстрагенитальной патологии к тому или иному классу болезней. По нашему мнению, возможен вариант построения математической модели вероятности осложнений беременности и родов на основе системных дисфункциональных проявлений без существенной привязки к этиологии экстрагенитального заболевания, что обусловлено общностью основных типовых патологических процессов. Возможно, новый принципиальный подход позволит более качественно предвидеть декомпенсацию и предпринять соответствующие меры интенсивной терапии уже на ранних этапах лечения женщины.

ТОТАЛЬНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.Н. Митрошин, И.В. Девин

Медицинский институт Пензенского государственного университета,
ГУЗ «Областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко»
Пенза

В Пензенской области операции по эндопротезированию крупных суставов выполняются с 1979 года. В областной больнице имени Н. Н. Бурденко до 2003 г. выполнено 160 операций. После 2003 - 262 операции. 23 из них - эндопротезирование коленного сустава. С 1987 в ЦГБ № 6 произведено 346 операций по эндопротезированию тазобедренного сустава и 17 - коленного. Всего в области выполнено 768 операций. Применялись как отечественные, так и зарубежные конструкции эндопротезов: Сиваша, Мовшовича, Митрошина, Иммамалиева-Чемьянова, НПО "Феникс", ЭСИ, "Имплант", "Арете", Мура-ЦИТО, Безноска, Зиммер, Эскулап, OHST, Генезис II, Скорпио.

В своей работе мы хотели отметить трудности, которые нам пришлось преодолеть в ходе проведения операций и пути их решения.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 262 больных, которым выполнено эндопротезирование крупных суставов в 2003 – 2007 г.г. в Пензенской ОКБ им. Н. Н. Бурденко. Учтены исходы операций в ближайшем послеоперационном периоде. Срок наблюдений составил от 3 месяцев до 4 лет.

Результаты и обсуждение. Всех прооперированные больные распределены в соответствие с нозологическими критериями на 11 групп.

Таблица 1.

Распределение больных по нозологическим критериям

Нозология	Количество больных
Остеоартроз (коксартроз, гонартроз)	117
Перелом шейки бедра	57
Ложный сустав, лизис шейки бедра	40
Асептический некроз головки бедренной кости	7
Ревматоидный артрит	15
Болезнь Бехтерева	6
Системная красная волчанка	4
Состояния, требующие ревизионного эндопротезирования (нестабильность, износ компонентов эндопротеза)	9
Дефект проксимального конца бедренной кости	4
Врожденный вывих бедра	2
Застарелый вывих бедра	1
Всего	262

У 69 больных не отмечено технических трудностей при имплантации эндопротеза. Это операции, которые проводились по поводу свежих переломов шейки бедра, асептического некроза головки бедренной кости, остеоартроза у лиц без выраженной сопутствующей патологии. В 193 случаях имели место неблагоприятные факторы, которые мы разделили на общесоматические и местные.

К общим факторам относятся те, которые влияли на ведение больных до и после операции, к местным – те, которые повышали риск развития осложнений в ходе выполнения операции.

Таблица 2.

Распределение больных по типам неблагоприятных факторов

Тип фактора	Неблагоприятные факторы	Количество больных
Общесоматические	Сахарный диабет	19
	Длительный прием кортикостероидов	25
	Перенесенная местная инфекция	6
	Нарушения ритма сердечной деятельности	8
	Флеботромбоз, варикозная болезнь	7
	Тромбоцитопения	2
Местные	Остеопороз	97
	Протрузия вертлужной впадины	4
	Выраженная деформация вертлужной впадины	17
	Деформация или дефект проксимального отдела бедра	9
	Фиксированное проксимальное расположение (смещение) бедренной кости	47
	Наличие имплантата	13

Сахарный диабет повышает риск развития инфекционных осложнений. При подготовке больного к операции необходим перевод его на простой инсулин с тщательной коррекцией уровня гликемии. В послеоперационном периоде применяли сочетание антибиотиков с грамположительным и грамотрицательным антимикробным спектром действия: цефалоспорины III, IV поколений, ципрофлоксацин, метрагил. Продолжительность профилактики инфекционных осложнений увеличивалась до 5-7 дней, применяемая доза антимикробного препарата увеличивалась в 2 раза.

Длительный прием кортикостероидов повышает риск развития инфекции, при резкой отмене препарата или снижении дозы существует риск развития надпочечниковой недостаточности, обострения ревматических заболеваний (системных поражений соединительной ткани). В этих случаях применялась более интенсивная и продолжительная антибиотикопрофилактика. Дозировку кортикостероидов со дня операции удваивали, с 3 дня постепенно уменьшали до базисной.

Перенесенная инфекция в зоне предстоящей имплантации отодвигала срок проведения операции минимум на 6 месяцев. В послеоперационном периоде антибактериальная терапия проводилась цефалоспоринами III – IV поколений путем внутривенных инфузий и ципрофлоксацином в течение 7 дней.

Трепетание предсердий повышает опасность развития фибрилляции миокарда или развития ТЭЛА. В предоперационном периоде проводилось восстановление синусового ритма, либо осуществлялся перевод трепетания предсердий в нормосистолическую форму. До операции назначались

антикоагулянты: клексан 0,4 за 12 часов до операции или фраксипарин 0,3 непосредственно перед операцией. В последующем антикоагулянты продолжали вводить в течение 10 дней: клексан по 0,4 в сутки однократно, фраксипарин по 0,3 2 раза в сутки. Доза препарата корректировалась при отклонении веса больного от нормы – увеличивалась или снижалась.

При переломе шейки бедра антикоагулянты назначались с момента поступления больного в клинику и отменялись через 10 дней после операции. Эффективность антикоагулянтной терапии прямыми антикоагулянтами лабораторно контролировалась уровнем АЧТВ. АЧТВ определялось до операции и на 3 сутки после назначения гепаринов, при правильно подобранной дозе антикоагулянта оно должно увеличиваться в 1,5 раза.

При выявлении флеботромбоза до операции назначались прямые антикоагулянты в лечебных дозах, в день операции устанавливался кава-фильтр (3 случая). В 1 случае производилась предварительная пликация нижней полой вены, а после заживления раны проводилось эндопротезирование сустава. В послеоперационном периоде дополнительно назначались непрямые антикоагулянты (варфарин или фенилин). В течение 3 дней проводился подбор дозы варфарина по уровню МНО (не менее 2 – 2,5) или фенилина по протромбиновому индексу (не более 55 – 60). После подбора дозы прямые антикоагулянты отменялись. Продолжительность приема непрямых антикоагулянтов определялась ангиохирургом.

При варикозной болезни по возможности проводилась склерозирующая терапия или флебэктомия. Обязательно проводилось УЗИ вен нижних конечностей (дуплексное сканирование) для исключения тромбоза глубоких вен бедра, голени. Антикоагулянты (прямые) назначались до операции в лечебных дозах.

Проведение антикоагулянтной терапии до операции незначительно усиливает кровоточивость тканей, но оно является обязательным для снижения риска ТЭЛА.

Тромбоцитопения встречалась при проведении базисной терапии цитостатиками. В этих случаях больные временно переводились на кортикостероиды, операция откладывалась до восстановления нормального уровня тромбоцитов.

При остеопорозе чаще применялась цементная артропластика. В случаях бесцементной фиксации протеза во время установки чаши фрезы брались на 1 размер меньше. При возникновении трещин в области проксимального отдела бедренной кости во время имплантации ножки эндопротеза накладывался серкляж и устанавливалась цементная ножка (4 случая). При возникновении перелома в зоне имплантированного бедренного компонента эндопротеза проводилось скелетное вытяжение в послеоперационном периоде в течение 2 месяцев (1случай) или проводился накостный остеосинтез (1 случай). Методика остеосинтеза заключалась в следующем: проведение винтов, фиксирующих пластину производили при

введенной в бедро ножке эндопротеза по касательной к ней, после остеосинтеза выполняли цементную фиксацию бедренного компонента.

Протрузия вертлужной впадины наблюдалась у больных с ревматоидным полиартритом. Применялись антипротрузионные и укрепляющие кольца (Мюллера, ЭСИ, Имплант), цементные низкопрофильные чаши (5 случаев).

При диспластическом коксартрозе IV стадии часто наблюдалось увеличение вертикальных размеров вертлужной впадины, уплощение, скошенность или дефект ее крыши. Это заставляло прибегать к более глубокой посадке чаши, использовать по возможности меньшие размеры чаш и использовать фиксацию чаши в основном за счет передней и задней колонн. При мелких впадинах допускалось более вертикальное расположение чаш до 55°, дефицит покрытия чаш не более 10% полусферы. Допускалось увеличение антеверсии чаши до 20°, которое компенсировалось расположением антилюксационного козырька на 12 часов. Реже использовалось укрепляющее кольцо с цементной посадкой чаши.

Ранее при дефектах стенок вертлужной впадины применялись эндопротезы конструкции А.Н.Митрошина, основанные на принципе самозакрепления по направляющей ножке, введенной в тело подвздошной кости.

С 2002 года при бесцементной фиксации тазового компонента мы не используем спонгиозные винты, с 2004 года мы используем только способ пресс-фит.

При деформациях проксимального отдела бедра после ранее проводимых межвертельных остеотомий имели место трудности при подготовки ложа в бедренной кости под ножку эндопротеза. Использовались ножки меньшего размера. При переломе большого вертела проводилась его фиксация винтом, или проволокой.

При дефектах проксимального отдела бедра Использовали онкологические протезы (3 случая) или эндопротезы с дистальной фиксацией (5 случаев).

При относительном укорочении ноги до 2 см низведение бедра производили одномоментно в ходе имплантации эндопротеза. Если укорочение составляло 2 - 4 см – проводилось предварительное скелетное вытяжение за конечность в течение 1 – 3 суток. При дефектах проксимального конца бедра и при вывихах бедра имелось проксимальное смещение бедренной кости, укорочение конечности составляло 4-11 см. В этих случаях операцию проводили в 2 этапа. На первом этапе накладывали дистракционный спице-стержневой аппарат и низводили бедро. Темп низведения зависел от наличия неврологических симптомов. После завершения низведения проводилось эндопротезирование тазобедренного сустава. Имплантация чаши производилась в вертлужную впадину. При врожденном вывихе бедра визуально определить место имплантации тазового компонента было затруднительно, поэтому применялось пробное введение металлических ориентиров с рентгенологическим контролем. (3 случая).

При наличии металлоконструкций в проксимальном отделе бедренной кости имплантат удалялся в момент операции. При необходимости цементирования бедренного канала следили за его герметичностью после удаления металлоконструкций (винтов, гвоздей, спиц, пластин) из кортикального слоя.

В 9 случаях ревизионного эндопротезирования производили замену изношенной головки, вкладыша или нестабильного элемента эндопротеза. Применялась как цементная, так и бесцементная фиксация эндопротеза большего размера. В 1 случае имплантирована бесцементная чаша меньшего размера но с более глубокой посадкой (замена винтовой чаши Феникс на ЭСИ).

При осложненной артропластике у 20 из 193 больных наблюдались осложнения:

1. Смертельная ТЭЛА – 2
2. Обострение СКВ – 1
3. Перелом большого вертела – 4
4. Перипротезный перелом бедра – 2
5. Неполный продольный перелом проксимального отдела бедра (образование трещины) – 4
6. Нагноение в зоне эндопротеза коленного сустава – 1
7. Невропатия седалищного нерва – 3
8. Ранний вывих эндопротеза – 3

Случаев нестабильности эндопротезов не было. 1 эндопротез коленного сустава удален в связи с развитием инфекции в зоне эндопротеза, Произведен артродез коленного сустава.

Функциональный результат по шкале Харриса у оперированных больных в среднем составил 84 балла.

Вывод: тотальное эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов позволяет проводить полноценную медицинскую и социальную реабилитацию больных даже при осложненной артропластике.

ИЗУЧЕНИЕ БИОСОВМЕСТИМОСТИ И БИОИНЕРТНЫХ СВОЙСВ ТИТАНОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ, ОБРАБОТАНЫХ МЕТОДОМ МИКРОДУГОВОГО ОКСИДИРОВАНИЯ

А.Н. Митрошин, А.Е. Розен, И.А. Казанцев, П.В. Иванов, М.А. Розен, В.В. Розен, А.О. Кривенков, С.Н. Чугунов

Медицинский институт ПГУ
Пенза

Актуальным направлением современной медицины является создание биосовместимых конструкций с биоинертными свойствами.

Цель данной работы, состоит в разработке модифицированных по-

верхностей имплантируемых конструкций с использованием их для устранения дефектов костной ткани. Исследование сроков регенерации и адаптации костной ткани к имплантируемым конструкциям.

Для выполнения работы использовались имплантируемые конструкции из титана марки ВТО-1 с пористым покрытием (размеры пор сопоставимы с размерами остеобластов и остеоцитов). Покрытие получено электрохимической обработкой в специальных электролитах. Способ покрытия позволяет варьировать размеры пор, толщину покрытия и степень развитости поверхности в зависимости от типа костной ткани.

В процессе выполнения работы необходимо решение следующих основных задач:

- провести информационно-патентный поиск и комплекс аналитических исследований по микродуговой обработке, принципам формирования структуры и свойств биокерамики (биокомпозитов) при воздействии микродуг в специальных электролитах, источниками питания и способами управления процессом;

- исследования научных основ формирования биокерамики (биокомпозитов) на основе металлов и сплавов;

- выявление взаимосвязи между параметрами процесса микродуговой обработки, качеством и характеристиками полученных биокомпозитов, направленных на повышение степени интеграции и приживление биосовместимых композиционных костных имплантатов;

- создание научных основ управления структурой, составом и свойствами биокомпозитов.

- установка степени остеоинтеграции костной ткани в имплантируемые внутрикостные конструкции на различных сроках с момента внедрения (1 месяц – 3 месяца – 6 месяцев – 12 месяцев).

В эксперименте на трех животных (свиньи чистой линии) 3 мес. возраста; место приложения - бедренная кость; объект - титановый винт с различной степенью развитости поверхности.

В проксимальную эпифизарную часть и частично диафизарную часть бедренной кости делаются три отверстия на расстоянии 1,5 см. В отверстия устанавливаются титановые винты диаметром 3,75 мм, длинной 10 мм., обработанные методом микродугового оксидирования. Общее количество установленных имплантатов - 9 штук.

Клиническое исследование заключается в оценке общего состояния животных, их подвижности, аппетита, наличия деформации (выпячивания) в зоне вмешательства, болезненности при пальпации, отека и гиперемии мягких тканей, контроль общего анализа крови животных.

При морфологическом исследовании планируется применить гистологическое исследование по общепринятым критериям: количественная и качественная оценка характеристики клеточных элементов и гистологических проявлений процессов репарации в области имплантата (реакция на имплантат, выраженность воспалительной реакции на чужеродную ткань,

преобладающий вид ткани в зоне имплантата). Гистологическому исследованию будут подвергаться шлифы «имплантат - костная ткань» из проксимальной части эпифиза и диафиза бедренной кости свиньей с имплантированными в них титановыми винтами, на сроках 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 12 месяцев.

В данный момент (послеоперационный период - 3 мес.), общее состояния животных в норме, отёк в области послеоперационного шва спал на 3 день после операции, швы через один сняты на 5 сутки после операции, полностью швы сняты на 7 сутки после операции, рана зажила первичным натяжением, подвижность животных сохранена и не ограничена, аппетит сохранён, констатируется отсутствие деформации (выпячивания) в зоне вмешательства и болезненности при пальпации, отека и гиперемии мягких тканей, общий анализ крови животных без патологических отклонений.

Все вышеизложенное позволяет сделать предварительное заключение, что испытуемый материал:

- не вызывает патологических изменений в окружающих тканях во время их регенерации;
- не нарушает гомеостаз организма, жизнедеятельность органов и тканей в течение всего периода функционирования;
- не оказывает токсического, канцерогенного и аллергического воздействия на ткани и организм в целом.

Следовательно, можно утверждать о достаточно высокой степени биоинертности имплантируемых конструкций, их поверхность может обеспечивать физико-химическую связь, с костным матриксом не включаясь в метаболизм костной ткани и не подвергая её дегенерации на протяжении всего периода взаимодействия с окружающими тканями, что позволяет сделать выводы о перспективности последующих исследований.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ

С.В. Михеева, М.Н. Кустов, И.А. Макаров

ГУЗ «Областной онкологический диспансер»
Пенза

Разработка и широкое внедрение в клиническую практику современных методов диагностики способствовало повышению количества пациенток с начальными формами рака в общем числе онкогинекологических больных. Часто это женщины репродуктивного возраста, иногда не рожавшие. В таблице 1 приведены данные о больных, состоящих на диспансерном учете в ООД.

Таблица 1

Количество пациенток, состоящих
на учете в ООД в 2004-2006 гг.

Локализация		2004 г.	2005 г.	2006 г.
Шейка матки	Всего	106	95	93
	Из них доЗ5 лет	12	13	19
	В том числе 1 ст.	8	9	15
	Перенесли органосохр.лечение	4	5	6
Тело матки	Всего	162	185	182
	Из них до З5 лет	2	3	4
	В том числе 1 ст.	1	2	3
	Перенесли органосохр.лечение	-	-	-
Яичники	Всего	128	122	134
	Из них до З5 лет	5	8	12
	В том числе 1 ст.	2	3	4
	Перенесли органосохр.лечение	1	2	3

Данные таблицы показывают, что число женщин репродуктивного возраста с начальными формами рака гениталий составляет в среднем 9,8%. Это оправдывает интенсификацию лечебно-диагностических мероприятий у данной категории больных, так как в результате сохраняется репродуктивная функция пациенток, что дает им возможность в будущем иметь детей. Подход к проведению такого лечения должен быть индивидуальным и строго обоснованным, с соблюдением онкологических стандартов.

В Пензенском онкологическом диспансере состоят на учете 6 пациенток с заболеванием яичников, перенесших органосохраняющее лечение.

У всех пациенток при гистологическом исследовании определялась «чистая дисгерминома» или пограничная кистома с малигнизацией.

Объем органосохраняющего лечения заключался в лапароскопической односторонней овариоэктомии с клиновидной резекцией контралатерального яичника и проведении послеоперационной полихимиотерапии. Все больные сохранили возможность осуществления детородной функции, а у 3 пациенток беременность закончилась родами.

Выводы:

1. Органосохраняющее лечение должно проводится только в специализированных стационарах под контролем опытных онкогинекологов.

2. Применение органосохраняющего лечения позволяет не только сохранить основные функции женского организма (детородную, менструальную), но и создает реальную возможность медицинской и социальной реабилитации больных.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПЛАСТИКИ ПРИ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖАХ

И.В. Модин, А.В. Белоусов, Е.А. Баулина, В.А. Баулин

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина», Медицинский институт ПГУ
Пенза

Пупочная грыжа – довольно распространенное заболевание, особенно у детей и взрослых женщин(от 2% до 15,2%). После классических пластик часто возникают раневые осложнения, рецидивы после первых операций достигают 14-20%, а после повторных пластик – 30% и даже 40%.

Первый опыт пластики сеткой изучается. Актуальными являются 2 проблемы: что делать с малой грыжей при выполнении малоинвазивной холецистэктомии и как улучшить косметический эффект.

Нами при наличии пупочной грыжи, если отверстие не более 2см в диаметре, 94 больным после лапароскопической холецистэктомии и 12 - при минидоступе симультанно выполнено ушивание пупочного кольца следующим образом. Выпячивание в области пупка захватываем двумя пинцетами и рассекаем на длину в 1,5смм. Вход для лапароскопа 11мм троакаром осуществляем непосредственно через пупочное кольцо. После завершения холецистэктомии, эндоскоп переводим в эпигастральный доступ и осматриваем место дефекта. В 3см справа и слева от пупка делаем остроконечным скальпелем 2 насечки кожи длиной 2-3мм. Иглой изогнутой на 2\3 или 1\2 с нитью №5-капрон прошиваем под контролем лапароскопа, используя отверстие над пупочным кольцом и насечки для выколавкола. Шов захватывает прямые мышцы на всю толщу, в подкожной клетчатке нить проводим в обратном направлении. Концы нитей стягиваем и завязываем. Проверяем пальцем наличие дефекта. Методика прошивания вариабельна. Количество швов также может быть 1-3. При прошивании при минидоступе для контроля использовали тупфер, который вводили через основной разрез в проекцию грыжевого дефекта, а также тракцию вверх за кожу.

Продолжительность операции 12-17 минут, осложнений во время и после операции не было. Мужчин оперировано 9, женщин 97. Диаметр отверстия до 1см был у 27 больных, 2см – у 79. Из особенностей послеоперационного периода отмечено наличие более длительного болевого синдрома (у некоторых до 1,5 месяца), нежели у больных после обычной лапароскопической операции, поскольку никаких швов у таких больных не накладывали, кроме кожных. У 6 больных имели место инфильтраты и гематомы – рассосались без особого лечения. В сроки от 0,5 до 10 лет осмотрены 74 человека. На боль жаловались трое, на выпячивание – 6, оперировано с рецидивом двое. При осмотре как рецидив можно было расценить у 2 больных, выпячивание без ощущения грыжевых ворот – у 7, в том числе

двойное(сверху и снизу нити) – у трех. Болезненность отмечена у 6 пациентов. Контрольную группу составили 106 больных, при обследовании 62 выявлен рецидив у 4.

Сравнительные данные говорят, что количество неудовлетворительных результатов не больше чем при классической методике, а косметический эффект очень хороший.

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ

С.А. Мозеров, А.Н. Мялин, А.Н. Митрошин, А.А. Чекушкин, Ф.А. Грачёв, А.П. Столяров

Медицинский институт ПГУ,
Областная судебно-медицинская экспертиза
Пенза

Актуальность темы. Несмотря на большое число морфологических работ посвященных исследованию эндокринной системы, при шоковых состояниях, в том числе и надпочечников, все же остается множество невыясненных вопросов. Со времен Ганса Селье принято считать, что в надпочечниках, при всех видах шока, развиваются однотипные изменения – гиперемия, стазы и кровоизлияние. Однако наши исследования показали, что здесь развиваются более разнообразные изменения, характерные как для различных видов шоковых состояний, так и для времени изучения органа после развития шока.

Цель исследования. Изучение морфо-функциональной характеристики надпочечников при геморрагическом шоке.

Материал исследования. Исследование осуществлялось в соответствии с приказом Минвуза СССР № 742 от 13.11.84 « Об утверждении правил проведения работ с использованием экспериментальных животных» и № 48 от 23.01.85 «О контроле за проведением работ с использованием экспериментальным животных» на 25 беспородных собак, массой от 10 до 23 кг. Для моделирования острой кровопотери после проведения подготовительных мероприятий в асептических условиях катетеризировали правую бедренную артерию и осуществляли свободное кровопускание в объеме 22,83 ± 0,24 мл/кг. Продолжительность кровопускания составляла 3,87 ± 0,20 мин.

Исходя из цели и задач исследования, экспериментальных животных разделили на 2 группы:

Первую группу составляли 10 собак, у которых изучались морфофункциональные изменения надпочечников через 6 – 12 часов после нанесения шокогенной травмы. Во второй группе у 10 животных изучались морфофункциональные изменения надпочечников в динамике через 24 ча-

са.

В ходе проведения эксперимента проводился забор крови для исследования уровня гормонов надпочечников.

Методы исследования. Световая микроскопия и изучение уровня гормонов надпочечников.

Результаты исследования. В надпочечниках собак 1-й группы наиболее яркой особенностью являлись признаки гиперплазии в клубочковой зоне.

Клетки клубочковой зоны формировали плотно упакованные группы призматических клеток. Слабобазофильная цитоплазма клеток клубочковой зоны насыщена светлыми жировыми включениями, в некоторых клетках включения жира образовывали крупные вакуоли. Ядра мелкие, округлые, овальные, иногда палочковидной формы, отличались выраженной гиперхромией. Между клубочками располагались полнокровные синусоидные капилляры. Отдельные участки клубочковой зоны отличались более светлой окраской цитоплазмы эндокриноцитов (рис 1 ув.×80,рис.2 ув.×320).

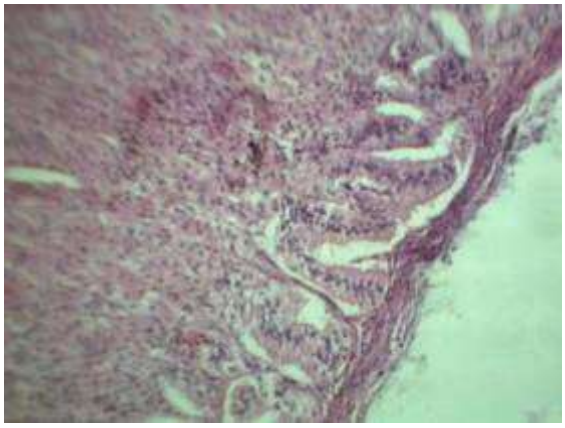


Рис. 1.

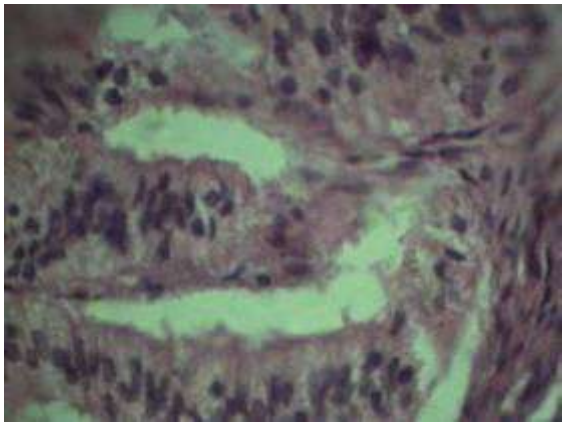


Рис. 2.

Пучковая зона состояла из тяжей радиально расположенных крупных эпителиальных эндокриноцитов полигональной формы с центрально расположенными ядрами. Цитоплазма имела более светлую вакуолизированную окраску. В ней имелось большое количество липидных включений. Между тяжами клеток пучковой зоны проходили полнокровные синусоидные капилляры.

При анализе гистологических препаратов надпочечников у собак 2-й группы обращало на себя внимание резкая гиперплазия клубочковой зоны, которая в виде тяжей внедрялась между клетками пучковой зоны. Эндокриноциты клубочковой зоны формировали самые разнообразные структуры, среди которых преобладающими были тяжи клубочков. Цитоплазма клеток клубочковой зоны по сравнению с предыдущей серией отличалась более интенсивной окраской. Ядра большинства клеток имели палочковидную форму. Синусоидные капилляры были несколько расширены. Ме-

жду тяжами клеток всех слоев отмечался выраженный отек (рис 3 ув.×80, рис. 4 ув.×320).

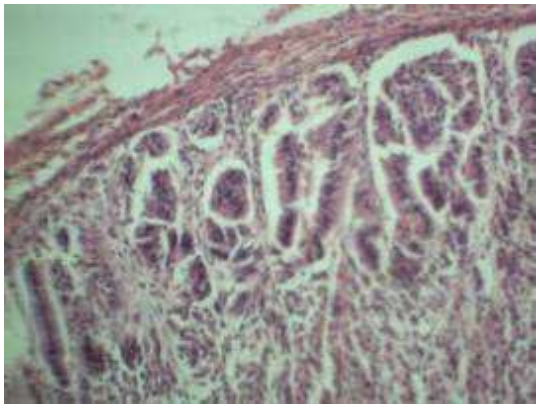


Рис. 3.

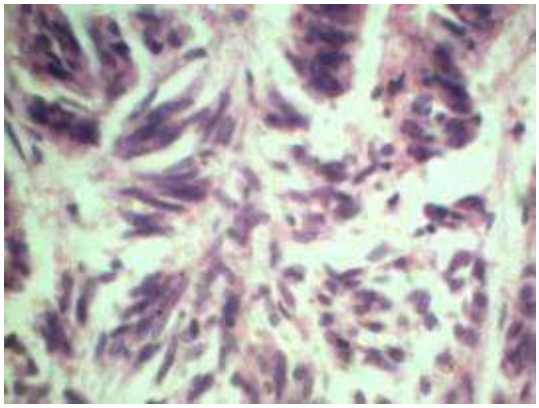


Рис. 4.

Эндокриноциты пучковой зоны резко уменьшались в размерах. Ядерно-цитоплазматическое соотношение увеличивалось в пользу ядра. Цитоплазма была окрашена более интенсивно в связи с уменьшением липидных включений, которые в виде мелких капель были равномерно распределены в цитоплазме. Полнокровные синусоидные капилляры имели нормальную ширину или были несколько расширены.

Сетчатая зона коры надпочечников изменялась незначительно у собак обоих групп.

Уровень гормонов отражал структурную перестройку надпочечников. В течениtи первых 6-7 часов уровень альдостерона превышал норму примерно на 20%, к концу суток показатели увеличены в 4-5 раз. Уровень кортизола к 24 часам увеличивался в 1,5-2 раза.

Заключение. Результаты нашего исследования показывают, что наибольшие изменения происходят в клубочковой зоне. При острой массивной кровопотере в течение суток происходит прогрессирующая гиперплазия клубочковой зоны. Несмотря на важность в патогенезе шока глюкокортикоидов пучковая зона, структурно, реагирует в меньшей степени. При этом, несмотря на значительные нарушения в гемодинамике, микроциркуляция надпочечников нарушается незначительно.

РЕДКАЯ ФОРМА ДИСПЛАЗИИ II ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА

В.А. Моисеенко, В.И. Карасев

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
Пенза

При диагностике костной патологии атлантоаксиального комплекса

позвоночника возникают значительные трудности, связанные, прежде всего, со сложностью интерпретации нормальной анатомии верхнешейного отдела позвоночника и данных рентгенографии. Среди этой патологии особый интерес представляют аномалии развития зуба C_{II}: гипоплазия или аплазия зубовидного отростка, «зубовидная кость». В литературе имеются лишь единичные данные о случаях таких аномалий (А.А Луцик., И.К. Ратькин, М.Н. Никитин, 1998).

Мы располагаем восемнадцатилетним опытом лечения 371 больного с повреждением шейного отдела позвоночника, в возрасте от 15 до 79 лет. Дислокации средне-нижнешейного отдела позвоночника были у 214 больных (57,7%). Как сопутствующая патология травмы шейного отдела позвоночника выявлены следующие аномалии: врожденный блок позвонков – 7 (3,0%); аномалия Киммерле – 6 (2,5%); врожденный вывих атланта – 2 (0,8%); незаращение дуги C_I – 5 (2,1%); гипоплазия зубовидного отростка C_{II} - 2 (%).

Целью нашего сообщения является констатация редкой формы дисплазии аксиса – «удвоение зубовидного отростка C_{II}». Подобных публикаций в литературе мы не встретили.

Больной Т., 27 лет, обратился в клинику с жалобами на боли в верхнешейном отделе позвоночника, головокружение. Периодически (2-3 раза за последний год) возникала кратковременная потеря сознания при резких движениях головы и изменении положения туловища (наклон вперед). Наблюдается с детских лет у невропатолога с «вегетососудистой дистонией по церебральному типу». Периодически получает нейротропную терапию. В рядах Вооруженных сил РФ не служил.

Объективно. Гиперстеник. Среднего роста. При осмотре головы и шеи определяется легкий дизрафический синдром. При пальпации области шеи болей не выявлено. Движения в шейном отделе позвоночника болезненные в крайних положениях, крепитация. Имеется ограничение ротационных движений головы: вправо – на 10 градусов; влево – на 15 градусов.

Выполнено транскраниальное ультразвуковое исследование артерий Вилизиева круга и ультразвуковое доплер-исследование экстракраниальный артерий 15.09.05. Определяется снижение кровотока по левой позвоночной артерии на 40%. Затруднён венозный отток по позвоночным венам слева.

Обзорные рентгенограммы верхнешейного отдела позвоночника от 11.08.05., на которых выявлено нарушение анатомического строения зубовидного отростка с асимметрией атлантоаксиальных боковых суставов. Для верификации имеющейся не обычной патологии шейного отдела позвоночника 26.09.05 проведена спиральная компьютерная томография. Соотношение суставных поверхностей в боковых атлантоаксиальных сочленениях сохранено. Плоскость левого сустава изменена: слева – горизонтальная плоскость; справа – наклонена вниз кнаружи. Таким образом, отмечается косое расположение C_I и ротация его: правая боковая масса на-

правлена вперед вверх, а левая – назад и вниз. Отмечается врожденная деформация боковой массы атланта слева с увеличением размеров. Деформация тела аксиса с продольным его расщеплением слева. Зубовидный отросток удвоен и состоит из двух фрагментов с четкими кортикальными слоями. Позвоночный канал деформирован на уровне верхнешейного сегмента и сужен в переднезаднем размере до 20 мм на уровне $C_{I.}$

Диагноз. Аномалия развития верхнешейного отдела позвоночника с выраженным диспластическим компонентом. Продольное расщепление тела C_{II} с удвоением зубовидного отростка. Деформация боковых атланто-аксиальных суставов. Стеноз позвоночного канала на уровне $C_{I.};C_{II.}$ Остеохондроз шейного отдела позвоночника II стадии.

Больному предложена оперативная задняя декомпрессия позвоночного канала на уровне $C_{I.};C_{II.}$ с последующей стабилизацией сегмента, от которой больной воздержался. Рекомендовано: нейрососудистая комплексная терапия, курсами, 2-3 раза в год у невропатологов. Диспансерное наблюдение у ортопеда. Осмотрен через 1 год. Ухудшения нейроортопедического статуса не отмечается. Инвалидом не признан.

Выводы

1. Выявлена редкая форма дисплазии атлантоаксиального комплекса, сопровождающаяся увеличением количества элементов II шейного позвонка с грубым изменением их морфологического строения и деформацией позвоночного канала.

2. Несмотря на выраженные анатомические диспропорции $C_{I.};C_{II}$, такого рода аномалия может проявляться субкомпенсированным ортопедоневрологическим синдромом.

РЕЗУЛЬТАТЫ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ КАФЕДРЫ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Моисеенко В.А., Карасёв В.И., Шапошников С.М., Салаев А.В

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Кафедра травматологии и ортопедии открыта 17 июня 1978 года в составе Пензенского ГУВа. Основателем и первым заведующим был – доктор медицинских наук, профессор Цодыкс Владимир Моисеевич представитель Новокузнецкой школы травматологии-ортопедии. Автор 119 печатных работ и 25 изобретений, автор двух монографий. Им был основан учебный процесс, и заложены передовые научные направления развития кафедры. В период с 1999 по 2003 годы кафедрой руководил доктор медицинских наук, профессор Кислов Александр Иванович. Ныне - ректор ГОУ ДПО ПИУВ «Росздрава», а также профессор кафедры. Автор 117 печатных работ и 19 изобретений, одной монографии. В настоящее время с 2003 го-

да кафедру возглавляет доктор медицинских наук, Моисеенко Владимир Алексеевич. Автор 83 печатных работ, в том числе одной монографии и 8 изобретений.

Со времени образования кафедры (1979 год) бессменным преподавателем является Карасев Василий Иванович - кандидат медицинских наук. Доцент кафедры с 1985 года. Автор 62 печатных работ и 20 изобретений. Основное направление научных исследований – хирургическое лечение повреждений сухожилий, тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, лечение повреждений коленного сустава.

В последнее время в состав молодых преподавателей вошли ассистент кафедры кандидат медицинских наук Шапошников Сергей Михайлович. Имеет 15 печатных работ, Основное направление научной деятельности: черепно-мозговая травма, дегенеративные заболевания позвоночника.

В 2007 году ассистентом кафедры принят практический врач травматолог-ортопед Салаев Алексей Владимирович.

В различный период времени на кафедре работали:

- с 1978 по 1984 гг. доцент, кандидат медицинских наук Малиновский Игорь Людвигович;

- с 1985 по 2000 гг. профессор, доктор медицинских наук Митрошин Александр Николаевич. Им разработано оригинальное решение вопроса тотального эндопротезирование тазобедренного сустава с внедрением конструкции автора. Ныне директор Пензенского медицинского института ПГУ;

- с 1999 по 2006 гг. профессор, доктор медицинских наук Сиваконь Станислав Владимирович. Основное направление научных исследований – хирургическое лечение контрактуры Дюпюитрена.

Тема текущего этапа научно-исследовательской работы кафедры «Оптимизация хирургического лечения заболеваний и повреждений позвоночника», затрагивающая два актуальных направления травматологии и ортопедии.

Хирургическое лечение сколиоза и деформаций грудной клетки. Научные исследования по этому разделу ведет д.м.н., профессор А.И.Кислов. Разработано принципиально новое устройство и новый метод хирургического лечения сколиоза, позволяющие помимо устранения деформации позвоночника непосредственно во время оперативного вмешательства, производить динамическую коррекцию в течение продолжительного времени в послеоперационном периоде. Кроме того, предложены и внедрены в лечебную практику оригинальные способы коррекции деформаций грудной клетки, лопатки и грудины.

Лечение повреждений шейного отдела позвоночника. Ответственным по данной тематике является д. м. н. В.А. Моисеенко.

Разработана система лечебно-диагностических мероприятий при дислокациях шейного отдела позвоночника, определяющая рациональный

метод лечения. Показания к консервативному и оперативному методам лечения дислокаций средне-нижнешейного отдела позвоночника дифференцируем с учетом выявленной взаимосвязи величины смещения суставных отростков и объема повреждения диско-связочных структур, давности повреждения, а также наличием нейросиндрома. Кроме того, предложена малотравматичная методика биполярной галотракции шейного отдела позвоночника для лечения тяжелых атлантоаксиальных повреждений. Пятнадцатилетний опыт успешного внедрения предложенной системы в практику лечения тяжёлых травм шейного отдела свидетельствует об эффективности предложенных мероприятий.

По результатам 30-летней научной деятельности кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава защищено 4 докторских диссертаций и 3 кандидатских. Опубликовано 2 монографии, 175 статей и тезисов, подготовлено 7 учебных пособий и 10 методических рекомендаций, получено 41 авторское свидетельство и патентов на изобретения, утверждено 79 рационализаторских предложений.

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ МЕЖДУ ИМЗМЕНЕНИЯМИ Т-КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА И ВОЗРАСТОМ, ПОЛОМ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ НАРКОЗАВИСИМОСТИ ПРИ ГЕПАТИТЕ В У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Л.А. Мусатова, Л.И. Краснова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Цель. Изучить изменения иммунологического гомеостаза при гепатите В (у наркозависимых пациентов) в зависимости от возраста, пола и длительности приема психоактивных веществ.

Материал и методы исследования. Обследовано 55 больных острым гепатитом В в возрасте от 13 лет до 21 года. Выделено две возрастные группы пациентов: подростковая (13-18 лет) – 46 человек (83,6%) и юношеская (от 19 лет до 21 года) – 9 человек (16,4%). Среди них было 17 больных женского пола (30,9%) и 38 – мужского (69,1%). Употребляли наркотики не более 6 месяцев (1 группа) - 19 человек; от 6 до 12 мес. (2 группа) – 17; от 1 года до 2 лет (3 группа) – 10 и свыше 2-х лет (4 группа) – 9 больных. Этиологическая верификация гепатита проводилась методами ИФА и ПЦР. Исследование иммунных показателей включало определение СД4, СД8, СД3 с помощью моноклональных антител методом непрямой мембранной иммунофлюоресценции. У больных гепатитом В обнаружено достоверное снижение уровней СД4 до 40,2±1,2%, повышение СД8 до 34,3±1,1% и повышение СД3 до 72,8±1,1%. В контрольной группе (30 здо-

ровых лиц) показатели СД4 оказались равными 46,0±2,1%; СД8 – 23,0±1,6%; СД3 – 57,0±10,0%. Оценка корреляционной связи между изменениями в иммунограмме, возрастом, полом пациентов проводилось с помощью четырехпольных таблиц и с определением коэффициента корреляции (r), силы (сильная, средняя, низкая) и характера корреляционной связи (прямая и обратная). Для определения корреляционной связи между длительностью наркомании и изменениями в иммунограмме использован метод корреляции рангов по Спирману.

Результаты исследования. Уровень СД4 был более низким (39,4±1,1%) в подростковом возрасте, а в юношеском – приближался к показателям нормы (44,1±2,5%). В то же время, в юношеском возрасте резко увеличивается содержание СД8 (37,0±3,6%) и СД3 (80,3±3,4%). Между частотой появления признака (изменения в содержании СД4, СД8, СД3) и возрастом пациентов выявлена низкая корреляционная связь ($r<0,3$).

Уровень снижения в содержании СД4 у девушек составил 10,4%, а у юношей – 13,7%, уровень повышения СД8 соответствовал 39% и 52,2%, с СД3 – 24,1% и 29,3% соответственно. Оказалось, что связь между степенью выраженности изменений в содержании СД4, СД8 и СД3 в зависимости от пола слабая, а корреляционные коэффициенты приближались к нулю.

Анализ изменений в иммунограммах пациентов с различной длительностью употребления психоактивных веществ показал, что в 1 группе эти показатели соответствовали 42,8±1,25% (СД4), 34,4±1,1% (СД8) и 72,7±2,1% (СД3); во 2-й - 40,9±1,6% (СД4), 31,3±0,95% (СД8) и 69,6±1,8% (СД3); в 3-й - 36,0±1,8% (СД4), 36,8±1,4% (СД8) и 66,5±3,4% (СД3); в 4-й группе - 37,1±1,8% (СД4), 33,5±3,8% (СД8) и 64,2±10,8% (СД3). Обнаружена высокая корреляционная связь между снижением уровня СД4 и «стажем» наркозависимости ($r= - 0,8$), а также повышением уровня СД3 и длительностью приема психоактивных веществ ($r=-1$). Корреляционная связь между содержанием СД8 и длительностью злоупотребления наркотиками не выявлена.

Выводы

1. Острый гепатит В у потребителей психоактивных веществ характеризуется формированием иммунологического дисбаланса с достоверным снижением уровней СД4 и повышением СД8 и СД3; а также высокой обратной корреляционной связью между снижением уровня СД4, повышением уровня СД3 и длительностью наркомании (чем продолжительнее наркомания, тем ниже уровень СД4; чем меньше «стаж» приема психоактивных веществ, тем выше уровень СД3).

2. При остром гепатите В у потребителей психоактивных веществ изменения в иммунограмме (по выраженности корреляционной связи) не зависят от возраста и пола пациентов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Е.С. Назарова, А.В. Марченко, И.Г. Дуткевич

ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская Медицинская Академия последипломного образования министерства здравоохранения Российской Федерации»,
Санкт-Петербург

Введение. В последние годы в программы лечения больных облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей стали активно внедряться методы экстракорпоральной гемокоррекции и фотогемотерапии (плазмаферез, плазмаобмен аутоплазмой с криосорбционной обработкой плазмы, фотогемотерапия).

Однако до сих пор не изучено влияние различных программ консервативного лечения на динамику основных показателей гомеостаза у больных облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, не определены доступные и информативные для практической медицины критерии оценки эффективности консервативного лечения, не определены оптимальные программы консервативной терапии.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, путем повышения эффективности консервативного лечения за счет оптимального сочетания медикаментозных средств и методов эфферентной терапии.

Материалы исследования. В основе работы лежит изучение результатов лечения 350 больных облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей. Из всех обследованных больных мужчины составили 69,4 %, женщины - 30,6 %.

Все пациенты были условно разделены на 4 группы.

В 1 группу вошли больные (81 человек), которые получали стандартную медикаментозную терапию, направленную на улучшение реологических свойств крови, улучшение микроциркуляции, симптоматическую терапию.

Во вторую группу были включены пациенты (90 человек), которые получали стандартную медикаментозную терапию в сочетании с внутрисосудистой фотогемотерапией, выполняемой с помощью аппарата ОВК-3. Сеансы фотомодификации крови проводились через день.

В третью группу были включены пациенты (74 человека), которым на фоне проведения стандартной медикаментозной терапии в сочетании с внутрисосудистой модификацией крови, проводился курс лечебного плазмафереза по общепринятой методике.

В четвертую группу вошли пациенты (105 человек), которым прово-

дилась стандартная медикаментозная терапия, фотогемотерапия с подбором индивидуальных режимов оптического излучения и лечебный плазмаферез по разработанной нами методике.

Методы исследования. Для контроля эффективности проводимых нами методов лечения больных облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей использовали измерение интенсивности капиллярного кровотока при помощи аппарата ИТК-01, измерение насыщения крови кислородом при помощи пальцевого датчика на прикроватном мониторе «Hawlett Pakkard», термометрия конечностей, исследование гемограммы и некоторых биохимических показателей крови.

Результаты исследования. Нами изучена динамика капиллярного кровотока в пораженной конечности на протяжении всего сеанса лечебного плазмафереза и обнаружено, что при проведении стандартной методики лечебного плазмафереза у больных облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей во время выполнения эксфузии и реинфузии эритроцитной массы отмечается резкое снижение интенсивности капиллярного кровотока, что еще более усугубляет гипоксию тканей. Внутрисосудистая фотомодификация крови гелий-неоновым лазером (мощность излучения 1,5-2 мВт), проводимая во время эксфузии крови и реинфузии эритроцитной массы во время сеанса плазмафереза предупреждает у пациентов развитие ишемии тканей конечности.

Таблица 1

Динамика показателей инструментальных методов обследования

Исследуемые показатели	Группы больных			
	1-я (n=81)	2-я(n= 90)	3-я(n= 74)	4-я (n=105)
Термометрия кожи стопы пораженной конечности (C^0):				
- исходное значение	35,0± 0,2	35,2± 0,1	35,1±0,1	34,9±0,3
-в конце лечебного сеанса	35,6±0,3	36,1±0,3*	36,0±0,2*	35,9±0,1*
- в конце курса лечения	35,4±0,2	36,2±0,2*	36,1±0,1*	36,3±0,2*
Интенсивность капиллярного крово-тока в обл. стопы пораженной конечности (у.е.):				
- исходные данные	55,2±6,0	54,2±5,5	58,1±5,1	54,8±6,1
- в конце лечебного сеанса	58,3±5,4	60,2±4,7	63,3±6,1	61,4±4,5
- в конце курса лечения	57,0±5,1	59,4±6,5	61,1±4,4	66,2±3,7*

Плече-лодыжечный индекс (у.е.):				
- исходное значение	0,89±0,02	0,87±0,03	0,91±0,01	0,87±0,02
- в конце курса лечения	0,92±0,03	1,0±0,01	0,99±0,01	0,97±0,01

Примечание: * - достоверное отличие показателя по отношению к его исходному значению.

Сочетание медикаментозной терапии с ФГТ и модифицированной методикой плазмафереза способствует нормализации холестеринового и липидного обменов, улучшает макро- и микроциркуляторный кровоток конечности, эффективно купирует воспалительный процесс в тканях стопы.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у пациентов, страдающих облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей целесообразно в курс лечения включать сочетание сеансов фотогемотерапии с модифицированной методикой лечебного плазмафереза.

Подбор индивидуальной терапии у больных облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, который включает в себя фотомодификацию крови и модифицированную методику плазмафереза, способствует сокращению длительности стационарного лечения в среднем на два дня и улучшению отдаленных результатов лечения, что проявляется отсутствием трофических расстройств и ампутаций конечностей у пациентов данной группы.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ УЗЛОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ю.В. Назарочкин, А.Р. Набиева

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»
Астрахань

Онкологические принципы позволяют рекомендовать хирургическое лечение большинству больных узловыми заболеваниями щитовидной железы (УЗЩЖ). В эту группу могут входить больные с узлами различного строения (коллоидный в различной степени пролиферирующий зоб, аденомы, высокодифференцированный, низкодифференцированный или медуллярный рак, узлы различного строения на фоне аутоиммунного тиреоидита или его псевдоузловая форма и др.). К мероприятиям в рамках онкологической настороженности относятся «активный поиск» склерозирующей карциномы Грехэма, операции по поводу «фолликулярной неоплазии» и т.д. По данным наблюдений за большими группами больных, онкологи-

ческие принципы позволяют выявить рак щитовидной железы (ЩЖ) в 7-10% операций, предпринимаемых по поводу УЗЩЖ. Уточнение принципов формирования группы больных, направляемых для оперативного лечения, требуется более чем в половине случаев.

Согласно рекомендациям Российской ассоциации эндокринологов, данные цитологического исследования материала тонкоигольной биопсии, выполненной прицельно под контролем УЗИ, являются основанием для формирования группы онкологического риска. «Неопухолевый» тип цитограммы позволяет отказаться от оперативного лечения в пользу динамического наблюдения пациента. По нашим данным, эффективность этого исследования у больных с узлами менее 1 см., имеющих клинические или (и) ультразвуковые признаки опухолевого поражения ЩЖ, не отличается от эффективности выявления опухолей ЩЖ среди узлов больших размеров. Таким образом, выполнение УЗИ, особенно в сочетании с методами изучения тканевого кровотока системами высокого разрешения, дополненное тонкоигольной биопсией и цитологическим исследованием, позволяет более эффективно формировать группу больных, направляемых для хирургического лечения.

Малоинвазивные методы лечения, по нашим данным, могут использоваться у отдельных больных УЗЩЖ с признаками кистозной дегенерации коллоидных узлов (с преобладанием кистозного компонента) и «истинными» кистами. Среди впервые выявленных нами случаев УЗЩЖ, возможность применения склерозирования этиловым спиртом была у 11% больных (всего впервые выявлено 706 больных УЗЩЖ).

Отбор больных для хирургического лечения на основании «онкологической настороженности», нами осуществляется согласно принципу классификации узлового зоба ВОЗ (1988). Для подтверждения опухолевого типа строения узла необходимо заключение цитологического исследования, а «отрицательные» или «сомнительные» данные (в последнем случае необходимо повторное исследование) являются поводом для динамического наблюдения. Это особенно актуально среди женщин репродуктивного возраста или при наличии противопоказаний к операции.

Среди неонкологических показаний к хирургическому лечению больных УЗЩЖ, важным считаем «активный» поиск функциональной автономии (токсическая аденома или многоузловой токсический зоб). Основным методом диагностики в данном случае является радионуклидное сканирование. У пациентов с частично загрудинным расположением ЩЖ для выявления ранних признаков компрессии органов шеи, показана магниторезонансная томография. Весьма полезным является объемное моделирование томографических изображений. При развитии признаков сдавления, вызванных узлом с кистозным компонентом, хороший эффект дает эвакуация содержимого при тонкоигольной пункции и санация полости узла (этиловый спирт, гипохлорит натрия, кортикостероидные гормоны). В ряде случаев, декомпрессия этих узлов используется для проведения более

эффективной и продолжительной предоперационной подготовки больных.

Применение изложенных принципов диагностики и формирования группы больных, направляемых для оперативного лечения, позволило нам уменьшить число ложно-положительных заключений «опухоль щитовидной железы» среди впервые выявленных случаев узлового зоба (когортное рандомизированное проспективное исследование – 1998-2004 гг.). Используя хирургическое лечение как окончательный этап онкологического поиска (2 группа), мы выявили опухоли ЩЖ (высокодифференцированный рак и аденомы различного строения) в 25 случаях, неопухолевые поражения – в 32 случаях (всего – 57 больных: чувствительность – 88%, специфичность – 33%, точность – 58%). Выполняя стандартизированный объем оперативного пособия с учетом результатов вышеописанного обследования (1 группа), мы получили 30 заключений «опухоль щитовидной железы» и 27 заключений «неопухолевый узловой зоб» (всего – 57 больных: чувствительность – 87%, специфичность – 52%, точность – 70%).

Возможность выявления случаев опухолей ЩЖ, формирование групп онкологического риска с учетом приведенных выше принципов и организация эффективного динамического наблюдения составляют основу индивидуализированного подхода к выбору тактики лечения больных УЗЩЖ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОРМАГЕЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРГИДРОЗА РАБОТНИКОВ ОАО РЖД

Л.А. Налдаева

ОАО Российские железные дороги на ст. Пенза-I
Пенза

Потоотделение является важнейшей функцией кожи в норме. Смешиваясь с секретом сальных желез, пот образует тонкий слой на поверхности кожи, осуществляющей защитную функцию. Процесс потоотделения является главным способом охлаждения при повышении температуры тела человека, то есть это один из важнейших путей терморегуляции. У работников ОАО РЖД, непосредственно связанных с движением поездов, на интенсивность терморегуляции влияют многочисленные факторы: температура, влажность, скорость движения воздуха, физическое и психическое напряжение, теплоизоляционные свойства одежды. Этим определяется высокий процент заболеваемости дизгидрозом у работников данной отрасли(27% от дерматологических заболеваний в ОАО РЖД за 2006 год). В норме, кроме терморегуляционного, выделяют психогенное (эмоциональное) и пищевое потоотделение. Психогенное возникает в результате эмоционального и психического напряжения (тревога, страх, гнев, боль) и не связано с необходимостью охлаждения организма. При этом повышение

потоотделения может иметь различную интенсивность, усиливаться как на всей поверхности тела, так и на ограниченных участках, преимущественно на ладонях и подошвах. Наиболее часто встречающимся нарушением потоотделения является гипергидроз стоп и подмышечных впадин, развивающийся в результате нарушения местной теплоотдачи (неудобная обувь, плоскостопие, неудобная и плохо проводящая тепло одежда, повышение температуры и влажности окружающей среды и др.). Гипергидроз благоприятствует развитию кожных болезней, среди которых наиболее часто встречаются грибковые поражения стоп. Реже встречается дисгидроз ладоней и подошв – заболевание, при котором преимущественно в летние жаркие дни на коже появляются мелкие пузырьки, что сопровождается зудом.

Лечение

Основная задача в лечении гипергидроза – выявление и устранение причин, вызывающих его. Общее лечение обычно назначается при резко выраженном заболевании стоп, резистентном к местной терапии, и заключается в назначении седативных средств (препараты валерианы, пустырника, бромиды, микстура Бехтерева), успокаивающих из группы транквилизаторов. Данные методы используются ограниченно у работников, связанных с транспортом.

Все местные средства можно делить на дезодоранты и антиперспиранты. Дезодоранты производятся парфюмерной промышленностью. Наличие разнообразных парфюмерных добавок и вспомогательных веществ иногда приводит к развитию дерматита у лиц, склонных к аллергии.

Для лечения гипергидроза дерматологи преимущественно используют антиперспиранты. К ним относятся формальдегид, соли алюминия, цинка, свинца, хрома, висмута, салициловая кислота, этиловый спирт и др.

Наиболее эффективным лекарственным средством для местного лечения гипергидроза является применение **формагеля.** Новый препарат длительного действия, представляющий собой гель, содержащий 3,7% формальдегида, разработан и выпускается на Фармацевтическом научно-производственном предприятии «Ретиноиды». **Формагель** не обладает местнораздражающим, аллергизующим и иммунотоксическим действием.

Результат лечения не зависит от пола, длительности и тяжести заболевания. На участки кожи с повышенной потливостью после мытья теплой водой с мылом и вытирания полотенцем наносят тонким слоем Формагель. Препарат быстро подсыхает, образуя тонкую бесцветную пленку. Через 30-40 минут пленку смывают теплой водой и кожу тщательно высушивают. Одной процедуры достаточно чтобы снизить потливость на 10–12 дней. После снижения эффекта нанесение препарата повторяют. Препарат удобен в применении, не оставляет пятен на постельном белье и одежде.

ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВСЕХ ВИДОВ ОСТЕОХОНДРОЗА И ДИСКОГЕННЫХ РАДИКУЛИТОВ, МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ГРЫЖ, ОСНОВАННЫЙ НА ПРИМЕНЕНИИ ФЕРМЕНТОВ ПАПАЙИ – КАРИПАЗИМА

Н.И. Нестеренко

МУЗ «Городская клиническая больница № 5»
Пенза

Среди поражений позвоночника, сопровождающихся болевыми и другими расстройствами, наиболее часто встречаются дегенеративно-дистрофические процессы – остеохондроз и спондилоартроз.

Остеохондроз позвоночника – это дегенеративные поражения хряща и межпозвонкового диска и реактивные изменения со стороны смежных тел позвонков. Под влиянием статодинамических нагрузок упругое студенистое ядро хряща, играющее амортизирующую роль и обеспечивающее гибкость позвоночника, начинает терять свои физиологические свойства за счет, в первую очередь, деполяризации полисахаридов. В условиях измененной, повышенной подвижности позвоночного сегмента (нестабильности), возникают реактивные изменения в смежных телах позвонков и суставах – развивается сопутствующий остеохондрозу спондилоартроз. Параллельно развиваются реактивные изменения в телах позвонков – появляются остеофиты, краевые разрастания, «клювы» - спондилез.

В зависимости от того, какие пораженные структуры позвоночника вызывают раздражение нервных рецепторов, различают компрессионные и рефлекторные синдромы. К компрессионным относят сдавление нервного корешка, сосуда, спинного мозга, а к рефлекторным – изменение тонуса и трофики мышц (мышечно-тонический синдром). Рефлекторный мышечно-тонический и болевой синдром нередко вызывается патологическим процессом висцеральной сферы, т.е. экстравертебральными факторами. Основные задачи лечения остеохондроза и спондилоартроза сводятся к подавлению болевого синдрома, предотвращению деструкции хряща и попыткам восстановления его структуры.

Существует целый класс биологически активных веществ растительного происхождения, которые влияют только на хрящевые ткани. Одно из этих веществ – папаин, который вырабатывается из сока незрелой папайи. Из папаина производится целый ряд специальных препаратов, в том числе и карипазим.

Карипазим – протеолитический ферментный препарат прямого действия растительного происхождения, полученный из латекса дынного дерева (папайи), в медицинской практике используется раствор его лиофилизированного порошка белого цвета. Карипазим – высокоэффективный препарат, применяемый в нейрохирургической, неврологической, ортопедической и травматологической клиниках. Особенно эффективен при остео-

хондрозе позвоночника, в том числе при различных формах грыж межпозвонковых дисков и дискогенных радикулитах, грыжах Шморля, посттравматических сгибательных контрактурах пальцев, при келоидных рубцах различного происхождения, артрозо-артритах крупных суставах, плечелопаточном периартрите, церебральном (в том числе оптикохиазмальном) и спинальном арахноидитах, невритах лицевого нерва, туннельных синдромах. При применении карипазима возможны аллергические реакции. При повышенной чувствительности, проявляющейся зудом и повышением температуры, проводится антигистаминная терапия (тавегил, диазолин и др., местная обработка гидрокортизоном), между 5-ой и 8-ой процедурами возможно временное обострение основного заболевания. Не применять – внутривенно и внутримышечно, при острых воспалительных процессах в тканях, при секвестрации грыжи диска и фораменальном расположении секвестра. Лечение курсовое – 3 курса (один курс от 20 до 30 процедур). Допускаются перерывы в 1-2 дня между процедурами. Повторные курсы через 30 – 60 дней. Один флакон карипазима разводится в 5-10 мл физиологического раствора непосредственно перед процедурой. В раствор добавляются 2-3 капли димексида. Раствор наносится на фильтровальную бумагу белого цвета, размещенную на прокладках электрода. Размеры электрода – прокладки 10-15 см.

Варианты расположения прокладок – электродов:

продольно:

- карипазим на область шеи (+)
  эуфиллин (2,4%) на область поясницы (-);
- карипазим на область шеи (+)
  эуфиллин на оба плеча раздвоенным электродом (-);
- карипазим на область шеи (+)
  эуфиллин на область бедер раздвоенным электродом (-);

поперечно:

- карипазим на область шеи (+)
  эуфиллин (2,4%) на область живота (-).

Сила тока – до 10-15 мА (вначале каждой процедуры увеличивается постепенно). Время экспозиции от 10 до 20 минут также увеличивается постепенно.

В определенной концентрации папаин влияет на саму грыжу диска. Она начинает постепенно уменьшаться, становится мягкой. Этого бывает достаточно, чтобы освободить нервные окончания, которые она защемляет, и боль в позвоночнике постепенно проходит. В меньшей степени лекарство действует на весь межпозвоночный диск. Он разрыхляется, становится более эластичным, увеличивает высоту, как бы омолаживается. Препарат усиливает регенерацию тканей диска, который восстанавливает свою нормальную структуру. Также укрепляются и соседние диски. Эффективность метода при остеохондрозе и неосложненных грыжах диска достигает приблизительно 82 %. Относительный недостаток настоящего метода –

большая временная протяженность. Боли обычно уменьшаются после первого курса. Самый щадящий способ лечения из всех известных.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ В РАДИОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПЕНЗЕНСКОГО ОБЛАСТНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

А.В. Никишин, Е.В. Кузнецов, А.И. Зиновьев, Е.А. Хвостикова

ГУЗ «Областной онкологический диспансер»
Пенза

Злокачественные опухоли в области головы и шеи в общей структуре онкологической заболеваемости составляют около 15%, а основным морфологическим видом новообразований является плоскоклеточный рак. За последние 15 лет заболеваемость раком слизистой оболочки полости рта, глотки, гортани возросла на 15-17%. Около 90% больных – это люди работоспособного возраста (30-60 лет) и, несмотря на так называемую «визуальную» локализацию данных новообразований, 60-70% больных поступают на лечение с местнораспространенными опухолевыми процессами.

По клиническому течению злокачественные опухоли орофаренгиальной зоны отличаются высокой агрессивностью, быстрым темпом роста первичной опухоли, ранним и широким метастазированием в регионарные лимфоузлы, часто являющимся первым симптомом заболевания, частота которого достигает 50-80% (Воробьев Ю.Н., Пачес А.И.).

Традиционными методами лечения опухолей головы и шеи являются лучевой, хирургический и комбинированный. В течение последних 10 лет подходы к лечению местнораспространенного рака головы и шеи существенно изменились благодаря широкому применению оптимальных вариантов химиотерапии (ХТ) в сочетании с хирургическим или лучевым лечением. Комбинация химиотерапии (ХТ) и лучевой терапии (ЛТ) в одновременном или последовательном сочетании направлена на снижение частоты локальных рецидивов и метастазирования.

Для повышения качества воздействия на опухоль мы в нашем отделении используем различные методы радиомодификации:

1. Нетрадиционное фракционирование – гиперфракционирование РОД 1,1-1,2 Гр. 2 раза в день через 3-8 ч. СОД эквивалентная 60-66 Гр. обычного фракционирования.

2. Радиомодификация с применением 5-фторурацила и препаратов платины в сочетании с лучевой терапией.

Мы применяли следующие схемы:

а) 1-5 день 5-ФУ по 500-750 мг. в\в
6-7 день – перерыв

8-10 день – 30 мг. платины в\в с водной нагрузкой, на фоне введения платины ЛТ средними фракциями (РОД-4 Гр.), затем традиционное или мультифракционирование до СОД эквивалентной 60-66 Гр. обычного фракционирования.

б) 5-ФУ по 125 мг. в\в за 1 час до облучения ежедневно.

Таблица 1.

Распределение пролеченных больных по стадиям и локализациям в 2001 году

Локализация	I стадия	II стадия	III стадия	IV стадия	Всего
Опухоли гортани	6	19	30	6	61
Опухоли полости рта	3	7	5	2	17
Опухоли языка	0	4	10	3	17
Опухоли носоглотки и ротоглотки	1	4	10	4	19

Таблица 2.

Распределение пролеченных больных по стадиям и локализациям в 2003 году

Локализация	I стадия	II стадия	III стадия	IV стадия	Всего
Опухоли гортани	7	25	45	3	80
Опухоли полости рта	1	8	11	4	24
Опухоли языка	3	6	6	2	17
Опухоли носоглотки и ротоглотки	4	4	11	6	25

Оценивалась 3-х и 5-ти летняя выживаемость больных (по всем стадиям) пролеченных с помощью лучевой терапии (ЛТ) и лучевой терапии с радиомодификацией (ЛТ+РМ).

Локализация	3-х летняя выживаемость, %		5-ти летняя выживаемость, %	
	ЛТ	ЛТ + РТ	ЛТ	ЛТ + РТ
Опухоли гортани	75	87	14	26
Опухоли полости рта	22	33	7	33
Опухоли языка	20	20	0	0
Опухоли носоглотки и ротоглотки	33	43	8	14

Выводы

Результаты выживаемости больных при лечении которых использовалась лучевая терапия совместно с радиомодификацией (ЛТ + РМ), по сравнению с самостоятельным курсом гамма-терапии оказались значи-

тельно выше, что позволяет продолжить поиск более эффективного сочетания полихимиотерапии и различных вариантов фракционирования разовой дозы лучевой терапии при лечении опухолей орофаренгиальной зоны.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ С ДЕПРЕССИВНЫМИ И ИПОХОНДРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В.М. Николаев, О.В. Архипова, Ю.Б. Баженова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Комплексное исследование клинических особенностей контингента отделения неврозов выявило преобладание депрессивных расстройств (В.М. Николаев, Г.А. Милушева, 1996), значительно меньшее число ипохондрических расстройств в сравнении с депрессивными (В.М. Николаев, Ю.Б. Грачева, 2006).

В настоящем исследовании изучены психосоциальные характеристики больных с целью выявления влияния их на клиническую картину заболевания, своевременную коррекцию и профилактику этих расстройств. Обследовано 28 пациентов (22 женщины и 6 мужчин), находящихся на лечении в отделении неврозов. Средний возраст пациентов составил 38 ± 2 года. В первую группу вошли 12 пациентов с невротическими депрессиями; большую часть из них составили лица с тревожно-депрессивными расстройствами (9 человек) и лишь у трех человек встречался депрессивный синдром. Вторая группа (7 больных) – пациенты с ипохондрическими расстройствами; у них приблизительно с одинаковой частотой встречались изолированный ипохондрический синдром (4) и сочетанный депрессивно-ипохондрический синдром (3). В третью группу (9 человек) объединены больные с неврастенией и последствиями органического заболевания головного мозга с полиморфными пограничными психическими расстройствами. В связи с поставленной целью применялся клинико-психопатологический метод, карта исследования больных, разработанная на кафедре психотерапии и наркологии ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава и разделы карты исследования больных, разработанной в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, а также психодиагностические методики (MMPI, опросник Сердюка).

Результаты тестирования с помощью MMPI выявили мозаичность структуры характера личночти испытуемых. Так, у больных с ипохондрическими расстройствами в 57 % случаев наблюдался подъем по шкале 1-й (ипохондрия), у 42 % по 6-й (паранойя), у 28% - по 3-й (истерия). Значительные затруднения вызвало обследование тревожно-депрессивной груп-

пы пациентов, в связи с высоким уровнем эмоциональной напряженности у обследуемых (58%), стремлением вызвать сочувствие, сострадание у экспериментатора, аггравировать симптоматику. Отмечались пики по 8-й шкале (шизоидность) у 75% пациентов, 6-й (паранойя) у 50% и 2-й (депрессия) у 50%. 25% больных с тревожно-депрессивным синдромом имели высокие баллы по 0-й шкале (социальная интроверсия), что в других группах не обнаружено. Оценка больными влияния заболевания на их социальный статус оказалась высокой среди всех обследуемых (опросник Сердюка). Самое существенное влияние болезни среди всех пациентов проявлялось в ограничении силы, энергии, удовольствий и свободное время (ипохондрический синдром - 71%, тревожно-депрессивный - 83%, контрольная группа - 55%). В других сферах социального статуса также отмечено высокое влияние заболевания: например, при ипохондрических расстройствах ухудшение отношения к больному в семье и в обществе составило меньшую долю (57%), чем при депрессивно-тревожных (100%). Значительно чаще формировалось чувство ущербности у больных с депрессивными переживаниями (83%), чем у пациентов остальных групп (ипохондрический синдром - 57%, контрольная группа - 44%).

По данным клинического метода и карты исследования выявлено преобладание неблагоприятных психосоциальных факторов у больных с ипохондрическими расстройствами в сравнении с депрессивными больными и показателями лиц контрольной группы. Пациенты первой группы воспитывались по типу гипопротекции, в условиях постоянных конфликтов между родителями (56%). А у пациентов второй группы преобладали противоположные типы воспитания – гиперпротекция (58%). Возможно, этим объясняется более ранний дебют невротических расстройств у пациентов первой группы. У больных первой группы более чем в половине случаев встречались ночные страхи (58%); у пациентов второй группы ночные страхи возникали лишь в 41% случаев, в контрольной группе в 22%. Исследование адаптивных возможностей показало, что у пациентов первой группы отмечалась полярность отношений от конфликтных (28,8%) до конформных (42,2%). В то же время у пациентов второй группы преобладали конформные отношения (58%), а 55% пациентов контрольной группы претендовали на лидерство. Обращает на себя внимание высокий показатель интеллектуального развития пациентов первой группы (высшее образование у 56%), в то время как у 66% лиц с депрессивными расстройствами и у 55% лиц контрольной группы констатировано среднеспециальное образование. Однако, показатель адаптации в производственной сфере был ниже у пациентов первой группы (42,2% - статус безработных). Обнаружены некоторые особенности в семейно-бытовой сфере у пациентов различных групп. Так, в браке состояли 57% пациентов первой группы, а у пациентов второй группы этот показатель оказался ниже (41%). Однако, в 71% случаев у пациентов с ипохондрическими расстройствами преобладали конфликтные взаимоотношения между супругами (в 28% случаев

приведшие к разводу). В то же время этот показатель значительно ниже у пациентов второй группы (разводы в 18% случаев). Исходя из полученных данных можно сделать вывод, что психосоциальные факторы оказывают определенное патопластическое действие на заболевание (более затяжной тип течения). Несомненно, психотерапевтическая коррекция пограничных расстройств должна проводиться дифференцированно, с учетом выявленных особенностей, как в профилактике, так и в терапии развернутой клиники заболевания.

К ВОПРОСУ О САНИТАРНОЙ ГРАМОТНОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПО НЕКОТОРЫМ ВОПРОСАМ ТУБЕРКУЛЁЗА

В.М. Николаев, Е.Д. Короткова, А.М. Рахманкулов, Л.А. Дмитриева, О.В. Кириченко

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
ГУЗ «Областной противотуберкулёзный диспансер»
Пенза

В настоящее время несвоевременное выявление туберкулёза связано с недостаточной санитарной грамотностью населения, особенно среди лиц с различными видами наркологической зависимости. Вместе с тем, последние публикации, в основном касающиеся этой проблемы, посвящены изучению различных направлений этой многообразной деятельности. В то же время работ, посвященных исследованию уровня санитарной грамотности населения. Да и больных с наркологической зависимостью по вопросам туберкулёза, публикуется мало.

Целью настоящего исследования явилось изучение санитарной грамотности наркологических больных на безе Пензенского областного противотуберкулёзного диспансера и его двух филиалов (Ленинский, Чаадаевский). С этой целью медицинскими работниками данных подразделений проведено анкетирование и распространено 1250 анкет; возвращено 1190 (95,2%). Анкете анонимная, разработана в Винницком медицинском институте (Закопайло Г.Г., 1990). Среди респондентов было 850 (70,5%) лиц мужского пола и 350 (29,5%) – женского.

В данной таблице 1 приведены обобщённые сведения по каждому из 9 вопросов анкеты.

Таблица 1

Осведомлённость больных (в %) по вопросам туберкулёза

№ п/п	ВОПРОСЫ	Ответ на вопрос	
		Правил., (%)	Неправ., (%)
1	Заразен ли туберкулёз?	94,2	5,8
2	Все ли болеющие туберкулёзом заразны?	76,5	23,5
3	От кого, кроме человека, можно заразиться туберкулёзом?	72,6	27,4
4	На что жалуется человек, заболевший туберкулёзом лёгких?	90,0	10,0
5	Излечим ли туберкулёз?	84,2	15,8
6	Следует ли и как часто проходить флюорографическое обследование?	57,5	42,5
7	Следует ли прививать (БЦЖ) против туберкулёза?	52,0	48,0
8	Полезны ли для предупреждения туберкулёза зарядка, физкультура?	55,0	45,0
9	Приходилось ли Вам слушать лекции, беседы о туберкулёзе?	63,7	36,3

Данные таблицы показывают, что уровень знаний респондентов по отдельным вопросам довольно высок (вопросы 1,4,5). В меньшей степени опрошенные ориентируются во 2-м и3-м вопросах анкеты: практически каждый четвёртый неправильно считает всех болеющих туберкулезом заразными, а 27,4% не знают. Что эпидемиологически опасным является не только больной туберкулёзом человек. Особенно настораживает тот факт, сто у многих больных отсутствует убеждённость в необходимости регулярных флюорографических обследованиях, а почти половина респондентов негативно относятся к необходимости иммунизации вакциной БЦЖ. Указанное, безусловно, отрицательно влияет на эффективность профилактических противотуберкулезных мероприятий и своевременность выявления туберкулёза и другой лёгочной патологии.

Немаловажным представляется и негативное отношение почти половины опрошенных к занятиям физической культурой (зарядка, прогулки и т.д.).

По результатам нашего исследования трудно сделать вывод об эффективности проводимых лекций, бесед по изучаемой теме. Полученная информация не даёт оснований говорить о позитивности данных мероприятий. Поскольку 1/3 респондентов не посещала лекций, бесед, причём в основном это оказались лица подросткового и молодого возраста.

Таким образом, проводимое исследование выявило не только невысокий уровень санитарной грамотности наркологических больных по во-

просам профилактика туберкулёза, но и слабые места в системе санитарно-просветительской работы учреждений здравоохранения в этом направлении, что позволяет более профессионально строить эту работу в будущем.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ БЕШЕНСТВА У ЛЮДЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

М.В. Никольская, О.Ф. Брызгачева, Т.Ф. Чернова, В.К. Чернов, Р.А. Ярмолович

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
ГУЗ «Областной центр специализированных видов медицинской помощи»
Пенза

Бешенство, являясь летальной, острой зоонозной природно-очаговой инфекцией, представляет огромную опасность. Так, по оценке ВОЗ, ежегодно от бешенства в мире погибает до 50 тысяч человек, по наносимому экономическому ущербу среди инфекционных болезней это заболевание занимает 5 место.

Цель работы – провести ретроспективный анализ случаев заболевания бешенством людей на территории Пензенской области за период с 1952 по 1990 год.

На территории Пензенской области случаи бешенства среди животных регистрируются ежегодно и в 2003-2006гг. их было 581: в 2003 году - 309, в 2004 – 65, в 2005 г – 155; в 2006 году выявлено 52 случая бешенства среди домашних и диких животных, в том числе, среди лисиц – 36 случаев, кошек – 9, собак – 4, волков – 1, ондатр – 1, крыс – 1, мышей -1.

Среди людей бешенство в Пензенской области не регистрируется с 1991 года. В период с 1952 по 1990 год в регионе заболел бешенством 51 человек: 1952 год – 1 случай; 53 г – 5; 54 г – 7; 55 г – 1; 56 г – 1; 57 г – 2; 58 г – 5; 59 г – 6; 60 г – 8; 63 г – 1; 66 г – 1; 67 г – 1; 69 г – 1; 70 г – 1; 71 г – 1; 73 г – 1; 74 г – 1; 76 г – 1; 78г – 1; 79 г -1; 82 г – 1; 84 г – 1; 85 г – 1 случай и 1 случай в 1990г. Среди заболевших женщин было 10 (19%), мужчин – 41(81%).

Возрастная структура больных: до 14 лет 17 человек (34%), с 15 до 19 лет – 5 человек (10%), с 20 до 30 лет – 5 (10%), с 31 до 50 лет – 17 (32%), старше 51 года – 7 пациентов (14%). Жителей сельской местности было 38 человек (74%), городских жителей – 13 (26%). Развитие заболеваний зарегистрировано в областном центре и в 19 районах области: Пенза (6 случаев), Шемышейский район (1), Вадинский (5), Башмаковский (4), Н-Ломовский (4), Сердобский (2), Бековский (3), Земетчинский (3), Кузнецкий (1), Городищенский (1), Лопатинский (1), Каменский (6), Бессоновский (2), Тамалинский (1), Пачелмский (2), Камешкирский (1), Иссинский (1),

Кондольский (1), Сосновоборский (2), Пензенский (2). Два случая бешенства были завозными из Ульяновской области (1) и Узбекистана (1).

Источники заражения: собаки - в 38 случаях (74%), кошки в 3 (6%), лисы в 5 (10%), волк в 1 случае (2%). У 4 больных (8%) источник заражения не был выяснен. Укусы в голову, лицо зарегистрированы у 35% пациентов, в руки – у 55%, в ноги – у 10 % пострадавших. Большинство больных - 36 человек (70%) - после контакта с источником инфекции за медицинской помощью не обращались, 3 пациентам (6%) проведена хирургическая обработка и прививки не были назначены, 6 больным (12%) курс прививок проведен не полностью, отказались от проведения прививок 4 человека (8%); вакцинация проводилась, но без назначения гаммаглобулина 2 больным (4%). Инкубационный период составил от 15 до 120 дней.

Время от начала болезни до поступления в стационар составило от 1 до 6 дней (в среднем – 2,7 дня). С направительным диагнозом «бешенство» было госпитализировано 67% заболевших, а в 33% - с диагнозами «грипп», «менингоэнцефалит», «энцефаломиелит», «острый психоз», «катаральная ангина», «общий атеросклероз, острое нарушение мозгового кровообращения», «алкогольный психоз».

У всех больных заболевание протекало с характерными клиническими проявлениями (гиперсаливация, гидрофобия, аэрофобия, фотофобия, возбуждение, судороги). Длительность 1-го периода заболевания (начальный период или стадия депрессии) составила от 1 до 7 дней (в среднем 2,7 дня); длительность 2-го периода болезни (стадия возбуждения) – от 1 до 4 дней (в среднем 2 дня); 3-й период болезни (паралитическая стадия) наблюдался у 26% заболевших и составил от 2 часов до 2 дней.

Минимальная продолжительность стационарного лечения: 1 день – у 63% больных, 2 дня – у 21%, максимальная продолжительность - 5 дней – у 5,3% пациентов. В 100% случаев заболевание завершилось летальным исходом.

Для патологоанатомической картины во всех случаях были характерны отек головного мозга и сердечно-сосудистая недостаточность. В 24% (12 случаев) диагноз подтвержден непрямым методом иммунофлюоресценции, в 17% (9 случаев) – биологическим методом, в 8% (4 случая) – вирусологически и в 22% (11 случаев) пациентов обнаружены тельца Бабеша-Негри.

Выводы

1. Ретроспективный анализ развития бешенства у людей на территории Пензенской области (в 1952-1990гг.) показал, что течение заболевания (источник инфекции, инкубационный период, клиническая характеристика, патологоанатомические данные) соответствует классическим проявлениям болезни.

2. Среди 100% заболевших бешенством (в 1952 – 1990 гг.) профилактические мероприятия не проводились или проводились не в полном

объеме (отсутствие обращения за медицинской помощью после укуса животных, отказ от прививок, не полный курс вакцинации, использование вакцинации без назначения гамма-глобулина); в 33% случаев на догоспитальном этапе диагноз не был установлен.

3. Ежегодно регистрируемые случаи бешенства среди животных и сохраняющийся риск развития заболевания у людей свидетельствуют о том, что повышение квалификации медицинских работников по вопросам диагностики и профилактики бешенства остается актуальным, а санитарно-просветительская работа среди населения - необходимой.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ И ЕЁ ПОСЛЕДСТВИЯ

В.И. Никольский, В.А. Назаров, Е.Г. Юткина

Медицинский институт ПГУ,
ГУЗ «Областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Пенза

В лечении заболеваний желчного пузыря в последние годы отдается предпочтение лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). ЛХЭ как и любая операция сопровождается осложнениям, в том числе и очень серьезными, требующими как эндоскопической коррекции, так и немедленной лапаротомии. Количество осложнений по данным разных авторов колеблется от 2,7% до 45,2% (Гальперин Э.И., 2001; Бударин В.Н., 2005). В 36,5% наблюдений ошибки и осложнения возникали в процессе проведения лапароскопической операции, меньшая их часть, до 8,7%- в послеоперационном периоде. Однако и они чаще всего бывают связаны с техническими погрешностями и ошибками, допущенными во время операции.

С января 2002 по декабрь 2006 года в 12 отделении областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко г. Пензы выполнили 805 ЛХЭ.

Результаты. Мы выявили 6 (0,7%) случаев интраоперационных осложнений: у 3 (0,4%) – пересечение холедоха (переход на лапаротомию, у 2-холедохоеюноанастомоз на Ру-отключенной петле с каркасным дренированием, у 1- сшили холедох на каркасном дренаже), у 1- клипирование правого печеночного протока (релапароскопия, снятие клипсы), у 1- повреждение правого купола диафрагмы (лапаротомия), у 1- кровотечение из ложа желчного пузыря (лапаротомия).

В раннем послеоперационном периоде у 28 (3,2%) пациентов были осложнения: инфильтрат в ложе желчного пузыря – 4 (0,5%), длительное желчеистечение из ложа желчного пузыря – 7 (0,8%), кровотечение из ложа желчного пузыря – 1 (0,1%), ранение пузырного протока – 1 (0,1%), тонкокишечный свищ – 1 (0,1%), перитонит – 3 (0,3%), панкреатит – 1 (0,1%), серома послеоперационной раны – 1 (0,1%), гематома в области

пупочного кольца – 4 (0,5%), нагноение ран в области пупочного кольца – 5 (0,6%).

Поздние осложнения после ЛХЭ изучены за 3 года с 2004 по 2006 года. Стоит отметить, что из повторно обратившихся 18 человек только у 9 пациентов при обследовании выявили заболевания, связанные с перенесенной лапароскопической холецистэктомией. Из анализируемых нами 9 осложнений у 7 пациентов диагностировали холангиолитиаз (ХЛ) с явлениями механической желтухи и у 2-х послеоперационные грыжи. Это «истинные» осложнения. У остальных 9 больных при обследовании установлено, что повторная госпитализация связана с сопутствующим заболеванием, которое обострилось вне связи с лапароскопической холецистэктомией.

Больные с постхолецистэктомическим холангиолитиазом (ПХЭ ХЛ) были разделены на 2 группы. Критериями дифференцировки стали дооперационный уровень общего билирубина и размер холедоха при УЗИ до ЛХЭ. В первую группу вошли 3 больных с нормальными значениями холедоха (до 6 мм) и билирубина (до 20,5 мкмоль/л). Во вторую группу вошли 4 пациентов даже с незначительным увеличением этих показателей. Таким образом, мы сформировали 2 группы больных, с резидуальным и рецидивным холангиолитиазом.

Резидуальный и рецидивный ПХЭ ХЛ – это два самостоятельных заболевания, имеющих сходную клиническую картину, но различных по патогенетическим механизмам камнеобразования и требующих различных подходов к лечению.

Верификация вида ПХЭ ХЛ и причины рецидива камнеобразования имеют первостепенное значение при выборе адекватного метода лечения. Если при резидуальном ПХЭ ХЛ лечение сводится к удалению камней из желчных протоков, то при рецидивном ХЛ, кроме этой задачи, необходимо обязательно решить еще одну - устранить причину рецидива камнеобразования. Главной задачей лечения больных рецидивным ХЛ является устранение причин повторного образования камней в желчных протоках, либо создание условий для беспрепятственной миграции их с током желчи в кишечник.

Зачастую стремление врача провести холецистэктомию малоинвазивным способом приводит к развитию резидуальных камней при игнорировании показаний к переходу на открытую холецистэктомию.

Проанализировав случаи ПХЭ ХЛ, мы остановились на алгоритме лечения в зависимости от показателей билирубинемии и ширины холедоха. Если холедох до 6 мм и общий билирубин крови до 20,5 ммоль/л, то проводим ЛХЭ в плановом порядке. Если имеется небольшое повышение уровня билирубина или незначительное расширение холедоха (так называемые «пограничные значения»), то таким пациентам следует выполнять интраоперационную холангиографию и в зависимости от её результатов строить дальнейшую лечебную тактику. Если во время интраоперационной

ревизии выявлен расширенный холедох, то следует перейти на открытую холецистэктомию и провести полноценную интраоперационную санацию желчных протоков. Если же при дооперационном обследовании обнаружено значительное повышение билирубина и расширение холедоха более 9 мм, то необходимо сначала выполнить ретроградную панкреатохолангиографию (РПХГ) и эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) и только потом производить ЛХЭ.

Что же касается группы больных с рецидивными камнями, то таких пациентов необходимо подвергать более тщательному обследованию, так как причинами ПХЭ ХЛ могут быть недиагностированное в дооперационном периоде нарушение билиарной проходимости. Кроме того, причинами рецидивного холангиолитиаза могут быть технические погрешности во время операции, ведущие к нарушению моторно-эвакуаторной функции желчевыделительной системы; оставление длинной культи пузырного протока; неправильный уход за дренажами и их раннее удаление.

Вывод: профилактика резидуального холедохолитиаза должна проводиться при лапароскопической холецистэктомии путем более глубоко обследования, правильной интерпретации его результатов и адекватного выбора метода первичного оперативного вмешательства.

ПРОФИЛЬ ЛИЧНОСТИ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Ю.К. Новиков, И.Л. Лан

Медико-санитарная часть ФГУП «ППО ЭВТ»,
ЗАО НПЦ «Психотерапия»
Пенза

Не смотря на успехи в изучении этиологии и патогенеза эректильной дисфункции (ЭД), а также на значительные достижения в ее лечении, на сегодняшний день остается нерешенным ряд вопросов. Так большинство урологов, сексологов продолжает придерживаться деления ЭД на органическую, психогенную и смешанную. Однако ряд авторов считает (Доморацкий В.А., 2003; Мавров И.И., 2002), что даже в случаях исключительно органической ЭД присутствует вторичный реактивный психологический компонент (около 20% больных).

Исходя из этого, мы решили изучить психологический статус у мужчин, страдающих эректильной дисфункцией, сравнить его с таковым у здоровых лиц.

С целью выявления эректильной дисфункции и оценки ее тяжести мы использовали международную шкалу эректильной функции – МИЭФ – 5. Для оценки психологического статуса использовался тест СМИЛ (модифицированный и рестандартизированный тест MMPI). Исследование про-

водилось на базе поликлиники Медико – санитарной части ФГУП «ППО ЭВТ».

Было обследовано 26 мужчин с ЭД в возрасте от 20 до 62 лет с показателями МИЭФ – 5 от 21 балла и ниже при M(s) = 16 (4), обратившихся к урологу с жалобами на ухудшение эрекции. Контрольная группа состояла из 21 практически здорового мужчины, проходивших плановый медицинский осмотр в данном лечебном учреждении. Показатели МИЭФ – 5 у контрольной группы были в пределах от 22 до 25 баллов при M(s) = 23 (1).

Результаты исследования отражены на рис. 1, где отображены профили СМИЛ обследуемой и контрольной групп и в таблице 1, содержащей средние показатели обеих групп по основным шкалам СМИЛ.

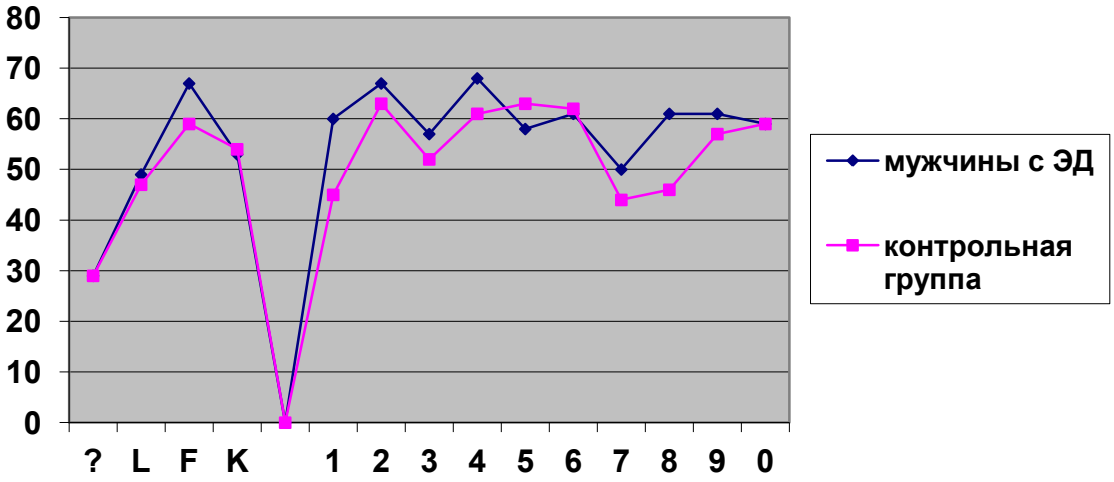


Рис.1

Таблица 1

	?	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
$M_{ЭД}$	29	49	67	53	60	67	57	68	58	61	50	61	61	59
$M_{К}$	29	47	59	54	45	63	52	61	63	62	44	46	57	59

Примечпние: $M_{ЭД}$ – среднее арифметическое стандартных баллов для группы лиц с эректильной функции, а $M_{К}$ – среднее арифметическое стандартных баллов для контрольной группы.

У мужчин с эректильной дисфункцией выявлены высокие показатели по шкале F(67±10.46Т), что может быть признаком эмоциональной неустойчивости. Одновременно с этим, в этой же группе выявлены два пика во 2-й и 4-й группах. 2-я шкала – шкала **пессимистичности,** 4 – шкала **импульсивности.** Два равновысоких пика 2 (67±9.04Т) и 4 **(**68±12.49Т) говорят о внутреннем конфликте, начало которого в противоречивом типе реагирования, когда сочетаются разнонаправленные тенденции – высокая поисковая активность и динамичность процессов возбуждения (4-я шкала)

и выраженная инертность и неустойчивость (2-я шкала). Психологически это выражается наличием противоречивого сочетания высокого уровня притязаний с неуверенностью в себе, высокой активности с быстрой истощаемостью, что характерно для неврастенического паттерна дезадаптации. Для лиц с таким профилем характерно развитие психосоматических расстройств. Ранее проводимые исследования в таких случаях выявляли изменения, связанные в основном, с сердечно – сосудистой деятельностью организма. Нам же удалось отметить подобную взаимосвязь и с изменениями в мужской сексуальной сфере.

Можно сделать вывод, что у пациентов с эректильной дисфункцией, независимо от ее этиологии, имеют место определенные психологические изменения, что требует применения в комплексе лечения ЭД методов психотерапии.

Литература

1. Доморацкий В.А. Сексуальные нарушения и их коррекция: краткое практическое пособие по диагностике и лечению психогенных сексуальных дисфункций./Серия «Медицина для вас», Ростов н/Д: Феникс. – 2003. – 288 с.
2. Мавров И.И. Половые болезни. М.: АСТ – ПРЕСС КНИГА. – 2002. – 752 с.
3. Собчик Л.Н. СМИЛ. Стандартизированный многопрофильный метод исследования личности. СПб.: Речь. – 2004. – 224 с.

ИЗМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПАРАМЕТРОВ ГОМЕОСТАЗА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Д.В. Осинькин, Ю.А. Атанов, Л.А. Филиппова, Н.В. Безручко

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Желчно-каменная болезнь относится к числу наиболее распространенных заболеваний и ее выявляют в развитых странах у 10-15% всего населения.

Удельный вес желчно-каменной болезни (ЖКБ) в общей структуре заболеваний органов пищеварения возрастает с каждым годом. В силу общности кровоснабжения, иннервации, топографической близости в патологический процесс при ЖКБ вовлекаются гепатобилиарная, гастродуоденальная системы, поджелудочная железа, кишечник.

Широко используемая в последние годы лапароскопическая техника диагностики и лечения хирургической патологии может приводить в некоторых случаях к достаточно серьезным нежелательным воздействиям на

организм. Это связано со специфическими особенностями этой техники – повышением интраабдоминального давления, вследствие наложения карбоксиперитонеума и использование положения Фовлера, а также самой операционной травмой и наркозом. Принципиальное значение при создании пневмоперитонеума имеет повышение внутрибрюшного давления (ВБД), а, следовательно, и внутригрудного одним из патофизиологических эффектов которого является компрессия нижней полой вены. Поэтому при создании карбоксиперитонеума происходит депонирование крови в нижних конечностях.

Накладываемый в ходе лапароскопических вмешательств пневмоперитонеум, стимулирует также свертывающую систему крови и может вызвать состояние гиперкоагуляции. Замедление кровотока в глубоких венах бедра и голени значительно повышает риск тромбообразования. Неменьшую роль в тромбообразовании играет и гиперкоагуляция.

Возможность развития осложнений тромботического характера является одним из негативных проявлений влияния карбоксипневмоперитонеума, что обусловливает необходимость углубленного изучения гемодинамических и гемокоагуляционных нарушений при выполнении лапароскопических операций.

Известно, что при анестезиологическом обеспечении операций на органах желчевыделительной системы имеют место существенные отклонения активности ферментов антирадикальной защиты в эритроцитах.

Многочисленные данные литературы свидетельствуют о том, что в механизме их повреждения важную роль играют процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) и состояние антиоксидантной системы (АОС). Формирующаяся патология является, в значительной степени, результатом оксидантного стресса при снижении функции защитной антиоксидантной системы. Установлено, что при чрезмерном накоплении продуктов ПОЛ в организме развивается синдром липидной пероксидации, который включает такие патологические составляющие, как повреждение мембранных липидов, липопротеидов и белков, инактивацию ферментов, нарушение клеточного деления и фагоцитоза, что приводит к изменениям структурно-функциональной организации мембран, формированию патологических состояний - воспалению, дистрофии, функциональным нарушениям.

Glantzounis GK et all (2001) на основании проведенных исследований предполагают, что свободные радикалы появляются в конце лапароскопической процедуры, возможно в результате феномена реперфузионной ишемии, вызванного использованием пневмоперитонеума.

Цель исследования. Оптимизировать методику анестезии у больных с желчно-каменной болезнью при лапароскопических операциях.

Задачи.

1. Иизучить состояние центральной гемодинамики при лапароскопических операциях у больных с ЖКБ.
2. Иследовать показатели перикисного окисления липидов, антиок-

сидантного и оксидантного статуса крови у вышеупомянутой категории пациентов.

3. Изучить динамику основных показателей гемостаза у исследуемой группы пациентов.
4. На основании полученных результатов разработать оптимальную схему анестезии и интенсивной терапии в периоперационном периоде у больных с ЖКБ в процессе лапароскопической холецистэктомии.

Характеристика клинических наблюдений

Обследовано 110 больных при выполнении лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ).

Метод исследования	К-во больных
ЦГД	17
гемостаз	26
антиоксидантный и оксидантный статус	38
доноры	29

Выводы.

- Наиболее существенные изменения гемодинамических параметров при ЛХЭ происходят после наложения карбоксиперитонеума и перевода больного в положение Фовлера.
- Аппаратно-компьютерный комплекс "РПКА 2-01 Медасс" позволяет осуществлять динамический контроль параметров ЦГД во время операции, что способствует выявлению и устранению нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы на ранних этапах.
- Наиболее значимые изменения в системе гемостаза наблюдаются до операции и в 1-3 сутки после оперативного вмешательства в виде существенной гиперкоагуляции, что требует применения эффективных профилактических мероприятий.
- Исследование параметров антиоксидантного и оксидантного статуса свидетельствуют о напряжении реакций антиоксидантной защиты у больных желчно-каменной болезнью в процессе хирургического лечения.
- Данные предоперационного обследования (эритроциты, гемоглобин, гематокрит) указывают на гемоконцентрацию и скрытую гиповолемию, что свидетельствует о недостаточной хирургической предоперационной подготовке у данной группы больных и диктует насущную необходимость ее оптимизации.

ОБ ОПЫТЕ ПСИХОЛОГО - ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КОНФЛИКТНЫХ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ БОЛЬНОЙ ИСТЕРИЧЕСКИМ НЕВРОЗОМ С РОДИТЕЛЯМИ (НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ)

Т.А. Панова, М.Г. Архангородский

Психотерапевтический центр ГУЗ «Областная психиатрическая больница» им. К.Р.Евграфова
Пенза

В психотерапевтический дневной стационар поступила пациентка Н., 20 лет, с жалобами на «утрату чувств», апатию, отсутствие внутреннего равновесия, ощущение «измененности» себя, «зашлакованность мыслей», «ненависть» к матери, склонность к «истерикам», раздражительность, вспыльчивость, конфликты с родителями, желание уйти из дома.

Из анамнеза: родилась в семье священника. С детства воспитывалась в духе православной веры. Отец по характеру авторитарный. Мать отличалась эмоциональной холодностью и властностью. Доверительные отношения с дочерью отсутствовали. Острые обиды у девочки вызывали жалобы матери на нее отцу по любому поводу «непослушания». Возникало чувство протеста и желание «иметь обычную семью, как у всех детей». Несмотря на запреты родителей поступила в университет, пыталась жить самостоятельно, работая и учась одновременно. Некоторое время жила с молодым человеком, но, обнаружив в его характере властность, разорвала взаимоотношения. Болезненно переживала разрыв, появилась и нарастала депрессивная симптоматика, в связи с чем обратилась за психотерапевтической помощью.

Диагностически больная расценивалась, как страдающая истерическим неврозом с депрессивным синдромом. По результатам психологического обследования пациентки (ИТО, тест Люшера, госпитальная шкала тревоги и депрессии, ТАТ), выявлены тревожно-депрессивные переживания в клинически выраженной степени, истероидный тип личности в состоянии дезадаптации. Отмечались черты эмоциональной незрелости, трудность социальной адаптации, повышенная ранимость, склонность к избеганию рамок режимных видов деятельности. Акцентуированы шизоидные черты с тенденцией к закрытости, избеганию ответственности, потребностью в отстаивании своего индивидуального стиля путем сопротивления и ухода в мир идеальных представлений, переживаний, фантазий и мечты. С пациенткой и ее семьей проводилось психологическое консультирование, интегративная психокоррекция, мультимодальная психотерапия с включением семейного, психоаналитического, экзистенциально-гуманистического, поведенческого направлений, как в индивидуальной так и в групповой формах. Проводилось 5 групповых сессий и индивидуаль-

ные сеансы 3 раза в неделю на протяжении 3 недель.

На встрече с психологом, в присутствии родителей пациентка вела себя конфронтационно. Отцом давалась резкая и категоричная оценка поведению дочери, ее «непослушанию». Пытался объяснять психологу, как «должно лечить пациентов с религиозной точки зрения». Все попытки переключить внимание на проблемы семьи не были успешны. Мать, в тоне нетерпимости и недоверия к дочери, рассказывала о том, что дочка «уходит из дома, ночует у подруги…, возможно, она загипнотизирована шаманами…». Предлагала психологу почитать литературу «на эту тему».

Контакт с пациенткой сложился не сразу. На фоне экзистенциально-гуманистической психотерапии рассказала о неискренних взаимоотношениях с друзьями. Стала общаться с компанией, где были люди невысоких моральных устоев. Подчеркивала, что «там мне было комфортнее». Мать оставалась нетерпимой к поведению пациентки, считала, что дочь нужно «отмаливать». Отец и мать перестали посещать сеансы семейной психотерапии.

В группе на занятиях пациентка чувствовала атмосферу безопасности, терпимости, позитивного взаимодействия и откликалась на нее конструктивным участием. В индивидуальной психотерапии обсуждались ее чувства, позиции в отношении членов семьи, рассматривались планы на будущее. Периодически приходилось вступать в конфронтацию с пациенткой по поводу ее взглядов на жизнь, нетерпимости и обид на родителей, восприятием социума с позиции долженствования и т.д. В психотерапевтическом процессе стала искренней, начала доверять психологу и психотерапевту. К пациентке пришло понимание, что нет смысла осуждать родителей. Отмечалась полная редукция депрессивной симптоматики. Чувствовала себя более уверенно, адекватной стала самооценка. Поняла меру ответственности за свое самоопределение в будущем, выразила готовность преодолевать трудности, с которыми придется справляться. Сформировалась устойчивая неприемлемость маргинального стиля жизни.

Изложенные психотерапевтические методики и психологическое консультирование могут быть использованы в комплексном лечении лиц, страдающих истерическим неврозом при наличии разногласий в семье.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ПЕЧЕНИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Т.И. Парамонова, Г.Д. Бурмистрова, С.П. Родичев, О.А. Рыжкова, Н.Н. Дерябина, Н.Е. Еременко, И.В. Соколова, Т.Ю. Виноградова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
ГУЗ «Областной онкологический диспансер»
Пенза

Введение. Оценка состояния печени у онкологических больных имеет особое значение. Рациональное лечение больного и прогноз заболевания зависит от первичной опухоли и наличия или отсутствия метастазов в печени. По данным литературы около 50% очаговых образований в печени являются доброкачественными (гемангиомы, кисты). Это заставляет обратить серьезное внимание на дифференциальную диагностику таких образований, чтобы не допустить необоснованного отказа от радикального оперативного вмешательства.

Цель. Оптимизация исследования больных с очаговыми образованиями в печени в условиях ООД г. Пензы.

Материалы и методы. Нами проведен анализ 96 пациентов с очаговыми образованиями в печени (52 мужчин и 44 женщин в возрасте от 28 до 75 лет), у которых были выявлены первично злокачественные заболевания (рак желудка – 41 больной, рак толстой кишки – 34 больных, рак легкого – 21 больной), у 73 больных диагноз был подтвержден интраоперационными материалами.

Всем больным было проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) на аппаратах Aioka – 4000 и Hawk.

При УЗИ наибольшую трудность представляли одиночные гиперэхогенные образования размером от 5 мм до 40-50 мм в диаметре. Больным, у которых были выявлены образования в печени проводилась спиральная компьютерная томография (СКТ) на двухспиральном томографе CTDua 1 по стандартному протоколу сканирования с толщиной среза 5 мм. В качестве контрастных препаратов применялись Омнипак или Ультравист с концентрацией 300 мгJ/мл. Контратное вещество (КВ) вводилось из расчета 1-1,5 мл на 1 кг веса больного в количестве 100-150 мл в кубитальную вену автоматическим инъектором со скоростью 4-4,5 мл в 1 сек. Сначала выполнялось нативное КТ исследование брюшной полости, затем проводилось сканирование на 20 сек., 40 сек., 80 сек и через 10 минут от начала болюсного введения КВ. Это соответствовало артериальной, артериопортальной, портальной и отсроченной фазам контрастирования. Оценивались динамика и характер накопления КВ в патологических очагах, фаза наилучшей визуализации очагов в печени. У 47 больных были обнаружены

гемангиомы печени, из 47 гемангиом 37 были выявлены в нативную фазу исследования, остальные 13 при контрастировании в артерио-портальную фазу (они не превышали в размерах 5-10 мм и располагались подкапсульно). Артерио-портальная фаза контрастирования являлась наиболее оптимальной для визуализации мелким гемангиом. В эту фазу достигался максимальный градиент плотности между гемангиомами и печеночной паренхимой. Типичным контрастированием гемангиом являлось появление на 20 сек.мелкоочаговых накоплений КВ по краям очагов, в следующие фазы отмечалось накопление КВ от периферии к центру гемангиомы. В отсроченную фазу через 10 минут плотность гемангиомы выравнивалась с плотностью паренхимы печени (достигалось изоденсное состояние). Гемангиомы до 10-15 мм в диаметре достигали изоденсного состояния на 80 секунде. У 15 больных были выявлены кисты, которые не изменяли плотность при болюсном введении КВ.

У 34 больных обнаружены метастазы в печень, у 23 больных с метастазами в нативную фазу исследования были выявлены гиподенсивные образования, у 11 больных образования изоденсивные печени. При болюсном введении КВ у гиподенсивных очагов и изоденсивных очагов появлялось кольцо контрастирования в артериальную фазу, а иногда в портальную фазу контрастирования (симптом «мишени»). В отсроченную фазу контрастирования через 10 минут очаги оставались гиподенсивными относительно паренхимы печени.

Выводы.

1. На начальном этапе УЗИ позволяет выявить гиперэхогенные образования в печени, которые не всегда определяются в нативную фазу исследования при СКТ и выявляются при болюсном введении КВ.
2. СКТ с болюсным введением КВ, включающее артериальную, артериопортальную, портальную и отсроченную фазы позволяют по характеру контрастирования образования дифференцировать гемангиомы, кисты и очаговые MTS в печень. Для достижения оптимального контрастирования очаговых образований в печени КВ необходимо вводить из расчета 1,5 мл на 1 кг веса больного со скоростью 3,5 мл в 1 секунду.
3. На последнем этапе необходима морфологическая верификация результатов исследования.

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

А.В. Песков, Н.А. Баулин, Н.А. Пьянов, А.И. Горюнов

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина»
Пенза

Синдром диабетической стопы встречается у 4% - 15% больных сахарным диабетом. По данным ВОЗ, более чем у 50% больных сахарным диабетом гнойно-некротические поражения стопы являются показанием к ампутации конечности. В индустриально развитых странах высокие ампутации выполняются у 4 на 1000 лиц с диабетом. В России, согласно данным Государственного Регистра, высокие ампутации выполняются в среднем у 6 на 1000 больных сахарным диабетом.

За 5 лет, с 2000 по 2004 годы, в отделении гнойной хирургии находилось на лечении 996 больных с синдромом диабетической стопы. Средний возраст пациентов 64 года. Подавляющее большинство страдали 2 типом диабета – 939 (94,3%). Мужчин – 426 (42,8%), женщин – 570 (57,2%).

За анализируемый период, около 18% больных неоднократно госпитализировались с новыми очагами некрозов как на ранее оперированной стопе, так и на другой конечности. Трехкратная госпитализация была у 3,9% , более трех раз – у 2% больных.

Нейроишемическая форма диабетической стопы диагностирована у 449 (45%) пациентов, нейропатическая - у 297 (29, 8%), ишемическая форма - у 250 (25, 1%). С 1-2 стадией поражения стопы было 315 (31,6%) больных, с 3 стадией – 196 (19, 67%), с 4-5 стадией – 485 (48, 69%).

При поступлении все больные переводились на простой инсулин с подбором дозы в течение 2 – 3 дней. Назначались антиагреганты и антикоагулянты, сосудистые препараты, антибиотики и препараты α-липоевой кислоты. Местное лечение проводили антисептиками и мазями, в зависимости от фазы раневого процесса. Из физиопроцедур наиболее часто использовали лазеротерапию.

Из 996 больных с синдромом диабетической стопы у 271 (27,2%) выполнены ампутации нижних конечностей на уровне бедра. Умерло 53 пациента - летальность 5,3%.

Всего было выполнено 1155 различных оперативных вмешательств. Первичная ампутация на уровне бедра выполнена 144 пациентам. Вторичные ампутации на уровне бедра после неэффективного органосохраняющего лечения выполнены 127 больным.

Операции на уровне стопы выполнялись 495 пациентам. Более чем у половины из них потребовались неоднократные оперативные вмешательства.

Особенностью хирургии диабетической стопы является то, что не-

возможно одноэтапно ликвидировать гнойный очаг, требуются неоднократные операции до полного очищения раны, с последующим ее закрытием либо вторичными швами, либо аутодермотрансплантацией.

Всего выполнено 575 повторных оперативных вмешательств. Из них: некрэктомий - 24,7%, тарнсметатарзальных ампутаций – 20,5%, вторичных ампутаций бедра – 22% (127), вскрытий гнойных затеков - 15,5%.

В своей работе, при трансметатарзальной ампутации пальца, использовали ракеткообразный разрез Фарабефа вокруг плюсне-фалангого сустава. При наложении первичного шва такой разрез позволяет сблизить края раны без всякого натяжения и, конечно, в этих случаях он оптимален. При открытом ведении раны при разрезе Фарабефа часто развивается некроз истонченного кожно-подкожного лоскута. Более того, в углубленной части раны идет скопление раневого экссудата. Создаются условия для колонизации микробов и прогрессирования гнойного процесса в глубокие структуры стопы.

С нашей точки зрения, необходимо создать оптимальные условия для адекватного дренирования раны. Таким требованиям отвечают плоские, гильотинные раны, без истонченных, плохо кровоснабжающихся краевых лоскутов.

В структуре гнойных послеоперационных осложнений преобладали флегмоны подошвенной поверхности стопы - 57%. На втором месте гнойные затеки по ходу длинных сухожилий 1 пальца – 34%. И 9% приходилось на флегмоны тыльной поверхности стопы.

Большой процент гнойных затеков вдоль сухожилий 1 пальца объясняется наличием у этих сухожилий продленных синовиальных оболочек. Последние пересекаются вместе с сухожилием и инфицируются при трансметатарзальной ампутации пальца.

С целью улучшения результатов лечения у группы больных (n = 26) мы применили гильотинный способ трансметатарзальной ампутации пальца при открытом ведении операционной раны, а также удаляли утратившие функциональное значение длинные сухожилия 1 пальца, после предварительного их пересечения на уровне нижней трети голени.

При сравнении традиционного хирургического метода (контрольная группа n = 311) с гильотинным способом и удалением сухожилий (основная группа n = 26) получили достоверное снижение количества повторных срочных операций с 1,79 до 1,3 раза ($p<0,05$). Количество высоких ампутаций снизилось с 22,2% до 15,3%. Койко-день достоверно снизился с 38,62 до 26,84 ($p>0,02$). В контрольной группе летальность 3,8%, в основной группе летальных случаев не было.

ВЗАИМОСВЯЗЬ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И ГЕМОДИНАМИКИ В МАТКЕ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ БЕРЕМЕННОСТИ

Л.П. Пешев, Л.П. Щукина, О.Н. Пешева, Н.А. Ляличкина, А.Н. Чудайкин

ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им.Н.П.Огарева», Саранск

Метаболические реакции, происходящие в матке во время беременности, неизбежно должны отражаться на электрофизиологическом статусе миометрия, поэтому регистрация биопотенциалов матки при различных осложнениях гестации, в частности, при угрожающем аборте, маточно-плацентарной недостаточности, может служить индикатором ее функционального состояния. Особую важность данное обстоятельство приобретает при контроле эффективности лечения и прогнозировании исхода беременности. Не менее важным параметром, влияющим на развитие плода, является интенсивность кровотока в матке. В то же время однозначных данных о взаимосвязи этих важнейших показателей гомеостаза у беременных женщин в доступной нам литературе не встретилось.

Цель исследований. Изучить в сравнении характер изменений медленной биоэлектрической активности матки (МБАМ) и интенсивности кровообращения в матке при физиологической беременности и угрожающем аборте.

Как доказано в ранее проведенных исследованиях (Л.П.Пешев, 1980 и др.), медленная биоэлектрическая активность матки является объективным маркером ее сократительной активности.

Материал и методы исследования. Обследованы в динамике 79 беременных, в том числе 20 женщин-добровольцев при нормально развивавшейся беременности, в сроки ее от 8 до 24 недель (группа сравнения), 38 – с угрожающим абортом, 12 – с маточно-плацентарной недостаточностью и 9 – при несостоявшемся аборте в аналогичные сроки гестации (основная группа). Среди причин осложнений беременности преобладали: инфекция полового тракта (кольпиты, воспалительные процессы придатков матки в анамнезе), гормональные нарушения и предшествовавшие аборты.

МБАМ регистрировали аппаратом ЭГС – 4м по разработанной ранее методике вагинальной электрогистерографии (Л.П.Пешев, 1978).

Полученные электрогистерограммы анализировали визуально и количественно (в усл.ед.).

Кровообращение в матке исследовали разработанным ранее методом вагинальной биполярной реогистерографии (Л.П.Пешев, 1998) с использо-

ванием отечественного «Реопроцессора» с автоматизированной обработкой данных.

Изучали интенсивность артериального притока и венозного оттока крови раздельно на стороне плацентации и на интактной стороне матки.

Все полученные результаты подвергались статистической обработке.

Результаты исследований показали, что в I триместре нормально развивающейся беременности МБАМ не превышает 9,3 ± 1,4 усл. ед., характеризуется низковольтными редкими осцилляциями. К середине беременности биоэлектрическая активность миометрия возрастает, что выражается умеренным увеличением амплитуды осцилляций, уменьшением интервалов между ними. При этом могут наблюдаться единичные «всплески» осцилляций с интервалами 6-8 мин., что, как нами установлено, является отражением двигательной активности плода. В количественном выражении МБАМ в этот период беременности составляла, в среднем 26,7 ± 1,3 усл. ед..

При угрожающем аборте МБАМ резко возрастала – на ЭГС-граммах регистрировались беспорядочные высоковольтные осцилляции, частота их увеличивалась в 1,3 – 1,6 раза, в результате интенсивность МБАМ достигала 53,8 ± 3,6 усл. ед..

При неразвивающейся беременности, наоборот, отмечалось резкое угнетение МБАМ: осцилляции едва достигали 0,4 – 0,6 мВт, сохранялась их хаотичность, отсутствовали биопотенциалы, характеризующие движение плода. Интенсивность МБАМ при данном осложнении беременности составляла в среднем 7,9 ± 1,1 усл. ед.

Параллельное исследование гемодинамики показало, что в норме в первом триместре интенсивность кровообращения на стороне имплантации возрастает в среднем на 74,4% по сравнению с интактной стороной матки. При этом максимальная скорость наполнения магистральных сосудов на этой стороне (Vмакс. МП) увеличивается на 96,1% ($P<0,01$), а средняя скорость наполнения сосудов формирующегося маточно-плацентарного комплекса – на 74,0%.

В отличие от них у беременных с угрожающим абортом суммарная скорость кровотока в матке была ниже на 47,7% ($P<0,01$). Другой особенностью регионального кровообращения у беременных основной группы являлась более выраженная разница интенсивности наполнения сосудов матки - Vср. на стороне имплантации – на 240,0%, по сравнению с аналогичным показателем у контрольной группы беременных. Установленный факт мы рассматриваем как адаптационную реакцию формирующегося МП комплекса, направленную на обеспечение трофики развивающегося эмбриона (плода).

Таким образом, представленные результаты показывают прямую зависимость биоэлектрической активности матки от интенсивности кровообращения в ней. Данный факт подчеркивает необходимость при угрожающем аборте, наряду с применением спазмалитических препаратов, на-

значать средства, стимулирующие гемодинамику в матке.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ТУБОВАРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССАХ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Л.П. Пешев, А.С. Нечайкин, Е.А. Клочкова, С.В. Абрамова, М.В. Лабзина

ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им.Н.П.Огарева»
Саранск

Гнойно-воспалительные процессы придатков матки – одна из наиболее частых и серьезных патологий в ургентной гинекологии. Отмечаемое в последнее десятилетие увеличение абсцедирующих форм воспалительных процессов придатков матки многие авторы связывают со снижением тканевого иммунитета у больных, полиморфизмом бактериальной флоры, резистентностью ее к антибиотикам и др. В связи с этим актуальным и важнейшим в практическом отношении представляется разработка новых технологий лечения гнойно-воспалительных образований придатков матки (ГВОПМ), обладающих более высокой эффективностью по сравнению с применяемой в настоящее время стандартной терапией.

В этом плане заслуживает внимания использование лазерных технологий в частности, инфракрасного лазерного излучения (ИКЛИ).

Полученные нами ранее в эксперименте данные (Л.П.Пешев, 1989; 1991 гг.) показали, что инфракрасное лазерное излучение обладает повышенной проникающей способностью в ткани внутренних гениталий, противовоспалительным, антибактериальным, рассасывающим эффектами.

Единичные клинические исследования в этом направлении (А.Р.Евстигнеев и соавт. 2004; Л.П.Пешев и соавт. 2003; 2004 гг.) подтвердили полученные в эксперименте результаты, однако, остаются не уточненными другие механизмы действия ИКЛИ при изучаемой гинекологической патологии.

Цель исследования. Изучить влияние ИКЛИ на мембранные реакции ПОЛ и уровень эндогенной интоксикации у больных ГВОПМ.

Материалы и методы исследования. Обследованы в динамике лечения 86 больных, находившихся в стационаре по поводу гнойно-воспалительных образований придатков матки. Средний возраст больных составлял от 19 до 32 лет. Продолжительность заболевания воспалительными процессами придатков матки – от 1,5 до 8 лет с периодическими обострениями.

Образование абсцессов придатков матки подтверждалось данными бимануального гинекологического и УЗ исследований.

Больные условно были разделены на 2 группы. Первую (58 больных)

составили пациентки, которым помимо стандартной антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной терапии назначали ИКЛИ параметрами: λ – 0,89 мкм, Р на выходе световода 2 Вт, t – 2 мин. на каждые придатки одновременно, частотой 0,3 кГц, 1 раз в день; курс 6-8 дней.

Второй группе (сравнения) – 28 больным лазеротерапию не применяли.

Исследовали МДА в плазме и эритроцитах, содержание каталазы, общей концентрации альбуминов (ОКА), эффективной концентрации альбуминов (ЭКА) в крови, по которым вычисляли ИТ (индекс токсичности) и РСА (резерв связывания альбуминов) – основных маркеров эндогенной интоксикации.

Нормативные показатели получены при обследовании 10 здоровых женщин-добровольцев репродуктивного возраста. Все результаты обработаны статистически.

Результаты исследований показали, что у больных ГВОПМ имелись патологические сдвиги реакций ПОЛ, выражавшиеся в повышенном содержании МДА в плазме, в среднем на 26,1%, в эритроцитах – на 29,4%; низкий уровень активности каталазы крови (на 44,8%); а также отмечался высокий уровень эндогенной интоксикации, что подтверждалось снижением ЭКА на 33,8%, уменьшением РСА, в среднем на 32,4%, повышением ИТ в 1,4 раза по сравнению с нормой.

В процессе лечения ИКЛИ установлено, что положительные сдвиги в метаболическом гомеостазе наблюдались уже после 3-х сеансов терапии (в 46,2% наблюдений). Это выражалось в повышении ЭКА в крови, в среднем, на 30,6%, уменьшении ИТ на 11,9% по сравнению с исходными показателями ($P<0,01$).

При анализе клинических результатов отмечено более быстрое, в среднем на 2,7 дня, улучшение самочувствия больных, исчезновение болей в нижних отделах живота, нормализация температуры и показателей клинического анализа крови.

У 39 больных (67,2%) основной группы после полного курса лазеротерапии по данным бимануального и ультразвукового исследований отмечено рассасывание абсцессов, что позволило избежать хирургического вмешательства.

В группе сравнения положительный результат отмечен у 14 больных (50,0%). Остальным больным основной группы и группы сравнения в связи с отсутствием эффекта от лечения произведено хирургическое удаление абсцессов.

Таким образом, полученные данные указывают на терапевтическую эффективность инфракрасного лазерного излучения в комплексном лечении ГВОПМ, которое помимо ранее выявленных эффектов, обладает также антиоксидантным и дезинтоксикационным действиями при изучаемой патологии.

НЕЙРОВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ НОРМАЛЬНОМ И ПАТОЛОГИЧЕСКОМ КЛИМАКСЕ

Т.Т. Полякова, Г.И. Мартынова, О.А. Левашова

ВМС УФСБ РФ по Пензенской области,
ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Изучение нейровегетативных и психоэмоциональных расстройств, возникающих у женщин в климактерическом периоде, является актуальной проблемой ввиду существенного снижения качества жизни и прогнозируемого старения населения, где значительную долю будут составлять пожилые женщины. При патологическом климаксе (ПК), развивающимся у 40-60% женщин, психовегетативные расстройства достигают выраженной степени и могут нарушать трудоспособность. Целью настоящей работы было уточнение степени нейровегетативных нарушений при нормальном и патологическом климаксе.

Обследовано 82 женщины: 22 – в период пременопаузы (ПМ); 28 – с нормальным течением климакса (НК); 32 – с ПК. Вегетативный статус оценивался по вегетативным пробам (ортоклиностатической, с задержкой дыхания Геринга, с физической нагрузкой), по кожно-гальванической реакции (КГР), которая исследовалась на универсальном компьютерном полиграфе «ДИАГНОЗ» и по содержанию адреналина и норадреналина в плазме крови, определяемого методом твердофазного конкурентного иммуноферментного анализа.

Кожно-гальваническая реакция, являясь методом регистрации биоэлектрической активности кожи как показателя непроизвольной вегетативной активности, используется для оценки изменения функциональных состояний, ориентировочных эмоциональных реакций. КГР обусловлена колебаниями при секреторной активности потовых желез, вызываемыми импульсацией из центральной нервной системы, которая поступает по симпатическим постганглионарным волокнам. При проведении КГР исследовались такие показатели, как латентное время, длительность реакции и коэффициент отношения максимальной амплитуды к исходной. Длительность реакции в среднем в ПМ составляла 7,06 ±0,09; при НК – 8,8±0,08; при ПК – 8,95±0,07. Среднее латентное время при КГР в ПМ было 3,41±0,05 сек., при НК – 3,11±0,04 сек., при ПК – 2,2±0,02 сек. Коэффициент отношения максимальной амплитуды к исходной в среднем равнялся при ПМ – 3,58±0,01; при НК – 4,25±0,01; при ПК – 4,65±0,02. Количество адреналина в плазме крови при ПМ составляло в среднем 39,39±0,02 пг/мл, норадреналина – 32,20±0,36 пг/мл; при НК соответственно – 44,12±0,51 пг/мл и 39,88±0,43 пг/мл; при ПК соответственно – 66,94±0,51 пг/мл и 95,19±0,61 пг/мл. Разница всех показателей в сравниваемых груп-

пах статистически достоверна ($p<0,02 – 0,001$).

При анализе вегетативного статуса отмечено, что при НК и ПК симпатическая и парасимпатическая направленность наблюдалась примерно в равном количестве с легким преобладанием женщин с симпатическими реакциями (у 54,4 % и 45,6 % соответственно). Повышение АД более чем на 20 мм рт.ст., в пробе Геринга наблюдалось у 15 из 28 с НК (53,3%) и у 19 из 32 с ПК (59,3%). При ортоклиностатической пробе возвращение пульса и АД к исходным величинам через 3 минуты отмечено у 12 женщин с НК (42,8%) и у 10 с ПК (31,2%). Повышение АД при физической нагрузке более чем на 20 мм рт. ст. наблюдалось у 11 женщин с НК (39,2%) и у 13 с ПК (40,6%).

Эндокринные изменения у женщин, по данным литературы (Крымская М.А., 1989 год), опережают нейровегетативные расстройства на несколько лет. Эстрогены оказывают влияние на количество норадреналина и серотонина, облегчают серотонинэргическую синаптическую передачу (Ditkoff E.C. 1991). Вегетативные расстройства нарастают по мере увеличения эндокринных нарушений. Вегетативные расстройства оказываются наиболее выраженными при ПК с тенденцией к незначительному преобладанию симпатоадреналовой активности, что определяет тяжесть течения климактерического синдрома с наличием панических атак. Показатели КГР и содержания катехоламинов в плазме крови подтверждают выраженность вегетативных нарушений при ПК.

Таким образом, нейровегетативные расстройства при ПК вариабельны и поэтому подход к их коррекции должен быть индивидуальным с подбором комбинации симпатолитических, симпатомиметических, холинолитических и холинергических препаратов, что позволяет в некоторых случаях не использовать гормонозаместительную терапию, имеющую значительные осложнения.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Т.Н. Почивалина, Е.В. Можарова, Е.В. Токарева

ГУЗ «Областная клиническая больница им. Н.Н.Бурденко»
Пенза

Долгое время в гематологии для подсчета и анализа форменных элементов крови, гемоглобина использовались ручные методы исследования. В последние годы созданы высокотехнологические системы анализа крови, которые постепенно вытесняют ручные и полуавтоматические методы исследования и являются неотъемлемой частью современной клинико-диагностической лаборатории (КДЛ).

Преимущество современных технологий подсчета и оценки формен-

ных элементов крови: высокая производительность (60 - 120 проб в час), небольшой объем крови для анализа (12 - 150 - 200 мкл), анализ большого массива (десятки тысяч) клеток, определение с высокой точностью и воспроизводимостью 30 и более параметров одновременно, графическое представление результатов исследований (гистограммы, скетограммы). По сравнению с визуальной техникой автоматический подсчет - более точный метод оценки концентрации клеток.

По виду выполняемых исследований весь ряд гематологических автоматических анализаторов (ГАА) можно разделить на три класса:

1. анализаторы, определяющие до 20 параметров, включающие расчетные показатели красной крови и тромбоцитов, представление гистограммы распределения лейкоцитов, эритроцитов и тромбоцитов по объему и частичную дифференцировку лейкоцитов (лимфоциты, моноциты, гранулоциты);
2. высокотехнологичные гематологические анализаторы, позволяющие проводить развернутый анализ крови, в т.ч. полную дифференцировку лейкоцитов (нейтрофилы, эозинофилы, базофилы, моноциты, лимфоциты), строит гистограммы распределения по объему и скетограммы;
3. сложные аналитические системы, выполняющие не только развернутый анализ крови с дифференцировкой лейкоцитов, но и проводит подсчет и анализ ретикулоцитов.

Важно помнить что, даже самые современные анализаторы не в состоянии полностью заменить метод микроскопической оценки клеток крови (надежно дифференцируются только клетки нормальной крови). При выполнении анализа на ГАА предпочтительно использовать венозную кровь, т.к. в большинстве своем в странах, где их производят, они сертифицированы и стандартизованы для работы только с венозной кровью. Выпускаемые фирмами калибровочные и контрольные материалы также предназначены для калибровки гематологических анализаторов по венозной крови. Взятие венозной крови проводится с помощью одноразовой пробирки с ЭДТА (вакутейнер). При взятии капиллярной крови необходимо использовать специальные пробирки с ЭДТА для капиллярной крови (микроветы). Во избежание случаев несовместимости реагентов следует использовать их только от одного производителя. При смене реагентов необходимо проверить калибровку анализатора по контрольной крови. Важно заранее узнать стоимость реагентов, расходных материалов и постгарантийное обслуживание. Как правило, при эксплуатации прибора в течение нескольких лет стоимость реагентов импортного производителя и сервисное обслуживание может значительно превысить стоимость прибора, а в условиях ограниченного финансирования привести к простою оборудования.

Основные показатели гематологических анализаторов:

- WBC (white blood cells) - количество лейкоцитов в крови (*10

9/л);

- RBC (red blood cells) - количество эритроцитов в крови (*10 12/л);
- HGB (hemoglobin) - концентрация гемоглобина (г/л);
- HCT (hematocrit) - гематокрит (%);
- MCV (mean corpuscular volume) - средний объем эритроцита, выражается в кубических микрометрах (мкм 3) или фемтолитрах (1 фл = 1 мкм 3);
- MCH (mean corpuscular hemoglobin) - среднее содержание гемоглобина в эритроците (пг.). Аналогичен цветовому показателю;
- MCHC (mean corpuscular hemoglobin concentration) - средняя концентрация гемоглобина в эритроците (г/дл.);
- RDW (red cells distribution width) - показатель гетерогенности эритроцитов по объему, характеризует степень анизоцитоза;
- PLT (platelet) - количество тромбоцитов (*10 9/л).

Данная аббревиатура показателей характерна для всех типов автоматических гематологических анализаторов и независима от фирмы изготовителя.

В 2006 году клинико-диагностическая лаборатория Пензенской областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко получила и освоила два ГАА с различной мощностью: МЕК - 6318 К (производство Япония), выполняет 60 проб в час с воспроизводимостью 16 параметров одновременно - работает на капиллярной крови (2 класс) и Advia 120 (производство США), выполняет 120 проб в час с воспроизводимостью 26 параметров одновременно - работает на венозной крови (3 класс). Использование данного оборудования позволяет нам быстро, с высокой точностью и минимальной трудоемкостью проводить качественное исследование крови. Особенно это важно при работе в срочном режиме. Автоматический анализ лейкоцитов и эритроцитов используется при проведении скрининга нормы и патологии, диагностического контроля лейкоцитарной формулы и эритропоэза. Появление "сигналов тревоги" указывает на наличие патологических изменений в исследуемом образце и требует микроскопического исследование окрашенного мазка крови.

Встроенная программа контроля качества позволяет быстро оценить результаты контроля качества, и при отклонениях от установленных критерий провести соответствующие корректировки.

За 2006 год на данном оборудовании в КДЛ было обследовано 18 180 пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНУСИТОВ НА ФОНЕ ИНФЕКЦИОННОЙ АЛЛЕРГИИ

Н.К. Починина, А.В. Федин

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Распространённость инфекционной аллергии среди больных с патологией носа и придаточных пазух достигает по данным разных авторов 40-72,3 % (Арефьева Н.А., 1999; Трофименко С.Л., 2002). Сенсибилизацию организма могут вызывать как патогенные микроорганизмы, так и сапрофиты, вегетирующие на слизистой носа. Ведущая роль принадлежит условно- патогенной микрофлоре (Преображенский Б.С., 1975; Дайняк Л.Б., 1980; Исхаки Ю.Б., 1980; Тарасов Д.И., 1984; Богомильский М.Р., 2001). По данным большинства авторов микробный пейзаж носовой полости представлен в основном кокковой флорой: золотистый и эпидермальный стафилококки, стрептококки. При острых синуситах чаще высеваются Str. pneumoniae , H. inflyenzae, M. catarrhalis, встречаются Staph. aureus, Str. pyogenes, Str. epidermidis, анаэробная и вирусная флора. При обострении хронического процесса велика роль энтеробактерий и анаэробов, встречается грибковая микрофлора (Рязанцев С.В., 2005; Богомильский М.Р., 2001). Острому синуситу чаще свойственна монофлора, хроническому-микробные ассоциации.

О частоте сенсибилизации к различным микроорганизмам можно судить по кожным аллергическим тестам. Наибольшее количество положительных кожно-аллергических реакций вызывается аллергенами стафилококка и стрептококка. Многообразие видов микроорганизмов, выделяемых из полости носа, способствует формированию у больных полиаллергии. По разным данным полисенсибилизация к двум и более аллергенам обнаруживается в 42- 84,5 % случаев инфекционной аллергии.

Иммунологический статус больных с инфекционной аллергией характеризуется дефектами гуморального и клеточного звена иммунитета, а также факторов неспецифической защиты организма: нарушена супрессорная функция Т- лимфоцитов, нарушена фагоцитарная функция нейтрофилов, отмечается стойкое снижение средних значений сывороточных иммуноглобулинов класса G, составляющих основную группу антибактериальных антител, снижен титр компонентов системы комплемента, снижена выработка секреторного IgA, возможна гиперпродукция IgE (Молотилов Б.А., 1986; Фаттахова Ф.А., 1989; Вершигора А.Е., 1990).

Под нашим наблюдением находилась группа больных из 19 человек с острыми (8) и хроническими (11) риносинуситами, в анамнезе у которых были инфекционно-аллергическая форма бронхиальной астмы (6) и инфекционно-аллергический риносинусит (13), подтверждённые лабораторными методами. Больные находились на стационарном лечении в ЛОР- от-

делении ГК БСМП имени Г.А. Захарьина. Возраст пациентов от 17 до 68 лет.

Особенностью клинического течения риносинуситов у пациентов данной группы было выраженное нарушение носового дыхания, риноскопически проявлявшееся интенсивным отёком нижних и средних носовых раковин.

Иммунологическое обследование, включающее исследование уровня Ig A, M, G, лимфоцитов CD 4/ CD 8, НСТ- тест и реакцию бласттрансформации лимфоцитов (РБТЛ), выявило нарушения, касающиеся в большей степени клеточного звена иммунитета.

При бактериологическом исследовании у больных с острым процессом высевались: Str. pneumoniae (4 больных- 50%), M. catarrhalis (2- 25%), Staph. aureus (1- 12,5%), один посев роста не дал. В случае хронического процесса получены следующие результаты исследования: Staph. aureus (4 больных- 36,4%), Staph. epidermidis (3- 27,3%), энтеробактерии (1- 9,1%), микробные ассоциации (3- 27,3%).

Всем пациентам проводилась терапия, включавшая: пункцию и дренирование гайморовых пазух (13 больных) с последующим промыванием растворами антисептиков и протеолитических ферментов или вакуум- терапию носа (6 больных), антибактериальную терапию (назначалась эмпирически и по результатам микробиологического исследования), антигистаминные препараты, сосудосуживающие капли в нос, в двух случаях дополнительно выполнялась трепанопункция лобных пазух. После семидневного курса лечения у всей группы больных отмечалось лишь незначительное улучшение носового дыхания и уменьшение отёка носовых раковин. Таким образом, проведение недельного курса стандартной терапии риносинусита не устраняло явлений назальной обструкции, ограничивающих поступление лекарственных веществ в полость носа, отрицательно влияющих на самочувствие пациентов и продлевающих сроки лечения.

С целью восстановления носового дыхания и функционирования соустий придаточных пазух в схему лечения мы ввели топические кортикостероиды. Глюкокортикоиды оказывают выраженное противоотёчное действие за счёт подавления выхода жидкости из сосудистого русла, снижения выработки слизи и противоспалительного действия, что делает глюкокортикоидную терапию важным многофакторным компонентом терапии синуситов.

Для этого был назначен препарат «Назонекс» в дозировке 2 ингаляции в каждый носовой ход 2 раза в день (общая суточная доза 400 мкг). В результате проводимой комплексной терапии у 14 больных (73,7 %) полное восстановление носового дыхания и дренажной функции пазух наступило в течение первой недели, а у 5 (26,3 %) больных в течение 10 дней от начала введения топических стероидов. Купирование клинических симптомов острого синусита и обострения хронического синусита у наблюдаемых больных отмечалось в течение 8-14 дней с момента включения

глюкокортикоидов в комплекс терапии.

Полученные данные позволяют сделать вывод о целесообразности включения топических кортикостероидов в комплексную терапию пациентам с острыми и хроническими синуситами, протекающими на фоне инфекционной аллергии.

ПОВЕДЕНИЕ ТУЧНЫХ КЛЕТОК В ЗОНЕ ПИЩЕВОДНОГО АНАСТОМОЗА

К.А. Пресняков

МУЗ «Городская больницы им Н.А. Семашко,
1-я детская поликлиника
Пенза

Тучные клетки широко представлены в тканях организма и принимают активное участие в пролиферативных процессах и, в частности, в ангиогенезе (Jakobsson A., Sorbo J., Norbe K. 1990; Chyczewska E. Chyczewski L. Barczyk M., Kowal E. 1995; Майбордин И.В. Домников А.В. Ковалевский К.П. 2003). Морфологическое различие тучных клеток выделяли А.А. Максимов, Pappenheim и др.: ядро имеет округлую или овальную форму, у базофилов ядро лапчатое. В тучных клетках содержатся: гепарин, гистамин, протеазы, цитокины. Под влиянием различных раздражителей они дегранулируются, освобождая свои продукты в окружающее пространство. Высчитывание количества тучных клеток и содержание в них гранул гепарина говорит о состоянии гемостаза по линии пищеводного анастомоза.

В эксперименте на животных, собаках нами изучено поведение тучных клеток в области операционной раны (анастомоз) пищевода. Анастомоз формировали швом по Ламбер-Альберт, Гамби на шейном отделе. Зону анастомоза забирали на 1-ые, 3-и, 5-ые , 7-ые, 10-ые, 15-ые, 20-ые, 30-сутки после оперативного вмешательства. Применяли гистологические и гистохимические методы дифференцировки клеток. Окраску производили гематоксилин - эозином для обзорного осмотра, альциановым синим, по Ван-Гизон, гликозаминогликаны дифференцировали нейтральным красным по Сугияма Такетоши в собственной модификации. При этом тучные клетки дифференцировали по морфологии и наличию коричневых гранул (гепарина). Экспериментальная часть выполнена в МГУ им Н.П. Огарева г. Саранск, морфологическая часть - на кафедре патологической анатомии медицинского института ПГУ г Пензы

Шов по Гамби, однорядный.

Первые сутки после операции характеризуются наличием большого количества тучных клеток в поле зрения до 40. На вершине шовного валика обнаруживается широкая гнойно-некротическая зона. В ней не выявляется тучных клеток. Под пищеводным эпителием в подслизистой основе -

редкие короткие коричневые волоконца при окраске по Сугияма Такетоши.

Третьи сутки после операции. Среди широких полей розового цвета (сульфатированные гликозаминогликаны) при окраске по Сугияма Такетоши выявляются полудегранулированные тучные клетки. Общее количество тучных клеток 3 - 4 в поле зрения, в клетках ядро увеличено в размерах и вокруг него несколько мелких коричневых гранул. В зоне анастомоза малые округлые участки с коричневыми волокнами среди светлых промежутков основного вещества.

На пятые сутки после операции. Количество тучных от 1 - 2 в поле зрения в одних препаратах до 2 - 3 в других. Гнойно некротическая зона на вершине валика обширная сохраняется.

Седьмые сутки после операции. Под собственными пищеводными железами увеличение красных поле при окраске по С. Такетоши. Обнаруживаются редкие короткие линейные волоконца коричневого цвета. Количество тучных клеток уменьшается до 2 в поле зрения, во многих препаратах они не обнаруживаются, как в основном веществе, так и среди мышечной части стенки. На поверхности со стороны слизистой оболочки выявляются уплощенные клетки, в цитоплазме которых обнаруживаются коричневые гранулы, отнести эти клетки к эпителиальным или тучным по морфологическим признакам достоверно нельзя.

На десятые послеоперационные сутки. Тучные клетки в основном располагаются под собственно пищеводными железами. Среди них обнаруживаются по 2-3 тучных клетки в поле зрения. Коричневых (гиалуроновой кислоты) волокон выявить почти не удается на многих препаратах, а те, что обнаруживаются короткие мелкие.

Пятнадцатые сутки после операции. Тучные клетки единичные в поле зрения. Площадь полей коричневых волокон увеличивается, в толще них обнаруживаются крупные фибробластные клетки.

Двадцатые сутки. Тучных клеток выявляется 5 - 8 в поле зрения, часть из них дегранулированны. В толще линии анастомоза вытянутые коричневые волокон, окруженные большим количеством лимфоцитов. В красных полях по линии стыка, обильно выявляются новообразованные тонкостенные кровеносные сосуды. В под эпителиальной зоне обнаруживаются вновь образованные островки красных полей, по периферии которых выявляются коричневые волокна.

Тридцатые сутки. Наличие тучных клеток 2 - 4 в поле зрения в подэпителиальной зоне стенки пищевода, увеличивается количество коричневых волокон. В адвентиции также наличие коричневых волоконец. В рубце красные поля соединяются и прослеживаются без разрывов от адвентиции до поджелезистой зоны подслизистой основы.

Сороковые сутки после операции. Выявить тучных клеток в большинстве прерпаратов не удается или 1-2 в проле зрения. Наличие коричневых волокон в подэпителиальной зоне. Красные поля уменьшаются в раз-

мерах

Количество тучных клеток в инвертированном шве анастомоза сформированное по Ламберт-Альберту.

Кишечный шов по Ламбер-Алберту это двух рядный шов наиболее распространеннй в современной практике желудочно-кишечной хирургии. И довольно часто происходит неблагоприятное его заживление. Поведение тучных клеток недосточно изучено в стенке кишечной трубки. Тучные же клетки принимвают активное участие в рапарационных процессах.

Первые сутки после операции. Тучных клеток выявить в толще шва не удается, из-за сильного развития сосудистого некроза на вершине шовного валика широкая гнойно-некротическая зона.

Третьи сутки после операции. Гнойно-некротическая зона на вершине шовного валика достаточно выражена во всех случаях. В утолщенной базальной мембране эпителия у основания шовного валика за счет сульфатированных гликозаминогликанов обнаруживаются 5-8 тучных клеток в поле зрения. В мышечной стенке редкие, короткие коричневые волоконца. В адвентиции обнаруживаются усиленные образования красных полей идущие от стенок сосудов, которые эти стенки и опутывают

Пятые сутки после операции. На вершине шовного валика лейкоцитарно-некротическая зона. Эпителии наползает на вершину шовного валика в виде "языков пламени" (или паппиломатозного разрастание). В толще анастомоза данных образований красные поля при окраске по Такетоши Сугияма, с единичными коричневыми волоконцами. В поле зрения можно обнаружить 2 - 3 тучные клетки.

На седьмые сутки после операции. Тучных клеток найти нам не удается. В основании шовного валика в соединительной ткани выявляются коричневые волокна.

Десятые сутки. Выявить достоверно тучных клеток не удается по линии шва пищеводного анастомоза. Среди мышечных волокон диффузное разрастание красных и коричневых волокон. Со стороны адвентиции усиленное образование коричневых полей. Сосудов новообразованных (тонкостенных) обнаружить почти не удается. В некоторых препаратах их полностью отсутствие.

Вывод. Данный вид шва анастомоза показывает выраженную напряженность репаративных процесс и их раннее истощение, о чем свидетельствует недостаточное наличие тучных клеток в области шва пищеводного анастомоза и резкое снижение количества кровеносных сосудов до полного их отсутствия при наличии достаточного основного (гелеобразного) вещества. Двухрядный шов вызывает более выраженные гипоксически-некротические изменения в пищеводном анастомозе.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕРОДОВЫХ ДЕПРЕССИЙ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

А.А. Прибытков, Р.Н. Лемясова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
ГУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова»,
Пенза

Актуальность изучения депрессивных расстройств послеродового периода обусловлена их высокой распространенностью в акушерской практике. Депрессии невротического уровня наблюдаются у родильниц с частотой 10-15 %. Однако, в большинстве случаев послеродовые депрессии остаются нераспознанными, что связано с атипичностью клинической картины депрессивных расстройств, а так же с нежеланием родильниц обращаться за врачебной помощью. Матери, страдающие депрессией в послеродовом периоде, избегают контакта со специалистами в связи с глубоким чувством вины, связанным с нарушением формирования привязанности к ребенку.

Нами были исследованы 104 женщины с послеродовыми депрессиями непсихотического уровня. Средний возраст пациенток составил 25,1±5,1 лет.

Наиболее часто у родильниц наблюдался тревожно-депрессивный тип расстройств (в 51,9% наблюдений). У женщин с тревожно-депрессивным синдромом имели место проявления анксиозной симптоматики и болезненно пониженного настроения. Тревога проявлялась в виде «неясного чувства опасности», «внутреннего напряжения», «ожидания чего-то неприятного, плохого». Женщины жаловались на «беспричинный страх», «неопределенное волнение». Тревожные расстройства имели «генеративную» фабулу: в переживаниях больных отражались беспокойство за здоровье ребенка, опасения, связанные с началом кормления, сомнения в возможности справиться с материнскими обязанностями. К соматическим проявлениям тревоги были отнесены «неприятные ощущения тяжести» в эпигастральной области, периодическая тошнота, озноб, повышенная потливость. Имело место непродуктивное повышение двигательной активности, «неусидчивость», отвлекаемость. Отношение к ребенку у матерей с тревожными расстройствами характеризовалось повышенным беспокойством о физическом здоровье младенца, гиперопекой ребенка, постоянными и необоснованными волнениями по поводу состояния его здоровья.

Вторым по частоте встречаемости оказался истеро-депрессивный тип расстройств (18,3 % наблюдений). В структуре болезненных проявлений у женщин этой группы, наряду с депрессивной, имела место истериче-

ская симптоматика. Родильницы с истеро-депрессивными расстройствами стремились быть в центре внимания окружающих, активно демонстрировали «как они страдают, как им тяжело». Переживания больных имели «генеративную» направленность, однако, в отличие от больных других групп, при истеро-депрессивном типе расстройств чаще звучало волнение за собственное здоровье, за исход послеродового периода, значительно меньше проявлялось беспокойство за ребенка. При этом в поведении и высказываниях больных проявлялась «театральность», «драматизация» своего состояния, склонность к преувеличению выраженности имеющихся болезненных нарушений. Отношение к ребенку у родильниц с истеро-депрессивными расстройствами характеризовалось частыми проявлениями раздражительности, сменявшимися слезами, чувством «собственного бессилия», жалобами на «неспособность справиться с ролью матери». Больные зачастую уделяли ребенку недостаточно внимания, были озабочены своим состоянием в ущерб уходу за новорожденным.

Астено-депрессивный тип послеродовых расстройств наблюдался у больных в 17,3 % случаев. Данный тип расстройств характеризовался пониженным настроением, снижением физической активности, а также наличием слабости, повышенной утомляемости, чувства понижения жизненного тонуса. Внешне больные выглядели подавленными, утомленными. У родильниц наблюдалось снижение толерантности к повседневным нагрузкам, истощаемость, общая слабость, стремление ограничить любые физические нагрузки. Типичными были когнитивные затруднения, проявлявшиеся в субъективных переживаниях «трудностей сосредоточения», «периодических ощущениях пустоты в голове», в увеличении времени выполнения психологических тестов. Характерными оказались проявления психической гиперестезии. Женщины жаловались, что «звуки кажутся слишком громкими», «свет режет глаза», «раздражает прикосновение одежды», «мешает присутствие соседок по палате». Отношение к ребенку у родильниц с астено-депрессивным типом расстройств отличалось малой эмоциональной вовлеченностью. Они выполняли материнские обязанности, но при этом отмечали, что «не способны испытать материнских чувств», «не испытывают положительных эмоций от общения с ребенком».

Реже всего (в 12,5% случаев) наблюдался меланхолический тип послеродовых депрессий. Данный вариант послеродовых депрессивных расстройств характеризовался относительной равномерностью и «чистотой» депрессивной триады. Клиническая картина определялась беспричинным пессимизмом, унынием, подавленностью, явлениями идеаторной и моторной заторможенности. Депрессивные расстройства подчинялись суточному ритму с улучшением состояния в вечернее время и углублением болезненных симптомов в утренние часы. В отношении к ребенку, также как и при астеническом типе депрессии, наблюдалась формальность, «механистичность», отсутствие достаточного эмоционального реагирования. Родильницы отмечали, что «отсутствует чувство радости» от общения с ре-

бенком, «не возникает привязанности к новорожденному». Больные следовали указаниям врачей, однако вели себя с ребенком «сухо», «отстранено», объясняя свое поведение «снижением жизненного тонуса, отсутствием побуждений к деятельности».

Таким образом, в структуре послеродовых депрессий преобладают тревожно-депрессивные психопатологические картины. Реже имеет место истерический и астенический тип депрессивных расстройств. Меланхолический тип депрессии встречается наиболее редко. Переживания больных в большинстве случаев имеют «генеративную» фабулу. У матерей с депрессивными расстройствами в послеродовом периоде наблюдается нарушение формирования отношения к новорожденному.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕСТ-СИСТЕМЫ «ИФА-IgE-ИмБио»

С.Ф. Радунская, Л.В. Невская, Е.И. Лавренчик

ФГУН ГИСК им.Л.А.Тарасевича Роспотребнадзора
Москва

IgE-опосредованные реакции играют важную роль в патогенезе аллергических заболеваний. Повышение уровня общего IgE выявляется при атопических аллергических заболеваниях, таких как бронхиальная астма, дерматит, поллиноз, крапивница, анафилактический шок и др.

Разработанная в ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ (филиал «ИмБио», г. Нижний Новгород) тест-система предназначена для количественного определения общего IgE в сыворотке крови человека методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Диагностическую эффективность тест-системы оценивали у 114 человек, из них: у 92 пациентов (43 взрослых и 49 детей) и у 22 практически здоровых лиц (контрольная группа). Среди обследованных пациентов (взрослые и дети) было 52 человека с пищевой, пыльцевой аллергией; 26 - с воспалительными заболеваниями ЖКТ; 12 - с органоспецифическими заболеваниями (болезнь Крона, муковисцедоз, целиакия); 2 - с гипер-IgE-синдромом.

Результаты обследования показали, что у взрослых пациентов, страдающих пищевой и пыльцевой аллергией уровень общего IgE был достоверно выше, чем в контрольной группе. Частота выявления повышенного уровня IgE составила 74% (26 чел.); из них у 20-ти пациентов концентрация общего IgE была в пределах 217,6±90,3 МЕ/мл, а у 6-ти – 4333,0±111,9 МЕ/мл.

У больных гипер-IgE-синдромом был значительно повышен уровень общего IgE (до 3378 МЕ/мл).

У 2-х пациентов из 4-х с болезнью Крона концентрация общего IgE

была выше нормы (106 и 156 МЕ\мл соответственно).

У всех пациентов с воспалительными заболеваниями ЖКТ, а также в контрольной группе показатели общего IgE были в пределах нормы.

У детского контингента лиц частота выявления повышенного уровня IgE у детей с аллергическими заболеваниями определялась в 70% случаев. У детей с воспалительными заболеваниями ЖКТ повышенный уровень общего IgE – в 37%, среди детей с органоспецифическими заболеваниями – в 62%.

С целью сравнения диагностической эффективности тест-системы «ИФА-IgE-ИмБио» было проведено параллельное тестирование 67 сывороток крови с использованием тест-системам для определения общего IgE – «Хема-Медикал», Россия; «Dr. Fooke», Германия; «Test Kit DRG International», США. Результаты исследований показали, что уровень общего IgE, определяемый вышеуказанными тест-системами был сопоставим.

Таким образом, клинические испытания подтвердили высокую диагностическую эффективность тест-системы «ИФА-IgE-ИмБио». Тест-система выявляет высокие и низкие концентрации IgE в сыворотке крови человека в широком диапазоне значений и сопоставима по чувствительности с аналоговыми тест-системами.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЗАТЯЖНОЙ КОНЪЮГАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Л.Г. Радченко, В.И. Струков, Т.Ю. Уланова, Е.А. Огольцова, И.В. Колина, Е.Б. Мусатова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
ГУЗ «Областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова»,
ГУЗ «Городской родильный дом № 1»,
Пенза

Гипербилирубинемия, сопровождаемая желтухой, одна из наиболее частых метаболических расстройств новорожденных детей. В настоящее время в литературе дискутируется вопрос определения времени продолжительности конъюгационной желтухи, когда таковую следует считать затяжной.

Как утверждают Прокопцева М.А. (1999) и Дегтярев Д.И. (2004) у 50 –60% доношенных новорожденных отмечается нарушение процессов конъюгации, в то время как у недоношенных этот показатель еще выше – 70-80%. Более продолжительное течение конъюгационных желтух у недоношенных детей объясняется морфофункциональной незрелостью, поздним стартом ферментов, участвующих в метаболизме билирубина (А.И. Хазанов, 1988; Н.П. Шабалов, 2006).

Московская школа неонатологов во главе с Н.Н. Володиным (2004)

под так называемой «затяжной желтухой» понимают такое состояние, когда продолжительность последней превышает 4 недели. В.М. Сидельникова (2006) определяет этот срок в 4–6 недель. Неонатологи Европейского Содружетсва (Т.Л. Гомеала, М.Д. Каннигам, 1995; Н.Р.К. Робертон, 1998) указывают на еще большую продолжительность затяжных желтух – до 9-12 недель.

В основе конъюгационных желтух лежит дисметаболический синдром (гипоксия, гипогликемия, лактатацидоз, гипопротеинемия, обезвоживание, переохлаждение, кормление грудным молоком и др.). Характерной чертой этих желтух является длительная гипербилирубинемия без признаков билирубиновой интоксикации (А.Г. Антонов, 2006). По данным И.И. Логиновой (1999) факторами риска развития затяжной желтухи у новорожденных детей помимо грудного вскармливания являются гестоз второй половины беременности, I (О) группа крови матери. Угнетение созревания глюкоронилтрансферазной системы печени отмечается у новорожденных детей, рожденных курящими женщинами, после стимуляции родов окситоцином, избытком гормонов и некоторых жирных кислот (А.А. Баранов, 2006). Особенно часто затяжная конъюгационная желтуха отмечается у новорожденных, находящихся на грудном вскармливании. В данном случае желтуха развивается у клинически здоровых детей, без признаков гепатомегалии, повышения концентрации трансаминаз и гемолиза.

Тактика ведения детей с конъюгационной желтухой на фоне кормления грудью по данным зарубежных авторов не требует лечения (Н.Р.К. Робертон, 1998). Отечественная школа неонатологов рекомендует терапию не только в раннем неонатальном периоде, но и на втором этапе выхаживания новорожденных (Н.Н. Володин, 2004). Учитывая вышеизложенное, проблема затяжных конъюгационных желтух является актуальной проблемой современной неонатологи.

Цель работы. Выявить особенности течения затяжных желтух у новорожденных детей в условиях промышленного центра (г. Пенза).

Материалы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ течения затяжных конъюгационных желтух. Из 109 наблюдаемых детей, 91 ребенок родился в срок и 18 преждевременно. Первородящие составили 67%, повторнородящие – 37%, возраст женщин колебался от 17 до 37 лет.

Методы исследования. Биохимические исследования крови (определение билирубина, трансаминаз, белка и белковых фракций, печеночные пробы), клинический анализ крови, общий анализ мочи, кал на стеркобилин, уробилин в моче и серологические исследования на ВУИ.

Результаты исследования. Нами выделено два варианта течения конъюгационных желтух у новорожденных, находящихся на грудном вскармливании:

- 1-й «ранний» - возникает на 3-й день жизни, (непрямая гипербилирубинемия колеблется от 170 до 200 мкмоль/л);

- 2-й «поздний», появляется к концу первой недели жизни, протекает

по типу «затяжной» конъюгационной желтухи (непрямая гипербилирубинемия на первой неделе от 205 до 255 мкмоль/л, с постепенным снижением в течение последующих 2-х недель жизни и нормализацией к 1,5 – 3 месяцам жизни).

Наша тактика ведения такой категории детей включала в себя: соблюдение питьевого режима (5% глюкозы при отсутствии реакции на нее), сорбенты («Смекта», не ранее 7-го дня жизни, активированный уголь). При признаках затруднения желчеотделения (запоры, гипохоличный стул) – желчегонные («Галстена», «Хепель» - по 1 капле × 3 раза в сутки, аллохол в возрастной дозировке); препараты уросодезоксихолевой кислоты (урсосан, урсофальк – позже 6 – 7 дня жизни), сернокислая магнезия per os, «слепое зондирование» - тюбажи. Хороший эффект оказывают препараты, улучшающие обмен, так называемые метаболиты – карнитин хлорид 20% (L-Car) – по 1 – 3 капли × 3 раза в день, «ЛИВ–52» – 1 капля × 3 раза в день, фолиевая кислота. При сохранении желтухи более одного месяца и повышении концентрации непрямого билирубина более 205 мкмоль/л рекомендовано обследование и лечение ребенка в условиях стационара.

Заключение. Можно отметить, что в условиях промышленного города Пензы затяжная желтуха была выявлена у 51-53% доношенных новорожденных и у 78-79% недоношенных детей. Продолжительность затяжной желтухи у большинства обследованных колебалась от 4-5 до 8-9 недель жизни, что совпадает с литературными данными отечественных авторов.

АЛКОГОЛЬ – КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФАРМАКОТЕРАПИИ

А.М. Рахманкулов, О.И. Клюев, Р.В. Абрамочкин, В.И. Кафтайкин, С.А. Каверин, А.В. Аленкин

ГУЗ «Пензенский областной противотуберкулёзный диспансер»
Пенза

Одной из серьёзных проблем имеющих самое непосредственное отношение к работе врача любой специальности, является взаимодействие лекарственных средств и алкоголя. Алкоголь обладает угнетающим действие на ЦНС. Поэтому приём одновременно с алкоголем любого препарата, оказывающего хоть в малой степени собственное угнетающее действие на ЦНС, может быть опасным вследствие этого влияния и перейти в кому. Это касается, прежде всего, транквилизаторов и многих других веществ, обладающих седативным свойством.

Если врачами более или менее учитывается сочетание алкоголя и нейротропных средств в плане возможности отрицательных последствий, то гораздо меньше уделяется внимания неблагоприятным последствиям сочетания алкоголя и многих лекарств, особенно широко применяемых в

терапевтической практике. Очень опасным является совместный приём алкоголя и нестероидных противовоспалительных средств.

Не следует забывать также выраженного действия алкоголя на углеводный обмен. У больных сахарным диабетом, получающих инсулин, приём алкоголя может спровоцировать гипогликемическую кому.

Особый интерес представляет взаимодействие алкоголя и лекарственных средств, влияющих на сердечно-сосудистую систему. В сочетании с сосудорасширяющими препаратами периферического действия (нитроглицерин, эринит, нитросорбид), алкоголь может резко усилить вызываемую ими обычно небольшую гипотензию. Для профилактики стенокардии широко применяют В-адреноблокаторы. Некоторые из них (анаприлин) используют при купировании алкогольного абстинентного синдрома. В любом случае эти вещества ослабляют работу сердца. Последнее становится катастрофически опасным при одновременном употреблении алкоголя, а также в случаях алкогольной кардиомиопатии. Полагают, что алкогольная кардиомиопатия составляет 1/3 всех выявляемых случаев кардиомиопатий и при продолжающейся алкоголизации становится причиной смерти у 40-50% таких лиц в ближайшие 3-6 лет. Особую опасность алкогольная кардиомиопатия представляет как фактор, вызывающий внезапную «сердечную смерть», особенно у мужчин. Следует помнить, что остановка сердца в случаях недиагностированной алкогольной кардиомиопатиии, как обычно и бывает, вполне может быть спровоцирована приёмом лекарств (Вихерт; Цыпленкова, 1987).

Ничем иным, кроме как следствием воздействия сочетания алкоголя и бронхолитиков, среди которых особенно популярны В-адренолитики, невозможно объяснить скоропостижную смерть, описанную у больных бронхиальной астмой после приёма алкоголя (А.А. Кочумян, 1987).

Систематическое употребление алкоголя сопровождается активацией микросомальных монооксидаз печени, главным образом цитохрома Р-450. Это ведёт к существенному повышению скорости биотрансформации многих лекарственных средств и ослаблению их терапевтического эффекта. Эта позиция касается барбитуратов: противоэпилептических средств (дифенина, карбамазепина); кумариновых антикоагулянтов; антибиоттиков – доксициклина и рифампицина, что существенно повышает возможность формирования устойчивых к ним штаммов микроорганизмов (М.А. Лео, 1987; С.С. Либер, 1987). Для некоторых препаратов, например одного из самых распространённых анальгетиков парацетамола, биотрансформация на фоне алкоголя сопровождается образованием токсичных метаболитов, способных вызывать некроз печени и острую почечную недостаточность (Н. Денисон, 1987; С. Рихард, 1988).

Следует помнить, также, что алкоголь препятствует разрушению в печени нитрозаминов. Это, как полагают, является немаловажным фактором в развитии злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта (П.Ф. Шванн, 1987).

Таким образом, назначая лекарственную терапию, врач обязан считаться с возможным алкогольным анамнезом больного и заранее предвидеть угрожающие ему опасности.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ НА УРОВНЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.М. Рахманкулов, А.Г. Загребаев, Г.С. Хасаншин, Р.В. Абрамочкин

ГУЗ «Областной противотуберкулёзный диспансер»
Пенза

Одной из важнейших задач дальнейшего развития здравоохранения на ближайшее время будет активизация и совершенствование работы, а также повышение роли лечебно-профилактических учреждений в профилактике и выявлении больных наркологическими заболеваниями, особенно алкоголизмом.

Результаты специальных исследований свидетельствуют, что число учтённых алкоголиков далеко не отражает истинные размеры злоупотребления алкоголем. Значительная часть лиц, страдающих алкоголизмом, не стоят на учёте.

Изучение деятельности наркологической службы области, медвытрезвителей и других звеньев борьбы с алкоголизмом и пьянством показывает, что между ними отсутствует чёткая взаимосвязь и преемственность в работе и, как следствие этого – низкая эффективность административных, общественных и медицинских мер.

Необходимость активного и полного выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем, взятие их на учёт и осуществление в отношении них комплекса мер медико-социального воздействия требуют создания более стройной, узаконенной системы, которая бы объединяла и координировала усилия медицинских работников, административных органов и общественности, особенно по месту жительства злоупотребляющих алкоголем. Именно этот контингент больных в здравоохранении вносит «основной вклад» в дестабилизацию экономических потерь области. Общеизвестно, что злоупотребление алкоголем ведёт в большинстве своём к хронизации острого процесса, к обострению хронических заболеваний и как следствие более значительное нахождение на «больничном листе».

К экономическим потерям следует отнести также прогулы, простои, брак, травмы и т.п., в основе которых лежит алкоголизм.

Сложность в выявлении больных алкоголизмом заключается в том, что они не считают себя больными вследствие проявления алкоголизма и в первой стадии заболевания, как правило, не попадают к врачу психиатру-наркологу. С другой стороны – сохранность больного, его критическое от-

ношение к своему недугу и желание от него избавиться мешает ему обратиться к наркологу и тем самым как бы публично заявить о своём пьянстве. Всё это в большинстве своём, побуждает больных обратиться к врачам других специальностей, которые, подчас не имея представлений о психиатрии и наркологии, смело берутся излечить хроническое заболевание, причём за деньги, за 1-2 дня. Отсюда вытекает ещё один негативный момент, что врачи психиатры-наркологи долго лечат больного.

Работа по выявлению больных алкоголизмом в учреждениях здравоохранения должна проводиться по единому комплексному плану. В его составлении должны принимать участие управление здравоохранения и наркологический диспансер.

В качестве источника выявления ранних форм алкоголизма в учреждениях здравоохранения должны быть:

- наркологическая служба (диспансеры, районные наркокабинеты);
- учреждения общелечебной сети;
- стационары общего профиля;
- поликлиники, обслуживающие по территориальному и цеховому принципу;
- здравпункты;
- скорая и неотложная медицинская помощь;
- специализированные диспансеры;
- ЦРБ и участковые больницы, амбулатории и ФАПы (в сельской местности).

Профилактика алкоголизма и раннее выявление начальных форм должны проводиться на всех этапах оказания медицинской помощи, во всех звеньях здравоохранения.

Заподозрить злоупотребление спиртными напитками может каждый медицинский работник, любой специалист, но для этого необходимо, чтобы врач психиатр-нарколог провёл семинары с врачами и со средними медицинскими работниками общесоматической сети.

Очень хорошо отработанным звеном в выявлении злоупотребляющих алкоголем и передачи сведений в наркологические кабинеты и территориальные поликлиники были и остаются медицинские вытрезвители и опорные пункты охраны общественного порядка.

Таким образом, единый комплексный подход в выявлении злоупотребляющих алкоголем в учреждениях здравоохранения обеспечивает более точный учёт лиц, страдающих алкоголизмом, проведение первичной и вторичной профилактики, раннее выявление и взятие на учёт больных алкоголизмом.

ЛЕЧЕНИЕ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ф.К. Рахматуллов, А.М. Бибарсова, Ю.Б. Беляева

Медицинский институт ПГУ
Пенза

Цель работы. Оценка эффективности патогенетической и антиаритмической терапии пароксизмов фибрилляции предсердий у больных с субклинической дисфункцией щитовидной железы.

Материалы и методы исследования. Обследованы 68 больных с пароксизмами фибрилляции предсердий на фоне дисфункции щитовидной железы, из них - 35 мужчин и 33 женщины. Возраст больных составил от 28 до 52 лет, в среднем 38,6±3,5 года. На основании оценки уровня тиреоидных гормонов были выделены две группы больных. В первую группу вошли 32 человека с субклиническим гипотиреозом, во вторую - 36 пациентов с субклиническим тиреотоксикозом. Всем больным проведено комплексное клиническое обследование, эхокардиография, чреспищеводное электрофизиологическое исследование сердца, ультразвуковое исследование щитовидной железы, определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина, трийодтиронина в крови.

Результаты. Больным субклиническим гипотиреозом назначали L-тироксин в начальной дозе 12,5 – 25 мкг в сутки в течение 4 – 6 недель до полной нормализации уровня ТТГ. У 6 пациентов ввиду отсутствия динамики снижения уровня ТТГ доза L-тироксина была увеличена до 50 мкг в сутки. Урежение ПФП на 70% и более было достигнуто у 9 человек на фоне заместительной терапии L-тироксином, а у 6 пациентов – с помощью дополнительного применения антиаритмических средств. Препаратами выбора были аллапинин, хинидин-дурулес, ритмонорм.

У больных субклиническим тиреотоксикозом проводилось лечение мерказолилом в суточной дозировке 10 – 20 мг, также с контролем уровня ТТГ. Через 4 – 6 недель лечения у всех больных уровень ТТГ был в нормальных пределах. Антиаритмический эффект достигнут у 13 пациентов на фоне тиреостатической терапии, а у 7 - сочетанием тиреостатиков с антиаритмическими средствами – обзиданом, хинидином, комбинации обзидана с аллапинином.

Вывод. Таким образом, дифференцированная патогенетическая терапия пароксизмов фибрилляции предсердий позволяет достичь профилактического антиаритмического эффекта при субклиническом тиреотоксикозе в 36,1%, а при субклиническом гипотиреозе – в 28,1%.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Н.В. Румянцева, Н.М. Керженов

ГУЗ «Областной онкологический диспансер»
Пенза

В последние годы широкое распространение в клинической практике получили малотравматичные методы интервенционных вмешательств под контролем ультразвукового сканирования, не требующие сложных хирургических доступов и общей анестезии.

Методом выбора в диагностике кист молочных желез и лечении этой дисгормональной патологии в настоящее время является чрескожная тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия под ультразвуковым контролем (УЗ-ТАПБ), с последующей склеротерапией. Данное вмешательство сочетает анализ сонографической визуализации с инвазивным методом под контролем УЗ-сканера. Возможность прицельной пункции опухоли в режиме реального времени с целью дальнейшей морфологической верификации, что является наиболее экономически оправданным эффективным методом при объективной диагностике. Диапевтическая методика является одновременно диагностической и лечебной манипуляцией дает возможность малотравматичного лечения кистозных образований молочной железы, которые ранее требовали традиционного лечения.

В Пензенском ООД обследовано 127 пациенток с кистозными образованиями молочной железы. Тем пациенткам, у которых цитологическое исследование пунктата определило отсутствие пролиферации элементов выстилки кист, проведено склерозирование (121). После проведения динамического контроля в течение 6 месяцев от начала лечения благоприятный результат отмечен у 105 (86,7%) больных, у 16 больных (13,3%) выявлены рецидивы кист. Впоследствии этим больным проведено оперативное лечение (секторальная резекция молочной железы). Причины рецидивирования могут быть объяснены:

- недостаточной эвакуацией жидкости из кистозной полости;
- наличие толстостенной кисты;
- недостаточной компрессией воздуха в полости кисты после эвакуации ее содержимого.

Противопоказаниями для диапевтического метода лечения по нашему мнению является:

- объективное подозрение на злокачественный характер кисты;
- наличие пристеночных и внутрикистозных флотирующих образований;
- неоднократный рецидив заболевания;
- толстостенная киста.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о высокой эффективности диапевтического метода, и имеет определенные преимущества перед хирургическим методом лечения кистозных заболеваниях молочной железы. Вероятно, что более широкое применение этой методики позволит провести эффективное лечение некоторых форм кистозных изменений молочной железы. Это наиболее актуально при наличии множественной крупнокистозной дегенерации.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРИМЫШЕЧНОГО ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВЫХ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ СИНДРОМОВ В УСЛОВИЯХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

М.С. Рылеева, М.Ю. Столыпин, Н.И. Нестеренко, Н.Г. Мартынова

МУЗ «Городская клиническая больница №5»
Пенза

Проблема выбора тактики ведения больного с вертеброгенными болевыми синдромами обусловлена высокой частотой данной патологии, выраженной интенсивностью страданий больного, быстрым и достаточно стойким формированием неврологического дефекта в виде двигательных и чувствительных корешковых расстройств. Несвоевременное или неадекватное лечение может быть причиной необратимых процессов в корешке, что ведет к стойкой инвалидизации больного.

Традиционно для лечения вертеброгенных болевых синдромов применяются нестероидные противовоспалительные средства, препараты витаминов группы В, никотиновой кислоты, умеренная противоотечная терапия, физиолечение, массаж, лечебная физкультура и местное лечение на уровне пораженного сегмента, рефлексотерапия.

К манипуляциям на уровне пораженного сегмента мы относим мазевые аппликации, компрессы димексида, паравертебральные блокады. Помимо введения лекарственных средств вышеперечисленными методами нами широко используется метод капельного внутримышечного введения лекарственных смесей паравертебрально с одной стороны (соответственно страдающему корешку) или с обеих сторон – поочередно или одновременно из одного флакона двумя системами для капельного ведения лекарственных средств.

Состав лекарственной смеси индивидуален для каждого больного и зависит от интенсивности боли, давности обострения и выраженности корешкового синдрома. Основой для разведения служит раствор новокаина 0,5-0,25% в количестве 100,0-200,0мл (в зависимости от веса больного и др.). Основными компонентами являются растворы анальгина, димедрола, платифиллина гидротартрата. Оправдано применения раствора эуфиллина

как препарата, улучшающего кровообращение и обмен веществ. Из стероидных противовоспалительных средств отдаем предпочтение кеналогу, дипроспану, дексаметазону.

Применение внутримышечного капельного введения лекарственных средств паравертебрально позволяет добиться более раннего купирования боли при вертеброгенных болевых синдромах, провести противоотечную и противовоспалительную терапию непосредственно в зоне патологии.

Проведение данной процедуры требует достаточно длительного времени. Данное обстоятельство позволило нам включать ее в рецепт рефлексотерапевтической процедуры, когда местные точки и точки общего действия выбираются согласно стандартным правилам составления рецепта, а соответствующие сегментарные точки на меридиане мочевого пузыря выполняются стальными иглами систем для введения лекарственных средств с медленным капельным внутримышечным введением медикаментозных препаратов.

Данная методика доказала свою эффективность. Ее применение позволяет добиться улучшения в течение первых 1-3 суток, снизить сроки лечения в стационаре, а в последующем – на фоне длительного традиционного лечения на амбулаторном лечении (в том числе и санатонокурортного), уменьшить инвалидизацию больных.

НОВЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

М.Ю. Савельев, М.И. Алешаев, Р.С. Галеев

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
МУЗ «Городская больница им. Н.А. Семашко»
Пенза

Глаукома является одной из основных причин необратимой слепоты [Ерошевский Т.И., Нестеров А.П., 1977; Краснов М.М., 1980; Водовозов А.М., 1981; Либман Е.С., 1995]. Поэтому разработка эффективных методов ее лечения остается актуальной. Наиболее результативной антиглаукоматозной операцией является трабекулэктомия по J. Carins (1968) и ее модификации [Нестеров А.П., 1970; Федоров С.Н., 1974]. Однако развитие сосудистых осложнений, возникающих во время операции и в раннем послеоперационном периоде, приводят к снижению ее эффективности. Одним из наиболее характерных осложнений в раннем послеоперационном периоде является цилиохориоидальная отслойка (ЦХО). Ее частота колеблется от 9 до 30% по данным разных авторов [Нестеров А.П., 1974; Федоров С.Н., Козлов В.И., 1981; Еричев В.П., 1999]. Считают, что причиной ее развития является гипотония глаза и, как следствие этого, повышенная транссудация из расширенных хориоидальных сосудов. Наряду с этим указывают на

фактор резкого перепада внутриглазного давления (ВГД) в ходе операции как пускового механизма в развитии ЦХО [Хатминский Ю.В., 1982; Ерошевский Т.И., Парфенов И.С., 1984; Бочкарева А.А., 1985].

Цель нашей работы – разработать способ хирургического лечения открытоугольной глаукомы, который может предотвратить резкий перепад ВГД в ходе операции фистулизирующей трабекулэктомии.

Нами разработана новая методика фистулизирующей трабекулэктомии (Патент РФ № 2232000 от 10.07.2004). Техника операции: лимбальный разрез конъюнктивы на 12 часах длиной 4 мм, гемостаз. Из поверхностных слоев склеры выкраивается П-образный лоскут размером 3 × 3 мм основанием к лимбу. Под ним лезвием производится косой самогерметизирующийся прокол передней камеры в проекции склеральной шпоры, и в переднюю камеру вводится 0,1 мл вискоэластика («Вискомет» производства «Вартамана Интернэшнл Тредерс», Индия). Вследствие своей высокой вязкости он тампонирует угол передней камеры в операционной зоне. Иссечение лезвием глубоких слоев склеры размером 1 × 3 мм с зоной трабекул ниже склеральной шпоры. Выполняется базальная иридэктомия. Поверхностный склеральный лоскут укладывается на место, фиксируется двумя узловыми швами за углы лоскута. Непрерывный шов на конъюнктиву. Под конъюнктиву вводится дексазон 0,3 мл и гентамицин 0,3 мл. В конъюнктивальную полость закапывается 20% раствор сульфацил-натрия. Монокулярная асептическая повязка.

Результаты. По данной методике прооперировано 114 пациентов с первичной открытоугольной глаукомой в развитой (64 человека) и далеко зашедшей (50 человек) стадиях (табл. 1). Острота зрения у больных с развитой стадией составила 0,81 ± 0,15, с далеко зашедшей – 0,41 ± 0,09. Внутриглазное давление у больных с развитой глаукомой было в пределах 26-32 мм рт.ст., у пациентов с далеко зашедшей глаукомой – 32-41 мм рт.ст. на фоне гипотензивной терапии. В ходе хирургического вмешательства, проведенного по разработанной нами методике, осложнений не было. В раннем послеоперационном периоде у 2 больных наблюдалась ЦХО (1,65%) и у 4 – гифема (3,3%). При этом следует отметить, что гифема во всех случаях локализовалась в верхнем сегменте передней камеры в виде мелких геморрагий, взвешенных в «пузырьке» вискоэластика, который просматривался в области послеоперационной фистулы и тампонировал поврежденные сосуды. Полное рассасывание вискоэластика и геморрагий происходило на 2-4 сутки после операции.

Наблюдения показали, что ВГД нормализовалось у всех прооперированных больных. В развитой стадии ВГД снизилось до 18,21 ± 1,61 мм рт.ст., в далеко зашедшей до 20,81 ± 2,41 мм рт.ст. (табл. 1). Острота зрения в группе больных с развитой стадией глаукомы не ухудшилась и сохранилась на уровне 0,81 ± 0,15, а в группе с далеко зашедшей стадией повысилась до 0,51 ± 0,11.

Обсуждение. Полученные результаты показали, что за счет плавного

снижения ВГД в ходе операции благодаря тампонированию вискоэластиком операционной раны и сосудов в зоне операции удалось предотвратить интраоперационные осложнения и снизить частоту осложнений в раннем послеоперационном периоде. Так, в основной группе гифема наблюдалась в 3,3%, в контрольной – 12%. Отслойка сосудистой оболочки в основной группе развилась в 1,65% случаев, а в контрольной – в 6%. Синдром мелкой камеры отмечался только в контрольной группе – 8% случаев.

Положительным моментом предлагаемого способа хирургического лечения открытоугольной глаукомы является отсутствие гипотонии в раннем послеоперационном периоде. Обусловлено это тем, что присутствие вискоэластика в передней камере глаза приводит к временному затруднению оттока внутриглазной жидкости по вновь созданным путям фильтрации. Это сопровождается развитием транзиторной гипертензии, постепенно исчезающей к 3-4 суткам после операции. У наших пациентов гипотония в раннем послеоперационном периоде наблюдалась в трех случаях, в двух причиной ее явилась недостаточная герметизация послеоперационной раны, что потребовало дополнительной шовной герметизации поверхностного склерального лоскута и конъюнктивы. В 1 случае нормализация ВГД произошла самостоятельно.

Таким образом, использование вискоэластика в ходе операции позволяет плавно снизить ВГД и постепенно адаптировать сосуды и ткани глаза к перепаду внутриглазного давления. Разработанная методика хирургического лечения глаукомы позволила значительно снизить количество операционных и послеоперационных осложнений по сравнению с контрольной группой. Разработанная новая операция хирургического лечения глаукомы патогенетически обоснованна, эффективна и проста в исполнении.

Таблица 1

Острота зрения, офтальмотонус и гидродинамика глаз больных до и после операции (114 человек)

Показатели		Развитая стадия (n = 64)		Далеко зашедшая стадия (n = 50)	
		До операции	После операции	До операции	После операции
Острота зрения		0,81 ± 0,15	0,81 ± 0,15	0,41 ± 0,09	0,51 ± 0,11
P_t, мм рт.ст.		30,12 ± 1,21	18,21 ± 0,61	36,11 ± 1,12	20,81 ± 2,41
Показатели электронной тонографии ТНЦ-100	P_0, мм рт.ст.	26,6 ± 0,64	12,8 ± 1,3	28,4 ± 0,83	14,4 ± 1,5
	C, $мм^3$/мин · мм рт.ст.	0,11 ± 0,01	0,27 ± 0,05	0,09 ± 0,02	0,24 ± 0,02
	F, $мм^3$/мин	1,5 ± 0,5	3,2 ± 0,4	1,6 ± 0,9	3,1 ± 0,65
	КБ	221 ± 21	62 ± 7	286 ± 18	68 ± 8

РОЛЬ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Л.Е. Савельева

ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД
и инфекционными заболеваниями»,
Пенза

Эра антиретровирусной терапии началась в 1987г., когда в США был зарегистрирован первый лекарственный препарат для лечения ВИЧ-инфекции – зидовудин. В это же время в России начали применять его аналог - азидотимидин. В 1991 и 1992 гг. в арсенале врачей появились 2 новых препарата относящихся к той же группе. В 1995г. был зарегистрирован первый препарат из группы ингибиторов протеазы ВИЧ. В настоящее время разработаны и используются в лечебной практике врачей более 20 антиретровирусных препаратов, способных воздействовать на вирус иммунодефицита человека.

Первую группу составляют препараты, блокирующие процесс синтеза вирусной ДНК в результате встраивания дефектного аналога – это нуклеозидные ингибиторы фермента обратной транскриптазы (НИОТ). Вторую группу составляют препараты, блокирующие активный центр фермента вируса - это ненуклеозидные ингибиторы фермента обратной транскриптазы (ННИОТ). Третью группу составляют препараты, блокирующие фермент протеазу и нарушающие формирование вирусных белков - это ингибиторы протеазы (ИП). Четвертую группу составляют препараты, препятствующие слиянию вирусной частицы и лимфоцита - это ингибиторы фузии (ИФ).

Сочетание двух, трех, четырех и более препаратов разных групп позволило добиться максимальных результатов в подавлении репликации вируса иммунодефицита человека у большинства пациентов, и это было началом высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), снижающей смертность от СПИДа в 7-8 раз.

В Пензе использование антиретровирусных препаратов в виде би-терапии началось в 2002г., а три-терапии (ВААРТ) в 2005г.

Приводим пример эффективности использования АРВТ на протяжении 4 лет одной из пациенток: женщина, 46 лет, половой путь заражения, взята на диспансерный учет в июле 1998 года с диагнозом: «ВИЧ-инфекция, стадия бессимптомного вирусоносительства». На протяжении первых четырех лет наблюдения у пациентки отмечались редкие ОРЗ. С 2001г. появилось непрерывно-рецидивирующее течение диффузного нейродермита.

В 2002 году в связи с истощением защитных сил макроорганизма и присоединением оппортунистических инфекций: волосистая лейкоплакия языка, кандидозный стоматит, кандидозный вульвовагинит, анемия,- паци-

ентка была переведена в стадию вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции IV Б. Показатели иммунитета в тот период составляли 370 клеток СД 4.

В июле 2003 года при снижении СД 4 до 298 клеток и высокой вирусной нагрузке до 800000 копий РНК/мл пациентке была назначена антиретровирусная терапия из двух препаратов. В 2003–2005 гг. в связи с побочными эффектами или отсутствием лекарственных препаратов происходила замена одних лекарственных средств на другие. Одновременный прием 2-х препаратов показал хорошую эффективность лечения: снизилась вирусная нагрузка до 444 копий/мл и повысились показатели СД 4 до 388-475 клеток.

С 2005 года пациентка стала получать высокоактивную антиретровирусную терапию, состоящую из трех препаратов. На протяжении этих последних лет происходили также замены одних схем лечения на другие. Но показатели иммунограммы имели тенденцию к постоянному увеличению: от 630 клеток СД 4 в 2005 году до 794 клеток в 2006 году и 1095 клеток в марте 2007года. Отмечалось стойкое снижение РНК ВИЧ до неопределяемого уровня.

Вследствие проводимой АРВТ клинические проявления вторичных заболеваний ВИЧ – инфекции (кандидозный стоматит, вульвовагинит, волосистая лейкоплакия языка, анемия) исчезли. Произошло стойкое подавление репликации ВИЧ и восстановление иммунной системы, препятствующей возникновению инфекций, онкологических заболеваний, которые, как правило, становятся непосредственной причиной смерти.

Однако следует отметить, что для достижения этой цели необходимы:

- максимальная приверженность пациентов к лечению (не менее 95 %), т.е. полное и постоянное выполнение пациентом рекомендаций врача по приему лекарственных препаратов на протяжении длительного времени;
- рациональный выбор схемы лекарственной терапии, с учетом образа жизни, наличия сопутствующих заболеваний и ранее принимаемых препаратов.

Из приведенного примера видно, что прием АРВТ сдерживает дальнейшее прогрессирование заболевания, ведет к улучшению самочувствия, максимально и стойко подавляет репликацию ВИЧ (снижает вирусную нагрузку), восстанавливает функции иммунной системы, повышает качество жизни пациента. Это и является той целью, которая стоит при назначении АРВТ.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ БОЕВОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Н.В. Савельева, М.А. Иошкина, Ю.Е. Долгова

ГУЗ «Областной госпиталь для ветеранов войн»,
Пенза

Стихийные бедствия, постигшие нашу страну за последние годы, межнациональные и межрегиональные конфликты, рост насилия с очевидностью показали, насколько важна помощь их жертвам, в особенности участникам боевых действий, выполнявшим задачи в экстремальных условиях. В настоящее время на территории Пензенской области и в г. Пензе проживает более 9 тысяч участников боевых действий. Участники и инвалиды боевых действий имеют особый физический и психофизиологический статус, который следует учитывать при проведении реабилитации: они перенесли различные травмы при взрывах, пулевые и осколочные ранения, контузии при падениях с высоты и подрывах, баротравмы; в результате длительных физических нагрузок - повышенное воздействие на позвоночник; имеются последствия длительного интенсивного психоэмоционального перенапряжения. Все это обусловливает необходимость выявления особенностей возникновения и развития заболеваний, последствий травм и психогенных нарушений, а также форм и методов медицинской реабилитации данного контингента.

С 1 января 2003 года на базе неврологического отделения ГВВ открыто новое структурное подразделение - Центр медико-психологической реабилитации участников боевых действий на 10 коек круглосуточного пребывания больных, в марте 2006 года расширенный до 20 коек.

За 2004 – 2006 гг. пролечено 558 участников боевых действий, в 2006 к ним присоединились члены семей УБД. При обследовании пациентов используются клинические, параклинические, рентгенологические и электрофизиологические методики, при необходимости – КТ и МРТ. По показаниям больные обследуются врачами других специальностей.

Анализируя состав пролеченных больных, следует отметить стабильность структуры нозологических форм. На первом месте по обращаемости в Центр стоят пациенты с последствиями ранений и травм (пролечено 178 чел), на втором месте - с заболеваниями костно-мышечной системы (166 чел), на третьем - с сосудистой патологией (61 чел). Кроме того, наблюдается рост числа больных с токсическими поражениями нервной системы (13 чел).

Из перенесенных ранений и травм доминируют черепно-мозговые травмы, в основном контузии. В зависимости от преобладающей симптоматики лица с последствиями боевой ЧМТ были разделены на 4 группы.

Программа реабилитации пациентов составляется индивидуально, с учетом основного и сопутствующих заболеваний, определяются показания

и противопоказания к каждой процедуре, учитывается совместимость методов лечения, подбирается их оптимальное взаимодействие. В Центре внедрены разработанные на этих принципах лечебно-реабилитационные программы.

Первая программа реабилитации рассчитана на больных с последствиями ЧМТ с кохлеовестибулярными, вегетососудистыми, гипоталямическими расстройствами и минимальными нарушениями адаптации. Программа включает транквилизаторы, ноотропы, сосудистые препараты, дегидратацию, вегетостабилизаторы, витамины, нейропротекторы. Из физиотерапевтических процедур широко применяется электрофорез лекарственных средств на шейный отдел позвоночника, трансорбитально, интраназально; электросон, гальванизация, массаж.

При существенной дезадаптации, связанной с полиморфными невротическими или психопатоподобными расстройствами, проводится вторая программа реабилитации. В дополнении к первой здесь используется сочетание транквилизаторов и антидепрессантов, «малых» нейролептиков (сонапакс, эглонил). Лекарственная и физиотерапевтическая коррекция имеющихся нарушений проводится совместно с психологом, психиатром.

Третья программа предназначена для пациентов с посттравматической эпилепсией. Достаточно часто при эпилепсии наблюдаются нарушения психики, коммуникации, обучения, поведения и мышления, эмоциональные нарушения. Они связаны как с посттравматическим поражением мозга, приведшим к развитию эпилепсии, так и с межприступной эпилептической активностью в мозге больного. Применение в этой группе большинства ноотропов, антидепрессантов, сосудистых препаратов безуспешно. Они снижают порог судорожной готовности и активируют эпилептическую активность. Мы используем противосудорожные средства, кортексин, пантогам, глиатилин, витаминотерапию. Подбор препаратов и дозировок проводится под контролем ЭЭГ.

Четвёртая программа выполняется у пациентов с выраженными очаговыми неврологическими расстройствами после перенесённых травм и существенной дезадаптацией. Помимо ноотропов, сосудистых препаратов, витаминов, нейропротекторов, большое внимание уделяется лечебной физкультуре, миостимуляции, массажу.

Результатом реабилитационных мероприятий в большинстве случаев (414 чел) явилось достижение ремиссии разной степени стойкости. Улучшение отмечено при этом как субъективно, так и при объективном осмотре. У части пациентов не удалось добиться стабильной положительной динамики ввиду либо давности заболевания и полученных травм, либо их выраженности (49 чел). В связи со значительной алкоголизацией и нередкой социальной дезадаптацией данного контингента реабилитация оказывается незавершенной в 20 случаях.

Таким образом, успех реабилитации зависит от сроков начала лечения, его комплексности и последовательности, а также учета особенностей

проявления заболевания у конкретного пациента. Одним из важных факторов, оказывающих влияние на стойкость достигнутых результатов, является при этом степень социально-психологической адаптации пациентов. Недостаточная информированность данной категории лиц о возможностях получения медицинской помощи, некритическое отношение к состоянию своего здоровья, недооценка возможностей медицинской и психологической помощи являются факторами, затрудняющими проведение реабилитационных мероприятий.

АНТИСТАФИЛОКОККОВАЯ АКТИВНОСТЬ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ, РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ И ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

П.Н. Савилов, А.Я.. Туровский, С.Я. Дьячкова

Воронежская государственная медицинская академия,
Воронежский государственный университет
Воронеж

Исследованиями установлено, что химическое и механическое повреждение печени приводит к снижению активности сывороточных лизоцима и β-лизинов (П.Н. Савилов с соавт., 2003). В свою очередь, гипербарическая оксигенация (ГБО) способна предотвращать снижение антимикробной зашиты организма при патологии (С.Я. Дьячкова , 1996). Целью настоящей работы явилось изучение влияния резекции печени и ГБО на бактерицидную активность сыворотки крови по отношению к патогенному штамму стафилококка при хроническом гепатите,

Опыты проведены на 70 беспородных половозрелых белых крысах (самках). Хронический гепатит воспроизводили введением 50% раствора тетрахлорметана (CCl_4) на оливковом масле в течение 65 суток через день с двумя двухнедельными перерывами между 6 и 7, 13 и 14 инъекциями. Резекцию печени (РП, 15-20% массы органа) осуществляли электроножём, удаляя часть левой доли на 65-е сутки введения токсина и у здоровых животных. ГБО проводили медицинским кислородом в режиме 3 ата, 50 мин, 1 сеанс в сутки в первые трое суток послеоперационного периода. Животные разделены на 5 серий опытов. 1 серия – интактные животные (норма): 2 серия – животные, исследованные на 65-е сутки введения CCl_4; 3 серия – животные с CCl_4) –гепатитом, исследованные на 3-и сутки после лапаротомии «ложнооперированные»,; 4 серия - животные с CCl_4-гепатитом, исследованные на 3-и сутки после РП; 5 серия - животные с CCl_4-гепатитом, исследованные на 3-и сутки после РП+ГБО; Исследовали бактерицидный индекс сыворотки ((БИС) артериальной (аорта) и венозной (v. porta и v.hepatica) крови к патогенному штамму золотистого стафилококка *S. aureus* (штамм №209) чашечным способом по С.Я Дьячковой (2003). Резуль-

таты обработаны статистически с использованием непараметрического критерия Вилкоксона-Манна-Уитни.

Исследованиями установлено, что у интактных крыс БИС к *S. aureus 209* притекающей к печени крови достоверно превышал аналогичный показатель крови печёночных вен. Это указывает на частичную ретенцию в печени гуморальных факторов (антител), детерминирующих бактерицидность сыворотки к данному микробу. На 65-е сутки введения CCl_4 отмечено достоверное снижение БИС притекающей и оттекающей от печени крови к *S. aureus 209*, но при этом печень сохраняло способность снижать антистафилококкву активность сыворотки притекающей крови v.hepatica (табл.). Применение лапаротомии не влияло на БИС артериальной и портальной крови, но вызывало полное подавление антистафилокковой активности сыворотки крови (табл.). Сопоставление результатов позволяет говорить о полном подавлении способности печени частично депонировать антитела к *S. aureus209*. Применение РП на фоне хронического CCl_4-гепатита приводило к полному подавлению антистафилококковой активности сыворотки притекающей и оттекающей от оперированной печени крови, в результате этого БИС к *S. aureus 209* становился равным единице (табл.). В условиях трёхдневного курса ГБО отмечено увеличение БИС к *S. aureus 209* в артериальной, портальной крови и крови печёночных вен по сравнению с животными 4-й серии опытов, соответственно, на 58%, 11% и 14% (табл.). В артериальной крови и крови печёночных вен он достоверно не отличался от нормы, в крови воротной вены был ниже неё на 35% (табл.). Сопоставление полученных результатов у животных 5-й серии опытов (табл,) позволяют сделать следующие выводы. Во-первых, в условиях ГБО восстанавливаться, свойственная интактным крысам, способность печени частично депонировать антитела к *S. aureus 209*. Во- вторых, появляется, несвойственное интактным крысам, поглощение антител к *S. aureus 209* органами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). На это указывает достоверное преобладание (на 44%) БИС артериальной крови к *S. aureus 209* над аналогичным показателем в крови воротной вены (табл.) .

Таблица

БИС (у.е.) к S. aureus при хроническом гепатите, резекции печени и ГБО (M ± m)

Кровь	Норма (1 серия)	65-е сутки гепатита (2 серия)	3 сутки после операции		
			Лапаротомии (3 серия)	РП (4 серия)	РП+ГБО (5 серия)
aorta	1,67± 0,09	1,12 ± 0,04*	1,07 ± 0,05*	1,0 ± 0*	1,58 ± 0,2$^{\blacklozenge}$
v.porta	1,71± 0,05	1,16 ± 0,03*	1,03 ± 0,006*	1,0 ± 0*	1,11± 0,02*$^{\blacklozenge\blacktriangle}$
v.hepat.	1,24 ±0,03$^{\blacktriangle\blacktriangledown}$	1,04 ± 0,03*$^{\blacktriangledown}$	1,0 ± 0*$^{\blacktriangledown}$	1,0 ± 0*	1,14 ± 0,12$^{\blacklozenge\blacktriangle}$

Примечание: $^{\blacktriangle\blacktriangledown}$ ($p<0,05$) – достоверность различий к артериальной и портальной крови данной серии соответственно; * ($p<0,05$) – достовер-

ность различий к норме;

♦($p<0,05$) – достоверность различий к 4-й серии опытов

Рассматривая возможные механизмы снижения антистафилококковой активности сыворотки крови при длительном действии гепатотоксина можно предположить следующие: 1. повышенный выход антител к *S. aureus 209* из крови в просвет верхних дыхательных путей и пищеварительного тракта; 2. подавление образования в лимфоцитах антител к *S. aureus 209*; 3. блокада антител к *S. aureus* 209 антителами, образующимися, как известно (И.Н. Алексеева, 1980) при диффузном поражении печени. В пользу последнего предположения указывает полное подавление антистафилококковой активности сыворотки после применения на фоне гепатита РП, способной также вызывать образование в организме антител (A.Sakai et al., 1970). Можно полагать, что ограничение выхода антител к *S. aureus 209* из крови в просвет верхних дыхательных путей в условиях применения ГБО, сочетается с усилением их поглощения органами ЖКТ, усиливая степень антистафилококковой защиты в последних. При этом нельзя исключить устранение в гипероксических условиях блокирования антител к *S. aureus 209.* Однако, все эти предположения требуют дальнейшей экспериментальной проверки. Вместе с тем полученные результаты дают основание говорить о способности ГБО восстанавливать антистафилококковую активность крови, нарушенную при сочетанном действии на печень химического и механического повреждающих факторов.

СОДЕРЖАНИЕ ГЛУТАМИНА В ОРГАНАХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ПОЧКАХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

П.Н. Савилов, А.И. Белоусов, Д.В. Молчанов, В.Н. Яковлев

Воронежская государственная медицинская академия,
Тамбовская городская больница №2,
Пенза

Известно, что при патологии печени, вызванной действием механических и химических факторов, нарушается глутаминобразовательная и глутаминовыделительная функции данного органа (П.Н. Савилов, 1993; 2000; 2005). При этом возникает вопрос о состоянии «внепечёночных» механизмов, компенсации указанных нарушений. Исходя из этого, целью работы явилось изучение содержания глутамина в органах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), почках и крови при хроническом гепатите.

Опыты проведены на 84 беспородных половозрелых белых крысах (самках). Хронический гепатит воспроизводили введением 50% раствора тетрахлорметана (CCl_4) на оливковом масле в течение 65 суток через день с двумя двухнедельными перерывами между 6 и 7, 13 и 14 инъекциями. На

65-е сутки часть животных подвергали лапаротомии для макроскопической оценки состояния печени. Животные были разделены на 5 серий опытов.1 серия – интактные животные (норма), 2 серия – животные, исследованные на 65 сутки введения CCl_4; 3,4,5 серии – животные, исследованные соответственно на 3-и, 7-е и 14-е сутки после отмены токсина и контрольной лапаротомии. Содержание глутамина (Гн) в тканях желудка, двенадцатиперстной кишки (ДПК), толстой кишки (ТлК), селезёнки и почек определяли методом кислотного гидролиза по M. Harris (1943) в модификации А. И. Силаковой с соавт, (1962). Содержание Гн в депротеинизированной плазме артериальной крови (АК), крови воротной вены (КВВ), крови почечной вены (КПочВ) определяли по M. Harris (1943) с дальнейшим расчётом по аммиаку, определённого по H. Keller (1967). Результаты обработаны статистически с использованием t-критерия Стьюдента.

Исследованиями установлено (табл.), что на 65-е сутки введения CCl_4 увеличение концентрации Гн отмечено только в тканях желудка, ТлК и почек, соответственно, на 28%, 127% и 43%. Вместе с тем содержание Гн в АК превышало норму (0,705 ± 0,011 ммоль/л) на 20%, тогда как в КПоВ на 66% при норме 0,503 ± 0,014 ммоль/л), а в КВВ на 95% при норме 0,530 ± 0,032 ммоль/л. Анализ полученных результатов позволяет говорить о снижении на 65-е сутки введения CCl_4 потребления почками «артериального» Гн. Это приводит к увеличению его концентрации как в самом органе, так и в оттекающей от него венозной крови. В отличие от этого, формирование портальной гиперглутаминемии у животных 2-й серии обусловлено не только увеличением поступления к ним Гн с АК, но и избирательным увеличением его образования в них с дальнейшим активным поступлением в кровоток. При этом не исключается и избирательное снижение дезамидирования «артериального» Гн в тканях ЖКТ.

Таблица

Динамика содержания глутамина (ммоль/кг влажной ткани) в органах ЖКТ и почках при хроническом CCl_4-гепатите (M ± m)

Исследуемые органы	Норма (1 серия)	65-е сутки гепатита (2 серия)	Сутки после отмены CCl_4		
			3 (3 серия)	7 (4 серия)	14 (5 серия)
Желудок	2,50 ± 0,19	3,21 ± 0,23*	3,47 ± 0,17*	3,08 ± 0,35	2,44± 0,29**
ДПК	2,23 ± 0,14	2,62 ± 0,17	1,79 ± 0,22**	3,01 ± 0,31*	2,9 ± 0,2*
ТлК	1,30 ± 0,09	2,96 ±0 ,23*	3,23 ± 0,27*	2,13 ± 0,14	2,36 ± 0,14*
Почки	2,41 ± 0,19	3,45 ± 0,21*	3,73 ± 0,36*	2,27 ± 0,16	3,03 ± 0,37

Примечание: * ($p<0,05$) – достоверность различий по сравнению с нормой; **

($p<0,05$) – достоверность различий по сравнению с 2 серией опытов

Прекращение введения CCl_4 в сочетании с лапаротомией не приводило к нормализации содержания Гн в артериальной крови к 14-м суткам после-

операционного периода и оно превышало норму на 44%. В отличие от этого содержание Гн в КПоВ, повышенное к 65-м суткам введения токсина, нормализовалось к указанному сроку послеоперационного периода, тогда как в ткани почек оно достигало нормы на 7-е сутки после отмены токсина (табл.). Следовательно, усиление дезамидирования «артериального» Гн в почках после отмены CCl_4 опережает нормализацию содержания данного метаболита в оттекающей от него венозной крови. В свою очередь в КВВ содержание Гн превышало норму на 32% к 14-м суткам восстановительного периода, указывая на сохранение к этому сроку портальной гиперглутаминемии. В этих условиях отмечена нормализация повышенного содержания Гн в ткани желудка к 7-м суткам после отмены CCl_4, тогда как в ткани ДПК с этого периода отмечено увеличение (после кратковременного снижения на 32% по сравнению с 2 серией) концентрации Гн, которое оставалось на 30% выше нормы к 14-м суткам исследования (табл.). Прекращение введения CCl_4 сопровождалось постепенным снижением повышенной концентрации Гн в ткани ТлК, однако на 14-е сутки после отмены токсина она превышала норму на 82% (табл.). Сопоставление полученных результатов позволяет говорить, что основным органом, определяющим сохранение портальной гиперглутаминемии после отмены CCl_4, является ТлК. Это сопровождается накоплением Гн тканью ДПК на фоне сохранения его повышенного дезамидирования в почках. Неслучайно, концентрация Гн в почечной ткани оставалась в пределах нормы на фоне сохранения у 14-м суткам после отмены токсина артериальной гиперглутаминемии. Что касается снижения концентрации Гн в ткани желудка по мере развития восстановительного периода, то с учётом изменения его концентрации в АК и КВВ к 14-м суткам после лапаротомии и отмены токсина это можно связать с активацией его дезамидирования в данном органе. Полученные результаты свидетельствуют о различной чувствительности метаболизма глутамина в тканях органов ЖКТ и почек к длительному повреждению печени тетрахлорметаном.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРЕПОДАВАНИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ЭТАПАХ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Р.П. Савченко, Ю.С. Семакова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
Пенза

Современный этап интеграции России в мировое сообщество настоятельно требует совершенствования существующей традиционной технологии обучения в высшей школе. Одним из основных условий последипломного образования является индивидуализация процесса обучения, учиты-

вающая мотивацию слушателя, его способности и другие личностные особенности. Уникальность и особенность процесса обучения лабораторной диагностике состоит в необходимости научить слушателя самостоятельно выявлять на различных микроскопических изображениях признаки патологии. Следовательно, на занятии каждый слушатель должен просмотреть большое количество микроскопических изображений биологического материала (кровь, моча, кал, мокрота, ликвор и другие), а преподаватель убедиться в правильности интерпретации слушателем микроскопической картины.

Обновление, сбор, обработка, хранение демонстрационного материала – это сложная и кропотливая работа. С целью устранения названных трудностей и унификации учебного процесса на кафедре лабораторной диагностики разработаны и успешно используются около 17 мультимедийных презентаций по основным разделам учебной программы. Презентации включают в себя демонстрационный блок, обучающие и контрольные задания, иллюстрированные задания. Слушатель имеет возможность изучать изображение на экране монитора и проводить описание микроскопической картины в рабочей тетради. Наглядность в сочетании с текстовым сопровождением создают благоприятные условия для усвоения информации и приобретения практических навыков.

Учебный эксперимент и результаты беседы со слушателями показали, что созданные сотрудниками кафедры презентации способствуют эффективному усвоению учебного материала, делают процесс более наглядным и интересным, позволяют более активно использовать научный и образовательный потенциал кафедры, объем материала, преподаваемого за регламентируемое время, увеличивается.

Однако, применение презентации, как дистанционного метода обучения большинством слушателей и преподавателей было признано нецелесообразным. Слушатели подчеркнули необходимость постоянного присутствия преподавателя во время работы с презентацией, направляющих указаний и комментариев, оперативных ответов на вопросы.

Еще одной формой использования современных информационных технологий на кафедре клинической лабораторной диагностики является создание лазерного диска, содержащего набор микроскопических изображений, входящих в программу курса, в том числе в зачетный набор (мокрота, кровь, моча и другие). У слушателей появилась возможность самостоятельно совершенствовать практические навыки анализа микроскопических изображений.

Таким образом, использование презентаций и лазерных дисков, содержащих наборы микроскопических изображений, имеет ряд серьезных преимуществ перед другими способами обучения и демонстрации материала.

ВЫРАЖЕННОСТЬ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

С.И. Савченко

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»,
Астрахань

Одним из осложнений эпилепсии является развитие когнитивных нарушений, существенно затрудняющих социальную адаптацию больных и снижающих качество их жизни. К наиболее распространенным когнитивным расстройствам при эпилепсии относят нарушение памяти, замедление интеллектуального развития и дефицит внимания. Исследования, позволяющие получить объективные данные о состоянии познавательных процессов у детей с эпилепсией, необходимы для адекватного ведения этой группы больных.

Целью нашей работы явилось изучение когнитивных функций у детей с височной эпилепсией.

Использовались следующие методы исследования:

1) тест Лурия на запоминание 10 слов,
2) методика оценки логики мышления,
3) методика оценки оперативной зрительной памяти,
4) методика оценки распределения и устойчивости внимания с помощью 25-значных одноцветных цифровых таблиц,
5) опросник для выявления астенических расстройств И.К. Щаца,
6) корректурная проба Бурдона.

Для полной оценки влияния клинических показателей на уровень когнитивных расстройств пациентов были подробно изучены анамнез, структура, частота, тяжесть приступов, неврологический статус, наследственность, изменения на ЭЭГ, проводимое лечение.

Обследовано 25 детей с височной эпилепсией в возрасте от 7 до 11 лет – 24%, от 12 до 17 лет – 76% (мальчики – 36%, девочки – 64%), давностью заболевания: до 2-х лет – 20%, от 2-х до 6-ти лет – 48%, более 6-ти лет – 32%. Подобное распределение по длительности болезни может свидетельствовать о неблагоприятном течении болезни и неэффективности применяемого лечения.

Структура приступов: парциальные – 72%, вторично-генерализованные тонико-клонические – 28%. Частота приступов: частые (более 10 приступов в месяц) – 60%, редкие – 40%. Монотерапию получали 92%, из них вальпроаты – 68%, карбамазепины – 32%, комбинацию – 8%. У 16% обследованных имелась наследственная предрасположенность к эпилепсии, у 72% отягощенный перинатальный анамнез, в 16% указания на наличие в анамнезе фебрильных судорог. У 88% во время мониторирования на ЭЭГ выявлена эпилептиформная активность в виде комплексов

спайк-медленная волна, генерализованная - в 68%, локальная (в височной области) - в 32%. Частота волн колебалась от 2 до 5 Гц, амплитуда - от 146 до 686 мкВ.

Результаты тестирования когнитивных функций показали, что у большинства пациентов был снижен объем краткосрочной слуховой и зрительной памяти. По данным теста Лурия, нединамичный процесс заучивания констатирован у 12%, среднединамичный - у 40%, динамичный - у 48%. Было отмечено, что пациенты, страдающие эпилепсией более 6-ти лет имеют нединамичный процесс заучивания. Результаты оценки оперативной зрительной памяти были следующие: показатель 1,1 – у 24%, 1,2 – у 44%, 1,3 – у 16%, 1,4 – у 4%, 1,5 – у 8%, 1,6 – у 4%. Чем ниже показатель, тем хуже развита оперативная зрительная память у пациентов. К факторам риска нарушений памяти, помимо эпилептического очага в височной области, можно отнести частые генерализованные припадки, ранний возраст больных в период начала эпилепсии, длительное существование припадков, а также наличие структурных изменений мозга.

С помощью 25-значных одноцветных цифровых таблиц неустойчивость внимания выявлена у 48%, в тоже время, по данным корректурной пробы Бурдона высокопродуктивное и устойчивое внимание только у 8% обследованных. Важно отметить, что у детей с частыми приступами имелось более выраженное снижение продуктивности и устойчивости внимания по сравнению с больными, у которых приступы были редки. Очень низкий уровень умственной работоспособности констатирован у 16%, низкий - у 28%, средний - у 48%, высокий - у 8%. Чем меньше была давность заболевания, тем лучше были показатели. Лучшая сохранность когнитивных функций отмечена при монотерапии. В тех случаях, когда снижение мнестико-интеллектуальных функций все же имело место трудно было окончательно решить, происходило ли это за счет вызывающего эпилепсию патологического процесса или было следствием токсического действия применяемых препаратов.

Снижение памяти и внимания сопровождалось астеническими нарушениями, подтвержденными объективными данными опросника И.К. Щаца. Чем старше были дети, тем больше были выражены у них клинические симптомы. У детей от 12 до 17 лет признаки умеренной астении выявлены в 32%, реакция утомления - в 44%.

Таким образом, клиническая картина когнитивной недостаточности у детей с височной эпилепсией, главным образом выражается в снижении умственной работоспособности, темпов и объема краткосрочной памяти, неустойчивости внимания.

Экспериментально-психологическое обследование является наиболее адекватным методом выявления когнитивной недостаточности, позволяет обеспечить контроль за динамикой заболевания и эффективностью проводимой терапии у детей с данной формой заболевания.

ВНУТРИБРЮШНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

А.Ю. Сапожков

МУЗ "Городская клиническая больница № 5",
Пенза

Стремительное внедрение в конце 90-х годов прошлого века в клиническую практику лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) внесло неоспоримые преимущества для больного – высокая комфортность послеоперационного периода, короткие сроки реабилитации, хороший косметический эффект, резкое снижение числа грыжеобразований в области операционных доступов и случаев непроходимости кишечника спаечного генеза. Однако кроме удобства для пациентов ЛХЭ привнесла ряд серьезных технических трудностей для оперирующего хирурга. Значительные помехи для хирурга создает не объемное, а плоское изображение на экране монитора. Жесткая связь инструментов с передней брюшной стенкой предоставляет для эндохирургии лишь секторальный доступ, в отличие от полипозиционного в открытой хирургии, а количество одновременно используемых инструментов лимитируется числом троакарных доступов. Кроме того, утрачивается возможность тактильной диагностики и пальцевого препарирования тканей.

Утрата ориентации в зоне проведения оперативного вмешательства возникает в результате фиброзно-рубцовых изменений тканей, которые принимают одинаковый вид и плотность, что приводит к исчезновению видимой границы между различными анатомическими структурами. Попытки препаровки тканей в этих условиях неэффективны и очень опасны. В условиях выраженного воспалительно-инфильтративного процесса при избыточной гидратации клетчатки возникает неконтролируемое распространение зоны электрокоагуляционного повреждения тканей, вследствие чего происходит повреждение важных анатомических структур. При фиброзно-склеротических изменениях тканей могут возникнуть проблемы и с гемостазом вследствие зияния сосудов, фиксированных в плотных тканях, что приводит в некоторых случаях к интра- и раннему послеоперационному кровотечению. Таким образом, при определенных ситуациях ЛХЭ может стать причиной тяжелых осложнений, угрожающих жизни и здоровью больных.

Тем не менее, любая, даже заведомо "неперспективная" в плане эндоскопического выполнения операция должна начинаться с диагностической лапароскопии и пробной диссекции. Это позволяет достаточно быстро оценить ситуацию, принять решение о дальнейшей тактике оперативного вмешательства с минимальным риском для пациента и в большинстве случаев завершить операцию лапароскопически.

За три года нами оперированы 182 больных с различной патологией

желчного пузыря, из них лапароскопически операции были завершены у 178 (97,8%). Основным показанием к операции у 144 (79,1%) был хронический калькулезный холецистит, у 36 (19,8%) – острый холецистит и у 2 (1,1%) – полипоз и рак желчного пузыря. Летальных исходов не было. Конверсия в пересчете на общее количество попыток ЛХЭ составила 2,2%, однако, относительно острого холецистита переход на традиционную операцию был вынужден у 4 (11,1%) из 36 больных в связи с наличием плотного перивезикулярного инфильтрата. Мы глубоко убеждены в том, что конверсия – это не слабость эндоскопического метода, а охранный подход к больному и к самому хирургу.

Из интраоперационных осложнений следует выделить коагуляционные повреждения желчного пузыря с желчеистечением и выпадением конкрементов в брюшную полость, что наблюдалось у 11(6,17%) наших больных. Многие хирурги перфорацию желчного пузыря в ходе операции не считают осложнением, однако, в одном наблюдении нам пришлось на вторые сутки послеоперационного периода выполнить лапароскопию, санацию и дополнительное дренирование брюшной полости в связи с развитием желчного перитонита в результате разрыва желчного пузыря в ходе ЛХЭ.

Отказ от коагуляции ложа желчного пузыря даже при отсутствии признаков желче- и кровотечения, по нашим данным, чреват развитием тяжелых осложнений, требующих выполнения лапароскопии при желчеистечении (1) и даже – лапаротомии при кровотечении (1), коагуляции ложа, санации и дренирования брюшной полости. Длительное (7 суток) желчеистечение по дренажам из подпеченочного пространства, завершившееся выздоровлением без повторной операции, наблюдалось у 1 нашей больной. Кроме того, в одном случае инструментального интраоперационного ятрогенного повреждения печени потребовалось выполнение дополнительного мини-доступа с целью остановки возникшего кровотечения.

Таким образом, с целью предупреждения интра- и послеоперационных абдоминальных осложнений необходимо неукоснительно придерживаться отработанных технических и тактических приемов при выполнении ЛХЭ. Во-первых, основное внимание следует уделять идентификации и выделению шейки желчного пузыря и пузырного протока, используя исключительно французский вариант техники – "хобот слона". Во-вторых, коагуляцию ложа после удаления желчного пузыря необходимо проводить во всех случаях без исключения, даже при отсутствии желче- и кровотечения. В-третьих, не следует настойчиво стремиться к завершению операции эндоскопическим методом в сложной анатомической ситуации, а своевременно, не затягивая время операции, перейти на открытую традиционную холецистэктомию или, что более предпочтительно, - с применением технологии мини-доступа.

ИНКАПСУЛИРОВАННАЯ СЕРОМА ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ СИНТЕТИЧЕСКОЙ СЕТКОЙ

А. Ю. Сапожков

МУЗ "Городская клиническая больница № 5",
Пенза

Послеоперационный период при ненатяжных герниопластиках имеет свои особенности, связанные с инородным телом достаточно больших размеров, помещенным в подкожную или предбрюшинную клетчатку. Образование скоплений серозной жидкости обусловлено пересечением множества лимфатических и кровеносных капилляров в результате отслойки подкожной жировой основы и ее широким соприкосновением с трансплантатом (В.В. Жебровский и соавт., 2002). Серомы остаточной полости трудно считать осложнением, т.к. это закономерная реакция организма на размещение инородного материала и в настоящее время прогнозировать ее невозможно (В.Н. Егиев, 2002). При возникновении серомы остаточной полости в раннем послеоперационном периоде применяют пункционное лечение. Как правило, через 4-5 пункций количество экссудата уменьшается, меняется его характер и пункционное лечение можно прекращать. В последующем, через 1,5-3 месяца после операции при УЗИ видны прослойки соединительной ткани в экссудате и его рассасывание.

Однако практика показывает, что развитие серомы не всегда проходит по данному сценарию. Приводим наше наблюдение.

Больная В., 74 года 25.01.06 г. госпитализирована с жалобами на наличие грыжевого образования больших размеров в верхней половине живота, которое появилось 6 лет назад после холецистэктомии из верхне-срединного доступа по поводу калькулезного холецистита. При осмотре определялась асимметрия живота за счет грыжевого образования, расположенного в подкожной клетчатке справа от срединной линии. Нижний край грыжевых ворот определен четко на 2 см выше пупка, на остальном протяжении края дефекта в апоневрозе не дифференцируются вследствие невправимого характера грыжи. Ориентировочно размер грыжевых ворот определен как овальный, до 15 см по длине и 10 см - по ширине.

30.01.06 г. под ЭТН выполнена операция герниолапаротомия, ненатяжная герниопластика. Доступ верхне-срединный с иссечением всего старого рубца. Из подкожной клетчатки выделен больших размеров грыжевой мешок, частично иссечен и ушит без натяжения узловыми швами в поперечном направлении. Грыжевой дефект в передней брюшной стенке по средней линии от мечевидного отростка почти до пупка размерами 20х12см. Выполнена герниопластика двумя полипропиленовыми эндопротезами "ЛИНТЕКС-ЭСФИЛ" (С.-Петербург) 15х15см, частично наложенными друг на друга, с фиксацией непрерывными и узловыми швами нитью "Prolen" 2/0. Дренирование остаточной полости выполнено двумя дре-

нажными трубками, выведенными через контрапертуры по обеим сторонам шва. Послеоперационный период осложнился краевым некрозом в нижней трети шва на протяжении 7-8 см. По дренажам из подкожной клетчатки в течение 10 дней оттекало серозно-геморрагическое содержимое, больше справа. 22.02.06 г. в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение.

Повторная госпитализация больной 27.03.06 г. с жалобами на боль постоянного характера справа от операционного рубца и на 2-3 см выше пупка, где при обследовании обнаружено малоболезненное неподвижное опухолевидное образование с четкими контурами размерами 6х7 см. УЗИ: справа от операционного рубца на глубине 1 см лоцируется жидкостное образование 4,0х5,6х6,4 см объемом 40 мл с внутренними перегородками-тяжами. Контуры образования достаточно четкие. Заключение: Абсцесс? Гематома? (рис. 1.).

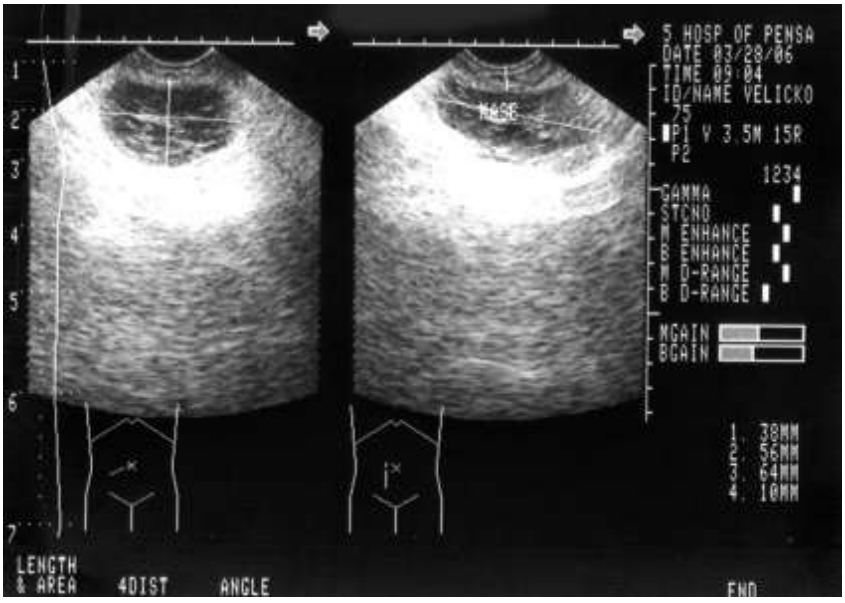


Рис. 1.

Учитывая длительное истечение серозной жидкости из раневой полости в послеоперационном периоде и отсутствие признаков воспаления, установлен диагноз: ***Инкапсулированная серома в области эксплантата***. В связи с наличием капсулы вокруг жидкостного образования от пункционного метода лечения решено отказаться и больной предложено оперативное лечение. 30.03.06 г. под внутривенным наркозом локальным доступом выполнено удаление образования из подкожной клетчатки, не связанное с сетчатыми протезами, которые полностью проросли соединительной тканью. Содержимое образования – прозрачная серозная жидкость и студнеобразная масса в объеме 40-45 мл. Изнутри капсула образования гладкая, блестящая, толщиной до 2 мм.

В послеоперационном периоде проводилась противовоспалительная, рассасывающая терапия, физиолечение, промывание раневой полости антисептиками через дренажи. Швы сняты на 10 сутки, заживление первич-

ное. Обследована через год, жалоб не предъявляет, никаких образований в зоне операции не обнаружено, признаков рецидива грыжи нет.

ХРОНИЧЕСКИЙ ОМЕНТИТ КАК ПРИЧИНА ПОСТОЯННОГО АБДОМИНАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

А.Ю. Сапожков, А.Э. Матвеева

МУЗ «Городская клиническая больница № 5»,
Пенза

Воспаление большого сальника наблюдается очень редко, мало изучено, поэтому любая информация по данному заболеванию представляет определенный интерес. Оментит может развиваться без предшествующих оперативных вмешательств (первичный), но чаще возникает после операций на органах брюшной полости (вторичный) и может иметь острое или хроническое течение (Нурмухамедов Р.М. и соавт.,1979). Хорошая васкуляризация, подвижность и пластические свойства большого сальника обусловливают его благотворную роль в отграничении воспалительных процессов в брюшной полости. Вместе с тем большой сальник может не только осложнять течение основного заболевания, но и сам быть единственной его причиной (Кудинский Ю.Г. и соавт.,1982). Из-за полиморфности клинической картины диагноз до операции устанавливается крайне редко (Цхай В.Ф. и соавт.,1985). Кроме того, хронические оментиты таят в себе опасность злокачественного перерождения и подлежат радикальному оперативному лечению (Уткин Н.И. и соавт.,1977). Приводим наше наблюдение ограниченного хронического воспалительного процесса в большом сальнике, причину которого достаточно сложно конкретизировать.

Больная П.,55 л. (ИБ №4373) госпитализирована 01.08.06 г. через две недели от момента заболевания с жалобами на сильную боль в левой боковой области без иррадиации, усиливающуюся при движении. Первоначально боль появилась в верхнем отделе живота, которая на фоне введения спазмолитических препаратов переместились в левую боковую область. Температурной реакции, ознобов и диспепсии не было, задержки стула и газов не отмечала. В анамнезе аппендэктомия (1971), кесарево сечение (1973), уретеролитотомия слева (2001). В 2001 г. при ирригоскопии обнаружены мелкие дивертикулы в сигмовидной кишке.

При поступлении состояние средней степени тяжести. Пульс 76 в 1 минуту. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, асимметрии нет, при пальпации резко болезненный в левой боковой и подвздошной областях, где определяется инфильтрат без четких контуров. Напряжения мышц передней брюшной стенки и симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика не усилена, "шума плеска" в кишечнике нет. Грыжевых образований по ходу старых операционных рубцов и паховых областях не обна-

ружено. Стул был полуоформленный, дизурии нет. 01.08.06 г. УЗИ: в левой подвздошной области лоцируется образование зернистой структуры 3,0 Х 6,0 см с гипоэхогенным ободком по периферии (рис.1). По клиническим и биохимическим анализам крови отклонений от нормы не обнаружено, кроме ускоренной до 27 мм/час СОЭ. Предварительный диагноз: ***Острый дивертикулит сигмовидной кишки. Инфильтрат брюшной полости.***

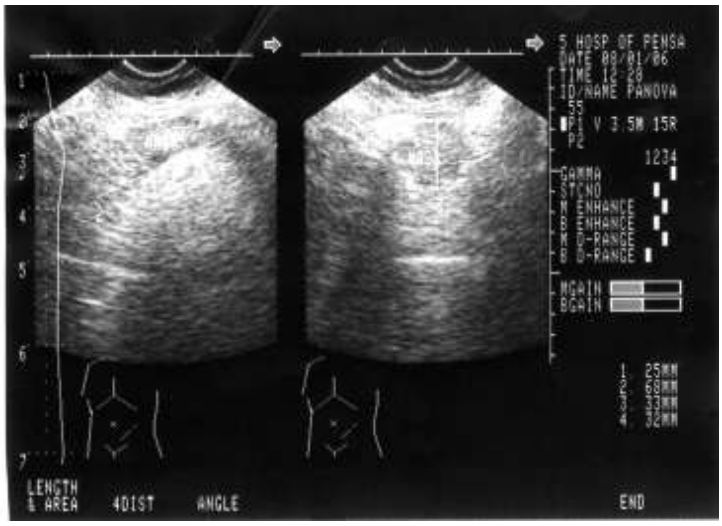


Рис. 1.

Проведена инфузионная, противовоспалительная терапия (цефазолин, амикацин, ципрофлоксацин), стимуляция метаболических процессов (метилурацил, алоэ, тималин), физиолечение. Состояние улучшилось, болевой синдром уменьшился, но полностью не купирован. К 10 дню инфильтрат в брюшной полости перестал определяться. 11.08.06 г. при сканировании левой подвздошной области лоцируется образование 1,2 Х 7,0 см с плотным содержимым и гипоэхогенным ободком по периферии, не меняющее своей локализации при манипуляциях датчиком и изменении положения тела (рис.2).

Рис. 2.

15.08.06 г. УЗИ после проведенной подготовки кишечника фортран-

сом: форма и размеры образования не изменились, внутреннее содержимое стало более гипоэхогенным (рис.3). При ирригоскопии, выполненной в тот же день, в сигмовидной кишке обнаружены единичные дивертикулы до 0,6 см. В удовлетворительном состоянии, но с постоянным невыраженным болевым синдромом больная была выписана из стационара с рекомендацией УЗ исследования брюшной полости через 1-1,5 месяца.

Рис. 3.

Повторно больная госпитализирована 23.10.06 г. с жалобами на резкое усиление боли в левой боковой области живота, повышение температуры тела до 39° С, озноб. Состояние при поступлении средней степени тяжести. Пульс 96 в 1 минуту. Язык сухой, обложен светлым налетом. Живот не вздут, мягкий, резко болезненный в левой боковой и подвздошной областях. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника обычная. Инфильтратов в брюшной полости не определяется. Лейкоцитоз 14,2 тыс., СОЭ 36 мм/час. УЗИ брюшной полости: в левой подвздошной области лоцируется гипоэхогенное образование 1,8 Х 6,3 см несколько неоднородное, смешанной эхоплотности, с четким контуром (рис.4).

Рис. 4.

На фоне проводимой инфузионной и противовоспалительной терапии состояние больной улучшилось, температура тела нормализовалась, болевой синдром значительно уменьшился, но полностью не был купирован.

Учитывая продолжительное время болезни, стабильность УЗ картины патологии в брюшной полости, отсутствие нарушений функции желудочно-кишечного тракта, был установлен диагноз: ***Хронический оментит в сочетании с синдромом натяжения большого сальника*** и больной было предложено оперативное лечение. 08.11.06 г. под эндотрахеальным наркозом выполнена средне-нижне-срединная лапаротомия. К передней брюшной стенке по ходу старого операционного рубца и в левой боковой области мощными спайками подпаян большой сальник, после отделения которого обнаружен очень плотный утолщенный до 3-3,5 см участок сальника размерами 10х8 см местами с рубцовой тканью. К этому участку спайками фиксирована петля сигмовидной кишки. Кишка выделена из сращений, сальник резецирован в пределах здоровых тканей. При ревизии нисходящего отдела ободочной и сигмовидной кишок обнаружены единичные мелкие дивертикулы от 2 до 6 мм без явлений воспаления. Гистологическое исследование удаленного участка сальника: хронический оментит с исходом в фиброз.

Послеоперационный период без осложнений. 20.11.06 г. при УЗИ брюшной полости объемных образований не обнаружено. Осмотрена через 4 месяца после операции – болевой синдром отсутствует, функция кишечника не нарушена, при сканировании брюшной полости патологических образований не определяется.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИРЕКТИВНОЙ И НЕДИРЕКТИВНОЙ ГИПНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Е.М. Селезнева, С.Б. Селезнев, М.А. Орлов

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»,
Астрахань

По мнению подавляющего большинства исследователей, психотерапевтическая составляющая в комплексной реабилитации больных неврозами является наиболее важной и патогенетически значимой (Александровский Ю.А., 1994; Свядощ А.М., 1997; Карвасарский Б.Д., 1998). При этом, ряд современных психотехник, претендующих на универсальность и высокую эффективность, далеко не всегда оправдывают свое назначение (Линде Н.Д., 2002).

В связи с вышесказанным, мы провели сравнительное исследование

клинической эффективности классической директивной и недирективной гипносуггестивной психотерапии у больных с невротическими и неврозоподобными формами пограничной психической патологии. Всего было пролечено 57 пациентов (19 мужчин и 38 женщин) в возрасте от 18 до 56 лет (средний возраст – 36,5 лет). Нозологически выборка была представлена невротическими (41случай - 72%) и неврозоподобными расстройствами сложного генеза (16 случаев - 28%). Среди невротических расстройств отчетливо превалировали диссоциативные (F44 - 36,5%) и тревожно-депрессивные расстройства адаптации (F43.2 - 24,4%). Относительно меньшую долю в структуре невротических ППР занимали тревожно-фобические (F40 - 17,1%), обсессивно-компульсивные (F42 - 12,2%) и ипохондрические (F45.2 - 9,7%) расстройства. Неврозоподобные ППР сложного генеза были представлены коморбидными (соматогении, экзогенная органика) состояниями, отличительной особенностью которых было наличие вторичных нозогенных нарушений в виде аналогичных психопатологических симптомокомплексов (истериформных, тревожно-депрессивных, обсессивно-фобических, астено-ипохондрических). Практически все пациенты к моменту начала психотерапевтической работы в течение 1-2 недель получали фоновую симптоматическую психофармакотерапию (транквилизаторы, антидепрессанты, малые нейролептики) и общеукрепляющее лечение. Кроме этого, на начальном этапе терапевтического взаимодействия врача и пациента производилось тщательное изучение личности больного, социально-средовых особенностей ее формирования, поиску связи психогении с психотравмирующими обстоятельствами детства (психоаналитический аспект) и клинической структурой симптома, формирующегося по принципу «вторичной условной выгоды».

Основная психотерапевтическая работа проводилась в индивидуальном режиме в течение 3-х недель, и состояла из 7-12 сеансов. Классическая директивная гипнотерапия была использована у 22 пациентов (ср. кол-во сеансов – 10,7 длительностью 20-25 минут), а эриксоновская – у 35 (ср. кол-во сеансов – 8,5 длительностью – 25-30 мин). Использование выбранных нами симптом-ориентированных гипносуггестивных психотехник было связано с наличием в клинической картине ППР стойких психопатологических проявлений в виде конверсионных (диссоциативных), тревожно-депрессивных, тревожно-фобических, астено-ипохондрических, обсессивно-фобических и обсесивно-компульсивных нарушений. По мнению большинства специалистов, терапевтический механизм гипнотесуггестии в большей степени ориентирован на устранение (смягчение) симптома посредством целенаправленного внушения в гипнотическом состоянии. При этом, классический, директивный вариант гипнотерапии предусмаривал разработку индивидуальной формулы внушения с последующим формированием соответствующей терапевтической установки, а недирективный – делегировал эту же работу сфере «бессознательного» пациента.

Кроме этого, недирективные методы гипнотерапии не исключают

наличие сопротивления пациента, и активно используют его «энергетический потенциал» для усиления терапевтического эффекта (эриксоновский подход, принцип «психологического айкидо»). Они также допускают возможность интеграцию соответствующих разработок в области психосинтеза и психоаналитической символдрамы. Поэтому, принимая во внимание их возможное «психоаналитическое усиление», можно полагать, что проблемными мишенями данных подходов могут являться не только патологические симптомы, но и пусковые механизмы их развития. В этой связи просматривается и гораздо больший потенциал для соответствующих личностных изменений и изменений неадаптивных поведенческих стереотипов.

В результате проведенной работы среди пациентов, у которых использовалась классическая директивная гипносуггестивная психотерапия (I группа - 22 человека), по завершению курса лечения значительное улучшение наблюдалось в 82% случаев, незначительное улучшение отмечали 9% больных, отсутствие положительного эффекта – 9%. Среди пациентов, у которых использовалась недирективная гипносуггестия, основанная на эриксоновском подходе (II группа - 35 человек), значительное улучшение наблюдалось в 91% случаев, незначительное – в 6% и отсутствие эффекта – в 3% случаев (1 пациент).

Анализ полученных результатов свидетельствует об относительно большей клинической эффективности недирективной гипносуггестивной психотерапии по сравнению с ее директивным аналогом. Катамнестическое наблюдение (1 год) также подтвердило наши предварительные выводы: уровень рецидивов в первой группе пациентов (18%) был практически в два раза выше, чем во второй (8,6%).

Таким образом, результаты проведенного нами исследования показывают, что использование современных недирективных методов гипносуггестии у больных неврозами более оправдано по сравнению с классическими директивными подходами, что проявляется в их относительно большей клинической эффективности и снижении риска дальнейшего рецидивирования.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М., 1994. – 399 с.
2. Гордеев М.Н. Гипноз: Практическое руководство. 3-е изд. – М. 2005. – 215с.
3. Линде Н.Д. Основы современной психотерапии. – М., 2002.- 208 с.
4. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб., 1998.–752 с.
5. Свядощ А.М. Неврозы: руководство для врачей. – СПб, 1997. – 448.

РЕОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА КАФЕДРАМИ ИНСТИТУТА НА ОСНОВЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Ю.С. Семакова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
Пенза

Быстрое развитие информационных технологий с одной стороны и стремительное развитие медицинской науки с другой выдвигают на первый план вопросы стратегии использования информационных технологий и корректной политики перехода на новые программные средства.

В Пензенском институте усовершенствования врачей подготовлены хорошо оснащенные компьютерные классы, что позволило шире использовать информационные технологии для активных методов обучения слушателей, интернов и ординаторов, а подключение класса к сети Интернет сделало возможным использование глобального информационного массива при подготовке специалистов.

При проведении лекций, семинаров, практических занятий в ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава лектор не просто начитывает материал, но и использует мультимедийные (графические, визуальные, звуковые) пособия, что значительно эффективнее используемых ранее рисунков, схем, таблиц и графиков, нарисованных на картоне большого формата.

В настоящее время существует несколько форм проведений занятий, одна из которых – проведение лекций, семинаров и опроса слушателей при помощи персонального компьютера и мультимедийного проектора. Сейчас, когда компьютерные технологии получают все большее распространение во всех сферах нашей жизни, такая организация занятий актуальна и, к тому же, очень удобна.

При такой организации учебного процесса очень важно уделить внимание этапу подготовки материала:

- Преподаватель выделяет основные мысли, термины и понятия из всего начитываемого материала, структурирует их в виде тезисов, схем, таблиц и графиков.
- Используя программный продукт PowerPoint пакета MS Office, готовится презентация по принципу: каждый слайд (группа слайдов) имеет отдельную значимость.
- Применяя различные технические средства (сканер, цифровой микроскоп, микрофон, диктофон, цифровые фото- и видеокамеры) подготавливается дополнительный (мультимедийный) материал (фотографии, слайды, оцифрованные микроскопические изображения, рентгеновские снимки; видео- и аудиозаписи и т.п.), который затем добавляется в презентацию.

- В заключение определяется фон слайдов, цвет и размеры шрифта, и презентация записывается на электронный носитель (дискету, компакт-диск, флеш диск).

При такой организации занятий слушатели усваивают наибольший объем информации, не просто записывают слова лектора, но и наглядно знакомятся с учебным материалом.

Подготовка учебных занятий на основе использования современных информационных технологий требует от преподавателя высокого методического мастерства, умения выбрать из материала большого объема самые важные положения, кратко и четко формулировать основные мысли лекции. Кроме того, аудиовизуальные (мультимедийные) пособия, используемые в презентации, выполняют свои задачи (разъяснение, уточнение, наглядность, привлечение интереса слушателей), только если они эффективны. В свою очередь наиболее эффективны живописные, цветные, оригинальные, понятные, не перегруженные информацией и хорошо продуманные мультимедийные средства. Поэтому использование различной графики, аудио- и видеоматериалов требует тщательной подготовки.

Таким образом, применение мультимедийной техники способствует не только упрощению проведения занятий, но и повышению качества обучения. А создание оригинальных учебных модулей дает возможность эффективно использовать информационно-компьютерные технологии и модифицировать учебный процесс.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

И.В. Сергеев, А.В. Самойлов, Е.А. Горбунова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
Пенза

В городской больнице №1 г. Пензы с 2001 по 2005 год выполнено 833 оперативных вмешательств у 776 больных по поводу грыжевой болезни. Больных с послеоперационными вентральными грыжами оперировано 148 (17,76%), паховыми - 557 (66,86%), пупочными - 72 (8,64%), бедренными - 9(1,08%), грыжами белой линии живота - 21(2,52%), параумбиликальными - 7(0,84%), послеоперационными «боковыми» вентральные грыжами - 9 (1,08%) пациентов. В таблице приведены данные о количестве и виде операций у больных, оперированных в гор. больнице № 1.

Таблица 1

Число оперированных больных в ГБ №1 за период 2001-2005 гг.

Виды грыж	Количество операций
ПОВГ	148
Паховые грыжи	557
Пупочные грыжи	72
Бедренные грыжи	9
Грыжи белой линии	21
Параумбиликальные грыжи	7
Послеоперационные боковые вентральные грыжи	9
ИТОГО:	833

Проведен анализ результатов лечения. Из 776 оперированных, в раннем послеоперационном периоде наблюдались осложнения у 28 (3,36%) больных. У 10 (1,20%) больных имелись серома, у 2 (0,24%)- инфильтрат , у 5 (0,60%)- гематома, у 1 (0,12%)-инфицированная гематома, у 1(0,125) - расхождение краёв раны, у 6(0,725)- орхит, у 2 (0,24%)-острая задержки мочи, у 1(0,12%)-нижнедолевая пневмония, у 2 (0,24%) - острая сосудистая недостаточность, у 1(0,12%) - неврит подвздошно-пахового нерва, у 2 (0,24%) - нагноение послеоперационной раны, у 2 (0,24%) - краевой некроз кожи.

Все операции по поводу паховых грыж заканчивались дренированием выпускником, все больные в послеоперационном периоде получали противовоспалительную терапию нестероидными гормонами, проводилось физиолечение (ДДТ), выполнялись перевязки.

Все операции по поводу ПОВГ, грыж белой линии живота, пупочных и боковых вентральных грыж заканчивались пассивным дренированием. Общее медикаментозное лечение включало инфузионную, антибактериальную терапию.

Больные с серомами находились на стационарном лечение от 7 до 23 дней, средний к/д составил 12,8. В раннем послеоперационном периоде больным с серомами без признаков инфицирования применялся пункционный метод и бандажирование (бандаж-пилот). Больным также проводилось лечение нестероидными противовоспалительными препаратами, физиолечение (УВЧ, ДДТ). Больным с инфицированными серомами выполнялась пункция под контролем УЗИ, проводилось дренирование полости пункционным способом. Устанавливался проточный сквозной дренаж (1 или 2) и проводилось трёхкратное промывание в течение двух суток антисептиками (1% р-р диоксидина + взвесь химотрипсина).Через двое суток применялось закрытое дренирование по Редону и антибактериальная терапия.

Заживление раны после герниопластики у больных с послеоперационными вентральными грыжами, в особенности при наличии в тканях

брюшной стенки до операции очагов хронического воспаления, а также при применении эксплантатов, имеет свои отличительные особенности. Воспалительная фаза раневого процесса в послеоперационном периоде может приобретать затяжное течение с различными тканевыми проявлениями и образованием полостей, заполненных серозной жидкостью в зоне пластики грыжевого дефекта. Высока вероятность инфицирования таких сером с нагноением раны. Также возможно образование длительно незаживающих лигатурных свищей, отторжение сетки-протеза и в конечном итоге - возникновение рецидива грыжи.

Ранняя диагностика, профилактика и эффективная коррекция раневых осложнений в послеоперационном периоде позволяет улучшить результаты лечения грыжевой болезни.

Таким образом, ранний послеоперационный период после герниопластики по поводу послеоперационных вентральных грыж сопровождается обильной серозной экссудацией раны, что требует адекватного дренирования с целью профилактики гнойно-воспалительных раневых осложнений. Традиционные методы дренирования послеоперационной раны при хирургическом лечении вентральных грыж не обеспечивает адекватного дренирования серозного отделяемого, что приводит к развитию высокой частоты раневых осложнений. Использование проточного фракционного дренирования при герниопластике по поводу послеоперационных вентральных грыж больших размеров позволяет уменьшить длительность серозной экссудации раны, предупредить развитие серомы и нагноения и тем самым значительно улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения вентральных грыж.

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ВРАЧЕЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО АКТУАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

В.П. Сергеева, В.А. Типикин, Н.М. Иваногло

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
Пенза

Проблеме рационального, оптимального использования антибактериальных препаратов в последнее время уделяется достаточно много внимания. В современном представлении оптимальное качество антимикробной терапии определяется максимальной эффективностью, минимальной токсичностью и наименьшей стоимостью лечения. Несмотря на значительное количество публикаций, касающихся оптимизации антибиотикотерапии при инфекционных процессах различной локализации, действия практических врачей не всегда оказываются правильными. Необоснован-

ная, ошибочная антибиотикотерапия является причиной большинства неудач при лечении инфекций: развитие осложнений, рост летальности, увеличение экономических затрат. Снижение качества антимикробной терапии в наибольшей степени выявляется среди врачей сельского здравоохранения. В определенной степени это связано с недостатком информации о лекарственных средствах и низкой квалификацией врачей. При анализе историй болезни больных с внебольничной пневмонией в ЦРБ Пензенской области были выявлены ряд серьезных ошибок в антибактериальной терапии: нерациональное сочетание препаратов (ампициллин+цефазолин, цефазолин+сульфален, линкомицин+фузидин, гентамицин+диоксидин, пенициллин+диоксидин), использование гентамицина, абактала, ципрофлоксацина, цефалоспоринов 3-го поколения (цефтазидим, цефоперазон) в качестве препарата первого ряда, необоснованно длительное проведение антибактериальной терапии.

Для решения этих проблем в ноябре 2005 г. в Пензенском институте усовершенствования врачей был открыт центр последипломного образования по антимикробной терапии в клинике внутренних болезней. Продолжительность цикла обучения с использованием on lien и услуг электронной почты составляет 5 месяцев (144 учебных часов).

Цель. Оценить эффективность дистанционного образования (ДО) в области антимикробной терапии врачей практического здравоохранения, проведенного Пензенским Центром последипломного ДО (с использованием сервера ДО Смоленской Государственной медицинской академии) за 18 месяцев работы.

Методы. Проведено ДО по антимикробной терапии в клинике внутренних болезней 14 врачей практического здравоохранения в виде индивидуального (7 человек) и группового (7 человек) обучения, из них: 3- заместителя главного врача по лечебной работе (1– по поликлинике, 2 – по стационарам), 5 – заведующие отделением (терапевтическим, педиатрическим, инфекционным, хирургическим, акушерским), 1 – заведующий респираторным центром, 3– пульмонолога (2 - в поликлинике, 1 – в стационаре), 1 – терапевт в стационаре и 1 – хирург. Стаж работы врачей по специальности от 6 до 32 лет (в среднем – 18,8 лет), возраст - от 32 до 57 лет (в среднем – 43,5 лет).

Уровень знаний в области антимикробной терапии оценивался в группе врачей МУЗ «Комсомольская центральная районная больница Чамзинского района» Республики Мордовия по результатам ретроспективного анализа 30 историй болезни и 20 амбулаторных карт больных с различными инфекциями: нижних дыхательных путей, мочевыводящих путей, желудочно-кишечного тракта, интраабдоминальные (холецистит) и инфекции в акушерстве и гинекологии до и после окончания ДО (соответственно по15 историй болезни и 10 амбулаторных карт), а также проводился анализ перечня лекарственных средств, необходимых для стационаров, по заявкам заместителей главных врачей.

Результаты. Антибактериальная терапия во всех случаях назначалась эмпирически.

Анализ медицинских документов до периода обучения выявил, что обоснованное назначение антимикробных препаратов было лишь в 46,5%. Наиболее часто при инфекциях нижних дыхательных путей использовался гентамицин (75%) , цефазолин (46%), абактал (39%), бисептол (15%), ампиокс (13%), причем в 2/3 случаев начальная антибактериальная терапия включала различные сочетания 2-3 препаратов, в том числе нистатин внутрь. При инфекциях мочевыводящих путей лидирующим препаратом был нитроксолин, реже назначались ампициллин и ампиокс. При язвенной болезни желудка и ДПК ни в одном случае не применялись схемы эрадикации в отношении H.pylori. При холецистите, как правило, назначался ампициллин или ампиокс. При инфекционных вульвовагинитах возбудитель не верифицировался и обычно назначался нистатин и метронидазол в течение 10 дней. Как в стационарах, так и в амбулаторной практике, использовался преимущественно парентеральный путь введения препаратов (81%), пероральный – в 19%, ступенчатая терапия не применялась.

Анализ медицинских документов у врачей, окончивших цикл ДО по антимикробной терапии, выявил много положительных моментов: более обоснованное назначение антимикробных препаратов (72%), преимущественное назначение препаратов в виде монотерапии. Выбор препаратов при инфекциях различной локализации соответствует общепринятым рекомендациям чаще стали использоваться амоксициллин (43%), защищенные аминопенициллины (24%), макролиды (азитромицин, кларитромицин – 38%), респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин – 5%), природный пенициллин (14%). Уменьшились расходы на приобретение антибактериальных препаратов за счет сокращения потребления дорогостоящих и резервных лекарственных препаратов, а также внедрения ступенчатой терапии, сократилось время пребывания больного в стационаре (от 13-14 койко-дней до 12,3).

Важная роль в обеспечении необходимыми антибактериальными препаратами стационаров отводится заместителю главного врача по лечебной работе, определяющего план закупки лекарственных препаратов, в том числе и антибактериальных. Эффективность проведенного ДО у 3 начмедов оценивалась по анализу формируемых ими списков антибактериальных препаратов для ЛПУ до и после обучения на цикле. Вместо малоэффективных препаратов (ампиокс, нитроксолин, ко-тримоксазол, гентамицин), заявляемых ранее, в списках появились защищенные аминопенициллины, респираторные фторхинолоны, новые макролиды в парентеральных и пероральных формах, предусматривающих возможность проведения и ступенчатой терапии. При необходимости снижения расходов на антибактериальную терапию оригинальные препараты заменялись генериками, выписывались антибиотики с длительным интервалом дозирования.

Таким образом, ДО врачей практического здравоохранения по акту-

альным вопросам антимикробной терапии в клинике внутренних болезней значительно повышает качество антимикробной терапии (улучшение исходов лечения, сокращение времени пребывания больного в стационаре, сокращение потребления резервных препаратов и расходов на закупку антимикробных препаратов).

Выводы. Дистанционное образование позволяет проводить подготовку врачей по вопросам антимикробной терапии без отрыва от работы и дополнительных финансовых затрат, связанным с командировочными расходами, что является экономически целесообразным для всех заинтересованных сторон. Это дает основание рекомендовать систему ДО, как высокоэффективную образовательную технологию, к более широкому использованию в практическом здравоохранении.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ г. ПЕНЗЫ И ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

В.П. Сергеева, Н.М. Иваногло, В.А. Типикин

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
Пенза

Цель. Изучение фактической распространенности бронхиальной астмы и особенностей ее течения в г. Пензе и Пензенской области в соответствии с рекомендациями Европейского респираторного общества с применением стандартизированных опросников (анкет).

Материалы и методы. Методом случайной выборки были предложены анкеты 1920 жителям г. Пензы (м – 835 чел., ж – 1085 чел., средний возраст –45,7±6,6 лет) и 871 жителю Пензенской области (м – 335 чел., ж – 536 чел., средний возраст – 46,1±7,2 лет). Применен проверочный опросник ECRHS.

Респондентам, ответившим положительно на один и более вопросов анкеты, с целью верификации диагноза бронхиальной астмы проводилось углубленное клинико – функциональное обследование (осмотр врача–пульмонолога, исследование вентиляционной способности легких, бронходилятационная проба, суточный мониторинг ПСВ, бронхопровокационный тест).

Результаты. По данным анкетирования астмаподобные симптомы выявлены у 922 городских и 368 сельских жителей. Из них на втором этапе прошли клинико–функциональное обследование 731 и 368 человек соответственно. Бронхиальная астма диагностирована у 139 обследованных в г. Пензе и у 45 обследованных в Пензенской области. По результатам исследования распространенность бронхиальной астмы в г. Пензе составила 7,2%, в Пензенской области – 5,2%, что значительно превышает показате-

ли статистической отчетности медицинских учреждений (1,3% и 0,9% соответственно). При сравнении структуры тяжести бронхиальной астмы, диагностированной при эпидемиологическом исследовании, и у больных, наблюдающихся в поликлиниках, было выявлено, что в первом случае преобладает бронхиальная астма легкого течения – 53,8%, а среднетяжелые и тяжелые формы встречались в 46,2%, тогда как среди больных, наблюдающихся в поликлиниках преобладает бронхиальная астма среднетяжелого и тяжелого течения – 90%.

Заключение. Полученные данные распространенности бронхиальной астмы значительно превышают показатели статистической отчетности здравоохранения. Низкие показатели официальной статистики свидетельствуют о поздней диагностике заболевания, не способствуют высококачественной помощи больным и искажают социально – экономическую значимость бронхиальной астмы.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА НА ИЗМЕНЕНИЯ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ

М.Ю. Сергеева-Кондраченко

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Известно, что наиболее ранние признаки нарушения диастолической функции можно получить при определении внутрижелудочковой гемодинамики.

Цель исследования. Оценить влияние длительности сахарного диабета (СД) I типа на параметры внутрисердечной гемодинамики.

Для решения поставленной цели у 259 больных СД I типа (средний возраст – 39,5±3,9 лет, 114 мужчин и 145 женщин, все больные без артериальной гипертензии и сердечной недостаточности в анамнезе) определяли параметры трансмитрального потока крови из левого предсердия в левый желудочек во время диастолы, время изоволюмического расслабления миокарда. Группу сравнения составили 95 здоровых добровольцев сравнимых по полу и возрасту.

При изучении размеров камер сердца и измерениях показателей трансмитрального кровотока использовался аппарат ультразвуковой диагностики “Sim 5000 D Plus” фирмы “Рос-Биомедика” (Россия-Италия) с допплеровской приставкой. Частота излучения импульсов аннулярного датчика составляла 3,5 МГц. Измерение показателей трансмитрального кровотока проводилось в апикальной позиции датчика в режиме импульсного допплеровского излучения. Определялись максимальные линейные скорости кровотока раннего диастолического наполнения (Ve) и предсердной систолы (Va), интеграл линейной скорости кровотока (FVI), его мак-

симальная (Vmax) и средняя (Vmn) скорость, максимальный (Gmax) и средний (Gmn) градиент давления между левыми камерами сердца, время полуспада градиента давления между левыми камерами сердца (PHT), время изоволюмического расслабления миокарда (IVRT).

Компьютерная обработка полученных данных проводилась с использованием статистического пакета STATGRAPHICS 3.1 и стандартного пакета прикладных программ Microsoft Excel 7.0 с использованием методов вариационной статистики. Различия показателей считались статистически значимыми при критерии достоверности $p<0,05$.

Все больные, принимающие участие в исследовании, были разделены на 3 группы в зависимости от длительности СД I типа: 1-я – 85 больных СД I типа с продолжительностью заболевания до 5 лет (без осложнений СД), 2-я группа – 88 больных с продолжительностью заболевания от 5 до 10 лет (с проявлениями микроангиопатии и нейропатии) и 3-я группа – 86 больных СД I типа с продолжительностью заболевания более 10 лет (с проявлениями микро-, макроангиопатии и нейропатии).

Анализ изменений внутрисердечной гемодинамики в зависимости от длительности СД показал, что у больных СД I типа с продолжительностью заболевания до 5 лет уже выявляются выраженные нарушения внутрисердечной гемодинамики, а именно достоверно увеличивается показатель конечного диастолического объема левого желудочка (КДО ЛЖ). Значение IVRT у больных данной группы составило 0,078±0,003 сек., а у здоровых - 0,062±0,002 сек. ($p<0,05$). Кроме изменений КДО ЛЖ и IVRT, у данной группы больных СД I типа достоверно уменьшилась средняя величина максимальной скорости раннего пика диастолического трансмитрального кровотока. Несмотря на то, что максимальная скорость позднего диастолического потока крови достоверно не изменилась по сравнению с группой здоровых лиц, а вот показатель Ve/Va у больных СД I типа соответствовал 1,35±0,03 отн.ед., что было достоверно ниже ($p<0,05$) уровня здоровых лиц - 1,81±0,01 отн.ед.

Таким образом, у больных СД I типа с продолжительностью заболевания до 5 лет, уже отмечаются нарушения внутрисердечной гемодинамики, которые свидетельствуют о развитии диастолической дисфункции ЛЖ.

В группе больных СД I типа с продолжительностью заболевания от 5 до 10 лет выявляются более значимые изменения диастолической функции ЛЖ по сравнению с 1 группой. Так, КДО ЛЖ при продолжительности заболевания от 5 до 10 лет составил 119,4±19,2 мл, а у здоровых - 72,8±11,7 мл ($p<0,05$), тогда как в I группе этот показатель равнялся 117,1±15,8 мл. Таким образом, КДО ЛЖ прогрессивно нарастает с ростом продолжительности СД.

У больных 2-ой группы происходит дальнейшее достоверное увеличение IVRT по сравнению с группой здоровых лиц: 0,079±0,003 сек. и 0,062±0,002 сек. - соответственно ($p<0,05$). В данной группе больных СД I типа отмечаются изменения не только максимальной скорости раннего пи-

ка диастолического трансмитрального кровотока, но и максимальной скорости позднего диастолического потока крови, что не было отмечено при продолжительности СД до 5 лет. Значение Ve/Va во 2-ой группе больных СД I типа составило 1,29 ±0,02 отн.ед., что достоверно ниже уровня здоровых лиц и показателя в первой группе.

Таким образом, у больных СД I типа с продолжительностью заболевания от 5 до 10 лет происходит дальнейшее усугубление диастолической функции ЛЖ.

В 3-ей группе больных СД I типа с продолжительностью заболевания более 10 лет отмечается дальнейшее, более выраженное изменение показателей, характеризующих диастолическую функцию ЛЖ. Так, КДО ЛЖ у больных данной группы составил 121,4±20,6 мл. В 3-ей группе время изоволюмического расслабления миокарда составило 0,084±0,003 сек., что достоверно выше по сравнению со здоровыми и больными 1-ой и 2-ой групп. Ve у больных 3-ей группы составила 0,61±0,02 м/с. В данной группе отмечалось повышение Va до 0,50±0,03 м/с, но различия по сравнению с группой здоровых лиц были не достоверны. Из всех сравниваемых групп, в группе больных СД I типа с продолжительностью заболевания более 10 лет отношение максимальных скоростей раннего и позднего трансмитрального потоков крови было минимальным и составило 1,22±0,02 отн. ед., а это достоверно ниже по сравнению с группой здоровых лиц.

Следовательно, с ростом продолжительности СД I типа нарастают изменения диастолической функции ЛЖ.

КОМПЕНСАЦИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ I ТИПА

М.Ю. Сергеева-Кондраченко

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
Пенза

Диабетическая остеопения представляет важную проблему диабетологии. Своевременно диагностировать диабетическую остеопению позволяют специальные неинвазивные методы исследования костной ткани, к которым относится денситометрическое измерение минеральной плотности костной ткани (МПКТ).

Цель работы. Оценить минеральную плотность костной ткани и показатели фосфорно-кальциевого гомеостаза у больных сахарным диабетом (СД) I типа в зависимости от длительности заболевания и компенсации углеводного обмена.

С целью изучения состояния костной системы 207 больным СД I типа (средний возраст – 37,9±5,7 лет, 94 мужчин и 113 женщин, больные не

имели в анамнезе заболеваний и состояний, приводящих к нарушению МПКТ) проводилось исследование на компьютерном денситометре ДТХ – 100 методом рентгеновской количественной абсорбциометрии в периферических отделах лучевой и локтевой костей. Контрольной группой послужили 110 человек, не имеющих в анамнезе заболеваний и состояний, приводящих к изменению МПКТ. Сравниваемые группы были сопоставимы по полу и возрасту, переломы в анамнезе отсутствовали. Оценка состояния фосфорно-кальциевого гомеостаза проводилась по уровню кальция, неорганического фосфора и активности щелочной фосфатазы в сыворотке крови. Для определения уровня кальция, неорганического фосфора и активности щелочной фосфатазы в сыворотке крови использовали стандартные наборы «Lachema» (Чехия). Достоверных различий по вышеуказанным показателям у больных СД I типа по сравнению с группой здоровых лиц выявлено не было.

При проведении денситометрии проводилось: определение площади проекции исследуемого участка (Area, $см^2$), содержания костного минерала (ВМС, МСК, грамм), вычислялась проекционная минеральная плотность костей (ВМД, МПК, $г/см^2$). МПК оценивалась с использованием Т- и Z-критериев. О степени остеопении или остеопороза судили по критериям ВОЗ.

Компьютерная обработка полученных данных проводилась с использованием статистического пакета STATGRAPHICS 3.1 и стандартного пакета прикладных программ Microsoft Excel 7.0 с использованием методов вариационной статистики. Различия показателей считались статистически значимыми при критерии достоверности $p<0,05$.

Для оценки влияния компенсации углеводного обмена на изменения МПКТ у больных СД I типа, все больные были разделены по уровню компенсации на субкомпенсированных и декомпенсированных в зависимости от продолжительности заболевания. Больных, находящихся в состоянии компенсации углеводного обмена, среди обследуемых пациентов не было.

В зависимости от длительности заболевания и компенсации углеводного обмена все больные были разделены на 3 группы: 1-я – больные СД I типа с продолжительностью заболевания до 5 лет (без осложнений СД) – 70 человек (34 – субкомпенсированных и 36 – декомпенсированных), 2-я группа – продолжительность заболевания от 5 до 10 лет (с проявлениями микроангиопатии и нейропатии) – 68 больных (33 – с субкомпенсацией углеводного обмена и 35 – с декомпенсацией углеводного обмена) и 3-я группа – СД I типа с продолжительностью заболевания более 10 лет (с проявлениями микро-, макроангиопатии и нейропатии) – 69 больных (34 больных - субкомпенсированных и 35 больных – декомпенсированных).

У больных СД I типа с продолжительностью заболевания до 5 лет, находящихся в состоянии субкомпенсации углеводного обмена, показатели минерального содержания костей, площади проекции исследуемых участков не отличались достоверно от показателей здоровых лиц ($p>0,05$). А

вот значения, полученные по Т – score, свидетельствовали об остеопении I степени.

Данные, полученные по показателю Т – score, у больных СД I типа с продолжительностью заболевания до 5 лет, находящихся в состоянии декомпенсации углеводного обмена, свидетельствовали о наличии остеопении III степени.

Следовательно, при одинаковой продолжительности сахарного диабета, но разных значениях компенсации углеводного обмена, выявляются различные изменения костной системы: при субкомпенсации - остеопения I степени, а при декомпенсации – остеопения III степени. Таким образом, при СД необходимо прежде всего, строго компенсировать состояние углеводного обмена и назначать лекарственные средства, повышающие минеральную плотность костной ткани.

Изменения по Z – score и Т – score у больных СД I типа с продолжительностью заболевания от 5 до 10 лет, находящихся в состоянии субкомпенсации углеводного обмена, свидетельствуют об остеопении II степени.

В группе больных СД I типа с продолжительностью заболевания от 5 до 10 лет, но находящихся в состоянии декомпенсации углеводного обмена, были выявлены изменения, свидетельствующие об остеопения III степени, что еще раз подчеркивает необходимость назначения больным СД I типа, особенно находящимся в состоянии декомпенсации углеводного обмена, лекарственных средств, повышающих МПКТ.

У больных СД I типа с продолжительностью заболевания выше 10 лет при субкомпенсации углеводного обмена уровни Z – score и Т – score свидетельствуют об остеопении III степени, а при декомпенсации углеводного обмена - об остеопорозе I степени.

Следовательно, у больных СД I типа с целью поддержания нормальных значений МПКТ, необходимо строго следить за компенсацией углеводного обмена и назначать препараты, повышающие МПКТ, практически с момента развития заболевания не зависимо от того в состоянии субкомпенсации или декомпенсации находится больной.

СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ РАЗВИТИЯ НЕКОТОРЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ I ТИПА (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ)

М.Ю. Сергеева-Кондраченко

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
Пенза

Сахарный диабет (СД) является хроническим заболеванием, вызываемым как наследственными факторами, так и факторами окружающей

среды. У больных СД развиваются серьезные и дорогостоящие осложнения, такие, как патология сердца, почечная недостаточность, слепота и поражение стоп. Диабетическая стопа в этом перечне осложнений занимает лидирующие позиции, так как 40–70 % всех ампутаций нижних конечностей связано с СД. В 85 % случаев всем ампутациям предшествуют язвенные дефекты. Наиболее важным фактором, связанными с развитием язвенных дефектов стоп, является макроангиопатия нижних конечностей.

Анализ среднего возраста (в годах) развития макроангиопатий нижних конечностей у взрослых по данным регистра больных СД Пензенской области с учетом пола в 2001–2003 годах показал, что данный вид осложнений, приводящий к ранней инвалидизации, развивается у больных СД I типа в трудоспособном возрасте. Если проанализировать динамику среднего возраста развития макроангиопатий нижних конечностей, то видно, что данное осложнение «помолодело», особенно в 2002 году. Так, в 2001 году макроангиопатии нижних конечностей развивались в 43,07±0,39 года, а в 2002 году уже в 40,95±0,45 лет, хотя в 2003 году средний возраст составил - 42,32±0,57 года (таблица 1). Из таблицы 1 видно, что у мужчин данное осложнение развивается раньше, чем у женщин и эта тенденция сохраняется во все анализируемые годы. Так, в 2001 году средний возраст развития макроангиопатий нижних конечностей составил у мужчин - 39,87±0,53 лет, а у женщин - 45,38±0,54 лет, в 2002 году: у мужчин - 38,27±0,59 лет, у женщин - 43,05±0,65 года, в 2003 году: у мужчин - 39,31±0,76 лет, а у женщин - 44,67±0,80 года, но, не смотря на это, у женщин намечается более выраженное «омоложение» данного осложнения по сравнению с мужчинами.

Таблица 1

Средний возраст (в годах) развития некоторых осложнений у взрослых с I типом СД с учетом пола в 2001-2003 гг.

Вид осложнения	Пол	I тип СД		
		2001 г.	2002 г.	2003 г.
Макроангиопатия нижних конечностей	Муж.	39,87±0,53	38,27±0,59	39,31±0,76
	Жен.	45,38±0,54	43,05±0,65	44,67±0,80
	Всего	43,07±0,39	40,95±0,45	42,32±0,57
Диабетическая стопа	Муж.	47,96±1,68	43,30±1,50	44,90±1,75
	Жен.	50.81±1,64	53,06±2,10	51,48±2,07
	Всего	49,57±1,18	48,14±1,34	48,38±1,40

Средний возраст развития «диабетической стопы» также «помолодел»: в 2001 году он составил - 49,57±1,18 лет, а в 2002 и в 2003 годах - 48,14±1,34 лет и 48,38±1,40 лет - соответственно и это «омоложение» произошло за счет более раннего развития данного осложнения у мужчин. Так, в 2001 году «диабетическая стопа» диагностировалась у мужчин в 47,96±1,68 лет, а в 2002 и 2003 годах уже в 43,30±1,50 года и 44,90±1,75

года соответственно (табл. 1).

Анализируя среднее время (в годах), через которое развились макроангиопатии нижних конечностей у взрослых, больных СД от начала заболевания (по данным регистра больных СД Пензенской области) в 2002-2003 годах видно, что как в 2002 году, так и в 2003 году данное осложнение развивается в среднем через 8 лет после постановки диагноза: сахарный диабет. Так, в 2002 году вышеуказанное осложнение развилось через 8,54±0,21 лет, а в 2003 году – через 8,14±0,31 лет. Но следует отметить, что у мужчин данное осложнение развивается раньше, чем у женщин. Так в 2002 году у мужчин оно было диагностировано через 7,00±0,30 лет, а у женщин – через 9,75±0,28 лет, а в 2003 году у мужчин - через 7,36±0,46 лет, а у женщин – через 8,75±0,40 лет, то есть отмечается тенденция к более раннему развитию данного осложнения у женщин (табл. 2).

Таблица 2

Среднее время (в годах), через которое развились некоторые осложнения у взрослых от начала заболевания I типом СД с учетом пола в 2002-2003 гг.

Вид осложнения	Пол	I тип СД	
		2002 г.	2003 г.
Макроангиопатия нижних конечностей	Муж.	7,00±0,30	7,36±0,46
	Жен.	9,75±0,28	8,75±0,40
	Всего	8,54±0,21	8,14±0,31
Диабетическая стопа	Муж.	10,71±0,78	10,44±1.18
	Жен.	11,86±0,97	13.32±1.11
	Всего	11,28±0,62	11,96±0,82

«Диабетическая стопа» диагностируется у взрослых, больных СД I типа, в среднем через 11 лет. Так, в 2002 году данное осложнение развилось через 11,28±0,62 лет, а в 2003 году – через 11,96±0,82 лет (табл. 2). Но, не смотря на то, что осложнение развивается только через 11 лет, пик его развития приходится на самый трудоспособный и активный возраст и резко снижает качество жизни больных.

Таким образом, как показал анализ представленных данных, необходима своевременная диагностика, адекватное лечение и профилактика как макроангиопатий нижних конечностей, так и синдрома диабетической стопы с целью уменьшения инвалидизации и повышения качества жизни больных СД I типа.

ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ ИММУННОЙ РЕАКТИВНОСТИ В ПРОГРЕДИЕНТНОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В

ПЕРИОДЕ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ

В.В. Серов, Е.Н. Куканова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
Пенза

По данным литературы нейроантитела выявляются в крови большинства пациентов, перенесших черепно-мозговую травму, на протяжении многих лет на фоне клинического выздоровления (Г.А. Акимов и др., 1978; Н.И. Лесяный и др., 1984; Г.Г. Шахова, 1975). Длительная персистенция нейроантител свидетельствует о незатухающем деструктивном процессе в тканях мозга, что является фактором риска обострения патологии мозга в посттравматический период (Г.Н. Крыжановский и др., 1997). Иммунопатологический фактор реализуется при прорыве гематоэнцефалического, ликворнотканевого барьеров на фоне психоэмоционального стресса, инфекционного процесса, при интоксикациях и повторных травмах мозга (И.В. Ганнушкина, 1974; Г.Н. Кассиль, 1963; Ю.А Малашхия, 1986; Федоров и др., 1989). Этому же способствует накопление нейроантител в крови. Антитела реагируют с антигенами мозгоспецифических клеточных структур, вызывая нарушение их функционирования, что сопровождается развитием различных психо- и нейропатологических синдромов (Г.Н. Крыжановский и др., 1997). В большинстве случаев обнаруживаются реакции гиперчувствительности замедленного (Г.А Акимов и др., 1978; И.Э. Детлав и др., 1981; Jancovic, 1977) и немедленного типа действия (Г.А. Акимов, 1975), маркером последнего является Ig E.

Нами проведено клинико-диагностическое исследование и ретроспективный анализ психопатологических расстройств у пациентки Е.И., 22 лет, повторно госпитализированной в психиатрический стационар в связи с неупорядоченным поведением.

Развитие пациентки в раннем детском возрасте без патологических особенностей. В четыре года перенесла черепно-мозговую травму (упала с качелей). Сознания не теряла, не госпитализировалась. В последующем длительно наблюдались церебрастеническая симптоматика. В детском и подростковом возрасте была эмоционально неустойчива, обидчива, мнительна. Окончила школу и медицинский колледж с отличием. В период обучения конфликтовала с сокурсниками, «закатывала истерики», требовала исключения некоторых из училища. По протекции работала врачом-стоматологом. За день принимала одного, двух пациентов. Замужем с 19 лет. Через десять лет брак распался, муж упрекал её в безделье и неряшливости. После развода время проводила праздно, к сыну была равнодушной. Периодически проявляла агрессию к родственникам. В связи с выраженным возбуждением, спровоцированным различными психогенными причинами, госпитализировалась с диагнозом: «Реактивный психоз, депрес-

сивный синдром с псевдодементными включениями». При повторной госпитализации - «Истерическое развитие личности с частыми декомпенсациями, достигающими психотического уровня; реактивный истерический психоз». Признаки органической патологии клиницистами не выявлялись. При повторных поступлениях у больной отмечалось нарастание дефицитарных расстройств, обнаруживалась торпидность, конкретность, непродуктивность мышления. Выявлялось снижение уровня активного внимания, признаки фиксационной амнезии. В поведении была назойлива. Внешний вид оставался неопрятным. Была сексуально расторможена, вступала в беспорядочные половые связи. Реальных планов на будущее не имела. Дополнительное обследование: РЭГ- умеренно снижено объемное кровенаполнение в системе внутренних сонных артерий. ЭЭГ- выраженные диффузные общемозговые изменения БЭА ирритативного характера, дисфункция неспецифических срединных структур. КТ- признаки атрофических изменений головного мозга лобно-височных областей, незначительное расширение желудочковой системы мозга S>D. При анализе крови выявлено повышенное содержание Ig E - 894,1 г/л при норме 130 г/л. Аллергические пробы на экзогенные антигены отрицательные.

На основании изложенного, выставлен диагноз: «органическое заболевание головного мозга сложного генеза, обусловленное травматическим поражением ЦНС в детстве и иммунопатологическими нарушениями (протекающими на фоне недостаточности кровообращения головного мозга), осложненное повторными психогенными травмами с выраженной интеллектуальной недостаточностью; умеренно выраженными мнестическими нарушениями; частыми истероформными реакциями; выраженной социальной дезадаптацией».

Сопоставляя наличие нарастающей деменции, атрофические изменения лобно-височных областей и высокий титр Ig E, можно предположить взаимосвязь этих процессов.

Выводы исследования: в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы изменение стереотипа клинической картины может быть обусловлено разными патогенетическими процессами, в том числе и иммуннозависимыми. В связи с чем считаем необходимым при обследовании больного по показаниям проводить и иммунологическое обследование. Настоящее наблюдение показывает, что одним из компонентов иммунологической реактивности может выступать Ig E (что подтверждается данными других авторов (Г.А. Акимов, 1975). По нашему мнению, необходимо дальнейшее изучение роли Ig E в патологическом процессе, возможно, он является сигнальным маркером текущего аутоиммунного процесса, который более точно выявляется при определении специфических антител к белкам мозга (белок S-100, основной белок миелина, галактоцеребразиды и др.). Выявляя данный показатель, клиницист своевременно сможет оценить характер текущего процесса, правильно назначать психотропные препараты и иммуннокорректоры.

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У СПОРТСМЕНОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ

И.И. Сивухо, О.Н. Опарина, А.В. Соустин

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
Пензенский государственный педагогический университет
им. В.Г.Белинского, Пензенский государственный университет
Пенза

В последнее время для определения неспецифической реактивности дыхательных путей часто прибегают к физической нагрузке. Физическая нагрузка позволяет выявить основные черты патогенеза дыхательных нарушений, а также изучить адаптивные возможности внешнего дыхания.

Мы сочли целесообразным представить собственные исследования показателей внешнего дыхания у спортсменов на фоне курения до и после физической нагрузки.

Материалы и методы исследования. В наших исследованиях определение показателей внешнего дыхания до и после выполнения физической нагрузки проводили при помощи автоматизированной микропроцессорной системы "ПУЛМА-01" (Болгария-Россия). Прибор "ПУЛМА-01" печатает кривую поток-объем вместе с результатами ее измерений, выраженными в процентах должной величины.

В качестве стандартной физической нагрузки использовали тест PWC_{170}. Определение PWC_{170} проводили на велоэргометре "Sven sport" (Швеция,1988), продолжительность теста - 10 минут.

Результаты и их обсуждение. Обследовано 32 студента в возрасте от 18 до 21 года. Среди них выделены две группы испытуемых. Первую группу составили 10 курящих студентов, длительность курения - от 3 месяцев до 3 лет. В среднем ежедневно студент-курильщик употребляет от 15 до 25 сигарет. 8 студентов-курильщиков по утрам испытывают потребность в курении и отмечают сухой кашель с трудно отделяемой мокротой. Вторая группа состояла из 22 некурящих студентов. Необходимо отметить отсутствие достоверных изменений со стороны показателей $ОФВ_1$ и $ОФВ_1$/ФЖЕЛ до выполнения физической нагрузки у всех обследуемых, что исключает наличие хронического бронхита и обструктивных болезней легких.

При исследовании показателя ЖЕЛ в состоянии покоя отмечали значительное (свыше 70%) его увеличение во II группе по сравнению с I. Не выявлено достоверных отличий в показателях ФЖЕЛ до и после выполнения физической нагрузки в обследуемых группах.

Таблица 1

Показатели внешнего дыхания в обследуемых группах до и после выпол-

нения стандартной физической нагрузки

Группы	Изучаемые показатели							
	нагрузка	ЧДД/мин	ЖЕЛ, л	ФЖЕЛ, л	$ПОС_{выд}$, л/с	$МОС_{75}$, л/с	$МОС_{50}$, л/с	$МОС_{25}$, л/с
I, n=10	до	18,7± 0,46	3,75± 0,06	4,10± 0,07	8,48± 0,14	7,30± 0,12	4,69± 0,08	4,63± 0,05
	после	51,3± 0,7	3,90± 0,06	4,55± 0,11	10,42± 0,14	8,59± 0,10	6,96± 0,13	5,42± 0,10
II, n=22	до	16,2± 0,78	6,62± 0,35	4,90± 0,14	9,94± 0,43	8,50± 0,54	7,70±0,40	5,60± 0,34
	после	47,2± 1,2*	5,10± 0,17	4,90± 0,17	10,82± 0,6	9,32± 0,58	7,50± 0,54	6,70± 0,34

Замедление форсированного выдоха и сокращение амплитуды экскурсий объема наиболее выражены после физической нагрузки в I группе, что объясняется изменением биомеханики дыхательного цикла (табл.1).

При определении степени непроходимости дыхательных путей до и после выполнения физической нагрузки имеет значение измерение скоростных показателей: $ПОС_{ВЫД.}$ и $МОС_{25-75}$. При анализе показателей $ПОС_{ВЫД.}$, $МОС_{25-75}$ отмечали их снижение в состоянии покоя в I группе на 15-30% по сравнению со II группой. После выполнения физической нагрузки отмечено нарастание этого показателя в обеих группах (кроме показателя $МОС_{50}$ во II группе). В результате проведенного исследования показано, что в I группе обследуемых скоростные показатели внешнего дыхания снижены уже в состоянии покоя, после выполнения физической нагрузки студентами I группы скоростные показатели внешнего дыхания возрастают и соответствуют показателям студентов II группы в состоянии покоя. Это указывает на то, что после физической нагрузки выявляется лабильная обструкция нижних дыхательных путей у курящих студентов. Изменение этих показателей характеризует снижение устойчивости мелких бронхов к физической нагрузке у курящих студентов.

ПОКАЗАТЕЛИ АНТИЭНДОТОКСИНОВОГО ИММУНИТЕТА У СТУДЕНТОВ-КУРИЛЬЩИКОВ

И.И. Сивухо, И.А. Аниховская, О.Н. Опарина, В.Н. Чернецов, Н.В. Чижиков, А.В. Соустин

Пензенский государственный педагогический университет им. В.Г.Белинского, Медицинский институт ПГУ
Пенза
Институт общей и клинической патологии КДО РАЕН
Москва

Известно участие кишечного эндотоксина (ЭТ) в патогенезе различных заболеваний неинфекционного и инфекционного происхождения.

Цель исследования. Изучить состояние антиэндотоксинового иммунитета (АЭИ) у студентов на фоне курения.

Материалы и методы. Проведено исследование 17 курящих студентов Возраст студентов составил от 18 до 23 (18,9±0,39) лет. Стаж курения от 2 до 5 лет. В среднем курильщик выкуривает от 10 до 20 сигарет.

Кроме общепринятых клинико-инструментальных и лабораторных методов обследования студентам определяли титры антител (АТ) в условных единицах оптической плотности (у.е.О.П.) к ЭТ (гликолипиду хемотипа Re) и к ЛПС E.coli O14, который содержит общий антиген энтеробактерий, в иммуноферментной реакции при помощи конъюгата стафилококкового протеина А с пероксидазой хрена на полистироловых планшетах, сенсибилизированных соответствующими антигенами. Контрольные показатели нормы содержания антиэндотоксиновых АТ в плазме крови были получены при исследовании сыворотки крови 30 некурящих практически здоровых волонтеров 20-40 лет, у которых отсутствовали какие-либо хронические заболевания. У всех студентов-курильщиков и волонтеров кровь для исследования забиралась утром натощак. Статистическая обработка данных проводилась при помощи компьютерной программы MS Excel (Ver.5.0).

Результаты: в физиологических условиях (контрольная группа) АТ в плазме крови к Re-гликолипиду составляют 198,82±1,96 у.е.О.П. и к ЛПС E.coli O14 – 400,47±2,07 у.е.О.П. У студентов-курильщиков концентрация значимо была снижена – 143,8±8,3 у.е.О.П и 293,5±22,6 у.е.О.П. по сравнению с контрольной группой, т.е. выявлена недостаточность гуморального звена АЭИ, показатели которого снижены на 30%.

Гранулоцитарное звено АЭИ оценивали с помощью диагностической тест-системы «ЛПСтест–ИФА» (Патент РФ № 2088936). В основе метода лежит способность гранулоцитов связывать ЭТ в естественных условиях общей гемоциркуляции (in vivo) (норма - 3,5±0,3%) и дополнительно (in vitro) (норма-8,6±0,5%), которое осуществляется при помощи Fc-зависимого механизма, в %. Способность гранулоцитов дополнительно связывать ЛПС in vitro определяет наиболее важный показатель этого метода – резервы связывания ЭТ гранулоцитами, которые составляют 5,1± 0,3%.

У студентов-курильщиков способность связывать ЭТ гранулоцитами составляет 2,45±0,71%, способность связывать ЭТ гранулоцитами после нагрузки Re-ГЛП – 5,8±0,99% и резервы связывания ЭТ гранулоцитами составляют 3,36±0,54%, т.е. выявлена недостаточность гранулоцитарного звена АЭИ, показатели которого снижены на 50%.

Таким образом, проведенные исследования показали, что у студентов-курильщиков определяется снижение антиэндотоксинового иммунитета, что может быть предрасполагающим фактором развития предболезни, а

при длительном курении и злоупотреблении привести к развитию заболеваний сердца и сосудов, бронхов и легких, вплоть до онкологических заболеваний.

Применение скрининговых эндотоксин тест-систем в наркологии может заподозрить подростков, скрывающих вредную привычку-курение.

НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТА «ВЕКТОР» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Э.В. Смирнова, Н.П. Журавлева, Т.В. Посметная, П.И. Скуридин, Л.Д. Романовская, Н.В. Еремина, Н.А. Вирясова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
МУЗ «Городская стоматологическая поликлиника»
Пенза

Лечение заболеваний тканей пародонта является актуальной проблемой современной стоматологии. Оно носит комплексный характер с учетом клинического течения заболевания и общего состояния организма. В комплексе лечебных мероприятий большое значение отводится местному лечению, особенно удалению зубных отложений и обработке пародонтальных карманов.

В настоящее время появились новые аппараты, решающие эту проблему; в том числе аппарат «Вектор», разработанный в 1999 году фирмой «Durr» - Dental (Германия).

Работа аппарата «Вектор» основана на ультразвуковом воздействии на ткани пародонта. Аппарат работает на частоте 25 кГц. Направление колебаний находится в пределах 90°, благодаря чему, инструмент работает параллельно зубной поверхности, что уменьшает болевые ощущения. Энергия прибора «Вектор» опосредованно передается через наполненные жидкостью пародонтальные карманы на соседние ткани.

Аппарат «Вектор» достаточно портативен и состоит из основной части, ножного включателя, полировочной и абразивной суспензий и насадок.

Полировочная суспензия на основе гидрокисиаппатита предназначе-

на для удаления поддесневых и наддесневых отложений, грануляций. Абразивная суспензия на основе карбида кремния предназначена для сглаживания краев пломб, а также щадящего микропрепарирования.

Амплитуда ультразвуковых колебаний подбирается индивидуально для каждого пациента. Для наконечника аппарата могут использоваться различные виды насадок:

- серебряные для удаления поддесневых зубных отложений и грануляций;
- желтые – для удаления наддесневых зубных отложений;
- Красные и фиолетовые для микропрепарирования кариозных полостей и обработки композиционных реставрационных работ.

Насадки в наконечнике фиксируются с помощью ключа.

Возможности использования аппарата «Вектор»:

1. Для снятия зубных отложений.
2. Для обработки пародонтальных карманов.
3. Для обработки композиционных реставрационных работ. При постановке пломбы на контактной поверхности и в пришеечной области иногда отмечается некачественная механическая обработка пломб, нависание края пломб, что вызывает воспаление тканей десны. С помощью аппарата «Вектор» можно провести шлифовку и полировку пломб.
4. Для микропрепарирования кариозных полостей. Заболевание тканей пародонта часто сопровождается клиновидными дефектами. Аппаратом «Вектор» можно провести препарирование клиновидного дефекта; также можно провести препарирование кариозной полости в пределах эмали. Аппарат «Вектор» не рекомендуется для препарирования больших кариозных полостей или препарирование под ортопедические конструкции, так как это займет гораздо больше времени, чем традиционная обработка.

В нашей поликлинике аппарат «Вектор» используется с января 2006 года. Мы применяем его для удаления наддесневых, поддесневых зубных отложений и грануляций, шлифования нависающих краев, шероховатостей, неровностей пломб в полостях 1 и 2 классов, в комплексной терапии заболеваний тканей пародонта.

Пролечено 215 человек с заболеваниями тканей пародонта. Из них: с диагнозом гингивит - 38 человек, с диагнозом пародонтит легкой степени тяжести – 67 человек, с диагнозом пародонтит средней степени тяжести – 104 человека, с диагнозом пародонтит тяжелой степени - 6.

В результате применения аппарата «Вектор»:

1. Сократились сроки местного противовоспалительного лечения.
2. Повысилось качество профессиональной гигиены полости рта
3. В результате динамического наблюдения отмечается, что после обработки пародонтальных карманов аппаратом «Вектор»

замедляются сроки повторного образования зубных отложений, снимается частота обострений.

4. При лечении аппаратом «Вектор» все лечебные манипуляции менее болезненны, чем при традиционном лечении, что практически не требует дополнительного обезболивания. Пациенты с большим доверием относятся к манипуляциям врача. В результате чего улучшается эмоционально-психологический климат во время приема.

Основываясь на личном опыте применения аппарата «Вектор» считем возможным рекомендовать его для применения в комплексной терапии заболеваний тканей пародонта.

ИЗМЕНЕНИЯ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И НОРМАЛЬНЫМИ РАЗМЕРАМИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОЗЫ ДИГОКСИНА В ОСТРОМ ЛЕКАРСТВЕННОМ ТЕСТЕ

Т.П. Смирнова, Л.Ф. Бартош, Ф.Л. Бартош, Л.В. Мельникова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
МУЗ «Городская клиническая больница №4»
Пенза

Фибрилляция предсердий (ФП) – одна из самых распространенных аритмий, с которой приходится иметь дело в клинической практике. На ее долю приходится примерно 1/3 всех госпитализаций в связи с нарушениями ритма сердца. Распространенность ФП увеличивается с возрастом и составляет в общей популяции 0,4%, в возрасте до 60 лет меньше 1%, а после 80 лет более 6%. Фибрилляция предсердий часто обнаруживается у больных с застойной сердечной недостаточностью (СН) и клапанными пороками сердца, причем ее распространенность увеличивается в зависимости от тяжести заболеваний сердца.

Цель. Оценить особенности последовательного действия определенных доз дигоксина на показатели кардиогемодинамики у больных с постоянной фибрилляцией предсердий и нормальными размерами левого предсердия в остром лекарственном тесте.

Задачи. 1) Изучить влияние 0,025%-1 мл. дигоксина на кардиогемодинамику у больных с постоянной фибрилляцией предсердий.

2) Оценить особенности влияния той же дозы дигоксина на пике действия препарата.

3) Сравнить влияние этих доз на сердечную гемодинамику у данных больных.

Материал и методы исследования. В исследование включено 22 пациента с постоянной фибрилляцией предсердий (8 мужчин и 12 женщин; средний возраст 68 ± 7,4; ХСН 1,5 ± 0,7; ЛП < 40мм.).

Критерии включения в исследование: наличие диагностированной фибрилляции предсердий, удовлетворительная ультразвуковая визуализация камер сердца, ЛП < 40мм. Критерии исключения: клапанные пороки сердца; сопутствующие заболевания легких, сопровождающиеся легочной гипертензией; лица с ЧСС менее 60 уд\мин.; атриовентрикулярная блокада 2-3 ст.; облитерирующие заболевания сосудов; острая коронарная недостаточность.

Пациентам вначале исследования вводился дигоксин в дозе 0,025%-1 мл. Затем, на пике действия препарата, дигоксин вводился повторно в той же дозе. В последующем всем проводилась эхокардиография с помощью ультразвукового аппарата SIM 5000 D PLUS «Рос – Биомедика с доплеровской приставкой.

Изучались: конечнодиастолический (КДР), конечносистолический (КСР) размеры левого желудочка; фракция выброса (ФВ); размеры левого предсердия (ЛП); частота сердечных сокращений (ЧСС); показатели трансмитрального кровотока: интеграл линейной скорости кровотока (FVI), время полуспада градиента давления между левыми камерами сердца (РНТ), время изоволюмического расслабления левого желудочка (IVRT) - в 25 – 30 последовательных сердечных циклах, с последующим определением среднего значения. Полученные результаты подвергали статистической обработке с использованием пакета статистических программ «Excel» , «STATGRAPHICS Plus 3.0». Для оценки достоверности различий показателей использовался t-критерий Стьюдента, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. После первого введения препарата наблюдалось урежение ЧСС: с 78,4 ± 10 до 76,1 ± 12 ($p < 0,05$); уменьшение размеров ЛП: от 36,7 ± 3,5 до 34,4 ± 4,4 ($p < 0,05$); КДР ЛЖ: от 48,7 ± 7,4 до 42,8 ± 7,4 ($p < 0,05$), достоверное увеличение FVI: с 0,105 ± 0,01 до 0,122 ± 0,02 ($p < 0,05$). При повторном введении дигоксина в дозе 0,025%-1 мл наблюдалось дальнейшее урежение ЧСС: с 78,4 ± 10 до 73 ± 12 ($p < 0,05$), увеличение РНТ: от 0,06 ± 0,01 до 0,076 ± 0,01 ($p < 0,05$) и фракции выброса (ФВ) от 57,4 ± 2 до 61,5 ± 2,4 ($p < 0,05$) в сравнении с исходом. Увеличение FVI: от 0,122 ± 0,02 до 0,143 ± 0,03 ($p < 0,05$) в сравнении с предыдущим значением. Время изоволюмического расслабления левого желудочка (IVRT), осталось без изменения у всех больных.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что применение дигоксина приводит к закономерному урежению частоты сердечных сокращений. Первая доза дигоксина приводит к уменьшению размеров сердца и улучшению диастолической функции левого желудоч-

ка. При последующем введении препарата наблюдается дальнейшее улучшение систолической и диастолической функции левого желудочка. Подобный эффект, определяется положительным инотропным, отрицательным хронотропным и дромотропным действием сердечных гликозидов на миокард.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОКРИННОГО БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ И НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЕГО ЛЕЧЕНИЮ

А.И. Смолягин, Л.С. Ковалевская, И.Ю. Игнатьева, И.В. Пахомов

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»,
Областной центр планирования семьи и репродукции
Оренбург

Анализ данных литературы по проблеме бесплодия свидетельствует о том, что, несмотря на значительные успехи и внедрение в клиническую практику новых диагностических и лечебных репродуктивных технологий, она далека от разрешения. В данной работе проведен анализ клинических, гормональных и иммунологических изменений у женщин с эндокринным бесплодием, проживающих в Оренбурге, который относится к крупным промышленным центрам с преобладанием газовой и нефтехимической промышленности. В городе на протяжении более 30 лет наблюдается превышение ПДК различных химических загрязнителей, особенно сернистых соединений, неблагоприятно влияющих на здоровье населения. В Оренбурге распространено нарушение функции щитовидной железы из-за пониженного содержания йода и дисбаланса микроэлементов в окружающей среде.

Возраст обследованных составил 20 - 39 лет, длительность бесплодия от 1,5 до 7 лет. У 35% пациенток эндокринное бесплодие наблюдалось на фоне патологии щитовидной железы. При ультразвуковом исследовании щитовидной железы, патологические изменения отмечались у 45% больных (увеличение размера, изменение структуры, узловые образования). При анализе тиреоидных гормонов, выявлялось повышение уровня

тиреотропного гормона, антител к тиреоидной пироксидазе и тиреоглобулину, а также снижение количества трийодтиронина и тироксина. Чаще диагностировался гипотиреоз на фоне аутоиммунного тиреоидита (34%), узлового зоба (17%) и смешанного зоба (10%).

Оценивая гормональный статус у пациенток с эндокринной формой бесплодия, было выявлено у 13% гиперпролактинемия, у 18% - увеличение уровня ФСГ, у 15% - ЛГ, у 35% - повышение 17 ОН-прогестерона. Это выражалось в увеличении уровня пролактина, ТТГ, 17-ОН, ДЭАС, кортизола и в снижении количества прогестерона.

При исследовании иммунного статуса у пациенток чаще всего отмечалось увеличение количества суммарных лимфоцитов, IgA, IgM, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), снижение фагоцитарных показателей, включая спонтанный и стимулированный НСТ-тест, уровня CD4 лимфоцитов, IgG. Общий процент показателей, отклоняющихся от нормы, в основном колебался от 16 до 50% и чаще всего соответствовал второй степени иммунодефицита. В формуле расстройств иммунной системы преобладало увеличение ЦИК, суммарных лимфоцитов, IgA. (А.М.Земсков, 1986).

В последние годы при оценке нейрогуморальной регуляции репродуктивной функции все более широко затрагивается роль иммунной системы (Сухих Г.Т., Ванько Л.В., 2001). Наряду с использованием традиционной фармакологической иммунокоррекции, получен обширный материал о высокой иммуно-клинической эффективности более чем 20 видов немедикаментозной терапии. Одним из таких воздействий является использование барокамерной адаптации к периодическому действию к гипоксии (БАПДГ) для иммунокоррекции при различных вариантах патологии. В связи с этим, на протяжении последних 20 лет в Оренбургской медицинской академии проводились комплексные клинические и экспериментальные исследования, посвященные изучению особенностей различных звеньев эндокринной и иммунной систем при БАПДГ для определения последствий этих сдвигов в развитии некоторых патологических процессов (Ф.З. Меерсон и соавт., 1992; Б.А. Фролов и соавт., 1996; М.Н. Воляник и соавт., 2002; Е.С. Барышева и соавт., 2003).

Учитывая вышеизложенное, представляло интерес исследование эффективности БАПДГ для коррекции гормональных и иммунологических нарушений у женщин с эндокринным бесплодием. Проведено клинико-лабораторное обследование и лечение 36 женщин в возрасте 25-35 лет, страдающих бесплодием, обусловленным гиперандрогенией, в течение 3-10 лет. У пациенток отмечалось нарушение менструального цикла, увеличение уровня 17-ОН прогестерона, индекса ЛГ/ФСГ. Лечение больных включало в себя назначение базовой медикаментозной терапии, направленной на снижение уровня андрогенов и нормализацию функции щитовидной железы, а также проведение курса адаптации к гипобарической гипоксии в условиях барокамеры «Урал-1» на «высоте» 3500м – 24 сеанса

по 1 часу со ступенчатым подъемом, начиная «с высоты» 1000м. Данное комбинированное лечение привело к положительным результатам, которые выражались в наступлении беременности у 18 из 36 (50%) и последующих родах у 12 обследованных женщин, нормализации менструального цикла, переходе базальной температуры из монофазной в двухфазную, снижении исходно повышенного уровня 17-ОН прогестерона. У части женщин с признаками гипотиреоза после лечения наблюдалась тенденция к нормализации содержания ТТГ и тиреоидных гормонов. После комбинированного лечения у большинства больных отмечалось снижение уровня циркулирующих иммунных комплексов и, напротив, повышение количества CD3-лимфоцитов, IgA. Представленные результаты наблюдения позволяют рекомендовать использование БАПДГ в комплексном лечении бесплодия у женщин, обусловленного гиперандрогенией.

НЕЙРОСЕТЕВАЯ ДИАГНОСТИКА КРОВОПОТЕРИ В ХИРУРГИИ

А.А. Соломаха

ГУЗ «Областная клиническая больница им.Н.Н.Бурденко»
Пенза

Актуальной проблемой современной клинической хирургии является ранняя диагностика, лечение, профилактика и прогнозирование послеоперационных осложнений. Это мотивируется целесообразностью снижения длительности стационарного пребывания больных в лечебно-профилактических учреждениях. Прогнозирование риска развития осложнений в клинике с высокой хирургической активностью предполагает рациональное планирование работы хирургического стационара, предоперационной подготовки, применение антибактериальной фармакологической терапии пациентам с повышенным риском развития гнойно-воспалительных осложнений, назначения стимуляторов эритропоэза при наличии анемии или гемотрансфузионной коррекции, состоявшейся кровопотери.

Наиболее сложной задачей является прогнозирование кровопотери в торакальной хирургии. Это объясняется двумя основными причинами: анемией вследствие эндогенной интоксикации и травматичностью оперативного вмешательства. Известно, что ранний послеоперационный период у хирургических торакальных больных нередко сопровождается осложнениями гнойно-воспалительного характера и постгеморрагической анемией.

Основной целью исследования явилось создание компьютерной программы, прогнозирующей риск развития кровопотери при выполнении операций в торакальной хирургии у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями легких, бронхов, средостения, грудной стенки. Методом

исследования являлось нейросетевое прогнозирование и диагностика. Для достижения поставленной задачи исследовались:предоперационная подготовка,объективное состояние, данные инструментальных и дополнительных методов,оперативные вмешательства и послеоперационный период у 120 торакальных больных. Создание компьютерной программы для прогнозирования кровопотери предусматривает выполнение следующих процессов: анализ исходных данных и их статистическую обработку, кодирование показателей, которые принадлежат к определенному классу, удаляются из выборки нетипичные значения, располагающиеся более трех среднеквадратических отклонения. В дальнейшем осуществляется шкалирование полученных данных. Это когда каждая компонента входного вектора показателей лежит на отрезке [-1,1]. Выбор данного диапазона объясняется тем, что в качестве функции активации нейронной сети применялся гиперболический тангенс. Диапазоном его чувствительности и является отрезок [-1,1]. Изучение зависимости между переменными реализовано на основе матрицы коэффициентов парной корреляции. Далее формируется обучающая и тестовая выборки. Целесообразно отметить, что в работе использовался пакет Matlab, так называемая «математическая лаборатория». С помощью данного пакета экспериментально подбиралась нейронная сеть для прогнозирования кровопотери. В результате исследования установлено, что реализация компьютерной программы может быть достигнута на основе следующей архитектуры нейронной сети: 6 нейронов во входном слое, 19 - в скрытом и 1 - в выходном. Таким образом, нейросетевая диагностика кровопотери в хирургии может быть успешно осуществлена с помощью разработанной компьютерной программы.

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИКЛИНИКИ В РАЗВИТИИ И МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Н.В. Сопина, Э.В. Маркелов, Е.А. Семечкина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

В последние годы происходит ухудшение состояния здоровья населения, которое привело к значительному снижению продолжительности жизни, сокращению народонаселения. Все это, безусловно, влияет на трудовой потенциал, безопасность страны.

Кроме того, деятельность медицинских учреждений, часто не только не отвечает современным требованиям, но и находится в кризисном положении. Сохраняется диспропорция финансирования, когда около 60% средств по-прежнему используется на содержание круглосуточного стационара. Не у всех категорий медицинских работников есть достаточная мотивация к труду. Страдает материально-техническая база. В стадии ста-

новления находится развитие первичного звена. Остается недостаточной высокотехнологичная медицинская помощь.

К началу 2006 года, главной целью здравоохранения РФ определено повышение доступности и качества медицинской помощи.

В связи с этим, принята Программа социального развития РФ на среднесрочную перспективу (2006-2008 гг.), которая утверждена распоряжением Правительства № 38-р от 19.01.2006 г.

В течение года активно проводилась реализация Национального проекта в сфере здравоохранения, на реализацию которого было предусмотрено 88,4 млрд. рублей.

Как повлияли эти мероприятия на оказание помощи конкретным жителям нашего региона, и какие изменения произошли, можно рассмотреть на примере обычной городской больницы, вернее, на поликлиническом подразделении МУЗ городская больница №3.

Уровень и качество амбулаторно-поликлинической помощи во многом определяется подготовкой и квалификацией врачебных кадров, особенно, первичного звена.

Именно от профессионального уровня и степени подготовки первичного звена во многом зависит полнота обследования, своевременная диагностика и исход заболевания. Так, повышение мотивации к работе (значительная прибавка к заработной плате), позволило привлечь в поликлинику 3 врачей и увеличить укомплектованность кадрами на 14%.

Врачи первичного звена составляют на сегодня 21% от общего уровня (на начало 2006 года в Российской Федерации этот показатель был немногим более 10%).

Повышение квалификации врачей и их профессиональная переподготовка стали возможны в связи с реализацией одного из разделов Национального проекта – «Подготовка и переподготовка врачей общей семейной практики, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых». Это, безусловно, повлияло на качество медицинской помощи, что привлекает пациентов. Так функция врачебной должности составила на приеме 5316, на дому 1224. Это выше, чем в среднем, за предшествующие три года на 7%.

Усилена профилактическая деятельность поликлиники. Выделены площади для проведения дополнительной диспансеризации, Это, в свою очередь, позволило сократить затраты времени для лиц, проходящих диспансеризацию. Организовано предварительное лабораторное и инструментальное обследование. Изменилась мотивация к труду у врачей, проводящих диспансеризацию: значительно возросла их заработная плата, которая, в свою очередь, зависит от количества осмотренных. Все это позволило включить в диспансерное наблюдение 4712 человек, что несравнимо с предшествующими годами.

Значительно повысилось качество проводимого осмотра. Патологическая пораженность (совокупность болезней и патологических состояний

на период осмотра) составила 2434 на 1000 осмотренных. Особое внимание уделено выявлению патологии сердечно-сосудистой системы. Известно, что выявление заболевания на ранней стадии и своевременное лечение дает положительный результат по предупреждению инвалидизации и смертности населения. Так, среди осмотренных 2000 сотрудников бюджетной сферы от 35 до 55 лет, повышение артериального давления выявлено у 636, что составляет 28,9%. Кроме того, у 4% (94 из 2200) зарегистрированы ранние формы ишемической болезни сердца. Эта группа уже взята под контроль. Начато лечение, в ряде случаев - проводится дообследование.

Для удобства наблюдения сформированы группы. Оказалось, что здоровы и не нуждаются в наблюдении всего 6%. Группа риска, нуждающаяся в профилактической коррекции образа жизни, составляет 7% осмотренных. Самое большое количество пациентов (76%) нуждаются в дообследовании и лечении в условиях амбулаторно-поликлинического звена на сегодня. На стационарное лечение направлено 2% или 44 человека, которые до осмотра не обращали внимания на необходимость своевременного лечения.

Расширение современных методов диагностики и лечения возросло за счет использования вновь полученной аппаратуры.

Использование вновь полученной аппаратуры позволило увеличить Ro-исследований на 15%, УЗИ-обследований на 2,5%, выполнить клинических анализов больше на 5%, биохимических анализов на 1,5%. То есть диагностические процедуры становятся более доступными.

Не смотря на столь явные положительные моменты в работе поликлиники, остаются некоторые сложности и нерешительные проблемы. Что-то удается решить уже сегодня.

Большой приток больных привел к созданию очередности в регистратуре. В связи с этим, администрация поликлиники возвратилась к таким формам, как запись по телефону, предварительная запись, самозапись. Это улучшило ситуацию.

Значительно возросла нагрузка на кабинет функциональной диагностики и лабораторию.

Не смотря на то, что объемы и уровень оказания медицинской помощи растут, считать этот показатель достаточным ещё нельзя.

Есть случаи несвоевременного и ненадлежащего наблюдения за больными и рецидивирующими заболеваниями.

Отсутствуют стандарты оказания медицинской помощи по нетерапевтическим дисциплинам для общеврачебной практики.

В стадии становления является организация автоматизированного рабочего места для врачей первичного звена.

Появилась возможность улучшить работу поликлиники в связи с привлечением дополнительных денежных средств, в части выплаты заработанной платы, оснащения медицинской техникой, обучения медицин-

ского персонала и др.

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА

В.И. Струков, Л.Г. Радченко, Л.В. Камардина, Г.П. Дерябина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Задачи исследования. Изучить возрастные особенности остеопенического синдрома в климатогеографических условиях Пензенской области в зависимости от возраста, разработать рекомендации по рациональной его профилактике.

Материал и методы исследования. С 1990 по 2006 г обследовано 6596 пациентов в возрасте от рождения до 87 лет. Использовались клинические, лабораторные (кальций, неорганический фосфор, щелочная фосфатаза сыворотки крови) методы исследования и компьютерная рентгенабсорбционная остеометрия.

Результаты исследования. Выявлены возрастные особенности остеопенического синдрома. Наибольшая его частота отмечена у недоношенных детей – 72%, против 42% у доношенных. Остеопенические состояния выявлены у 40% женщин, кормящих грудью. Имелась отчетливая зависимость содержания кальция (Са) и неорганического фосфора (Р) у детей от Са – Р обмена их матерей. Остеопения у детей 2-3 года жизни имела типичные костные проявления рахита. У детей 3-7 лет остеопенический синдром встречался у 35% обследованных детей и расценивался как поздний рахит. Остеопении у детей в возрасте 7-14 лет и 14-18 лет проявлялись различными типами нарушений осанки, повторными переломами костей (особенно в ситуациях бурного роста). В возрасте 12-16 лет остеопенический синдром чаще регистрировался у мальчиков (41%, у девочек 35%). Отмечено, что наименьшая частота остеопении отмечена в возрасте 20-45 лет (у 39% обследованных). В более старшем возрасте происходило увелмчение частоты остеопороза (до 43% у женщин с естественной менопаузой).

Известно, что критическими периодами для формирования генетически запрограммированного пика костной массы являются первые 3 года жизни ребенка и пубертатный период. Упущенные возможности минерализации в эти периоды нарушают оптимальное формирование пика костной массы. Между тем, высокая костная масса в скелете подростков является лучшей защитой от возрастных костных потерь.

Выявлены следующие причины остеопении у детей и подростков:

- неправильное вскармливание (у 63% обследованных), недостаточное потребление молока и молочных продуктов, низкое со-

держание кальция в диете у большинства обследованных, неприученность детей к молочным продуктам;

- дефицит витамина D, УФО, полигиповитаминозы;
- малая физическая активность (более 70% не занимались физкультурой и спортом).

У взрослых большей частоте остеопороза содействовали:

- недостаточное потребление молочных продуктов;
- злоупотребление алкоголем, курение;
- ятрогенные факторы: длительное применение стероидных гормонов, гепарина, антиконвульсантов и др;
- болезни желудочно-кишечного тракта;
- болезни почек; бронхиальная астма, ревматические болезни.

Профилактика остеопении должна проводится в следующих направлениях:

1. Достижение более высокой пиковой костной массы к 20- летнему возрасту:
   - естественное вскармливание до года, раннее приучивание детей к коровьему молоку (с 6 – 7 мес);
   - пропаганда большой пользы молочных продуктов для детей и взрослых любого возраста;
   - рациональное питание с включением продуктов, богатых солями кальция, особенно в периодах бурного роста;
   - активный образ жизни, достаточное пребывание на свежем воздухе;
   - профилактические месячные курсы витамина Dз детям любого возраста в ситуации бурного роста, особенно детям не получающим молочные продукты;

2.Удержание максимума пиковой костной массы в зрелом возрасте:
   - достаточное поступление солей кальция в организм;
   - постоянные физические нагрузки;
   - ограничение алкоголя, исключение курения;
   - профилактика заболеваний ЖКТ, почек, эндокринной системы; минимизация ятрогенных причин ОП;

3.Удержание максимума пиковой костной массы в период постменопаузы: соблюдение положений п.2;

4. Денситометрический контроль во все возрастные периоды;

5.Лечение остеопороза на ранних стадиях заболевания.

В лечении остеопенического синдрома у детей раннего возраста эффективна монотерапия витамином Dз, а в тяжелых случаях подключение активных метаболитов типа оксидивита. Эти же препараты широко использовали при лечении и профилактики остеопении у кормящих матерей. У пожилых также применяли комплексные препараты (ИДЕОС, Ca DзНИКОМЕД, альфадол кальция), миокальцик, фосамакс и др.

Проведенные исследования позволяют сделать вывод о том, что остеопения и остеопороз часто является педиатрическим детерминированными заболеваниями. Рахит у детей содействует низкому старту формирования максимума пика минеральной плотности костной ткани. Группу высокого риска по развитию остеопенического синдрома в более старшем возрасте составляют: недоношенные, дети, рожденные от матерей с проявлениями остеопений и остеопорозом, дети с низким потреблением молочных продуктов и гипокинезией. С целью профилактики остеопении важное значение имеет достаточное потребление молочных продуктов. По расширенным показаниям необходимо назначение витамина Dз и препаратов Са не только детям первого года жизни, но и беременным, лактирующим женщинам с остеопеническим синдромом, а также детям более старшего возраста и подросткам в ситуациях бурного роста.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ КОРАКСАНОМ И АТЕНОЛОЛОМ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

И.П. Татарченко, Н.В. Позднякова, М.В. Бирюченко

ГОУ ДПО «ПИУВ Росздрава»,
ФГУЗ «МСЧ-59 ФМБА России», Пенза

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается наиболее частым заболеванием среди лиц трудоспособного возраста, ухудшая качество жизни, повышая риск инвалидизации и смертности. Данные Фремингемского исследования показали, смертность от ИБС возрастала в зависимости от увеличения ЧСС и независимо от влияния имевшихся факторов сердечно-сосудистого риска. Снижение ЧСС в адекватных пределах без отрицательного влияния на сократимость миокарда при достаточном антиангинальном и антиишемическом эффекте – данные проблемы особенно актуальны в группе медикаментозного лечения больных со стабильным течением ИБС.

Цель работы: оценить динамику клинических и функциональных показателей при стабильном течении ИБС на фоне терапии кораксаном и атенололом. Материал: 95 больных /70 мужчин и 25 женщин/, средний возраст - 52,3±4,5 лет. По структуре исследование открытое, рандомизированное контролируемое, продолжительность наблюдения – 6 месяцев. Больные распределены по 3 группам. В 1-й группе (n=34) проводилась стандартная терапия (нитраты, аспирин, при необходимости - ингибиторы АПФ), во 2-й группе (n=33) дополнительно к стандартному лечению назначали атенолол (средняя доза – 75 мг), в 3-й группе (n=28) к стандартному лечению добавлен кораксан (средняя доза - 7,5 мг). Комплекс обследования включал электрокардиографию в 12 отведениях, холтеровское мони-

торирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), велоэргометрию (ВЭМ), эхокардиографию (ЭхоКГ).

Результаты: при курсовой терапии кораксаном отмечено достоверное снижение ЧСС на 17,4±3,5 уд/мин, $p<0,05$, во 2 группе назначение атенолола к позволило снизить ЧСС с 78,1±12,3 до 63,1±5,6 уд/мин, при этом индивидуальный подбор дозы ни у одного больного не потребовал отмены препарата. Возросла толерантность к физической нагрузке (ФН), общая продолжительность ФН, время до появления депрессии сегмента ST значимо преобладали в группе с кораксаном в сравнении с группой больных, получавших стандартную терапию, $p<0,05$. При исходном ХМ ЭКГ суточная продолжительность ишемии (СИМ) во всех группах не превышала 40 мин. Через 6 мес наибольшее уменьшение СИМ - в группе с кораксаном: с 36,2 ± 3,3 до 10,3 ± 2,1 мин, $p<0,05$, достоверно ниже количество болевых и безболевых эпизодов ишемии. Адекватное уменьшение СИМ выявлено и во 2 группе с атенололом - с 34,1±2,3 до 20,2±2,2 мин. Снижение ЧСС на фоне терапии кораксаном сопровождалось увеличением фракции выброса (ФВ) – прирост до 15% от исходного значения. В 3 группе улучшение сократительной способности сопровождалось улучшением диастолической функции левого желудочка: увеличение соотношения пика Е к пику А трансмитрального диастолического потока (Е/А) от 0,64±0,17 до 1,09±0,16, уменьшение IVRT от 121±3,8мс до 98,3±2,4мс, при $p<0,05$. В группе с атенололом в первые 3 мес выявлено достоверное снижение ФВ на 3,4% от исходного значения, $p<0,05$, однако при последующей терапии и динамическом наблюдении получили прирост ФВ, к концу 6-месячного курса он составил до 4% от исходного значения.

Таким образом, присоединение кораксана и атенолола к стандартной терапии у больных ИБС наряду с контролем частоты сердечных сокращений позволило улучшить качество жизни пациентов, возросла толерантность к физической нагрузке при достоверном уменьшении суточной ишемии миокарда и количества эпизодов ишемии. При курсовой терапии кораксаном отмечено увеличение фракции выброса и улучшение диастолической функции сердца.

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ЭПИЗОДАМИ БОЛЕВОЙ И БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

И.П. Татарченко, М.В. Тришина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

В течение длительного времени ангинозные приступы считались

главным клиническим проявлением ишемии миокарда, однако по данным многочисленных исследований последних лет очевидно, что многие из эпизодов ишемии не сопровождаются болью. Этот феномен так называемой «немой» или «безболевой» ишемии миокарда в настоящее время является предметом пристального внимания многих исследователей.

Цель исследования: оценить возможности суточного мониторирования ЭКГ для выявления эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда у больных со стабильным течением стенокардии.

Материалы и методы исследования: было обследовано 30 больных с ИБС. Стенокардией напряжения II, III ФК без клинических проявлений сердечной недостаточности в возрасте от 44 до 73 лет, 15 женщин и 15 мужчин. Из сопутствующих заболеваний в 86.7% - гипертоническая болезнь, в 16.7% - сахарный диабет 2 типа, 23.3% пациентов перенесли инфаркт миокарда.

Всем больным в условиях кардиологического отделения проводилось суточное мониторирование ЭКГ, общеклиническое обследование, УЗИ сердца, оценивался липидный спектр. Для проведения данных исследований использовались стандартные методики. Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ) проводили в течение 24 часов, оценивали наличие ишемической депрессии сегмента ST, максимальную глубину и характер депрессии, суммарную суточную продолжительность ишемии, среднюю продолжительность болевой и безболевой ишемии миокарда.

С учетом полученных данных все больные были разделены на 4 группы, сопоставимые по полу, возрасту и сопутствующей патологии:

1. лица с болевой ишемией миокарда (23.3%)
2. лица с безболевой ишемией (30%)
3. лица с сочетанием болевой и безболевой ишемии (20%)
4. лица без депрессии сегмента ST (26.7%)

Анализ результатов ХМ ЭКГ позволил выявить ряд различий между группами. Установлено, что количество безболевых эпизодов значительно больше (на 24.1%), чем болевых и их суммарная продолжительность также больше (на 44%), чем суммарная продолжительность болевых эпизодов за сутки. Однако, болевая ишемия сопровождается более глубокой депрессией сегмента ST, чаще горизонтального типа.

Изучение дневниковых записей больных показало, что подавляющее число эпизодов, в 86.9% случаях, безболевой ишемии были спровоцированы физической нагрузкой, причем при безболевой ишемии частота сердечных сокращений была меньше (106.4 в мин.), чем при болевых приступах ишемии (102.6 в мин.). Значительно реже, в 13% случаях, безболевая ишемия появлялась при психоэмоциональном напряжении. Большая часть случаев безболевой ишемии фиксировались в дневные часы. Поскольку большая часть эпизодов ишемии вызывается физической нагрузкой, можно считать, что меньшая пороговая ЧСС отражает и меньшую толерантность к нагрузке у пациентов с эпизодами безболевой ишемии и соответственно

и меньший коронарный резерв. Таким образом, вероятность появления осложнений ИБС находится в обратной зависимости от уровня ЧСС, при которых фиксируются эпизоды безболевой ишемии, и в прямой зависимости от продолжительности безболевой ишемии.

Таким образом, ХМ ЭКГ является достаточно достоверным и доступным для широкого использования при диагностике безболевой ишемии миокарда.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

В.А. Темников, О.М. Костенко, В.А. Булыков, А.В. Трофименко, Д.В. Кудряшов

Медицинский институт ПГУ,
МУЗ «Городская клиническая больница №4»
Пенза

В практике сосудистой хирургии нередки ситуации, когда больному необходима прямая реваскуляризация нижних конечностей, особенно в случае критической ишемии, частота которой достигает 400 – 600 человек на 1 млн. населения, однако выполнение полной реваскуляризации сдерживается высоким риском тяжелых осложнений или возможным летальным исходом. У подавляющего большинства больных с тяжелой, требующей хирургической коррекции ишемией, имеются значимые сопутствующие заболевания, не позволяющие гарантированно улучшить кровоток, а поражение артерий носит «многоэтажный характер, операция должна быть произведена на нескольких сегментах нижней конечности одновременно, что значительно утяжеляет ее, а количество осложнений возрастает.

С целью улучшения результатов лечения и уменьшения количества осложнений у больных с высоким операционным риском, степенью ишемии III – IV по А.В. Покровскому, нами в ряде случаев использовался метод комбинированной реваскуляризации. Подобная методика включала в себя первым этапом ретгеноэдоваскулярную коррекцию (дилятация, стентирование) одного сегмента и производство реконструктивной операции

на другом сегменте конечности. Реконструкция, как правило, производилась через одни сутки после эндоваскулярного вмешательства. С 2003 по 2006 год нами проведено 21 подобное вмешательство.

Варианты вмешательств следующие:

1. Дилятация (устранение стеноза) общей подвздошной артерии + бедренно-подколенная реконструкция – 3
2. Дилятация общей подвздошной артерии + перекрестное шунтирование - 5
3. Дилятация наружной подвздошной артерии + бедренно-подколенная реконструкция - 3
4. Дилятация наружной подвздошной артерии + перекрестное шунтирование - 6
5. Дилятация общей бедренной артерии + бедренно – подколенная реконструкция – 2
6. Дилятация подколенной артерии + поясничная симпатэктомия + реваскуляризирующая остеотрепанация - 2

Подобная тактика, по нашему мнению, позволяет снизить объем оперативного вмешательства и соответственно количество осложнений, поскольку, эндоваскулярный этап переносится больными легче прямой реконструкции.

Летальных исходов в анализируемой группе больных не было. Конечность удалось сохранить у 19 (90 %) больных.

Вывод. Полученный высокий клинический эффект позволяет нам рекомендовать методику комбинированной реваскуляризации как метод выбора у больных с тяжелой ишемией и высоким операционным риском.

ПРИОРИТЕТНЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДОРОВЬЕ» - ОПЫТ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.А. Типикин

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Реализация Приоритетного национального проекта «Здоровье» направлена на улучшение состояния здоровья населения, развитие первичной медицинской помощи, развитие профилактической медицины, пропаганду здорового образа жизни, повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи.

В значительной мере доступность и качество медицинской помощи населению Российской Федерации определяется кадровым потенциалом отрасли.

Кадровое обеспечение амбулаторно-поликлинической службы и дру-

гие проблемы в здравоохранении впервые были обобщены в «Материалах к заседанию президиума Государственного Совета Российской Федерации по вопросу повышения доступности и качества медицинской помощи» (Пенза, 2005). Основные из них:

- диспропорция обеспечения врачебными кадрами населения крупных городов и сельской местности (на 10 тыс. населения в городе 60, а в селе - 13,1);

- ежегодная убыль врачебного персонала (из города – на 1,4%, из села – на 2,9%), за последние пять лет число врачей сократилось на 6,4 тыс. человек, а среднего медицинского персонала на 5,5-5,8%;

- сложилась ситуация, при которой ежегодно пополнение учреждений здравоохранения медицинскими кадрами в 2 раза меньше убыли;

- доля врачей первичного звена составляет 20-25% от общего врачебного корпуса (в развитых странах 45-55%).

Отмеченные показатели послужили основанием руководству страны выделить одно из главных мероприятий по реализации национального проекта - блока «Подготовка и переподготовка врачей общей (семейной) практики, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых».

Цель обучения - решить проблему подготовки и формирования нового специалиста, повышение врачебной квалификации и общей врачебной культуры специалистов первичного звена, что позволит приблизить нас к решению основных задач национального проекта: выявление заболеваний на наиболее ранней стадии, мониторинг за состоянием здоровья каждого гражданина.

В соответствии с Государственными контрактами на повышение квалификации и профессиональную переподготовку врачей первичного звена здравоохранения (№06/355/124 от 15.03.2006г., №06/1169/2 от 25.07.2006г.) за ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава были закреплены 3 субъекта Российской Федерации (Пензенская, Тамбовская, Ульяновская области).

В данных регионах отмечалась невысокая обеспеченность врачами, которая по данным 2005 г. в Тамбовской области составляла 31,1 (на 10 тыс. нас.), в Ульяновской - 31,7 (на 10 тыс. нас.), в Пензенской - 32,5 (на 10 тыс. нас.), при общероссийском показателе - 42,2.

По данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ в рамках проекта «Здоровье» и в соответствии с учебно-производственными планами образовательных учреждений в 2006 году всего было обучено 27 199 врачей первичного звена здравоохранения (в рамках проекта «Здоровье» 12805 врачей), в том числе: врачей-педиатров участковых - 11172 (в рамках проекта «Здоровье» 4599 врачей); врачей терапевтов-участковых - 12463 (в рамках проекта «Здоровье» 5645 врачей); врачей общей (семейной) практики - 4551 (в рамках проекта «Здоровье» 2561 врачей). В том числе на базе ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава в 2006 году на 37 циклах было подготовлено 630 врачей первичного звена, 297 из них - в рамках проекта «Здоровье».

В рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, библиотечный фонд института пополнился 1004 экз. новой учебной литературой, клиническими рекомендациями и руководствами для врачей первичного звена и 11 электронными информационными системами «Консультант-врач». В дополнении к обширному библиотечному фонду на циклах повышениях квалификации и профессиональной переподготовки врачи первичного звена обеспечивались учебно-методическими пособиями по актуальным проблемам медицины и контроля качества медицинской помощи, разработанными преподавателями института в 2006 г.:

- «Диагностика и лечение гипертонической болезни»;
- «Алгоритм действий врача по первичной и вторичной профилактике атеросклероза»;
- «Рациональное вскармливание детей раннего возраста»;
- «Тубулопатии у детей»;
- «Пищевая аллергия. Механизм формирования. Первичная и вторичная профилактика»;
- «Медицинский контроль за развитием и здоровьем подростков»;
- «Диагностика и лечение артериальной гипертензии у беременных в условиях первичной медико-социальной помощи населению»;
- «Врожденные пороки сердца»;
- «Нагрузочные тесты в диагностике хронической коронарной недостаточности».

В 2007 году институту предстоит обучить на циклах повышения квалификации и профессиональной переподготовки 341 врача первичного звена из трех субъектов РФ, в том числе: врачей-педиатров участковых 34; врачей- терапевтов участковых 174; врачей общей (семейной) практики 133.

Реализация проекта «Здоровье», в том числе блока «Подготовка и переподготовка врачей общей (семейной) практики, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых», привела улучшению основных медико-демографических показателей 2006 г. в РФ и Пензенской области.

Таблица 1

Динамика основных медико-демографических показателей в Российской Федерации за 2002-2006 гг. (на 1000 нас.)

Показатели	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Рождаемость	9,8	10,2	10,4	10,2	↑ 10,4
Смертность	16,3	16,4	16,0	16,1	↓ 15,2
Младенческая смертность	13,3	12,5	11,6	11,6	↓ 10,2
Естественный прирост	-6,5	-6,2	-5,6	-5,6	↑ -4,8

Таблица 2

Динамика основных медико-демографических показателей в Пензенской области за 2006 г. (на 1000 нас.)

Показатели	РФ 2006 г.		2005 г.	2006 г.
Рождаемость	10,4		8,4	↑ 8,6
Смертность	15,2		18,2	↓ 17,1
Младенческая смертность	10,2	с 14,2 до ↓ 10,6 (за последние 5 лет)		
Естественный прирост	-4,8		-9,8	↑ -8,5

В Пензенской области, наряду с улучшением медико-демографических показателей, отмечается положительная динамика и основных показателей здравоохранения:

- Выросла обеспеченность населения врачебными кадрами с 30,1 в 2005г. до 30,3 в 2006г.
- Первичное звено здравоохранения пополнилось на 135 участковых терапевтов, 56 участковых педиатров, 60 врачей общей практики.
- Открыто 18 офисов врачей общей (семейной) практики.
- Улучшились показатели категорийности и сертификации врачей и среднего медперсонала: 60% врачей имеют квалификационные категории; 91,5% - сертификаты по специальности.
- Укомплектованность врачами первичного звена здравоохранения возросла с 74% до 91%.
- Снизился показатель совместительства с 1,4 до 1,1.
- Уменьшилась впервые выявленная заболеваемость взрослых с 85045,5 до 84034,5 (51,8% от общей заболеваемости).
- Снизился уровень первичного выхода на инвалидность среди взрослого населения с 75,7 в 2005г. до 69,3 в 2006г.

Все ли сделано для эффективной подготовки специалистов первичного звена здравоохранения?

Подготовка любого специалиста, его обучение, определяется кругом проблем, которые он должен решать в своей повседневной жизни. При анализе организации образовательного процесса специалистов первичного звена возникает ряд вопросов и проблем, касающихся образовательных медицинских учреждений и исполнительной и законодательной власти, решение которых на современном этапе представляется возможным:

1. Приказ Министерства Здравоохранения РФ №228 от 29.09.93 «Об

утверждении Положения о клиническом лечебно-профилактическом учреждении» не отвечает требованиям времени, так как с вводом Федерального Закона от 6 октября 2003 г. №131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» городские учреждения здравоохранения относятся к муниципалитету. Большинство образовательных медицинских учреждений не имеют собственной клинической базы по оказанию первичной медико-санитарной помощи и испытывают затруднения в организации полноценного тренинга при подготовке специалистов первичного звена, в частности - врачей общей (семейной) практики.

Необходимо разработать новые нормативно-правовые документы, предусматривающие возможность заключения договоров между медицинскими образовательными учреждениями и МУЗ для проведения образовательной деятельности с использованием площадей клинических баз на условиях безвозмездного пользования.

2. К сожалению, в настоящее время медицинские образовательные учреждения имеют ограниченные возможности в приобретении достаточного количества современного медицинского оборудования, необходимого для освоения слушателями практических навыков и умений, предусмотренных Государственными образовательными стандартами подготовки специалистов первичного звена здравоохранения. Дефицит медицинского оборудования на кафедрах не может не отразиться на качестве подготовки, в первую очередь, врачей общей (семейной) практики и специалистов скорой медицинской помощи.

Министерству здравоохранения и социального развития РФ необходимо в ближайшее время разработать положение о табельном обеспечении медицинских образовательных учреждений по профилю реализуемых образовательных программ.

3. По материалам заседания президиума Государственного Совета Российской Федерации по вопросу повышения доступности и качества медицинской помощи» в 18 субъектах Российской Федерации (по состоянию на 01.01.2006) отсутствовали рабочие места врача общей практики. До настоящего времени не завершена организация рабочих мест врачей общей (семейной) практики, подготовленных в 2006 г., в большинстве субъектов Российской Федерации. Профессиональная деятельность в условиях необорудованного рабочего места (офиса) негативно отразится на выполнении врачами общей практики функциональных обязанностей и, вероятно, приведет к быстрой утрате полученных знаний и умений по вопросам смежных дисциплин.

Необходимо активизировать работу по созданию рабочих мест врача общей (семейной) практики на уровне субъектов РФ и муниципальных уровнях.

4. Необходимо завершить разработку индикативных показателей - объективных критериев оценки объема и качества оказываемой специалистами первичного звена здравоохранения медицинской помощи населе-

нию, от которых должна зависеть заработная плата.

5. Значительную часть рабочего времени специалисты первичного звена затрачивают на оформление текущей и отчетной медицинской документации, это не дает возможности специалисту сосредоточить внимание на главном приоритете - человеке. Объем документации возрос значительно, технология сбора, хранения и обработки информации на уровне первичного звена не претерпели существенных изменений.

Необходимо обеспечить амбулаторно-поликлиническое звено компьютерной и оргтехникой. Должна быть разработана сетевая программа обработки медицинской информации (электронной формы медицинской документации). Подобная компьютерная программа должна быть освоена в период обучения и отработана на практике. Разработка и внедрение в практику такой программы, позволит врачу более рационально использовать свое рабочее время, направить свои усилия на основные проблемы: профилактику, выявление заболеваний на ранних стадиях, мониторинг за состоянием здоровья населения и др.

6. В настоящее время к врачам общей практики на рабочем месте часто предъявляются те же требования, что и к участковой службе.

Необходимо пересмотреть взаимоотношения между врачом общей практики и органами медицинского страхования, т.к. большая многоплановая работа требует новой системы контрактов и новой формы материального поощрения.

Накопленный нами опыт по подготовке специалистов первичного звена здравоохранения, а также решение отмеченных проблем позволит достичь главной цели приоритетного национального проекта «Здоровье» - повышение доступности и качества медицинской помощи населению Российской Федерации.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ПИОДЕРМИЯМИ И ВЛИЯНИЕ НА НЕЁ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ РУЗАМ

Е.В. Титова, Б.А. Молотилов, Т.А. Дружинина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

В течение многих лет антитела класса IgE рассматривали исключительно как патогенетический фактор аллергических заболеваний, в основе которого лежит анафилаксия. Однако с накоплением множества новых фактов уже в восьмидесятые годы прошлого столетия появилась необходимость оценки роли Ig E среди других механизмов иммунного гомеостаза.

Исследования последних лет показали, что IgE может регулировать иммунный и воспалительный ответ. При многих инфекционных заболеваниях, в т.ч. бактериальной этиологии антигенспецифический IgE-ответ сопровождается значительным увеличением уровня общего IgE, часто в прямой корреляции с тяжестью заболевания. Наши наблюдения также показывают связь повышенной концентрации поликлонального IgE с тяжестью проявлений, меньшими сроками ремиссии у больных с хроническими гнойными инфекциями кожи.

Материалы и методы. Нами было обследовано 20 пациентов с диагнозом хроническая рецидивирующая пиодермия, из которых 15 человек (75%) имели диагноз хронический рецидивирующий фурункулёз, а 5 пациентов (25%) – абсцедирующие угри. В фазе ремиссии находилось 4 человека (20%), обострении – 9 (45%) и в подостром периоде 7 пациентов (35%). В данной группе у 31% больных при обследовании выявлен повышенный уровень общего IgE в пределах от 130,4 до 681,3 МЕ\мл. У всех пациентов на период обращения за медицинской помощью проявлений аллергопатологии не было. В 30% случаев аллергоанамнез в прошлом спокойный, в 70% - в анамнезе эпизоды острой крапивницы после приёма лекарственных препаратов или пищевых продуктов, один пациент страдает поллинозом. Все больные, в зависимости от стадии заболевания, получали иммунокррегирующее лечение, которое дополнялось антибактериальными препаратами в остром периоде заболевания.

Группа пациентов с высоким уровнем поликлонального IgE отличалась торпидностью к проводимому лечению, как антибактериальными, так и иммуномодулирующими лекарственными средствами. В 35% (7человек) наблюдали непродолжительные ремиссии или их отсутствие. Включение в комплексную терапию таких больных отечественного иммуномодулирующего препарата рузам в среднетерапевтической дозировке (0,2 мл п/к 1 раз в неделю №10) привело к наиболее быстрому исчезновению клинических проявлений заболевания, позволило добиться более стойкой и продолжительной ремиссии.

Выводы.

При изучении изменений в иммунном статусе больных с хроническими гнойно-воспалительными заболеваниями кожи выявлены различные отклонения в иммунной системе, более типичным из которых явилось снижение киллинговой способности фагоцитов. В 31% случаев обнаружен высокий уровень общего IgE.

Прослеживается связь повышения концентрации поликлонального IgE с тяжестью заболевания, снижения сроков ремиссии, меньшей эффективностью от проводимой иммуномодулирующей терапии.

Использование в иммунотропной терапии препарата «Рузам» у данной категории больных приводило к более быстрому купированию симптомов заболевания, удлинению сроков ремиссии.

БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ НОРМАЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Е.В. Токарева, П.А. Прокаева, Р.П. Савченко

ГУЗ «Областная клиническая больница им. Н.Н.Бурденко»,
ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

При физиологической беременности в организме женщины происходит целый ряд адаптационно-приспособительных процессов, направленных на обеспечение адекватного течения гестационного периода, роста и развития плода. Значительная перестройка жизнедеятельности организма беременной сопряжена с изменениями в системах крови, гемостаза, эндокринной, иммунной, биохимического состояния организма. Следовательно, лабораторные показатели беременных и небеременных женщин различны.

Целью нашей работы было исследование биохимических, иммунологических, эндокринных показателей у женщин при нормальном течении беременности. Из биохимических показателей проводили исследование белкового обмена (общий белок и белковые фракции), минерального обмена (фосфор, кальций). Из показателей иммунного статуса проводили исследование гуморального иммунитета (Ig A, M, G и Ig E общий). Из гормональных показатели проводили исследование гормонов щитовидной и паращитовидной желез: тиреотропный гормон (ТТГ), тироксин (Т4 общий), тироксин свободный (Т4 свободный), трийодтиронин (Т3 общий), антитела к тиреглобулину, антитела к тиреопероксидазе. Материалом для исследования служила сыворотка крови беременных и небеременных женщин. Обследовано 100 беременных во 2 триместре (14 – 27 недель), которые по возрасту были разделены на 3 группы: 30 беременных в возрасте от 15 до 19 лет, 40 – от 20 до 29 лет и 30 – от 30 до 41 года. Группой сравнения были здоровые женщины (50 человек) такого же возраста.

При беременности у 57 беременных (57%) наблюдалось снижение общей концентрации белка в сыворотке крови, причем в 37 % – изменения составили в 3 группе, 20% во 2 группе, в 1 группе снижение общего белка не наблюдалось. Изменения концентрации белков крови обнаруживаются также и на протеинограмме в 55,48 %. Отмечалось увеличение альфа – 1 – глобулиновой фракции (49 %), в редких случаях увеличение альфа – 2 – глобулиновой фракции (5,38 %), в единичных случаях наблюдалось незначительное увеличение уровня гамма – глобулинов (1,1%). Из минеральных компонентов в большинстве случаев наблюдалось снижение уровня кальция у 55 беременных (55 %), причем в 1 группе изменения составили – 12 %, во 2 группе – 13 %, в 3 группе – 30 % и в незначительных случаях повышение содержания фосфора в крови (7 %). Из гормональных исследований во время беременности (у 52%) наблюдалось небольшое повышение Т4 общего (на 16,2 %), Т4 свободный, как правило, остался в пределах

нормы. Из иммуноглобулинов, в основном, повышен Ig G (у 68 %) и в незначительных случаях общий Ig E (8,6%) и в единичных случаях (3,2 %) антитела к тиреопероксидазе.

Таким образом, во-первых во время беременности происходит изменение функционального состояния всех систем, что направленно на поддержание жизнедеятельности плода; во-вторых для оценки состояния здоровья беременных нельзя использовать нормы, которые характерны для небеременных женщин, т.к. это может привести к неверной интерпретации результатов.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПЕРАТА «ЭЛЬКАР» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ

Т.Ю Уланова, В.И. Струков, Л.Г. Радченко, М.Н. Гербель, Е.Б. Мусатова, И.Я Лейкина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

В отделении новорожденных МУЗ Клинический родильный дом №1 и ОДКБ им. Н.Ф.Филатова сотрудниками кафедры педиатрии проводилось изучение эффективности препарата «Элькар». Под наблюдением находилось 34 новорожденных в возрасте от 4 до 30 дней жизни, родившихся на сроках гестации 38-41 неделя в легкой асфиксии (оценка по шкале Апгар 6-8б) с клиническими симптомами церебральной ишемии с преобладанием синдрома возбуждения.

Дизайн исследования - контролируемое исследование в параллельных группах. Среди обследуемых детей были выделены две группы:1-я группа (n=24) - новорожденные, получавшие дополнительно к лечению Элькар в суточной дозе 50-100 мг/кг в 2 приема курсом от 14 до 28 дней, начиная с 4 суток жизни, и 2-я (n=10) - контрольная, получавшая стандартную терапию.

При обследовании были использованы следующие методы: клинико-анамнестический, объективное исследование, нейросонография (НСГ).

Обе группы существенно не различались по гестационному возрасту

и массе тела на момент обследования. У новорожденных обеих групп были выявлены клинические признаки гипоксически-ишемического поражения центральной нервной системы. Синдромы умеренной церебральной ишемии были представлены преимущественно повышенной нервно-рефлекторной возбудимостью, реже встречались внутричерепная гипертензия и мышечная гипотония. Из патологических состояний матери во время беременности, которые могли способствовать развитию хронической внутриутробной гипоксии плода и привести к нарушению энергетического обмена у новорожденных детей, наиболее часто встречалась анемия 2-й половины беременности, гестозы, отягощенный первым абортом акушерский анамнез, артериальная гипертензия, угроза прерывания беременности.

Для оценки эффективности проводимого исследования использовались следующие критерии: клинические (сроки исчезновения клинических симптомов), сроки исчезновения нарушений по данным НСГ. Все дети были обследованы дважды за время проводимого лечения: до лечения и через 3 недели от начала проводимой терапии.

Исследованиями ряда ученых (Баженова Л.К., 2003; Белозеров Ю.М., 2004) доказано, что у детей раннего возраста эндогенный синтез карнитина практически не осуществляется. Вместе с тем, интенсивность метаболических процессов у новорожденных и детей раннего возраста требует достаточного поступления этого вещества, участвующего во всех видах обмена, особенно для энергетического обеспечения адаптивных функций новорожденного ребенка. Это обусловливает необходимость компенсации дефицита карнитина при условии использования удобных и безопасных лекарственных форм, содержащих природные аналоги карнитина. К таким препаратам относится отечественный препарат Элькар.

В случае негрубых поражений нервной системы пациенты основной группы получали Элькар в комплексной терапии. Действие Элькара проявлялось в течение первых дней приема препарата положительными изменениями в общем состоянии детей: снижением возбудимости с нормализацией вегетативных функций - сна (засыпания, глубины и продолжительности сна), терморегуляции, пищеварения (уменьшения числа срыгиваний и эпизодов метеоризма). Во всех случаях отчетливые изменения происходили в двигательно-рефлекторной сфере: уменьшались дистонические явления (отмечено также снижение мышечного гипертонуса), улучшались показатели моторного развития, положительная динамика отмечена и по данным НСГ. Получены убедительные доказательства анаболического эффекта Элькара. Так среднесуточные прибавки массы тела у детей, получавших Элькар, были выше, чем в контроле и составили: 37,7±13,1 г\сутки и 19,5±г\сут соответственно. Необходимо отметить хорошую переносимость препарата у всех пациентов, отсутствие побочных эффектов.

Таким образом, представленные исследования свидетельствуют о высокой эффективности Элькара в комплексной терапии детей с клиниче-

скими признаками церебральной ишемии.

СЛУЧАЙ КОЛОБОМЫ РАДУЖНОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА У НОВОРОЖДЕННОГО

Т.Ю. Уланова, О.А. Сапожникова, М.Н. Зайцева, И.Н. Жидова, С.И. Субботина, Е.В. Дурманова, М.В. Шлыкова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МУЗ «Городской роддом №1» Пенза

Сосудистая оболочка глаза делится на 3 отдела: радужную оболочку (iris), цилиарное тело и собственно сосудистую оболочку. Закладка радужной оболочки глаза плода происходит на 7-11 неделе беременности. (С.Е.Стукалов). Физиологическое значение радужной оболочки состоит в том, что она является своеобразной диафрагмой и принимает участие в ультрафильтрации и оттоке внутриглазной жидкости. Радужная оболочка - это пигментированная круглая пластинка, расположенная между роговой оболочкой и хрусталиком, в центре её находится зрачок. Колобомы могут встречаться в одной радужной оболочке или в сочетании с колобомами сосудистого тракта, выхода зрительного нерва. Колобомы могут быть разного размера, чаще грушевидной формы, с вершиной, обращённой к лимбу. Колобома офтальмоскопически выглядит дефектом голубовато-белого цвета, края которого резко очерчены. Есть две мышцы: сужающая и расширяющая зрачок. На 1-й неделе жизни у ребёнка возникает прямая и содружественная реакция зрачков на свет, на 2-й неделе - общая двигательная реакция на освещение каждого глаза, кратковременное слежение за медленно двигающимся предметом. (С.М. Чугко).

В нашем роддоме наблюдалась новорожденная С., родившаяся 30.03.2007г., от II беременности, II срочных родов в головном предлежании с массой 3750 гр., ростом 52 см (35\33см) с оценкой по Апгар 8\8 б. Из анамнеза: Т беременность закончилась в 2002 г. срочными родами, родился мальчик с массой 4060 гр., ребёнок здоров. Мать страдает хроническим пиелонефритом с 1998 г. Данная беременность протекала в Т половине - без особенностей, с 25 недель отмечалась анемия лёгкой степени, в 26 недель - гестационный пиелонефрит, по поводу чего находилась на стац. лечении. Также получала местное лечение по поводу вагинального кандидоза. УЗИ плода проведено в сроке 26-27 недель и 34-35 недель беременности - пороков развития не выявлено.

Роды протекали без особенностей. При рождении у ребёнка выявлено: в области левого глаза отмечается колобома на 12 часах, из левого носового хода свисает папилломатозное образование размерами 1+1 см, покръггое кожей.

В роддоме ребёнку проведено обследование: гр. крови ребёнка О (1)

резус-положительная, общий анализ крови: Нв - 198 г\л, Л - 11,5 тыс., Нт - 64 %, Эритроцитов - 5,2 млн,, тромбоцитов - 180 тысяч, э-17Б-7,с-65у л-20, м-3.

Общий анализ мочи: белок - отр., лейкоцитов - 1-2, эпителий - 2-3 в п\зр. Анализ крови на билирубин : общий -24 мкмоль\л. НСГ: сосудистые сплетения расположены асимметрично, субарахноидальное пространство расширено до 3-5 мм, правый боковой желудочек не определяется. Вещество мозга уменьшено в размерах. Заключение: порок развития мозга: микроцефалия. Осмотрен окулистом : глазные щели одинаковой величины, движения глаз в полном объеме, ОД - здоров, ОС — на роговице - рубец от центра к 12 часам, за ним - колобома радужки.

ОД больше ОС. Глазное дно - без особенностей. Заключение: Вр. колобома радужки. Рубец на роговице слева.

Консультация ЛОР-врача: правый носовой ход свободен, слева - образование, покрытое кожей, 1+1 см., при пальпации определяется флюктуация. Заключение: киста левого носового хода. Для исключения переднее - мозговой грыжи показано проведение КТ.

Состояние ребёнка в периоде адаптации было удовлетворительным. На 5-е сутки жизни с массой 3520 гр. переведён на П этап выхаживания. Получал грудное вскармливание.

На П этапе лечения в ОДБ проведена КТ, при которой выявлена агенезия мозолистого тела, микроцефалия. Проведена также консультация врача-генетика. После проведённого обследования ребёнок был выписан домой под наблюдение участкового педиатра и узких специалистов: ЛОР, окулиста и невропатолога.

Описанный симптомокомплекс более всего относится к синдрому трисомии 8, популяционная частота которого мало изучена (Г.И. Лазюк, 1991). Довольно частым признаком трисомии 8 пары хромосом является агенезия мозолистого тела, аномалии глаз, в частности колобомы радужной оболочки. У данного ребёнка также имели место микроцефалия и киста левого носового хода, исходящая из носовой перегородки, Дети доживают до 12-17 лет Витальный прогноз благоприятный. У 90% больных найден мозаицизм, Дети обычно рождаются доношенными с нормальной массой тела. Часто у таких детей развивается олигофрения в стадии дебильности. Описанный случай представляет клиническую значимость для врачей-педиатров и неонатологов ввиду редкости данной патологии и необходимость взаимодействия со специалистами узкого профиля для установления клинического диагноза и последующего динамического наблюдения ребёнка.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

И.Ю. Утешев, А.Н. Беляев, С.А. Козлов

ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева»
Саранск

На рубеже XX-XXI веков заболеваемость острым панкреатитом достигла 600-800 пациентов на миллион населения в год. Благодаря современным методам диагностики и лечения общая летальность при остром панкреатите в последние годы снизилась до 1,5-12%. Однако при некротических формах она по-прежнему составляет 80-95%. Широкий диапазон изменений в поджелудочной железе и полиорганные нарушения не позволили на протяжении последних десятилетий достигнуть существенного прогресса в лечении панкреонекроза.

Проанализированы результаты лечения 83 пациентов (из них 17 женщин, 66 мужчин) по поводу острого панкреатита. Возраст исследуемых больных составил в среднем 45 лет.

Основными признаками диагностики острого панкреатита были:

1. Клиническая картина заболевания (боль, неукротимая рвота, вздутие живота и т.д.).

2. Результаты УЗИ-диагностики органов брюшной полости:
   - изменение (увеличение) размеров поджелудочной железы;
   - снижение эхогенности поджелудочной железы;
   - неровность и нечеткость контуров поджелудочной железы;
   - гепатоспленомегалия.

3. Гиперамилаземия, гиперамилазурия.

Все больные в зависимости от формы заболевания были разделены на 5 групп: 1-я группа – больные с отёчной формой острого панкреатита – 12 (14,5%); 2-я группа – больные с мелкоочаговым панкреонекрозом – 31 (43,7%); 3-я группа – больные с среднеочаговым панкреонекрозом – 18 (25,3%); 4-я группа – больные с крупноочаговым панкреонекрозом – 14 (19,7%); 5-я группа – больные с тотально-субтотальной формой панкреонекроза – 8 (11,3%).

Клинико-лабораторные исследования проводились на момент поступления и на 5 сутки лечения. Основные направления лабораторного мониторинга:

- определение уровня активности панкреатических ферментов в крови (α-амилазы);
- исследование активности ферментов аланинаминовая (АлАТ) и аспарагиновая (АсАТ) трансаминазы;
- оценка интенсивности общего воспаления (лейкоцитоз, нейтрофилёз, СОЭ, фибриноген).

Терапия острого деструктивного панкреатита выполнялась в соответствии с лечебной программой, включающей детоксикацию, антибактериальную терапию, подавление панкреатической секреции, лечение полиорганной недостаточности, коррекцию водно-электролитных и метаболических нарушений. Показаниями для операции являлось развитие у больных следующих осложнений: перитонит, желчная гипертензия, инфицированный панкреатит и панкреатогенная токсемия, сепсис, панкреатогенные свищи.

Основой лечения являлась трансфузионная программа, направленная на борьбу с гиповолемией и эндотоксикозом. Она включала в себя ежесуточное введение до 2-3 литра полиионных растворов, 300-400 мл 3-5% раствора натрия гидрокарбоната, детоксикационного раствора (гемодез), белкового препарата (альбумин), 1,0-1,5 литра 5-10% раствора глюкозы с инсулином. Общее количество вводимой жидкости не превышало 5 литров.

В качестве антибактериальной терапии предпочтение отдавалось комбинации препаратов различных групп. Наиболее успешным в этом отношении были фторхинолоны 2-го поколения (абактал) + метронидазол; цефалоспорин + метронидазол + макролид.

Для подавления панкреатической секреции использовали М-холинолитики, в частности, атропин и платифиллин.

Уже к 5-м суткам от начала терапии наблюдалось достоверное снижение показателей эндотоксикоза. Так, во 2-й группе лейкоцитоз уменьшился с $12{,}8 \pm 0{,}1 \text{x} 10^9$ до $8{,}6 \pm 0{,}3 \text{x} 10^9$, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) снизился с $6{,}3 \pm 0{,}4$ до $5{,}4 \pm 0{,}2$ у.е., активность АлАТ снизилась на 28%, АсАТ на 13%, мочевина – с $8{,}3 \pm 0{,}1$ ммоль/л до $6{,}8 \pm 0{,}3$ ммоль/л, α-амилаза уменьшилась на 15%. В 3-й группе лейкоцитоз уменьшился с $13{,}7 \pm 0{,}3 \text{x} 10^9$ до $8{,}9 \pm 0{,}1 \text{x} 10^9$, ЛИИ снизился с $7{,}4 \pm 0{,}6$ до $5{,}8 \pm 0{,}4$ у.е., активность АлАТ уменьшилась на 23%, АсАТ – на 11%, мочевина с $8{,}5 \pm 0{,}1$ ммоль/л до $7{,}4 \pm 0{,}3$ ммоль/л, α-амилаза уменьшилась на 13%, общий белок повысился с $62 \pm 0{,}3$ г/л до $71 \pm 0{,}1$ г/л. В 4-й группе лейкоцитоз уменьшился с $15{,}6 \pm 0{,}4 \text{x} 10^9$ до $12{,}8 \pm 0{,}3 \text{x} 10^9$, ЛИИ снизился с $9{,}0 \pm 0{,}3$ до $7{,}6 \pm 0{,}4$ у.е., активность АлАТ уменьшилась на 19%, АсАТ – на 10%, мочевина с $8{,}8 \pm 0{,}1$ ммоль/л до $7{,}6 \pm 0{,}2$ ммоль/л, α-амилаза уменьшилась на 11%, общий белок повысился с $57 \pm 0{,}4$ г/л до $64 \pm 0{,}7$ г/л. В 5-й группе лейкоцитоз уменьшился с $17{,}8 \pm 0{,}2 \text{x} 10^9$ до $15{,}6 \pm 0{,}6 \text{x} 10^9$, ЛИИ снизился с $9{,}8 \pm 0{,}3$ до $8{,}3 \pm 0{,}4$ у.е., активность АлАТ уменьшилась на 16%, АсАТ – на 9%, мочевина с $8{,}8 \pm 0{,}4$ ммоль/л до $7{,}9 \pm 0{,}1$ ммоль/л, α-амилаза снизилась на 7%, общий белок повысился с $54 \pm 0{,}2$ г/л до $61 \pm 0{,}3$ г/л.

Из общего числа поступивших прооперировано 56 (67,5%) пациентов. Средние сроки выполнения лапаротомии – 2-3 суток с момента поступления больных в клинику.

Средняя продолжительность стационарного лечения в группах составила соответственно 18; 29; 41; 59 и 75 суток. Число гнойных осложнений (оментобурсит, забрюшинная флегмона, поддиафрагменный абсцесс) в

группах 2, 3, 4 и 5 составило – 4 (12,9%), 8 (44,4%), 10 (71,4%), 6 (75%). Летальность во 2-й группе составила 14%, в 3-й – 22,2%, а в 4-й группе – 4 (50%) соответственно.

Таким образом, мы считаем, что в лечении острого панкреатита должна применяться активная хирургическая тактика, направленная на профилактику возможных осложнений. Так в 1-ю неделю заболевания следует стремиться к «обрыву» деструктивного процесса в поджелудочной железе, купированию эндотоксикоза; во 2-ю неделю – к профилактике гнойных осложнений; при сформировавшемся гнойнике – к полноценной хирургической его санации.

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ И В СОЧЕТАНИИ С МИОМОЙ МАТКИ

А.В. Фатеев

МУЗ «Городской роддом № 1», ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Аденомиоз является одним из наиболее распространенных заболеваний женских внутренних половых органов, часто сочетается с миомой матки и сопровождается общими расстройствами в различных системах организма.

Целью исследования явилось изучение особенностей структуры экстрагенитальной (ЭГ) патологии у женщин с аденомиозом и в сочетании с миомой матки.

Обследовано 69 больных с аденомиозом (16) и в сочетании с миомой матки (53), поступивших на оперативное лечение по поводу данной патологии. Возраст женщин колебался от 27 до 59 лет, в среднем составил 48 лет. У всех больных тщательно собирался анамнез, проводилось полное клиническое и лабораторное исследование.

В результате проведенного обследования у 95,5% (66) пациенток были выявлены сопутствующие ЭГ заболевания.

У 30 (45,5%) больных имелась артериальная гипертензия, из них 1 ст. – у 14 (46,7%), 2 ст. – у 15 (50%) и у одной больной 3 ст. (3,3%), а у 3 (4,5%) пациенток – ВСД по гипертоническому типу.

У 17 (23,8%) больных диагностировано ожирение различной степени выраженности, а именно 1-II ст. – 9 (52,9%), III ст. – 8 (47,1%).

Имели хронические заболевания желудочно-кишечного тракта 66,7% (20) больных, из них наиболее часто встречался холецистит - 8 случаев (40%), гастрит - 6 (30%), панкреатит - 4 (20%) и язвенная болезнь желудка - 2 (10%) случая. Каждая третья (33,3%) пациентка страдала хронической железодефицитной анемией.

У 13 (19,7%) пациенток имелась эндокринная патология: заболева-

ния щитовидной железы у 8, сахарный диабет II типа у 3, 1 типа – у 2 больных.

Имели бронхиальную астму 9,1% (6), хронический бронхит 9,1% (6) больных, 10,6% обследованных – заболевания сердца, причем у 3 из них диагностирована дисгормональная миокардиодистрофия. У 3 (4,5%) имелись заболевания нервной системы, у 4 (6,1%) – варикозное расширение вен нижних конечностей.

И только у трех (0,5%) пациенток не выявлено сопутствующей ЭГ патологии.

Необходимо также отметить, что у 45 больных (68,2%) имело место сочетание двух и более ЭГ заболеваний. Наиболее часто (56,7%) сочетались артериальная гипертензия и ожирение, анемия и заболевания желудочно-кишечного тракта (36,7%).

Таким образом, проведенные исследования показывают, что преморбидный фон у 95,5% больных аденомиозом и в сочетании с миомой матки отягощен наличием различных ЭГ заболеваний.

Большинство вышеперечисленных заболеваний не позволяют в полном объеме проводить патогенетическую гормональную терапию, так как она отягощает уже имеющуюся ЭГ патологию.

При проведении предоперационной подготовки необходимо обращать внимание на тяжесть ЭГ и обеспечить профилактику осложнений в до- и послеоперационном периодах.

ПАТОЛОГИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ МАТКИ

А.В. Фатеев, Л.В. Фатеева, Ю.Е. Земскова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

В структуре гинекологической заболеваемости у женщин репродуктивного и пременопаузального возраста аденомиоз матки занимает одно их ведущих мест. Многие авторы указывают на высокую частоту встречаемости аденомиоза в операционном препарате после гистерэктомий – заболевание обнаруживается в 12-46% случаев (Железнов Б.И., Стрижаков А.Н.), в 28% случаев аденомиоз является причиной метроррагий и у 13% женщин приводит к необходимости удаления матки (Уварова Е.В., Савельева Г.М.).

Целью исследования явилось изучение патологии эндометрия у женщин с аденомиозом и в сочетании аденомиоза с миомой матки.

Ретроспективный анализ результатов гистологического исследования препаратов удаленной матки после гистерэктомий у 69 больных позволил выявить категории женщин с гистологическим верифицированным диагнозом аденомиоза (1-я группа – 16 случаев), сочетание аденомиоза с миомой матки (2-я группа – 34 случая) и с миомой матки (3-я группа – 19

больных).

Гистологически выявлена гиперплазия эндометрия у 12 (75%) пациенток 1-ой группы, у 22 (64,7%) – 2-ой группы и у 12 (63,1%) больных 3-ей группы. Обнаружены следующие морфотипы гиперплазии эндометрия в 1-ой, 2-ой и 3-ей группах соответственно: железистая – 3 (25%), 12 (54,5%), 8 (66,7%); железисто-кистозная – 1 (8,3%), 2 (9,1%), 1 (8,3%); полип эндометрия – 4 (33,3%), 5 (2,3%), 2 (16,7%); атипическая гиперплазия – 4 (33,3%), 3 (13,6%), 1 (8,3%). У 50% пациенток из 1-ой группы имелись рецидивы гиперпластических процессов, чем можно объяснить увеличение в 2 – 3 раза атипической гиперплазии при аденомиозе.

Изучение распределения морфологических вариантов аденомиоза показало, что в 1-ой и 2-ой группах соответственно обнаружена очаговая форма у 6 (37,5%) и 11 (50%), диффузная – у 10 (62,5%) и 11 (50%). Причем при метроррагической форме заболевания преобладает диффузный вариант, а причиной болевой формы аденомиоза является чаще очаговая форма заболевания.

Аденомиоз чаще всего манифестирует метроррагией и альгоменореей, а миома матки – болевым синдромом. Так, у 11 (68,8%) больных из 1-ой гр. и у 27 (79,4%) – 2-ой гр. имелись кровотечения, а в 3-ей гр. в 2 – 2,5 раза реже – 6 (31,6%). Альгоменорея сопровождала 82,3% (19) больных 1-ой и 2-ой групп, боли внизу живота отмечали 47,4% (9) пациенток 3-ей группы.

Таким образом, патология эндометрия в виде различных форм гиперпластических процессов сопровождает аденомиоз 2/3 пациенток, у 50% пациенток имеются рецидивы гиперплазий, а у 14% - атипическая гиперплазия, что отягощает клиническую картину заболевания менометроррагиями почти у 80% больных с аденомиозом и при сочетании аденомиоза с миомой матки.

РАДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ – КАК МЕТОД ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Л.В. Фатеева, В.Б. Мысяков, В.В. Лазутина, Е.В. Дудкина

ООО «Центр здоровья», ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Фоновые заболевания шейки матки занимают одно из ведущих мест в структуре гинекологической патологии и представляют собой риск развития предраковых и раковых заболеваний шейки матки. В генезе псевдоэрозий шейки матки существенное значение имеют генитальные инфекции, нарушения гормонального баланса, нарушение местного иммунитета, травма. Лечение патологии шейки матки предусматривает комплексный подход с воздействием на различные патогенетические звенья.

Цель исследования. Изучение эффективности радиохирургического лечения патологии шейки матки.

Материал и методы. В исследование включены 50 пациенток фертильного возраста с поражениями шейки матки различной степени распространенности.

Для диагностики использован общепринятый алгоритм, который включает расширенную кольпоскопию, цитологическое, бактериоскопическое, патоморфологическое исследования и метод ПЦР с целью выявления инфекций передающихся половым путем (ИППП). В качестве источника радиоволнового воздействия использовали радиохирургический прибор «Сургитрон» производства фирмы «Eliman International» (США).

Возраст обследованных колебался от 19 до 48 лет. У 8 пациенток (16%) был рецидив псевдоэрозии шейки матки (в 4-х случаях после криодеструкции, в 4-х – после диатермоэксцизии). ИППП в анамнезе отмечены у 12 пациенток, при этом 5 женщин лечились неоднократно. В 3 случаях сочетались с заболеваниями мочевыводящей системы. У каждой 4-й женщины были эпизоды вагинального кандидоза и бактериального вагиноза. Все пациентки жили регулярной половой жизнью. Раннее начало половой жизнью отмечено у 11 пациенток (22%) и составило в среднем 16,1 +1,2 года. Изучение репродуктивной системы показало, что у 21 женщины были одни роды, у 8 – 2 родов, у 1 – 3 родов. Разрывы шейки матки в родах были у 9 женщин, аборты в анамнезе были у 13 пациенток.

Основными жалобами у половины пациенток были периодические выделения из половых путей, часто с неприятным запахом, чувство дискомфорта и зуда в области наружных половых органов. По данным общего и гинекологического обследования, у большинства обследованных не выявлено значительных отклонений от нормальных показателей.

По данным бактериоскопического обследования у 25 (50%) женщин выявлен воспалительный тип мазка, у 7 (14%) – бактериальный вагиноз, у 8 (16%) – вагинальный кандидоз. В 24 (48%) случаях обнаружены ИППП, в 3 (6%) случаях – хламидиоз, в 10 (10%) – уреаплазмоз, в 8 (16%) – ВПЧ 16,18 типы, в 3 (6%) – микоплазмоз. Все инфекции подтверждены методом ПЦР.

Кольпоскопически у 8 (16%) женщин имелась эктопия цилиндрического эпителия с зоной трансформации в виде ОЖ, ОПЖ на фоне рубцовой деформации шейки матки. У 42 (94%) женщин – эктопия цилиндрического эпителия с зоной трансформацмм в виде ОЖ, ОПЖ, КРЖ, лейкоплакии, пунктуации, мозаики, ацидобелого эпителия. Из них у 26 (61,9%) пациенток выявлена лейкоплакия, у 5 (11,9%) – «мозаика», у 5 (11,9%) – ацидобелый эпителий, у 3 (7,1%) – пунктуация.

При цитологическом исследовании мазка 1 тип цитограммы выявлен у 17 (34%) женщин, 2-тип – у 25 (50%) женщин, 3-тип – у 7 (14%) женщин, 1 (2%) – 4 тип мазка.

На первом этапе лечения больным, имеющим ИППП и воспалитель-

ный тип мазка, проводилось противовоспалительное лечение с последующей коррекцией микробиоценоза влагалища с контролем излеченности.

На втором этапе лечения восьми нерожавшим пациенткам, имеющим зону трансформации в виде лейкоплакии, «мозаики», пунктуации, ацидобелого эпителия, проведена радиоволновая биопсия шейки матки. При патоморфологическом исследовании биоптата результаты были представлены: в 6 (75%) случаях с папиллярно-железистой псевдоэрозией в сочетании с простой лейкоплакией (дискератоз шейки матки), в 2 (25%) случаях - дисплазией шейки матки 1-2 степени. Пациенткам с цервикальной интраэпителиальной неоплазией были проведены, с учетом возрастного фактора (31 и 23 года), радиоволновая эксцизия шейки матки и криодеструкция жидким азотом с последующим цитологическим, кольпоскопическим контролем и восстановительным лечением.

Всем рожавшим 42 пациенткам на 5-8 день цикла проведена радиоволновая эксцизия шейки матки. При патоморфологическом исследовании материала в 27 (64,3%) случаях обнаружено сочетание папиллярно-железистой псевдоэрозии с простой лейкоплакией, в 6 (14,3%) случаях – дисплазия шейки матки 1-й степени, в 1 (2,3%) случае – дисплазия шейки матки 2 степени, в 22 (52,4%) случаях – явления цервицита. Всем больным с признаками цервицита в послеоперационном периоде проводилось местное противовоспалительное лечение с учетом этиологического фактора, что способствовало более быстрой эпителизации шейки матки.

Во время радиоволнового лечения и в послеоперационном периоде ни у одной пациентки не было обильного кровотечения.

Отторжение струпа в виде тонкой пленки происходило на 5-8 сутки, на шейке матки отсутствовали явления перифокального отека тканей. Полная эпителизация происходила на 5-7 неделе после радиоволновой эксцизии и на 2-3 неделе после биопсии.

Эффективность лечения определяли нормальной кольпоскопической картиной, отсутствием цитологических и бактериоскопических изменений. Лечение радиоволновым методом оказалось неэффективным в 4 (9,5%) случаях: в 2 случаях – при обширности патологического процесса, который занимал весь эктоцервикс, в 2 случаях – при сочетании обширного процесса с хроническим цервицитом и рубцовой деформацией шейки матки.

Выводы.

1. Высокая частота генитальной инфекции свидетельствует о ее несомненной роли в генезе заболеваний шейки матки и ее рецидивов, что требует внедрения адекватных методов диагностики и лечения патологических состояний шейки матки.

2. Обязательными методами обследования должны быть расширенная кольпоскопия, цитологическое исследование мазков с пораженной шейки матки, патоморфологическое исследование биоптатов и метод ПЦР. Высокая информативность этих методов позволяет проводить радикальное

адекватное лечение данной патологии.

3. Метод радиоволнового лечения при заболеваниях шейки высокоэффективен и составляет 90,5%.

ПСИХОЗЫ В РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Л.А. Филиппова, М.Ф. Купцова, Т.В. Чернова, Н.С. Голубцова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина»
Пенза

Лечение больных с психозами в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) общего профиля всегда представляет собой трудную задачу, что обусловлено самой природой этого заболевания, и необходимостью постоянного и пристального внимания персонала. Сложившаяся с начала 90-х годов наркологическая ситуация в России, характеризующаяся быстрым ростом числа больных алкоголизмом и наркоманиями, существенно повлияла на контингент больных поступающих в ОРИТ и значительно осложнило работу персонала как в физическом, так и в юридическом плане.

Мы провели ретроспективный анализ лечения больных с расстройствами психики в ОРИТ общего профиля. Материалом для исследования послужили формализованные истории болезни компьютерной базы данных отделения реанимации ГКБСМП им. Г.А.Захарьина (АРМ реаниматолога) за период с 1992 по 2006 год. Критерий включения больных – диагноз: психоз, подтвержденный консультацией психиатра.

Результаты исследования свидетельствуют, что за последние 15 лет психоз отмечался у 1683 больных, что составляет 11,9% от всех пациентов, находившихся на лечении в ОРИТ. В группе больных с летальным исходом течение основного заболевания осложнялось психозом в 10,8% случаев. По нашим данным максимум развития психозов у больных ОРИТ наблюдался в период с 1994 по 2000 год (рис. 1)

Рис. 1

Это согласуется с данными НИИ наркологии свидетельствующими, что в период с 1991года по 2000 год заболеваемость алкогольными психозами выросла в 4 раза. В последние годы психозы развиваются реже.

Психоз чаще развивался у больных в возрасте от 30 до 60 лет (61%), а также после 60 лет (29%). По нашим данным в 78% случаев психоз развился у мужчин и только в 22% случаев - у женщин. У 30 % больных с психозом в анамнезе хронический алкоголизм. Проведенный анализ позволил выявить следующие симптомокомплексы у больных с психозами (табл. 1).

Таблица 1

Симптомокомплексы у больных с психозом

Вид	Число (в процентах)
Шок	18,4
Кома	13,7
ЧМТ	11,6
Перитонит	9,5
Алкогольное опьянение	12,3

Около 50% больных с психозами являлись больными реанимационного профиля – основное заболевание у них проявлялось критической нестабильностью гемодинамики, они нуждались в протезировании жизненно-важных функций, в том числе – дыхания. В среднем 47,4% больных с психозами нуждались в протезировании дыхания.

Важной проблемой при лечении больных с алкогольными психозами

является юридическая сторона данного вопроса. В частности эти больные нуждаются во временной фиксации. Однако, согласно закону РФ от 2 июля 1992г. № 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (ст. 30 "Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи") меры физического стеснения и изоляции больных являются прерогативой врачей-психиатров. В штате ОРИТ нет должности психиатра, также как и санитаров. Далеко не всегда возможно осуществить срочную консультацию психиатра в некоторых лечебных учреждениях, например в ЦРБ. Таким образом, реаниматолог, не имея юридического основания, вынужден брать на себя решение этого вопроса.

Выводы.

1. Проблема интенсивной терапии у больных с психозами остается одной из самых актуальных в реаниматологической практике.
2. Психоз развивается у 11,9% больных реанимационного отделения и ежегодно в отделении реанимации лечиться около 100 больных с психозами.
3. Тяжесть состояния больных с психозом в ОРИТ общего профиля существенно усугубляется основным соматическим заболеванием, и психозы чаще носят смешанный характер.
4. В отличие от психиатров и наркологов, для которых разработаны стандарты ведения таких больных, изложенные в соответствующих приказах, персонал реанимационных отделений остается незащищенным в юридическом плане.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕНИЯ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ВЕНЫ

Л.А. Филиппова, Т.В. Чернова, Е.Ю. Ермаков, А.В. Аракчеев, Е.В. Курышева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина»
Пенза

За период с 2004 по 2006 годы в отделении реанимации городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина выполнено 544 катетеризации подключичной вены (ПВ), что составляет 19,4% от общего числа больных. Кроме того, персонал отделения реанимации осуществлял эксплуатацию подключичных катетеров у 1509 больных, поступивших из операционной с катетеризированной ПВ после выполнения экстренных и плановых хирургических вмешательств.

Ведение компьютерной базы данных (АРМ-реаниматолога) позволяет нам отслеживать характер и число осложнений, как при выполнении

данной манипуляции, так и при эксплуатации подключичных катетеров. Градация осложнений, используемая в нашей клинике, предусматривает выделение манипуляционных и эксплуатационных осложнений. К манипуляционным осложнениям мы относим: пункцию артерии, технические сложности, невозможность заведения катетера, развитие пневмоторакса. Такие осложнения, как нагноение мягких тканей по ходу катетера, флеботромбоз и тромбофлебит ПВ, "катетерный сепсис", мы включаем в группу эксплуатационных осложнений. Число и характер осложнений катетеризации ПВ, имевших место в нашей клинике за выше названный период времени представлен в таблице 1.

Таблица 1

Осложнения катетеризации подключичной вены

Вид осложнения	2004 год	2005 год	2006 год	Всего осложнений	
				абсолютное число	в процентах
Манипуляционные:	**12**	**8**	**17**	**37**	**6,8**
пункция артерии	1	1	1	3	0,6
не удалось завести катетер	2	3	4	9	1,7
технические сложности	8	4	3	15	2,8
пневмоторакс	1	0	9	10	1,8
Эксплуатационные	**0**	**0**	**1**	**1**	**0,2**
ИТОГО	**12**	**8**	**18**	**38**	**7,0**

В 2006 году мы наблюдали серьезное осложнение, развившееся в процессе эксплуатации катетера в ПВ.

Больная Н, 44 лет поступила в ГКБСМП им. Г. А. Захарьина на 5-е сутки с момента травмы с диагнозом: Разрыв промежности с повреждением прямой кишки и влагалища. Флегмона параректальной клетчатки. Алкогольное опьянение. На момент поступления состояние крайне тяжелое. Из-за сильного алкогольного опьянения четкому контакту не доступна. Дыхание везикулярное, выслушиваются единичные сухие хрипы. ЧД 20 в минуту. АД 120/70 мм рт.ст. Пульс 108 в минуту, ритмичный.

Выполнена лапаротомия, ушивание дефекта прямой кишки и влагалища, сигмостомия, дренирование параректальной клетчатки. После операции проводилась интенсивная терапия и наблюдение в ОРИТ. На 2-е сутки пребывания в ОРИТ состояние осложнилось развитием двусторонней застойной пневмонии, отеком легких. На 4-е сутки развился делириозный синдром. Будучи фиксированной в постели, больная зубами удалила катетер из правой ПВ, который был установлен в операционной в день поступления в стационар. В связи с этим произведена катетеризация левой ПВ из точки Абуниака по методике Сельдингера. ПВ пунктирована с первой по-

пытки. Использовался катетер ОАО «Синтез» г. Курган диаметром 1,4 мм. Проводник и катетер заведены без усилий. Ток крови и жидкости по катетеру свободный. Данный катетер на протяжении 3-х суток использовался для проведения инфузионно-трансфузионной терапии, контроля центрального венозного давления, через катетер в сутки больной вводилось до 2,5 л жидкости, ежедневно забиралась кровь для лабораторных исследований. Ток крови и жидкости по катетеру был свободным.

На 8-е сутки при аускультации легких отмечено ослабление дыхания справа. На рентгеновских снимках выявлен правосторонний гидроторакс. Во время плевральной пункции, произведенной в 5 межреберье по задней подмышечной линии, эвакуировано около 2 литров прозрачной серозной жидкости. Примерно через 12 часов после пункции больная стала жаловаться на одышку, чувство нехватки воздуха. При аускультации дыхание справа резко ослаблено, перкуторно до 4 межреберья определяется коробочный звук, а ниже - притупление. Заподозрен гидропневмоторакс. Произведена плевральная пункция во 2 межреберье по среднеключичной линии. Эвакуировано около 100 мл воздуха, жидкости не получено. Аускультативная картина в легких, а также самочувствие больной улучшились. От дренирования плевральной полости решено воздержаться. А.Д. 120/80 мм рт. ст., пульс - 108-120 ударов в 1 мин., ЦВД. - 100 мм вод. ст. Через 30 минут отмечено резкое ухудшение состояния: наросла одышка и тахикардия, больная жаловалась на нехватку воздуха, беспокойна. Заподозрен напряженный гидропневмоторакс, в связи с чем произведено дренирование плевральной полости во 2 межреберье справа по среднеключичной линии. По дренажу в течение 20 минут самотеком вышло 2,5 л жидкости равномерно окрашенной темной кровью. Содержание гемоглобина в жидкости 12 г/л. Гемоглобин в крови больной - 80 г/л. А.Д. 110/60 мм рт.ст., пульс – 112 в 1 мин, одышка уменьшилась до 28, улучшилось самочувствие. Дыхание стало выслушиваться над всеми полями. За 12 часов динамического наблюдения из плевральной полости выделилось около 500 мл жидкости. В последующие 15 часов по плевральному дренажу получено еще около 2 л геморрагической жидкости. Диагностическая торакоскопия выявила продолжающееся кровотечение. Выполнена торакотомия. Из плевральной полости удалены сгустки крови. Обнаружена перфорация подключичным катетером стенки полой вены, конец подключичного катетера длиной около 2 см находился в свободной плевральной полости. Через рану стенки полой вены продолжалось кровотечение. Катетер подтянут. Дефект стенки полой вены ушит. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 6 сутки удалены дренажи из плевральной полости. На 9 сутки больная переведена в экстренное хирургическое отделение.

Возникшее осложнение является очень редким, поэтому его описание представляет интерес для анестезиологов-реаниматолов. Развитие осложнения, на наш взгляд, связано с излишней жесткостью использованного катетера ОАО "Синтез" г. Курган.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕРТИКАЛЬНОГО ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.А. Филюшкина

ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» Пензенской области
Пенза

В России проживает самое большое число ВИЧ-инфицированных, официально зарегистрированных в Восточной Европе и Центральной Азии (около 400 тыс. человек). Пензенская область относится к территориям с низким уровнем пораженности населения ВИЧ-инфекцией, за все годы наблюдения выявлено 1030 случаев. Но общие тенденции развития эпидемии аналогичны общероссийским: выход эпидемии за пределы групп риска и распространение среди социально адаптированной части населения; рост полового пути заражения; возрастания доли женщин среди вновь выявленных больных; увеличение числа выявляемых ВИЧ-позитивных беременных женщин и рожденных ими детей.

Поэтому профилактика вертикального пути передачи ВИЧ от матери ребенку является одной из важнейших проблем. В рамках реализации Приоритетного Национального проекта по профилактике распространения ВИЧ/СПИДа в России поставлена задача в первую очередь, принять меры по максимальному охвату вертикальной профилактикой ВИЧ-инфицированных беременных и их детей. Профилактические мероприятия включают проведение химиопрофилактики антиретровирусными препаратами во время беременности, родов и ребёнку после рождения в сочетании с отказом от грудного вскармливания. Такая профилактика называется трехэтапной. При правильном проведении всего комплекса мер риск передачи ВИЧ от матери ребёнку составляет менее 2%, тогда как при отсутствии профилактики заражаются 25-50% детей.

На 01.04.07 года в Пензенской области проживало 298 ВИЧ-инфицированных женщин, что составило 40.8 % от всех живущих с ВИЧ в регионе. Большинство из них находилось в детородном возрасте. С 1989 года зарегистрировано 245 ВИЧ-позитивных беременных женщин, 231 из них (90,3%) находились под наблюдением специалистов Центра СПИД; родилось 108 детей.

Трёхэтапная профилактика передачи ВИЧ от матери ребёнку проведена у 69 пар мать-дитя. У 24 пар профилактику удалось провести в родах и новорожденному, то есть профилактическими мероприятиями охвачено 90% беременных и новорожденных. 11 детей (10%) не пролечены по разным причинам: не обращение в женскую консультацию во время беременности-6 человек, роды в период серонегативного окна-3 человека, отсутствие препаратов-2 человека.

Эффективность профилактических мер оценивалась среди детей, чей ВИЧ статус установлен достоверно. Из 47 детей, получивших полный курс химиопрфилактики, был инфицирован 1 ребенок, что составляет 2%. Заражению ребенка способствовали нерегулярный прием препаратов беременной и злоупотребление алкоголем. Из 23 детей, получивших экстренную профилактику (в родах и новорожденному или только ребенку), заразились 4, что составляет 17%. При отсутствии профилактики ВИЧ инфекция подтверждена у 4 из 10 детей (40%).

Таким образом, наиболее успешные результаты получены при проведении всех этапов медикаментозной профилактики. В Российской Федерации в разных регионах уровень передачи ВИЧ от матери ребенку составляет от 10,8% до 19,4%. В Пензенской области из 108 детей ВИЧ-инфицированных женщин диагноз подтвержден у 9 детей, что составляет 8,3%.

Выводы.

1. В связи феминизацией эпидемии ВИЧ-инфекции проблема организации и проведения химиопрофилактики заражения детей ВИЧ-положительных женщин является актуальной.
2. Наиболее эффективны трехэтапные схемы, которые позволяют снизить риск передачи вируса ребенку до 2% и ниже.
3. Трехкомпонентная профилактика должна быть предложена всем беременным женщинам.
4. Невозможность проведения одного из этапов профилактики не является поводом для отказа от других. Короткая схема позволяет уменьшить вертикальную трансмиссию ВИЧ более чем вдвое.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

А.А. Фирсов, И.В. Меркушкина, О.И. Игнатьева

ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарева»
Саранск

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) — хроническая прогрессирующая форма цереброваскулярной патологии. В основе её лежит многоочаговое или диффузное поражение головного мозга, проявляющееся комплексом неврологических и нейропсихологических расстройств. ДЭП — это результат постепенного накопления (кумуляции) ишемических и вторичных дегенеративных изменений в мозге, обусловленных повторяющимися ишемическими эпизодами в разных сосудистых бассейнах.

В отличие от острых нарушений мозгового кровообращения большинство случаев ДЭП связано не с патологией крупных экстракраниаль-

ных артерий и их основных ветвей или кардиогенной эмболией, а с поражением мелких мозговых артерий (церебральной микроангиопатией), от которых в первую очередь зависит кровоснабжение глубинных отделов мозга (пенетрирующих артерий). Основным этиологическим фактором микроангиопатии является артериальная гипертензия, вызывающая артериосклероз мелких пенетрирующих артерий и артериол (гипертоническую артериопатию). У больных, не страдающих артериальной гипертензией, поражение мелких артерий может быть связано с сенильным артериосклерозом, амилоидной ангиопатией или другими причинами.

На базе неврологического отделения Мордовской республиканской клинической больницы было обследовано 60 человек с диагнозом «Дисциркуляторная энцефалопатия, II стадия» в возрастной группе от 45 до 75 лет. Цель работы: исследовать характер и степень выраженности нарушений когнитивных функций у данной категории больных. В процессе выполнения работы решались следующие задачи: исследование особенностей нарушения кратковременной слухоречевой памяти, характера нарушения произвольного внимания, оценка значения фактора реактивной и личностной тревожности на фоне проводимой традиционной терапии. Использовались следующий методики: тест запоминания 10 слов, «таблица Шульте», методика Бурдона, шкала тревожности Спилберга.

При исследовании кратковременной слухоречевой памяти были получены следующие результаты: у всех обследуемых больных были выявлены нарушения непосредственного запоминания, при этом при последующих повторениях количество слов, которое запомнил больной, существенно не возрастает. Среднее количество слов воспроизводимых испытуемыми составляло 4,2. У больных в возрасте от 45 до 55 лет средний показатель воспроизведения слов составил 4,5, у больных в возрасте от 55 до 65 лет он составил 4,1, и в возрасте от 65 до 75 лет средний показатель воспроизведения составил 3,9.

При исследовании параметров произвольного внимания с использованием таблиц Шульте были получены следующие результаты: снижение концентрации произвольного внимания, которое проявлялось удлинением времени, которое испытуемый затрачивал на таблицу. У больных в возрасте от 45 до 55 лет среднее время, затраченное на таблицу, составило 76 секунд, у больных в возрасте от 55 до 65 лет оно составило 82, и в возрасте от 65 до 75 лет—94 секунды. Среднее время, затраченное больными на таблицу, составляет 84 секунды. Утомляемость внимания, которое проявляется в удлинении времени, которое испытуемые затрачивали на каждую таблицу, отмечалось у 30% больных, главным образом в возрастной группе от 55 до 75 лет.

Исследование личностной и реактивной тревожности с помощью теста Спилберга дало следующие результаты: у 20% исследуемых выявлялся высокий уровень личностной тревожности, у 65 % умеренный и у 15 % низкий уровень личностной тревожности. При исследование реактив-

ной тревожности было выявлено, что 75 % исследуемых имели высокий уровень реактивной тревожности и 25% умеренный уровень.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о необходимости нейропсихологического обследования для выявления когнитивных нарушений у больных с ДЭП.

КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ОГРАНИЧЕНИИ ПОДВИЖНОСТИ

С.Е. Хоронеко, А.В. Зорькина, О.М. Киселева

ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет
имени Н.П.Огарева»
Саранск

Длительное ограничение подвижности, оказывая многостороннее отрицательное воздействие на организм, вызывает нарушение метаболического и гормонального гомеостаза, приводит к полиорганной патологии. Уменьшение мышечной активности рассматривается как один из значимых факторов развития атеросклероза, ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, которые на протяжении нескольких десятилетий остаются одной из актуальных нерешенных задач здравоохранения во всех странах мира.

Целью проведенного исследования явилось изучение антиатерогенного влияния вамина и отрицательных аэроионов кислорода на модели 30 суточного ограничения подвижности.

Исследование проводилось на 18 кроликах породы «шиншилла», массой 2-3 кг. Ограничение подвижности воспроизводилось по методу Тявокина В.В.(1975) путем помещения подопытных животных на 30 суток в клетки малого объема, не затрудняющие доступ к воде и пище.

Было проведено 3 серии опытов. В 1-й серии изучалось влияние 30 суточной гиподинамии, без какой либо коррекции. Во 2-й серии животным в течение 30 суток ограничения подвижности ежедневно внутривенно вводился вамин, представляющий сбалансированный аминокислотно-электролитный комплекс, в дозе 5 мл/кг. Животные 3-й опытной серии с 1 по 30 сутки гиподинамии подвергались ежедневно по 6 часов, воздействию отрицательных аэроионов кислорода, генерируемых электроэффлювиальной люстрой «Эффлювион» (научно-производственный центр «Альфаритм», г. Саранск). До начала эксперимента, на 14 и 30 сутки проводилось исследование липидного, углеводного, белкового обменов, оценивалась активность аланиновой и аспарагиновой трансаминаз.

При длительном ограничении подвижности уже к 14 суткам эксперимента наблюдались выраженные нарушения гомеостаза, проявляющиеся

изменениями уровня изучаемых биохимических показателей: отмечалось повышение уровня общего холестерина на 68%, β-липопротеидов на 50%, триглицеридов на 69%, резко возрос индекс атерогенности с 0,38±0,09 до 2,29±0,37 усл. ед. Содержание α-холестерина на этом фоне достоверно снижалось до 71% от исходного уровня. Кроме того, было зафиксировано повышение активности аланиновой и аспарагиновой трансаминаз (на 70% и 41% соответственно), наблюдалось снижение содержания общего белка до 59,17±1,4 г/л (что ниже исходного уровня на 12%).

Продолжение ограничения подвижности сроком до 30 суток способствовало дальнейшему прогрессированию негативных изменений в организме подопытных животных. Так, по сравнению с исходными данными, уровень общего холестерина увеличился еще на 110%, β-липопротеидов на 119%, триглицеридов на 95%, концентрация α-холестирина снизилась на 40%, индекс атерогенности увеличился в 10 раз. Отмечалось дальнейшее повышение активности АлТ и АсТ до 255% и 194% соответственно. По сравнению с интактными животными наблюдалось снижение содержания общего белка на 10%, альбуминов на 17%, увеличение уровня глюкозы до 123%.

На фоне введения вамина с 1 по 30 сутки эксперимента уровни общего холестерина, β-липопротеидов, триглицеридов были несколько выше, чем у интактных животных, по сравнению с контролем были достоверно ниже (на 38%, 33% и 32% соответственно). Уровень индекса атерогенности снизился до 25% относительно контрольной группы. Введение вамина позволило полностью предупредить снижение концентрации α-холестерина, способствовало ограничению роста АлТ на 30% по сравнению с контрольными данными. Введение сбалансированного комплекса аминокислот корригировало развивающиеся при гиподинамии нарушения углеводного и белкового обмена. Так, на фоне введения вамина отсутствовала гипергликемия, не наблюдалось снижение содержания общего белка, а концентрация альбумина сохранялась на уровне интактных животных (по сравнению с контрольной группой показатель был выше на 29%).

Воздействие отрицательных аэроионов кислорода в условиях гиподинамии позволило в большей степени осуществить коррекцию метаболических нарушений. На фоне аэроионотерапии все исследуемые показатели липидного обмена достоверно не отличались от интактных животных. По сравнению с контролем уровень общего холестерина был ниже на 51%, β-липопротеидов - на 36%, триглицеридов - на 39%, индекс атерогенности – на 89%, содержание α-холестерина было выше на 62%.

Наряду с коррекцией липидного обмена аэроионотерапия оказала позитивное влияние на показатели углеводного и белкового обмена, о чем свидетельствуют отсутствие у животных 3 опытной серии гипергликемии и гипоальбуминемии.

По сравнению с животными контрольной группы уровень глюкозы был ниже на 17%, содержание общего белка и альбумина выше на 6% и

17% соответственно. Аэроионотерапия в значительной степени предотвратила повышение активности АсТ, а по сравнению с животными без коррекции показатель был ниже на 48%. Активность АлТ при аэроионотерапии была меньше чем у животных в контрольной группе на 26%.

Таким образом, согласно результатам нашего исследования при моделировании длительного ограничения подвижности, изученные методы коррекции позволяют в значительной степени ограничить выраженность метаболических нарушений у подопытных животных.

ДЕКОМПРЕССИОННАЯ ГЕМИКРАНИЭКТОМИЯ У ИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ С МАССИВНЫМ ПОЛУШАРНЫМ ОТЕКОМ

Н.П. Хуторова, А.А. Козлов, П.Г. Филиппов, И.В. Бахтанов

МУЗ «Городская больница № 1»
Пенза

В течение 15 лет функционирования инсультной службы в городе (1992-2006 гг.) пролечено 2445 больных с ишемическими инсультами.

С момента госпитализации проводились лечебно-диагностические мероприятия по выявлению характера инсульта, комплексная медикаментозная терапия острого периода церебральной ишемии. Нейровизуализация путем проведения компьютерной томографии проводилась экстренно в первый час госпитализации и отсроченно в виду некруглосуточной доступности томографа. Комплексное исследование мозгового кровотока методом допплерографии и состояние магистральных артерий путем ангиографии проводились в течение двух суток и в динамике для определения состояния церебральной гемодинамики. 146 больным с осложненным течением инфаркта мозга с развитием массивного полушарного отека, синдрома боковой и аксиальной дислокации проведено хирургическое лечение - декомпрессионная гемикраниоэктомия с дуротомией. У 141 больного имелась сопутствующая артериальная гипертония, у 54 - поражение периферических сосудов, у 23 - диабет, у 98 - ИБС. Средняя степень исходного стеноза сонных артерий достигала 75%, у 140 больных имелась острая окклюзия - эмболия интракранильного отдела ВСА или СМА. Церебральный тромболизис не предпринимался из-за отсутствия соответствующего ангиографического оборудования и тромболитических препаратов. Операция проводилась в среднем спустя 36 часов после развития инсульта. Послеоперационная летальность в эти годы колебалась от 56, 11 до 66, 66%. Риск неблагоприятного функционального исхода увеличивался с возрастом и при наличии артериальной гипертонии, уменьшаясь при постинтервенционной нормализации расположения гипофиза, т.е. при более эффективной декомпрессии. Пожилой возраст остался достоверным, независи-

мым предиктором неблагоприятного исхода. У больных старше 65 лет был фатальный исход, до 65 лет все больные выжили. Исход лечения инфаркта мозга также зависел от степени и протяженности стеноза ВСА, состояния коллатерального кровотока, общего соматического состояния.

Показатели заболеваемости и летальности от полушарных инфарктов мозга не имеют тенденции к снижению, подвержены этому грозному заболеванию лица трудоспособного и нетрудоспособного возраста, что ориентирует на разработку и внедрение региональной противоинсультной программы. Стационары, оказывающие круглосуточную помощь больным с инсультами, должны быть оснащены современными ангиографическими установками, каротидными стентами, дезоблитераторами. Это улучшит результаты лечения больных с острым ишемическим инсультом, уменьшит их инвалидизацию и улучшит социальную адаптацию после инсульта.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА В ПРАКТИКЕ СЕЛЬСКОГО ВРАЧА - ПЕДИАТРА

З.А. Цибина, А.Т. Цибин, И.В. Плакучева, Н.А. Гусева

МУЗ «Тамалинская ЦРБ»
Пензенская область

Ихтиоз-ichthyosis; греч. Ichthys рыба, osis - рыбья чешуя, кожа аллигатора, крокодилова кожа- разновидность кератоза, характеризующаяся генерализованным нарушением ороговения кожи. Описания поражения кожи, характерного для ихтиоза, встречаются уже в древнейших письменных источниках (в Китае в 3-2 тысячелетии до н.э., в Египте во 2-1 тыс. до н.э.), а также несколько позже - у Гиппократа.

Врожденный ихтиоз (сухая ихтиозиформная эритродермия) - генерализованное поражение кожного покрова. Частота заболевания – 1 : 300000 (Лазюк Г.И., 1991; Куклин В.Т., 1996, Шабалов Н.П., 2006). Термин, объединяющий 4 заболевания: сцепленный с Х- хромосомоцй, небуллезная врожденная ихтиозиформная эритродермия Брока, буллезная врожденная ихтиозиформная эритродермия, тяжелый врожденный ихтиоз типа плода Арлекина.

Характер наследования форм ихтиоза (кроме первой) при тяжелом течении аутосомно-рецессивный, при более легком аутосомно-доминантный. Характер биохимического дефекта при врожденном ихтиозе не установлен. В то же время обнаружены врожденное иммунодефицитное состояние, недостаточность витамина А и Е, особенно велики нарушения в Т - клеточной системе.

Врожденный ихтиоз нужно дифференцировать с десквамативной эритродермией Лейнера, эксфолиативным дерматитом Риттера (Л.А. Штейнлухт, Ф.А. Зверькова, 1979).

Современный метод терапии ихтиоза разработан профессорами Ленинградского педиатрического института Л.А. Штейнлухт и Ф.А. Зверьковой, в основе которого лежит как можно более раннее назначение преднизолона. Стартовая доза преднизолона 2 мг/кг/сут. в течении 2-х недель, далее на протяжении 2-х недель препарат дают в дозе 1,5 мг/кг/сут. и за тем в зависимости от тяжести заболевания и эффекта тераприи или постепенно отменяют, или продолжают лечение в дозе 1 мг/кг/сут. до 2-х мес. Показано также профилактическое назначение иммуноглобулина, витаминов А и Е. Показаны сухо-воздушные ванны, а также ванны с отрубями, крахмалом, отваром ромашки, череды, зверобоя, шалфея. Смазывают кожу мазями и кремами содержащими глюко-кортикоидные гормоны, с добавлением к ним 1-2% салициловой кислоты, 2-3% дерматола, 0,1% витамина А 1-2% витамина Е.

Прогноз зависит от тяжести болезни и срока начала терапии. Типичным осложнением является присоединение инфекции; возможны задержка роста без или с задержкой психомоторного развития, крипторхизм, дисплазия костей. При средне-тяжелых и легких формах рано начатая терапия преднизолоном может привести к благоприятному прогнозу (Н.П. Шабалов, 2006).

В связи с редкостью врожденного ихтиоза у детей считаем целесообразным поделиться своим наблюдением.

Девочка С. родилась 14.01.07г. от 1 нормально протекавшей беременности. Акушерский анамнез без особенностей, наследственность не отягощена. Мать ребенка – 21 год, не работает, имеет вредные привычки (курит с 15 лет), считает себя соматически здоровой. Отец ребенка 26 лет, злоупотребляет алкоголем, курит. Брак не зарегистрирован. Со слов матери у отца ребенка какое-то заболевание кожи, но у дерматолога не наблюдается. Роды срочные в 39-40 недель с массой тела 2899г, длинной 50см, окружностью головы 33см., окружностью груди 34 см. Оценена по шкале по шкале Ангар 8-9баллов. приложена к груди через 2 часа, грудь взяла сразу. Состояние ребенка при осмотре неонатологом в родильном зале оценено как средне-тяжелое по основному заболеванию. Кожные покровы сухие, эритродермия, кожа по типу пергаментной бумаги, под которой в области груди и живота перемещалась жидкость желтоватого цвета, особенно явно определяемая при плаче ребенка. Со стороны внутренних органов изменений не отмечалось. В легких дыхание пуэрильное, ЧД 44 в мин.; границы относительной сердечной тупости не расширены, тоны ясные, ритмичные, шумы не выслушивались, ЧСС – 140 в мин., живот мягкий, печень +1 см., селезенка не увеличена, наружные половые органы сформированы по женскому типу, не мочилась, меконий не отходил.

Лабораторные данные: ОАК: эр. 6,7х10, Нв - 219 г/л, лейкоциты 11600, п-3, с-50, л-46, м-1, СОЭ -6 мм/час.

Группа крови ребенка А (II) Rh (+), матери О (I) Rh (+). Общий билирубин из пуповины 36,5 микромоль/л., из вены 36,2 микромоль/л.

В динамике в первые сутки жизни по основному заболеванию состояние ребенка ухудшилось, было расценено как тяжелое: усилилась сухость кожных покровов, появились множественные трещины, эрозии. В связи с этим ребенок осмотрен консилиумом врачей в составе заместителя главного врача по лечебной части, неонатолога, дерматолога, хирурга. Выставлен диагноз: Основной - врожденный ихтиоз, врожденная ихтиозиформная эритродермия, буллезная форма? Сопутствующий диагноз: ЗВУР, угрожаемый по ГБН (АВО).

Назначено лечение: инфузионная терапия 10% р-р глюкозы с аскорбиновой кислотой, преднизолон 2 мг/кг в/м, ампиокс в/м, димедрол в/м, смазывание кожи стерильным подсолнечным маслом и обертывание салфетками, смоченными в стерильном подсолнечном масле. Из областной больницы вызваны неонатолог и реаниматолог, и в первые сутки от момента рождения в условиях реанимобиля ребенок переведен для дальнейшего лечения в ОДБ г. Пензы, где находился с диагнозом врожденный ихтиоз, ихтиозиформная эритродермия Брока. ЗВУР. Получил лечение: гормонотерапия (преднизолон per os), иммунотерапия (иммуноглобулин человеческий №3 в/м), витаминотерапия (витамины B_1, B_6), антибактериальная терапия (цефазолин 10 дн.), ферментотерапия (креон), биопрепараты (бифидум – бактерин), местное лечение (обработка кожи стерильным растительным маслом, рыбьим жиром).

Выписана 25.01.2007г. на 12 сутки от момента рождения с улучшением. Рекомендовано: продолжить гормонотерапию преднизолоном 1 раз в сутки per os в течении 3 месяцев, консультация дерматолога через 1 мес. в ОДКП г. Пензы, вскармливание гипоаллергенными смесями.

В настоящее время ребенку 4 мес., состояние удовлетворительное, несмотря на рекомендации вскармливания гипоаллергенными смесями кормится коровьим молоком, на консультации у дерматолога в ОДКП г. Пензы не была. С трехмесячного возраста гормонотерапия отменена. При осмотре кожа ребенка суховатая, отмечаются шелушение и гнейс на волосистой части головы и бровях, сухость в области локтевых и коленных суставов, на ладонях и стопах кожа по типу «рыбьей чешуи», со стороны внутренних органов без особенностей физиологические отправления не нарушены, в нервно-психическом развитии соответствует возрасту, в физическом развитии отстает (масса тела 4700 г. (дефицит массы 8%). Продолжает получать местную терапию в виде обработки кожи рыбьим жиром и растительным маслом.

Описанный случай врожденного ихтиоза представляет интерес для всех практикующих врачей – педиатров и неонатологов. Он показывает, что в случае ранней постановки диагноза и своевременности назначения адекватной терапии возможен благоприятный исход заболевания без присоединения осложнений.

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ЕГО ЗНАЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

В.И. Цокуренко

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Согласно рекомендациям Всемирной Организации здравоохранения, при обеспечении программ повышения качества медицинской помощи следует учитывать четыре необходимых его компонента:

- квалификацию врача;
- оптимальность использования ресурсов;
- риск для пациента;
- удовлетворенность пациента от взаимодействия с медицинской подсистемой.

В соответствии с международными стандартами качество определяется как «совокупность свойств и характеристик продукта или услуг, которая придаёт ему способность удовлетворять установленные или подразумеваемые потребности».

Качество в общем понимании рассматривается как «свойство товара (или услуги) удовлетворять спрос потребителя».

Чтобы быть конкурентоспособным в условиях рыночной экономики, здравоохранение должно войти в единую систему контроля качества.

Отечественный и зарубежный опыт позволяет выделить три вида контроля качества в здравоохранении:

- структурный;
- процессуальный;
- по конечному результату.

Структурный подход реализуется в аккредитации и лицензировании медицинских учреждений, аттестации и сертификации специалистов.

Особое значение для структурного подхода к контролю качества имеет управление кадрами.

Процессуальный подход дополняет структурный подход к контролю качества и использует широкое привлечение экспертов.

Планирование конечного результата деятельности требует реальной оценки всех факторов, на него влияющих.

На конечный результат в здравоохранении оказывает влияние большое число неуправляемых факторов, что весьма затрудняет контроль качества по конечному результату.

Для обеспечения качества обслуживания пациентов необходимо:

- проведение систематического мониторинга результатов оказываемой помощи, степени удовлетворённости пациентов и доступности;

- использование соответствующих систем стимулирования, основанных на конечных результатах;
- переориентация подготовки персонала здравоохранения с целью увеличения внимания к таким критериям как эффективность работы, состояние здоровья, качество жизни, степень удовлетворённости пациентов и экономическая эффективность.

Надлежащее качество медицинской помощи (КМП) – это соответствие оказанной медицинской помощи современным представлениям о её адекватности, эффективности и научно-техническом уровне при конкретной патологии с учётом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения.

Оценка КМП невозможна без конкретизации его критериев. Критерии КМП – это признаки, позволяющие охарактеризовать снижение риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимальность использования ресурсов медицины и обеспечение удовлетворенности пациента от его взаимодействия с медицинской подсистемой (врачом, отделением, медицинским учреждением).

Условия, в которых работает врач, должны быть досконально известны эксперту КМП, так как материально-техническое обеспечение медицинских учреждений определяет реальные возможности врача и влияет на результат оценки его профессиональной деятельности.

Одним из условий объективизации результатов экспертизы КМП является объединение экспертов в рамках врачебной ассоциации.

Этический Кодекс российского врача предполагает:

- «Оценивать качество оказываемой врачом медицинской помощи могут только коллеги, аккредитованные врачебной ассоциацией»;
- «Моральная обязанность врача блюсти чистоту врачебного сообщества, беспристрастно анализировать ошибки своих коллег, как свои собственные, активно препятствовать практике бесчестных и некомпетентных коллег, а также различного рода непрофессионалов здоровью пациентов»;
- «Участвуя в экспертизах, консилиумах, комиссиях, консультациях и т.д., врач обязан ясно и открыто заявлять о своей позиции, отстаивать свою точку зрения, а в случаях давления на него – прибегать к юридической и общественной защите».

Формирование и развитие эффективных систем обеспечения качества медицинской помощи остаётся одной из наиболее актуальных задач современного и зарубежного здравоохранения.

Опыт мировой и отечественной практики повышения качества услуг, в том числе медицинских, показывает, что для выработки и реализации такой политики необходимым является создание адекватной законодательной базы, определяющей требования к услуге с позиций защиты пациента

и успешное функционирование системы управления качеством медицинской помощи.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕЛКЕЙДА В ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ

Т.В. Чагорова, И.Л. Хайдурова, Н.В. Гладышева, О.Н. Щербинина, Е.Г. Демидова, И.В. Киселева

ГУЗ «Областной онкологический диспансер»
Пенза

Множественная миелома (ММ) – В-клеточное лимфопролиферативное заболевание, характеризующееся клональной пролиферацией в костном мозге атипичных плазматических клеток, синтезирующих моноклональные иммуноглобулины.

ММ продолжает оставаться одним из самых тяжелых и неизлечимых заболеваний системы крови. Однако последние десятилетия ознаменованы бурным прогрессом медицинской науки. Результатом этого стало изобретение препаратов, изменяющих функционирование клеточного генома, что коренным образом изменило прогноз крайне тяжелой категории гематологических больных.

Значительные успехи в лечении ММ достигнуты благодаря внедрению в клиническую практику препарата велкейда (компании Янссен-Силаг), который является ингибитором протеосом.

Под наблюдением находилось 26 пациентов ММ в возрасте 46-68 лет. Мужчин было 14, женщин – 12. Из них у 20 больных была установлена резистентность к проводимой химиотерапии и у 6 – рецидив заболевания. Число линий предшествующей терапии колебалось от 1 до 3. Количество курсов химиотерапии – от 6 до 18. Наиболее часто использовались программы: СОР, $М_2$, АРА-СОР, ЦМВП, $М_2$+Доксорубицин. Сроки от момента установления диагноза до назначения велкейда составили от 8 мес. до 3 лет.

Всем наблюдаемым больным было запланировано проведение 6 курсов велкейда. Велкейд вводился в дозе 1,3 мг/$м^2$ в/в, струйно в 1, 4, 8, 11 дни с последующим 10-дневным перерывом. 6 больных получили монотерапию велкейдом и 20 – в комбинации с дексаметазоном в дозе 20 мг/сут в 1, 2, 4, 5, 8, 9, 11, 12 дни цикла.

Частота положительного ответа среди пролеченных больных составила 85% (22 чел.), в том числе полная ремиссия получена у 13 чел. (50%), частичная ремиссия – у 6 чел. (23%), стабилизация опухолевого процесса – у 3 чел.(12%). Число циклов до получения положительного ответа колебалось от 2 до 4.

Неблагоприятные побочные явления зарегистрированы у 56% про-

леченных пациентов. В большинстве случаев они были предсказуемы и легко устранимы. Наиболее часто встречались: желудочно-кишечные расстройства (тошнота, рвота, диарея, запоры) – у 34%, астенический синдром – у 40%, периферическая нейропатия – у 38%, лихорадка – у 7%, тромбоцитопения – у 17%, нейтропения – у 5%, кожные проявления – у 3%. Чаще токсичность отмечалась 1-2 степени по шкале ВОЗ, имела обратимый характер. Только у 3-х пациентов с периферической полинейропатией возникла необходимость снижения дозы велкейда до1,0 мг/м^2 и у 2-их пациентов из-за тромбоцитопении были удлинены интервалы между курсами лечения до 20 дней.

Таким образом, велкейд является высокоэффективным лекарственным препаратом в лечении множественной миеломы. Велкейд дает надежду на то, что в скором времени значительно улучшится прогноз у больных ММ.

ЭНДОТОКСИНОВАЯ АГРЕССИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ ИЛИ АНТИЭНДОТОКСИНОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ИХ ТЕРАПИИ

Н.В. Чижиков, Г.Г. Энукидзе, И.А. Аниховская, М.Ю. Яковлев, О.Н. Опарина

Медицинский институт ПГУ
Пенза
Институт общей и клинической патологии КДО РАЕН
Москва
Пензенский государственный педагогический
университет им. В.Г. Белинского
Пенза

В последнее время отмечается рост частоты хронических неспецифических воспалительных заболеваний органов малого таза (ХВЗОМТ) у женщин, которые способствуют развитию первичного или вторичного бесплодия. Эндотоксин (ЭТ) представляет собой липополисахарид (ЛПС), который является облигатным компонентом клеточной мембраны всех грамотрицательных бактерий. Известно участие ЛПС в патогенезе различных заболеваний неинфекционного и инфекционного происхождения и неспособность общепринятой схемы их лечения влиять на показатели концентрации ЭТ в общем кровотоке. Исходя из этого, мы сочли весьма перспективным дополнить схему терапии бесплодия на фоне ХВЗОМТ средствами и процедурами способными укреплять «кишечный барьер», функцию печени, повышать антиэндотоксиновую активность крови, а также низкоинтенсивное лазерное облучение, поскольку последнему присущи противоспалительный, иммуностимулирующий и репаративный эффекты.

Проведено исследование 40 женщин с бесплодием на фоне ХВЗОМТ. В зависимости от вида лечения мы выделили 2 группы больных, из них 1 группу составили 18 пациенток с бесплодием на фоне ХВЗОМТ, получавших комплексную терапию (антибиотики, иммуномодуляторы, эубиотики, энтеросорбенты, аминокислоты, в том числе из морепродуктов) в сочетании с внутривенным лазерным облучением крови, местную инфракрасно-магнитолазерную и антибактериальную терапию по общепринятым методикам. 2 группу составили 22 пациентки, получавших только стандартную антибактериальную терапию. Возраст больных - 35,3±2,26 лет.

Метод определения концентрации ЭТ в крови - «ЛАЛ-тест», основан на способности ЛПС вызывать коагуляцию гемолимфы рачка Limulus polyphemus. Гуморальное звено антиэндотоксинового иммунитета (АЭИ) оценивали по титрам антител (АТ) в условных единицах оптической плотности (у.е.О.П.) к ЭТ (гликолипиду хемотипа Re) и к ЛПС E.coli O14, который содержит общий антиген энтеробактерий в иммуноферментной реакции.

В плазме крови ЛПС присутствует в общем кровотоке у всех 40 больных с бесплодием на фоне ХВЗОМТ, тогда как в контрольной группе определяется лишь в каждом третьем случае. У всех больных его концентрация значительно превышала верхнюю границу нормы (1 группа-3,09±0,26 EU/мл; 2 группа-2,15±0,15 EU/мл). Таким образом, у больных с бесплодием концентрация ЭТ в общем кровотоке увеличена по сравнению с нормой в 13-15 раз. В результате проведенного лечения у больных 1-ой группы происходит значимое (в 1,5 раза) снижение концентрации ЛПС в плазме крови в средних показателях – 1,89±0,16 EU/мл, тогда как во 2-ой группе имеет место обратная тенденция - нарастание содержания ЛПС - 2,68±0,13 EU/мл.

При оценке гуморального звена АЭИ установлено, что у больных 1 и 2 группы до лечения концентрация титров АТ к Re-гликолипиду значимо была снижена (соответственно: 125,5 ± 20,14 у.е.О.П и 150,9±4,14 у.е.О.П.) по сравнению с контрольной группой, т.е. до лечения в 1 и 2 группе выявлена недостаточность гуморального звена АЭИ, показатели которого снижены на 25-35%. АТ к ЛПС E. coli 014 до лечения в 1 группе соответствовали показателям нормы, а во 2 группе значимо снижены по сравнению с 1 группой и показателями нормы. После лечения в 1 группе отмечено значимое нарастание титров антиэндотоксиновых АТ в плазме крови к Re-гликолипиду в средних показателях – 197,7±4,2 у.е.О.П., тогда как во 2 группе выявлена лишь тенденция к их увеличению - 161,3± 12,2 у.е.О.П.. Следовательно, в 1 группе отмечено восстановление до показателей нормы титров антигликолипидных АТ, что совпадало с клиническим улучшением: исчезновением болей, патологических выделений, стойкой ремиссией у 2 и выздоровлением у 16 пациенток, из которых у 12 женщин наступила долгожданная беременность. Титры АТ к ЛПС E. coli 014 после ле-

чения в 1 группе несколько повысились, а во 2 группе - значимо, что может являться следствием наличия дисбиоза кишечника и бактериального вагиноза, подтвержденных клиническими и бактериологическими посевами кала и отделяемого из влагалища.

Таким образом, в результате проведенных исследований установлено, что бесплодие на фоне ХВЗОМТ сопровождается избытком ЛПС в системном кровотоке и недостаточностью АЭИ, что указывает на наличие эндотоксиновой агрессии. Антиэндотоксиновое направление лечения бесплодия на фоне ХВЗОМТ позволяет предупреждать поступление в системный кровоток избытка кишечного ЛПС и интенсифицировать процессы связывания ЭТ и элиминации его из системного кровотока и организма.

ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

А.С. Шаров, Е.Б. Донскова, А.Б. Юдакова

ГУЗ «Областная детская клиническая больница им. Н.Ф.Филатова»
Пенза

В гастроэнтерологии динамично развиваются методы диагностики и лечения грибковых инфекций. Грибы, являясь условно-патогенными микроорганизмами, становятся патогенными при определенных условиях. Это касается в основном дрожжеподобных грибов Candida. Грибы Candida заселяют желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), процесс протекает бессимптомно. Бессимптомное пребывание грибов в ЖКТ может прекратиться, когда они приобретают патогенные свойства. Для грибов характерен эндогенный способ существования (миконосительство). ЖКТ покрыт слизистой оболочкой, состоящей из двух компонентов – поверхностного скользкого, слизистого слоя, по которому микроорганизмы легко продвигаются вдоль всего ЖКТ, и более глубокого плотного гликопротеинового слоя, который формирует физиологический барьер. Адгезия и последующая инвазия грибов через этот плотный слой возможны только благодаря продукции грибами протеолитических ферментов и протеиновых эндотоксинов. Поэтому поражается чаще всего многослойный плоский эпителий пищевода. В связи с этим, как правило, в верхних отделах ЖКТ происходит инвазия грибов Candida, а в отделах, расположенных ниже желудка – колонизация. Одними из основных факторов риска возникновения грибковых инфекций ЖКТ являются:

- поражение слизистой оболочки полости рта;
- хронические заболевания ЖКТ (атрофический гастрит, ахалазия, бульбодуодениты, эрозивно - язвенные заболевания пищевода и ДПК, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, обсеменённость желудка Helicobacter pylori);

- травмирование слизистой оболочки (ожоги, пищеводно-желудочный зонд, эндотрахеальная интубация);
- эндокринопатии (особенно сахарный диабет);
- трансплантационные операции;
- антибиотикотерапия.

Клиническая симптоматика кандидозного поражения верхних отделов ЖКТ у детей при поражении пищевода: это, как правило, гиперсаливация, дискомфорт при прохождении твёрдой пищи, дисфагия. При кандидозе желудка и ДПК отмечается абдоминальный дискомфорт, вздутие живота, иногда диарея и болевой синдром. Кандидоз желудка обычно развивается вторично на фоне язвенной и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Под нашим наблюдением в 2006 году находилось 36 детей, которые поступили в соматическое отделение с клиникой боли в эпигастральной области. Всем пациентам проводилась фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) с цитологическим исследованием (мазок эндоскопической щёткой с пораженного участка слизистой) на 2 предметных стекла. При направлении в лабораторию запрашивались два теста: Candida + H. Pylori.

У 22 детей выявлен мицелий дрожжеподобных грибов, 18 из которых ассоциированы с H.pylori. Поражение верхних отделов ЖКТ и возможные причины представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Отдел ЖКТ	Candida	Candida+ H.pylori	Болезнь
Пищевод	2	1	ГЭРБ
Желудок	1	10	РГ
ДПК	1	7	ЯБДПК

Примечание: ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; РГ – рефлюкс-гастрит; ЯБДПК – язвенная болезнь 12-ти перстной кишки

Эндоскопическая картина при истинном кандидозе выглядит в виде белесоватых наложений от 1 мм до эрозий сливного характера, с отеком и гиперемией прилежащей слизистой.

Язвенно-эрозивные дефекты пищевода, желудка и ДПК поддерживают грибковую колонизацию, поэтому лечение кандидоза пищеварительного тракта, должно быть комплексным и этиопатогенетическим. Лечение язвенной болезни и ГЭРБ проводилось антисекреторными препаратами – ингибиторами протонной помпы (омез, омепразол, лосек, ланзап, париет), а также блокаторами гистаминовых Н2 рецепторов (ранитидин, квамател, ульфамид). С целью предотвращения заброса содержимого желудка в пищевод, для повышения тонуса нижнего пищеводного сфинктера и двигательной активности, назначались препараты – антагонисты серотониновых рецепторов (мотилиум, мотилак). Антихеликобактерную терапию нужно

проводить с осторожностью, так как H.pylori часто существует(как видно из таблицы) в ассоциации с грибами Candida, а последние на фоне антибиотикотерапии резко активизируются. Противогрибковая терапия проводилась препаратами (леворин, нистатин, дефлюкан). После контрольной ФЭГДС у всех пациентов с грибковым поражением тест на Candida был отрицательным.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЗОНДА ДЛЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ЧЕРЕЗ ГАСТРОСТОМУ С ПОМОЩЬЮ ЭНДОСКОПА (НАБЛЮДЕНИЕ)

А.С. Шаров, В.П. Шишканов, А.В. Буров, С.С. Небеленов

ГУЗ «Областная детская клиническая больница им. Н.Ф.Филатова»
Пенза

Ребенок Ш. поступил в хирургический стационар Пензенской областной детской клинической больницы им. Н.Ф.Филатова летом 2006 года, где был поставлен диагноз: атрезия пищевода. Диагноз поставлен на основании визуального осмотра, а также при проведении рентгеноконтрастного и эндоскопического исследований.

Для энтерального питания была наложена гастростома. Затем ребенок был прооперирован в г. Москве. В два этапа проведена колоэзофагопластика. Ребёнок в удовлетворительном состоянии выписан домой. Повторно ребенок Ш. поступила в хирургический стационар ПОДКБ им. Н.Ф.Филатова с подозрением на несостоятельность колоэзофагоанастомоза. Была проведена эзофагоскопия с использованием фибробронхоскопа фирмы “OLYMPAS” (диаметр дистального конца эндоскопа 3,4 мм, диаметр биопсийного канала 1,2 мм). При осмотре, несостоятельности анастомоза не выявлено. Диаметр анастомотического кольца составил 6,5 мм. Далее кишка проходима свободно, диаметр её до 1,2 см, слизистая бледно-розовая. Эффективности кормления через зонд, который был установлен в желудок через гастростомическое отверстие, не было - ребёнок плохо прибавлял в весе. Моторная функция желудка слабо выражена, эвакуация пищи из желудка в тонкий кишечник ослаблена. Часть пищи забрасывалась в сформированный пищевод. Было решено провести зонд для энтерального питания в нисходящий отдел 12-ти перстной кишки (ДПК) с помощью фиброэндоскопа. Для этого использовался гибкий фибробронхоскоп фирмы “OLYMPAS”. Анестезиологическое пособие выполнялось введением внутривенно реланиума, а также с использованием ингаляции фторотана. Методика следующая: эндоскоп вводился через гастростомическое отверстие в полость желудка, проводился через привратник как можно дальше в нисходящий отдел ДПК. Затем в биопсийный канал вводили жесткий проводник диаметром 1 мм. Далее ротационными движениями эндоскоп из-

влекался наружу, оставляя проводник в просвете ДПК. По проводнику вводили силиконовый зонд для энтерального питания диаметром 4 мм. Поступление янтарной желчи через зонд свидетельствовало о том, что он установлен правильно. Кормление стало более эффективным. Таким образом, в случаях, аналогичных этому, а также при пилоростенозах, анастомозитах, целесообразно проведение зондов для энтерального питания пациентов. Используя этот метод возможно проведение назогастродуоденального зонда.

ПАНКРЕАТОПАТИЯ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКЕ У ДЕТЕЙ

Е.В. Шарова, А.С. Шаров, Е.Б. Донскова

Пензенский областной консультативно-диагностический центр,
ГУЗ «Областная детская клиническая больница им.Н.Ф. Филатова»
Пенза

Ведущими симптомами в клинической картине панкреатита являются боли в эпигастральной области, чаще опоясывающего характера и признаки недостаточности экскреторной функции поджелудочной железы (ПЖ) – диарея, стеаторея, полифекалия, снижение массы тела, ацетонемические состояния.

При появлении абдоминальных болей, как правило, детский хирург исключает неотложную хирургическую патологию, а гастроэнтеролог направляет детей на обследование. Обычно первым этапом является ультразвуковое сканирование (УЗС) органов панкреатобилиарной зоны.

За период 2005-2006 г.г. в детском отделении консультативно-диагностического центра было проведено УЗС 1412 детям с подозрением на панкреатопатию в возрасте от 7 до 14 лет. Из них 781(55,3%) мальчиков и 636(45,0%) девочек.

Ультразвуковая картина в случаях поражения ПЖ выглядит обычно, как увеличение ПЖ, отёчность, гипо- или гиперэхогенность, расширение или сужение панкреатических протоков.

После неоднократных наблюдений нами выяснено, что болевой синдром в левом подреберье (характерное при заболевании ПЖ), не всегда был вызван панкреатитом. После УЗС признаки панкреатита были выявлены у 152 детей. Из них 93 мальчика и 59 девочек. Патологических изменений ПЖ не выявлено (при боли в левом подреберье) у 188 детей, из которых 89 мальчиков и 99 девочек. Этим детям дополнительно проводилась фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС). После проведения данной процедуры эндоскопическая картина выглядела следующим образом: у 113 детей обнаружилось патологическое изменение слизистой ДПК в виде неполных эрозий, язвенных дефектов и выраженного катарального воспале-

ния. В этом случае отмечалось превосходство девочек над мальчиками – 63 и 40, соответственно.

Предполагаемая причина этого, вероятно, в анатомических особенностях наших маленьких пациентов: нестандартное соотношение ДПК и ПЖ, аномалии развития верхних брыжеечных сосудов, уменьшение угла Трейтца, нарушение иннервации. Причиной может быть и нарушение осанки, вызванной сколиозом, поскольку изгиб ДПК (верхнегоризонтальная часть) происходит на уровне L_1, а нисходящая часть кишки огибает головку ПЖ, располагаясь сверху вниз вдоль позвоночника.

Таким образом, нами установлено, что появление болевого синдрома в левом подреберье может быть вызвано рядом причин, о которых было сказано выше, и на что необходимо обратить внимание при обследовании детей.

ВОЗМОЖНОСТИ ТРАДИЦИОННОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ И СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

М.С. Шмырева, О.И. Романова, А.Л. Дуплянский

Медицинский институт ПГУ,
Отделенческая клиническая больница, ОАО «РЖД»
Пенза

Одной из наиболее частых причин обращения пациентов за медицинской помощью по данным литературы является боль в спине вследствие дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника [1,2,3,4].

По традиции в задачи комплексного рентгенологического исследования позвоночника входило выявление изменений костных структур локального и распространенного характера и изменений дисков, способствующих возникновению неврологических расстройств [1,2,3].

Цель нашей работы. Обобщение опыта применения рентгенографии и СКТ в диагностике дегенеративно-дистрофического поражения поясничного отдела позвоночника и сопоставление данных с результатами хирургического вмешательства.

Материалы и методы исследования. Обследованы 270 пациентов, которые жаловались на боль в поясничной области. Мужчины составили 67% в группе, женщины 33%. Пациенты трудоспособного возраста 87,5%. Использовали цифровой рентгеновский аппарат Ital-ray и спиральный компьютерный томограф Picker (США). Исследование на последнем проводили в спиральном режиме сканирования, толщиной среза 2мм, при анализе изображений использовали построение многоплоскостных реконструкций, включая криволинейные и объемно-поверхностных реконструкций.

Результаты и их обсуждение. Дегенеративно-дистрофические изменения выявлены у 259 (95,9%) пациентов с различной степенью выраженности нарушений межпозвонковых дисков, связочного аппарата и костных структур.

Для анализа степени пролабирования межпозвонковых дисков использовали следующую классификацию протрузий [2,3]:

- локальные:
  - дорзальные,
  - латеральные,
  - вентральные,
  - фораминальные;
- циркулярные:
  - циркулярно-дорзальные,
  - циркулярно-фораминальные.

По данным СКТ признаком протрузии было высокоплотностное (60-90ед.Н) круговое либо локальное выпячивание, равномерно выступающее в сторону позвоночного канала на всем протяжении, с четкими, ровными контурами, иногда с краевым обызвествлением [2,3,4].

Наиболее часто выявляли циркулярно-дорзальные протрузии – 168 (64,8%) больных, локальные дорзальные протрузии у 71 (27,4%) пациентов, фораминальные 18 (6,9%).

На фоне протрузии у 94 (36,3%) больных отмечали грыжевое выпячивание различной локализации. Так как визуализация разрыва фиброзного кольца диска невозможна, дифференциально-диагностическими критериями грыжи диска являлись: выпячивание полуовальной формы в просвет позвоночного канала, высота которого превышает треть ширины, с бугристыми контурами, иногда с краевым обызвествлением; масс-эффект в виде дислокации нервного корешка, компрессии дурального мешка [2,3,4].

В зависимости от локализации выделяли следующие задние грыжи дисков: медиальную – 24 (25,5%), медиально-парамедиальную 63 (67%), фораминальную в 7 (7,5%) наблюдениях.

У 11 (11,7%) пациентов предполагалась секвестрация грыжи по выраженному каудальному распространению вдоль тела позвонка [2,3].

В 43 (16,6%) случаев отмечали стеноз позвоночного канала: диспластический 13 (5%), в 30 (11,6%) дегенеративный за счет сочетания различных факторов: циркулярно-дорзальные протрузии, гипертрофия желтых связок, гипертрофия суставных поверхностей межпозвонковых суставов вследствие спондилоартроза [2,3].

На рентгенограммах определялись следующие соответствующие симптомы: локальные искривления позвоночного столба с ротацией тел позвонков 247 (95,4%), спондилолистез позвонка 115 (44,4%), снижение высоты диска 254 (98%), симптом «задней фиксированной распорки» 84 (32,4%), заднее краевое разрастание тела позвонка 67 (25,8%).

Оперативное вмешательство было выполнено 38 пациентам. При со-

поставлении с данными СКТ совпадение диагноза и топографо-анатомического расположения грыжи выявлено у пациентов 36 (94,7%). Отмечался один ложноположительный результат в случае фораминальной грыжи. В двух случаях при СКТ не отмечены признаки секвестрации грыжи.

Анализ результатов исследования показал, что СКТ является информативным методом диагностики дегенеративно-дистрофических изменений поясничного отдела позвоночника, обладающим высокой чувствительностью и специфичностью, позволяющим визуализировать не только изменения костной ткани, но и структурные изменения дисков, вид их пролабирования и степень компрессии нервных корешков и дурального мешка.

Литература.

1. Орел А.М. Системный анализ рентгенограмм позвоночника. М.: «Логос» - 2001 -180с.
2. Васильев А.Ю., Витько И.К. Компьютерная томография в диагностике дегенеративных изменений позвоночника. – М.: Изд. дом Видар - М, 2000. – 120с.
3. Васильев А.Ю., Витько И.К. КТ в диагностике ранних дегенеративно-дистрофических изменений поясничного отдела позвоночника // Мед. визуализация. – 1998. - №2. – С.36-40.
4. Петерсон Х. Общее руководство по радиологии. NICER. – М.: Спас.1996. – 1330с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ПОВТОРНЫХ АНГИНАХ СТРЕПТОКОККОВОЙ И СТАФИЛОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ

С.В. Щипакина, В.Ф. Павелкина, Н.П. Амплеева, Р.З. Альмяшева

ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»
Саранск

Ангина - широко распространенное острое инфекционное заболевание. Заболеваемость ею составляет от 20 до 50% всей инфекционной патологии. Преобладающий возраст - 17-30 лет. Актуальность проблемы определяется не только высокой заболеваемостью, но и возникновением метатонзиллярных заболеваний (Солдатов И.Б., Храппо Н.И., 1997; Страчунский Л.С. с соавт, 1999). В настоящее время остаются мало изученными повторные ангины и течение инфекционного процесса в зависимости от этиологического фактора. Исходя из вышеизложенного, актуально изучение стрептококковых и стафилококковых повторных ангин (ПА), являю-

щихся промежуточной ступенью к формированию хронического тонзиллита, а также изменений иммунологических реакций при данной патологии.

Цель работы. Изучить некоторые неспецифические иммунологические показатели при повторных ангинах в зависимости от этиологического фактора.

В основу работы положены исследования, проведенные в течение 2001-2005 гг. на кафедре инфекционных болезней и базе городской клинической инфекционной больницы г. Саранска. Нами были исследованы пациенты с ПА стрептококковой и стафилококковой этиологии. ПА – заболевание, возникающее ежегодно или не позже, чем через два года после ранее перенесенного, что обусловлено сохранением иммунной памяти на стрептококковые антигены до двух лет (Ляшенко Ю.И., 2003).

Всего обследовано 27 человек: 18 пациентов ПА (10 юношей и 8 девушек) и 9 – контрольная группа (доноры). Преобладающий возраст больных - от 14 до 16 лет. У больных ПА бактериологическим методом была выявлена этиологическая причина, в зависимости от которой изучены некоторые иммунологические показатели. Определялись лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по формуле Я.Я. Кальф-Калифа, бактерицидная активность сыворотки крови (БАСК) нефелометрическим методом в модификации О.В. Бухарина и А.Б. Чемного, активность лизоцима нефелометрическим методом по В. Г. Дорофейчику, функциональное состояние нейтрофилов в периферической крови посредством цитолюминесцентного анализа (оранжево-красные синтетически активные нейтрофилы (ОКСАН), индекс неустойчивости нейтрофилов (ИНН), коэффициент активности нейтрофилов (КАН) (Сосунов А. В. с соавт., 1982).

Результаты исследований видового состава микрофлоры слизистой зева у больных ПА свидетельствуют, что стрептококки выделялись в 71,9% случаев, стафилококки – в 20,1 %, смешанное инфицирование – в 8 %. Лейкоцитарный индекс интоксикации был повышен в начале заболевания, как при стрептококковых, так и при стафилококковых ангинах, а в процессе лечения снижался до величины в контроле.

Нами установлено, что при ПА стрептококковой, и стафилококковой этиологии имеются аналогичные нарушения в неспецифической гуморальной защите. Так, БАСК в начале заболевания оставалась в пределах нормы и не зависела от этиологического фактора. К 10-12 дню болезни уровень ее снижался, составляя при стрептококковых ангинах 62,39±5,17% ($p<0,001$), при стафилококковых – 51,54±6,99% ($p<0,001$). Содержание лизоцима в сыворотке крови также не зависело от этиологического фактора и уменьшалось по сравнению с донорами на 3-4 день заболевания во всех случаях, при стрептококковых ангинах 0,72±0,22 ($p<0,001$), при стафилококковых – 1,05±0,18 ($p<0,001$). После проведенной базисной терапии концентрация лизоцима повышалась до показателей у доноров. Следовательно, отсутствие повышения уровня БАСК и уменьшение лизоцимной активности сыворотки крови в начале инфекционного процесса говорит о подавлении не-

специфической резистентности организма.

Изучая цитолюминесцентные показатели нейтрофилов установлено, что при ПА стрептококковой этиологии в первые 3-4 дня болезни отмечалось увеличение ОК-САН до 10,64±1,4%, при ПА стафилококковой этиологии – до 7,0±1,80%. Одновременно возрастал ИНН (15,50±2,00 и 13,20±2,12%) и КАН (0,15±0,03 и 0,10±0,06 соответственно). К 10-12 дню болезни при стрептококковых ангинах ОК-САН повышались до 14,30±0,59%, при стафилококковых – оставались на прежнем уровне (7,40±1,64%), ИНН сохранялся постоянно высоким в течение всего инфекционного процесса не зависимо от этиологии (17,80±0,42 и 14,30±2,57% соответственно). КАН при стрептококковых ангинах к периоду ранней реконвалесценции возрастал до 0,24±0,02, а при стафилококковых – оставался на прежнем уровне (0,11±0,04). Исходя из вышеизложенного следует, что воспалительный процесс при стрептококковых ангинах продолжительнее, чем при стафилококковых, о чем говорят высокие показатели ОК-САН и КАН к моменту клинического выздоровления.

Таким образом, при повторных ангинах иммунные нарушения проявляются и в гуморальном, и в клеточном звеньях неспецифической защиты. При этом показатели неспецифического гуморального иммунитета (бактерицидная активность сыворотки крови и лизоцима) не зависят от этиологии повторных ангин, клеточный неспецифический иммунитет страдает в большей степени при стрептококковых ангинах по сравнению со стафилококковыми.

Литература

1. Ляшенко Ю. И. Ангина / Руководство по инфекционным болезням под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Ю.В Лобзина. 3-е изд., доп. и перераб. – СПб.: Фолиант, 2003. – С. 146 – 161.
2. Солдатов И.Б., Храппо Н.И. Ангина. – М.: Медицина, 1997. – 16 с.
3. Страчунский Л.С., Судгиловская Н.Н., Забродина Г.А. и др. Спирамицин как альтернатива феноксиметилпенициллину при лечении стрептококковой ангины (тонзиллофарингита) у детей // Педиатрия. – 1999. – №2. – С. 39 – 42.
4. Сосунов А. В., Мамыкина В. М., Плешаков Г. Н., Сосунов Е. А. Цитолюминесцентные тесты эффективности терапии и прогноза заболеваний в гнойной хирургии. – Саранск: изд-во Мордов. ун-та, 1982. – 21 с.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ УГРОЖАЮЩЕГО АБОРТА

Л.П. Щукина, О.Н. Пешева, А.Н. Чудайкин, С.Л. Пешев

ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им.Н.П.Огарева»
Саранск

Многообразие патогенетических факторов угрожающего прерывания беременности в значительной мере затрудняет назначение этиотропной терапии, снижает ее результативность. В настоящее время основными причинами невынашивания многие акушеры считают гормональные нарушения, аборты и воспалительные процессы внутренних гениталий в анамнезе.

В последние годы появились работы (С.Л.Пешев, В.В.Байтяков, 2003; 2005 и др.), указывающие на очаговую экстрагенитальную инфекцию – хронический тонзиллит, как один из факторов, провоцирующих угрожающий аборт. Поэтому изучение особенностей гомеостаза беременных с угрожающим абортом с учетом выявленных патогенетических факторов остается одной из приоритетных задач в современном акушерстве.

Цель работы. Исследовать уровень эндогенной интоксикации и характер изменений мембранных реакций пероксидации у беременных с угрожающим абортом.

Материалы и методы исследований. Обследованы в динамике 135 беременных в возрасте от 18 до 36 лет, находившихся в стационаре по поводу угрожающего аборта в сроки беременности 7-25 недель.

По данным анамнеза и результатам лабораторного обследования у 36 (26,7%) были выявлены гормональные нарушения, у 42 (31,1%) – генитальные инфекции (кольпиты, эндометриты, воспаление придатков матки и др.), у 28 (20,7%) – хронический тонзиллит.

В 29 (21,5%) наблюдениях имело место сочетание различных факторов.

Группу сравнения составили 20 беременных-добровольцев с физиологическим течением беременности, по срокам, сопоставимым с основной группой.

Исследовали содержание МДА в плазме и в эритроцитах, активность каталазы, уровень общих и свободных сульфгидрильных групп, содержание общей концентрации альбуминов (ОКА) и эффективной концентрации альбуминов (ЭКА) в крови, по которым вычисляли РСА (резерв связывания альбуминов) и ИТ (индекс токсичности).

Все результаты обработаны статистически.

В зависимости от выявленного патогенетического фактора помимо базисного лечения беременным кольпитом проводили орошение влагалища раствором гипохлорита натрия один раз в день, курс 6-8 дней, а больным хроническим тонзиллитом – чрезкожное облучение небных миндалин

инфракрасным лазером по разработанной ранее методике (С.Л.Пешев и соавт., 2004) в сочетании с обработкой небных миндалин раствором гипохлорита натрия 1 раз в день; курс 6-8 дней.

Результаты исследований показали, что у беременных основной группы уровень эндогенной интоксикации выше контрольной группы в среднем в 1,6 раза, что выражалось в снижении свободных SH-групп на 34,2%, а эффективной концентрации альбуминов в среднем на 28,1% по сравнению с нормой ($P<0,01$).

В результате проводимого лечения отмечена тенденция к нормализации изучаемых показателей – повышение свободных SH-групп, в среднем на 29,6%, а эффективной концентрации альбуминов на 26,4% по сравнению с исходными уровнями ($P<0,01$).

О положительном эффекте проводимого лечения свидетельствовало и повышение каталазной активности крови, в среднем в 1,7 раза, что указывало на нормализацию метаболических процессов на мембранном уровне.

Позитивный эффект подтверждался также улучшением клинической картины основной патологии угрожающего аборта: исчезновением болей в нижних отделах живота, улучшением самочувствия, нормализацией сна у беременных основной группы. Все беременные выписаны из стационара с сохраненной беременностью. Средний койко-день лечения в стационаре составил 12,8 ± 1,3 дня. Приведенные результаты показывают, что при обследовании и лечении беременных с угрожающим абортом необходимо обязательно определять у них уровень эндогенной интоксикации и назначать адекватную дезинтоксикационную терапию.

СПЕЛЕОКЛИМАТОТЕРАПИЯ КАК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ И МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЗДОРОВОГО ОРГАНИЗМА

В.Н. Яковлев, Е.В. Дорохов, О.А. Жоголева, Н.П. Баутина, О.А. Дяковская

ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко Росздрава»
Воронеж

В современных условиях традиционные методы лечения и профилактики различных заболеваний зачастую оказываются не достаточно эффективными. В связи с этим поиск новых, в том числе не медикаментозных, способов лечения и профилактики заболеваний, их внедрение и широкое практическое применение является достаточно актуальным.

Одним из природных методов лечения и профилактики заболеваний

является спелеотерапия – использование специфического микроклимата соляных шахт, пещер и горных выработок в лечебных целях. Спелеоклимат включает комплекс физических, химических, биологических и психологических факторов, действующих на человека. Основным компонентом микроклимата пещер является высокодисперсный аэрозоль хлоридов калия, натрия и магния в концентрации 3,7 - 5,3 мг/м^3 с размером частиц не более 0,3 мкм. Аэрозоли оказывают противовоспалительное и муколитическое действие на бронхиальное дерево. Другими компонентами микроклимата являются постоянная температура 18 - 22 ^{o}C, высокий уровень относительной влажности воздуха около 70%. Положительный эффект этого параметра связан с тем, аэроионы насыщают мертвое пространство легких, что, в свою очередь, приводит к потере воды воспаленной слизистой оболочкой и снижению её отека. Вследствие этого улучшается проходимость дыхательных путей и снижается неэластическое сопротивление дыханию. Важным свойством спелеоклимата является наличие в воздухе аэроанионов в концентрации 760-960/см^3. Электроотрицательные ионы поддерживают и восстанавливают поверхностный заряд клеток эпителия дыхательных путей, способствуют усилению деятельности мерцательного эпителия респираторного тракта. Одним из свойств микроклимата является наличие радиоактивных изотопов урана, радия, тория. Анализ радиоактивности образцов сильвинитовой руды, используемых для строительства спелеоклиматических камер показал, что содержание естественных радионуклидов в отобранных пробах и концентрация радона в спелеоклиматической камере не превышает допустимых уровней согласно действующим нормам радиационной безопасности. Доказано, что радиационный фон лечебных пещер способствует стимуляции защитных функций организма, нормализации функций слизистой оболочки дыхательных путей. Определенное значение имеет повышенное содержание CO_2 (до 1,4%), что оказывает стимулирующее влияние на дыхательный центр и способствует углублению дыхания. Указанные факторы оказывают влияние в пределах гормезиса, а также действуют комплексно и, будучи новыми для организма условиями среды, представляют собой своеобразный физиологический стресс. Происходит адаптация организма к новым условиям, сопровождающаяся стимуляцией его защитных свойств и формированием саногенеза.

В настоящее время наиболее распространённым методом использования терапевтических свойств пещерного климата является моделирова-

ние его в наземных условиях в спелеоклиматических камерах (СКК). Лечение в СКК широко используется в различных лечебно-профилактических учреждениях центрально-черноземного региона. Ниже представлены результаты спелеолечения за 2006-2007 г. в некоторых ЛПУ: медико-санитарная часть ОАО «Рудгормаш», г. Воронеж; санаторий-профилакторий «Энергетик», Нововоронежская АЭС, г. Нововоронеж, Воронежская область; санаторий-профилакторий «Орбита», Курская АЭС, г.Курчатов, Курская область; ООО «Лечебно-диагностический центр», г.Алексеевка, Белгородская область. (табл.1)

Таблица 1

Влияние спелеотерапии на заболеваемость бронхо-легочной патологией

№	Лечебно-профилактическое учреждение	Число пациентов, прошедших курс спелеотерапии	Результаты проведения спелеотерапии
1.	МСЧ ООО «Рудгормаш»	214	На 45% снизилась заболеваемость ОРВИ
2.	«Лечебно-диагностический центр» г.Алексеевка	195	Сокращение числа бронхолегочных, простудных и аллергических заболеваний у часто болеющих детей на 30%
3.	Санаторий-профилакторий «Энергетик»	152	На 52% снизилось количество обострений хронических неспецифических заболеваний легких
4.	Санаторий-профилакторий «Орбита»	395	Стойкая ремиссия у 50% пациентов, страдающих бронхиальной астмой

На кафедре нормальной физиологии ВГМА оборудована экспериментальная СКК, в которой проводится изучение влияния спелеоклиматических факторов на организм здорового человека. Было проведено исследование влияния пещерного микроклимата на состояние кардиореспираторной системы. В эксперименте участвовало 32 условно - здоровых студента в возрасте от 17 до 19 лет. Курс спелеоклиматотерапии составил 10 сеансов по 2 часа во второй половине дня. Результаты исследования демонстрируют улучшение бронхиальной проходимости, повышение резервов бронхо-легочной системы, а также нормализацию вегетативного статуса за счет снижения повышенной симпатической активности.

Таким образом, полученные данные позволяют рекомендовать спелеоклиматотерапию в качестве компонента комплексного лечения и профилактики бронхо-легочной патологии.

СТРУКТУРА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДИАГНОЗА В ПСИХИАТРИИ

А.С. Ялдыгина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Современный подход к диагностике психических заболеваний ориентирован не только на клинико-нозологические и этиопатогенетические критерии, но и на необходимость оценки влияния патологических процессов на важнейшие психические функции личности с учетом возможности их качественных и количественных нарушений.

Функциональный диагноз отражает связи биологических нарушений, обусловленных болезненным процессом, и психологических, социальных и средовых факторов жизнедеятельности больного человека. Кроме заболевания и его исхода на личность оказывают влияние такие факторы как способность к обучению, трудовой деятельности, взаимоотношения в семье, быт, экология, культуральные запросы, личностные ценности, степень их удовлетворения, в совокупности обеспечивающие социальное функционирование и качество жизни.

Для решения медико-социальных, том числе и экспертных вопросов, необходимы знания о нозологической принадлежности психического заболевания, степени выраженности и глубины психопатологической симптоматики и преобладающего нарушения психических функций, их вида (интеллектуальные, мнестические, аффективные, волевые расстройства), патологии сферы восприятий и ассоциативной деятельности, преморбидные и анамнестические сведения о больном, результаты параклинических исследований верифицирующих диагноз.

Интегративная связь между нозологическим и функциональным диагнозом должна базироваться на основе изучения «структуры, динамики, путей компенсации возможного дефекта в конкретных условиях» (Д.В. Мелихов, 1963 г.) и по нашему мнению составлять единую нозологическую функционально-диагностическую систему.

Функциональный диагноз обосновывается на следующих критериях: имеет ли заболевание прогредиентный характер, ведет ли к стойким, необратимым, деструктивным изменениям, особенностях течения его – злокачественное, прогрессирующее, стационарное (стабильное), ремиттирующее, пролонгированное и др. Учитывается выраженность психопатологических проявлений, степень тяжести их, эффективность терапевтических мероприятий, частота обострений, продолжительность рецидивов, длительность ремиссий, а также личностные изменения в результате болезни.

Функциональный диагноз отражает качественные и количественные показатели выраженности ведущих клинических синдромов, стадию заболевания (начальную, манифестную, конечную), клинический прогноз, воз-

можности компенсации нарушенных функций. Учитываются особенности преморбида личности, как, например, преобладание в структуре личности выраженного астенического радикала, трудность адаптации, плохую социальную приспособляемость, слабость трудовых установок, низкую толерантность к любым нагрузкам, невозможность или затруднение выработки тех или иных трудовых навыков, а также терапевтическую резистентность, возникшие побочные эффекты и осложнения при лечении и др.

Клинико-функциональный диагноз должен содержать следующие основные характеристики:

• Нозологическую форму основного заболевания.

• Ведущий синдром.

• Стадию патологического процесса (рецидив, ремиссия, начальная стадия, разгар заболевания, конечное состояние).

• Течение заболевания – прогредиентное, хроническое, рецидивирующее и др.

• Характеристику нарушений психических функций (восприятия, памяти, мышления и речи, интеллекта, эмоций, воли, поведения, сознания и т.д.), например: стойкий вербальный галлюциноз; прогрессирующая амнезия; выраженное паралогическое мышление; стойкое интеллектуальное снижение; умеренное чувственное оскудение и др.

• Степень выраженности психических нарушений – умеренные, выраженные, значительные. Тяжесть течения (доброкачественное, злокачественное, прогрессирующее, фазное и др.).

• Наличие дефекта или дефицитарной симптоматики.

• Характер изменений личности.

• Осложнения.

• Клинический прогноз – благоприятный, сомнительный, неблагоприятный.

• Нозологическую форму сопутствующего заболевания.

• Уровень социальной дезадаптации.

Нозологическая форма заболевания должна указываться в соответствии с МКБ-10.

В качестве примера приведен клинико-функциональный диагноз при направлении больного на МСЭ: Болезнь Альцгеймера, выраженный афато-апраксический синдром, прогрессирующая амнезия значительной степени выраженности, тотальная деменция с полной утратой критических способностей, стадия разгара заболевания с преходящими психотическими эпизодами и эпилептическими генерализованными судорожными пароксизмами средней частоты, прогредиентное течение, неблагоприятный прогноз. Полная социальная дезадаптация. Сопутствующее заболевание – Хронический бронхит. Эмфизема легких (МКБ - 10 F 001).

Важное значение приобретает диагноз конкретного больного, определение способностей и возможностей психологической, социальной и трудовой адаптации его в обществе, разработка рекомендаций реабилита-

ционных мероприятий и профилактики рецидивов, способов социальной защиты для улучшения здоровья и качества жизни на основе клинико-функционального подхода к диагностике.

СОДЕРЖАНИЕ

А.И. Кислов
ГОСУДАРСТВЕННОМУ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ПЕНЗЕНСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ» – 30 ЛЕТ! *3*

Р.В. Абрамочкин
ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В СТРУКТУРЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ *10*

М.П. Алексеева, А.С. Мильцын
ПРОБЛЕМЫ ВВОДНОГО ДИАЛИЗА ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬИ У БОЛЬНЫХ РЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ *13*

М.И. Алешаев, П.Ю. Татарченко, В.В. Костенко, Н.К. Земскова, Н.В. Лепешева, Н.П. Березина
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ *14*

М.И. Алешаев, П.Ю. Татарченко, Н.К. Земскова
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ СЕТЧАТКИ У ПОДРОСТКА *16*

Ю.А. Антропов, А.Ю. Антропов
О ДЕФИНИЦИИ ИНТЕЛЛЕКТА И «СУБНОРМАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА» *18*

О.В. Афонин, И.В. Сергеев, Р.Р. Магдеев, В.Ю. Гудошников, В.Н. Лесин, Н.С. Молотов, В.А. Моховиков, А.В. Нинашев
ПРИЧИНЫ РЕЛАПАРОТОМИЙ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИЙ *20*

Н.В. Афонина, Е.Е. Пономарева, Л.Л. Бейлинсон, Н.А. Круглякова
ЭТАПЫ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО И ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ *22*

И.В. Балакина, Г.А. Щетинина
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕПАБЕНЕ У БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПО ГИПОКИНЕТИЧЕСКОМУ ТИПУ *23*

И.П. Баранова, Л.А. Мусатова, Л.И. Краснова, М.В. Никольская

ГЕПАТИТ В У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ: КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ И ИЗМЕНЕНИЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ГОМЕОСТАЗА 24

И.П. Баранова, О.А. Коннова, Л.И. Краснова, О.Н. Лесина, М.В. Никольская, О.А. Зыкова
КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА НА КАФЕДРЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ 26

И.П. Баранова, Ж.Н. Керимова, Н.В. Агеева, О.А. Жеворченкова
СТРУКТУРА ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 28

И.П. Баранова, Ж.Н. Керимова, М.Н. Максимова
СТРУКТУРА ПОРАЖЕНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 30

Л.Ф. Бартош, И.В. Дорогова, Е.А. Иванов, В.Н. Талышева, С.В. Чурбанов, В.А. Вирясов, И.А. Кобзев
ПРОБЛЕМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОГО ВРАЧА) 31

Т.Г. Батракова, Т.В. Чепасова, Е.Ю. Биденко, Л.Е. Савельева
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ГЕПАТИТОВ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 34

А.А. Баулин, В.А. Николашин, И.Ю. Береснева, Е.А. Баулина, С.С. Беребицкий, О.А. Николашин, Н.А. Баулин
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В РАБОТЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА 35

В.А. Баулин, А.В. Белоусов, Е.А. Баулина, И.В. Модин, А.А. Баулин
ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ПРИ ГРЫЖЕСЕЧЕНИИ В ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ 36

Н.А. Баулин, М.М. Беренштейн
НАШ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ ЯЗВЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ 38

Н.А. Баулин, М.М. Беренштейн, А.Е. Квасов
ПАНКРЕОНЕКРОЗ: ДУМЫ, РАЗОЧАРОВАНИЯ И НАДЕЖДЫ 40

У.В. Баулина, А.А. Баулин, В.А. Моисеенко

ОРИГИНАЛЬНАЯ МАЛОТРАМАТИЧНАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ГАНГЛИЕВ И ГИГРОМ..... 42

Е.В. Безрукова
«СЕВАФАРМА а. о.» ЧЕШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ..... 43

Л.А. Белова, В.П. Балашов, С.Я. Скачилова, Ю.А. Макарова
ОПТИМИЗАЦИЯ ДЕЙСТВИЯ НЕКОТОРЫХ ГРУПП КАРДИОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ 45

М.В. Бирюченко, И.П. Татарченко, Н.В. Позднякова
ОЦЕНКА ЭПИЗОДОВ ИШЕМИИ МИОКАРДА В ПРОГНОЗЕ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 47

Н.Н. Бисерова, Л.В. Фатеева, О.В. Пчелинцева
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН СТАРШЕГО ВОЗРАСТА 48

К.В. Бобро, В.Н. Сгибов, Т.В. Колесникова
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ 51

Г.В. Бофанова, Г.А. Грибкова, Д.М. Ахунова, О.А. Лазарева, М.В. Селезнева
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА «РЕЛЦЕР» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КИСЛОТОЗАВИСИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖКТ В ДНЕВНОМ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ 53

И.Ф. Бубнова, Е.П. Прокофьева, С.Н. Седова
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЗОМЕТЫ В ЛЕЧЕНИИ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА 54

А.В. Буров, В.П. Шишканов, Т.В. Попылькова, А.С. Шаров
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ..... 57

Б.А. Василистов, О.В. Тарасов, Д.Б. Василистов, Д.В. Агафонов
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С АВУЛЬСИВНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ АПОФИЗОВ В УСЛОВИЯХ ОДКБ ИМ Н.Ф. ФИЛАТОВА 59

В.Г. Васильков, А.И., Сафронов, Д.В. Осинькин
ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ РЕАНИМАТОЛОГИИ 60

В.А. Васильков, А.И. Сафронов, Л.А. Филиппова, М.Ф. Купцова

СОВРЕМЕННЫЙ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ПЕРИТОНИТ ИТОГИ И ПРОБЛЕМЫ 62

В.Г. Васильков, А.И. Сафронов, М.А. Пантюхина
ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ 63

Т.С. Воеводина, Н.С. Горбатовская, М.Н. Носанова, Т.А. Курбатова, С.В. Шалина
ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА 66

Т.С. Воеводина, Н.С. Горбатовская, М.Н. Носанова, Т.А. Курбатова, С.В. Шалина
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЗМА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ 67

Е.В. Волкова
ОСОБЕННОСТИ КОМПОНЕНТОВ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ У БОЛЬНЫХ С ВОЗБУДИМЫМИ ЧЕРТАМИ ЛИЧНОСТИ В ПРЕМОРБИДЕ 69

Т.Н. Галкина
ПРИМЕНЕНИЕ ИНДЕКСОВ В ОЦЕНКЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ МОЛОДЁЖИ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 71

М.Н. Гербель, В.И. Струков, Л.Г. Радченко, Т.Ю. Уланова
ВИТАМИН D_3 И ОКСИДЕВИТ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТОМ 73

В.В. Глинский, В.Н. Мазайкин
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА В УСЛОВИЯХ ЦРБ 75

Н.С. Горбатовская, Л.В. Казанцева, Л.Ф. Бурмистрова
ПЕРВИЧНАЯ ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ 76

Ю.Н. Горбунов, Н.Б. Дурденевский, А.В. Галкин
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУР УРЕТРЫ 78

Е.А. Горбунова, И.В. Сергеев
РАНЕВЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ВЕНТРОПЛАСТИКИ: ПРОБЛЕМА, РЕШЕНИЕ 82

И.В. Гордюшина, Т.М. Глебова, Г.А. Смольянинова, А.Н. Шелудько, В.С. Иванова

К ВОПРОСУ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ДИСБАКТЕРИОЗА ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ 84

Н.Н. Гостева, Т.А. Макарова
СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ОПЕРИРОВАННОЙ РОГОВИЦЫ ОБОИХ ГЛАЗ 85

Г.В. Долгушкина, А.Н. Астафьева, Р.Т. Галеева, О.К. Смирнова, О.В. Алексеева
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЕТОСТЕРИЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ 87

Е.Б. Донскова, Р.Т. Галеева, А.С. Шаров, Л.А. Журавлева, О.А. Долгушина
ОСОБЕННОСТИ КОСТНОЙ МИНЕРАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ..... 89

Т.Ю. Дюдяева, Н.А. Ивачева, В.А. Видрык
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ91

Ф.Ш. Еникеева, Р.П. Савченко, С.Б. Рыбалкин
СОВРЕМЕННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ 93

Н.В. Еремина, Л.Д Романовская, Т.В. Посметная, Н.А. Вирясова
ОТБЕЛИВАНИЕ ЗУБОВ ПРИ ФЛЮОРОЗЕ..... 94

Н.В. Еремина, Л.Д. Романовская, Т.В. Посметная, Н.А. Вирясова
ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ФЛЮОРОЗОМ..... 95

В.С. Животощук, О.К. Командирова, Ю.Д. Старшинов, И.В. Животощук, Г.Н. Никонова, Л.П. Пономарева
АКУПУНКТУРНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ ПО ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ 97

В.С. Животощук, Г.Н. Никонова, Р.Х. Ильясов, Л.П. Пономарева, И.Г. Жарков
НАРУШЕНИЯ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКИХ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТАХ У БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ 100

М.С. Захарова, Н.Л. Завьялова, Ю.Р. Автамонова, А.В. Стежка, Т.И. Тряшкина, Р.Р. Абляскин
ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИКАРДА ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПРОЦЕССЕ 102

А.Н. Захватов, С.А. Козлов, А.Ю. Трифонов
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНЕЙ СУСТАВА НА ФОНЕ ВНУТРИСУСТАВНОГО ВВЕДЕНИЯ МЕКСИДОЛА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 105

Ю.И. Зимин, И.В. Сергеев, Е.А. Горбунова, Ю.В. Митронькина
ГЕРНИОПЛАСТИКА АУТОДЕРМОЙ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ..... 107

Е.А. Злодеева
ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА СЕЛИТЕБНЫХ ТЕРРИТОРИЯХ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ..... 108

О.А. Зыкова
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ГЕПАТИТА А 110

Е.А. Иванов, В.А. Батанова, И.Г. Гиезов, Т.А. Алашеева, А.Г. Чапаева
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА С НАЧАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ 111

Е.А. Иванов, В.Н. Талышева, С.В. Чурбанов, Л.В. Прохорова, Т.А. Городнова
ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННЫЙ СИНДРОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА 112

В.С. Иванова, В.Г. Асеев, Г.М. Гришанович, Л.Г. Этингер, И.Е. Ситникова
О МОДЕРНИЗАЦИИ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В МУЗ «ГОРОДСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА» г. ПЕНЗЫ 114

В.С. Иванова, Р.П. Савченко, Л.Г. Этингер, Г.М. Гришанович, И.Е. Ситникова
ЛАБОРАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ОБУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ 116

М.А. Иошкина, Н.В. Савельева, Ю.Е. Долгова, М.А. Северина

ЭФФЕКТИВНОЕ И БЕЗОПАСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛУЦЕТАМА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ВНИМАНИЯ, ПАМЯТИ, МЫШЛЕНИЯ 119

Д.С. Ирышков, В.Ю. Тишин
ИНТРАНАТАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ КТГ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПОКСИИ ПЛОДА 121

В.Я. Исаев
ПРИМЕНЕНИЕ ИНСТЕНОНА В ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 123

М.Н. Исламова, Н.А. Андреева
СПОСОБЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕТРОРРАГИЕЙ.... 124

О.А. Каменева, Б.Г. Искендеров, А.В. Казанцев, О.А. Ильин
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 126

Н.А. Качан, М.И. Алешаев, О.В. Страхова, А.В. Ржавитина
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ 127

А.И. Кислов, А.С. Кибиткин, М.М. Краснова, Ю.Н. Беккер
ТОРАКОПЛАСТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ СКОЛИОЗА 129

С.А. Козлов, Г.Н. Глухенькова, В.И. Глухеньков
ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНЫЙ ДИСБАЛАНС ПРИ ГЛУБОКОМ ОЖОГЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 131

Е.Г. Колесникова, О.А. Коротких
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНАКТИВИРОВАННОЙ ПОЛИОМИЕЛИТНОЙ ВАКЦИНЫ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ 133

И.В. Кондратьева
ЗНАЧЕНИЕ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА 134

О.А. Коннова, Н.В. Семенкин, И.Г. Карташова, Ю.В. Салманова
ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ 136

О.А. Коннова, Н.В. Семенкин, Ю.В. Салманова, И.Г. Карташова
ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)..... 137

О.Ю. Кононенко

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ПО НЕУСТОЙЧИВОМУ ТИПУ *139*

Е.Д. Короткова, Г.С. Хасаншин, И.Н. Лисина, О.А. Слеповичева
ИЗМЕНЕНИЕ ТУБЕРКУЛИНОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПРИ I И II ТИПАХ САХАРНОГО ДИАБЕТА *142*

Е.Д. Короткова, С.В. Чумаков
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ..... *143*

Е.М. Костина, Н.И. Баранова, Б. А. Молотилов
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ..... *146*

Т.А. Костюченко
ПРАВО НА СМЕРТЬ *148*

Т.В. Крылова, Р.П. Савченко, О.А. Трошкина
НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ У ДОНОРОВ КРОВИ..... *151*

Т.В. Крылова, Р.П. Савченко, О.А. Трошкина
ОРГАНИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ ГУЗ «ПЕНЗЕНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ СТАНЦИЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ» НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВИРУСНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ГЕМОТРАНСФУЗИЙ *153*

Т.В. Крылова, Р.П. Савченко, О.А. Трошкина
РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ «РАЗВИТИЕ ДОНОРСТВА И СЛУЖБЫ КРОВИ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2004-2008 гг. *156*

Р.П. Крымская, Л.П. Петрова, В.Г. Цыганков
ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ СУВАГ В ПРОГРАММУ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА В ПЕНЗЕНСКОЙ КОРРЕКЦИОННОЙ ШКОЛЕ-ИНТЕРНАТЕ..... *163*

И.Г. Кузьминых, В.М. Семенов
ОРТОПАНРЕНТГЕНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРАДОНТА..... *165*

И.Г.Кузьминых, В.М. Семенов
ПРИМЕНИЕ АППАРАТА «ПАРДУС-01» В СТОМАТОЛОГИИ *166*

Т.В. Куликова, Т.В. Чернова, М.Ф. Купцова, Л.А. Филиппова

РЕЗУЛЬТАТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ 168

Л.В. Курашвили, А.И. Рузов
РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН г. ПЕНЗЫ 170

Д.Ю. Курмаева, Т.Ф. Чернова, О.Н. Лесина, Л.А. Шишкова, Е.Н. Воробьева, Н.В. Свистунова
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГНОЙНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ МЕНИНГИТОВ 172

И.И. Кухтевич, И.Г.Золкорняев
ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ 174

А.М. Лазарев, Ю.Ю. Краснoперова, Н.И. Потатуркина-Нестерова
МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ИШЕМИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ 175

В.А. Лазаренко, С.Н. Григорьев, О.И. Охотников, Н.Н. Григорьев, С.Р. Истомин, Е.В. Родочинский
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ 178

О.Н. Лесина, Г.В. Жукова, С.В. Заикина, Н.Л. Кондратюк, Л.О. Краснова, Л.Р. Искандерова, Е.О. Шишова, Е.В. Алексеева
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРБИДОЛА ПРИ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ 180

С.С. Лиманский
НЕСТАНДАРТНЫЕ РЕШЕНИЯ ПРИ РИНОПЛАСТИКЕ 182

В.Н. Мазайкин, В.В. Глинский
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХА АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ ДЕМПФЕРНОЙ ПОВЯЗКОЙ В УСЛОВИЯХ ЦРБ 184

И.А. Макаров, С.В. Михеева
МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ 186

Н.В. Макарова
НЕКОТОРЫЕ НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В СУДЕБНО-БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ПРИ РАБОТЕ С ПЯТНАМИ КРОВИ И СПЕРМЫ НА ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ 188

В.И. Маликова, О.Е. Костюченко, Э.С. Тимербулатов, М.Б. Галич, Д.М. Игнатьев, И.Н. Задкина
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ОБЛАСТИ МОШОНКИ В УРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ № 1 ПГКБ № 5 192

В.И. Маликова, О.Е. Костюченко, И.А. Надеждин, Т.И. Волкова, А.Н. Постников, А.Э.Матвеева
ВНУТРИБРЮШИННЫЕ РАЗРЫВЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ) 194

М.В. Манжос, А.И. Перетрухин, С.В. Чурбанов
ОСОБЕННОСТИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 195

В.Н. Маринчев
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЦА 197

В.Н. Маринчев, Я. Хурейби
ОБЩАЯ АНЕСТЕЗИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ТОНЗИЛЭКТОМИИ 200

Э.В. Маркелов, Е.А. Семечкина, Н.Г. Лахвич, О.Б. Тонникова
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 203

И.А. Мартыненко, И.Г. Золкорняев
ЭФФЕКТ ВАЛЬПРОАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ КЛАСТЕРНЫХ ЦЕФАЛГИЙ 205

Е.Н. Медведева
СЛУЧАЙ ГИМЕНОЛЕПИДОЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 207

И.В. Мещанинов
ПРОГРАММНЫЙ ПОДХОД К УЛУЧШЕНИЮ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ 209

И.В. Мещанинов, Е.В. Пастух, И.Е. Шишова, Н.М. Приступа
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ г. КУЗНЕЦКА ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 211

А.В. Мещеряков, О.А. Гапоненко
ПРИМЕНЕНИЕ АРГОНО-ПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ В ЭНДОСКОПИИ 213

А.С. Мильцын, А.Г. Лежнев, М.П. Алексеева, Д.В. Маршалов

НЕКОТОРЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РАССМОТРЕНИЮ РИСКА В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И АНЕСТЕЗИОЛОГИИ 215

А.С. Мильцын, Д.В. Маршалов, А.Г. Лежнев, М.П. Алексеева
НЕОБХОДИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ 216

А.Н. Митрошин, И.В. Девин
ТОТАЛЬНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 217

А.Н. Митрошин, А.Е. Розен, И.А. Казанцев, П.В. Иванов, М.А. Розен, В.В. Розен, А.О. Кривенков, С.Н. Чугунов
ИЗУЧЕНИЕ БИОСОВМЕСТИМОСТИ И БИОИНЕРТНЫХ СВОЙСВ ТИТАНОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ, ОБРАБОТАНЫХ МЕТОДОМ МИКРОДУГОВОГО ОКСИДИРОВАНИЯ 222

С.В. Михеева, М.Н. Кустов, И.А. Макаров
ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ 224

И.В. Модин, А.В. Белоусов, Е.А. Баулина, В.А. Баулин
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПЛАСТИКИ ПРИ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖАХ ... 226

С.А. Мозеров, А.Н. Мялин, А.Н. Митрошин, А.А. Чекушкин, Ф.А. Грачёв, А.П. Столяров
МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ 227

В.А. Моисеенко, В.И. Карасев
РЕДКАЯ ФОРМА ДИСПЛАЗИИ II ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА 229

Моисеенко В.А., Карасёв В.И., Шапошников С.М., Салаев А.В
РЕЗУЛЬТАТЫ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ КАФЕДРЫ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ 231

Л.А. Мусатова, Л.И. Краснова
КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ МЕЖДУ ИМЗМЕНЕНИЯМИ Т-КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА И ВОЗРАСТОМ, ПОЛОМ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ НАРКОЗАВИСИМОСТИ ПРИ ГЕПАТИТЕ В У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ 233

Е.С. Назарова, А.В. Марченко, И.Г. Дуткевич
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 235

Ю.В. Назарочкин, А.Р. Набиева
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ УЗЛОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 237

Л.А. Налдаева
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОРМАГЕЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРГИДРОЗА РАБОТНИКОВ ОАО РЖД 239

Н.И. Нестеренко
ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВСЕХ ВИДОВ ОСТЕОХОНДРОЗА И ДИСКОГЕННЫХ РАДИКУЛИТОВ, МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ГРЫЖ, ОСНОВАННЫЙ НА ПРИМЕНЕНИИ ФЕРМЕНТОВ ПАПАЙИ – КАРИПАЗИМА 241

А.В. Никишин, Е.В. Кузнецов, А.И. Зиновьев, Е.А. Хвостикова
РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ В РАДИОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПЕНЗЕНСКОГО ОБЛАСТНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА 243

В.М. Николаев, О.В. Архипова, Ю.Б. Баженова
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ С ДЕПРЕССИВНЫМИ И ИПОХОНДРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ 245

В.М. Николаев, Е.Д. Короткова, А.М. Рахманкулов, Л.А. Дмитриева, О.В. Кириченко
К ВОПРОСУ О САНИТАРНОЙ ГРАМОТНОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПО НЕКОТОРЫМ ВОПРОСАМ ТУБЕРКУЛЁЗА 247

М.В. Никольская, О.Ф. Брызгачева, Т.Ф. Чернова, В.К. Чернов, Р.А. Ярмолович
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ БЕШЕНСТВА У ЛЮДЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 249

В.И. Никольский, В.А. Назаров, Е.Г. Юткина
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ И ЕЁ ПОСЛЕДСТВИЯ 251

Ю.К. Новиков, И.Л. Лан
ПРОФИЛЬ ЛИЧНОСТИ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ 253

Д.В. Осинькин, Ю.А. Атанов, Л.А. Филиппова, Н.В. Безручко
ИЗМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПАРАМЕТРОВ ГОМЕОСТАЗА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ 255

Т.А. Панова, М.Г. Архангородский
ОБ ОПЫТЕ ПСИХОЛОГО - ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КОНФЛИКТНЫХ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ БОЛЬНОЙ ИСТЕРИЧЕСКИМ НЕВРОЗОМ С РОДИТЕЛЯМИ (НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ) *258*

Т.И. Парамонова, Г.Д. Бурмистрова, С.П. Родичев, О.А. Рыжкова, Н.Н. Дерябина, Н.Е. Еременко, И.В. Соколова, Т.Ю. Виноградова .. *260*
КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ПЕЧЕНИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ *260*

А.В. Песков, Н.А. Баулин, Н.А. Пьянов, А.И. Горюнов
ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ *262*

Л.П. Пешев, Л.П. Щукина, О.Н. Пешева, Н.А. Ляличкина, А.Н. Чудайкин
ВЗАИМОСВЯЗЬ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И ГЕМОДИНАМИКИ В МАТКЕ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ БЕРЕМЕННОСТИ *264*

Л.П. Пешев, А.С. Нечайкин, Е.А. Клочкова, С.В. Абрамова, М.В. Лабзина
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ТУБОВАРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССАХ ПРИДАТКОВ МАТКИ *266*

Т.Т. Полякова, Г.И. Мартынова, О.А. Левашова
НЕЙРОВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ НОРМАЛЬНОМ И ПАТОЛОГИЧЕСКОМ КЛИМАКСЕ *268*

Т.Н. Почивалина, Е.В. Можарова, Е.В. Токарева
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА *269*

Н.К. Починина, А.В. Федин
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНУСИТОВ НА ФОНЕ ИНФЕКЦИОННОЙ АЛЛЕРГИИ *272*

К.А. Пресняков
ПОВЕДЕНИЕ ТУЧНЫХ КЛЕТОК В ЗОНЕ ПИЩЕВОДНОГО АНАСТОМОЗА *274*

А.А. Прибытков, Р.Н. Лемясова
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕРОДОВЫХ ДЕПРЕССИЙ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ *277*

С.Ф. Радунская, Л.В. Невская, Е.И. Лавренчик

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕСТ-СИСТЕМЫ «ИФА-IgE-ИмБио» *279*

Л.Г. Радченко, В.И. Струков, Т.Ю. Уланова, Е.А. Огольцова, И.В. Колина, Е.Б. Мусатова
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЗАТЯЖНОЙ КОНЪЮГАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ *280*

А.М. Рахманкулов, О.И. Клюев, Р.В. Абрамочкин, В.И. Кафтайкин, С.А. Каверин, А.В. Аленкин
АЛКОГОЛЬ – КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФАРМАКОТЕРАПИИ *282*

А.М. Рахманкулов, А.Г. Загребаев, Г.С. Хасаншин, Р.В. Абрамочкин
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ НА УРОВНЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ *284*

Ф.К. Рахматуллов, А.М. Бибарсова, Ю.Б. Беляева
ЛЕЧЕНИЕ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ *286*

Н.В. Румянцева, Н.М. Керженов
ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ *287*

М.С. Рылеева, М.Ю. Столыпин, Н.И. Нестеренко, Н.Г. Мартынова
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРИМЫШЕЧНОГО ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВЫХ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ СИНДРОМОВ В УСЛОВИЯХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ *288*

М.Ю. Савельев, М.И. Алешаев, Р.С. Галеев
НОВЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ *289*

Л.Е. Савельева
РОЛЬ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ *292*

Н.В. Савельева, М.А. Иошкина, Ю.Е. Долгова
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ БОЕВОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ *294*

П.Н. Савилов, А.Я.. Туровский, С.Я. Дьячкова
АНТИСТАФИЛОКОККОВАЯ АКТИВНОСТЬ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ, РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ И ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ..... 296

П.Н. Савилов, А.И. Белоусов, Д.В. Молчанов, В.Н. Яковлев
СОДЕРЖАНИЕ ГЛУТАМИНА В ОРГАНАХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ПОЧКАХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ..... 298

Р.П. Савченко, Ю.С. Семакова
ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРЕПОДАВАНИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ЭТАПАХ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ..... 300

С.И. Савченко
ВЫРАЖЕННОСТЬ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ..... 302

А.Ю. Сапожков
ВНУТРИБРЮШНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ..... 304

А. Ю. Сапожков
ИНКАПСУЛИРОВАННАЯ СЕРОМА ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ СИНТЕТИЧЕСКОЙ СЕТКОЙ..... 306

А.Ю. Сапожков, А.Э. Матвеева
ХРОНИЧЕСКИЙ ОМЕНТИТ КАК ПРИЧИНА ПОСТОЯННОГО АБДОМИНАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА..... 308

Е.М. Селезнева, С.Б. Селезнев, М.А. Орлов
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИРЕКТИВНОЙ И НЕДИРЕКТИВНОЙ ГИПНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ..... 311

Ю.С. Семакова
РЕОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА КАФЕДРАМИ ИНСТИТУТА НА ОСНОВЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ..... 314

И.В. Сергеев, А.В. Самойлов, Е.А. Горбунова
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ..... 315

В.П. Сергеева, В.А. Типикин, Н.М. Иваногло

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ВРАЧЕЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО АКТУАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ 317

В.П. Сергеева, Н.М. Иваногло, В.А. Типикин
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ г. ПЕНЗЫ И ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 320

М.Ю. Сергеева-Кондраченко
ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА НА ИЗМЕНЕНИЯ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ 321

М.Ю. Сергеева-Кондраченко
КОМПЕНСАЦИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ I ТИПА. 323

М.Ю. Сергеева-Кондраченко
СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ РАЗВИТИЯ НЕКОТОРЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ I ТИПА (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ) 325

В.В. Серов, Е.Н. Куканова
ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ ИММУННОЙ РЕАКТИВНОСТИ В ПРОГРЕДИЕНТНОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ПЕРИОДЕ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ 327

И.И. Сивухо, О.Н. Опарина, А.В. Соустин
ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У СПОРТСМЕНОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ..... 330

И.И. Сивухо, И.А. Аниховская, О.Н. Опарина, В.Н. Чернецов, Н.В. Чижиков, А.В. Соустин
ПОКАЗАТЕЛИ АНТИЭНДОТОКСИНОВОГО ИММУНИТЕТА У СТУДЕНТОВ-КУРИЛЬЩИКОВ..... 331

Э.В. Смирнова, Н.П. Журавлева, Т.В. Посметная, П.И. Скуридин, Л.Д. Романовская, Н.В. Еремина, Н.А. Вирясова
НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТА «ВЕКТОР» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА 333

Т.П. Смирнова, Л.Ф. Бартош, Ф.Л. Бартош, Л.В. Мельникова

ИЗМЕНЕНИЯ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И НОРМАЛЬНЫМИ РАЗМЕРАМИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОЗЫ ДИГОКСИНА В ОСТРОМ ЛЕКАРСТВЕННОМ ТЕСТЕ 335

А.И. Смолягин, Л.С. Ковалевская, И.Ю. Игнатьева, И.В. Пахомов
ОСОБЕННОСТИ ЭНДОКРИННОГО БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ И НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЕГО ЛЕЧЕНИЮ 337

А.А. Соломаха
НЕЙРОСЕТЕВАЯ ДИАГНОСТИКА КРОВОПОТЕРИ В ХИРУРГИИ 339

Н.В. Сопина, Э.В. Маркелов, Е.А. Семечкина
РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИКЛИНИКИ В РАЗВИТИИ И МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 340

В.И. Струков, Л.Г. Радченко, Л.В. Камардина, Г.П. Дерябина
ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА 343

И.П. Татарченко, Н.В. Позднякова, М.В. Бирюченко
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ КОРАКСАНОМ И АТЕНОЛОЛОМ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 345

И.П. Татарченко, М.В. Тришина
СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ЭПИЗОДАМИ БОЛЕВОЙ И БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА 346

В.А. Темников, О.М. Костенко, В.А. Булыков, А.В. Трофименко, Д.В. Кудряшов
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ 348

В.А. Типикин
ПРИОРИТЕТНЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДОРОВЬЕ» - ОПЫТ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 349

Е.В. Титова, Б.А. Молотилов, Т.А. Дружинина
ОСОБЕННОСТИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ПИОДЕРМИЯМИ И ВЛИЯНИЕ НА НЕЁ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ РУЗАМ 354

Е.В. Токарева, П.А. Прокаева, Р.П. Савченко
БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ НОРМАЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ 356

Т.Ю Уланова, В.И. Струков, Л.Г. Радченко, М.Н. Гербель, Е.Б. Мусатова, И.Я Лейкина
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА «ЭЛЬКАР» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ..... 357

Т.Ю. Уланова, О.А. Сапожникова, М.Н. Зайцева, И.Н. Жидова, С.И. Субботина, Е.В. Дурманова, М.В. Шлыкова
СЛУЧАЙ КОЛОБОМЫ РАДУЖНОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА У НОВОРОЖДЕННОГО 359

И.Ю. Утешев, А.Н. Беляев, С.А. Козлов
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ..... 361

А.В. Фатеев
ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ И В СОЧЕТАНИИ С МИОМОЙ МАТКИ 363

А.В. Фатеев, Л.В. Фатеева, Ю.Е. Земскова
ПАТОЛОГИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ МАТКИ 364

Л.В. Фатеева, В.Б. Мысяков, В.В. Лазутина, Е.В. Дудкина
РАДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ – КАК МЕТОД ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ 365

Л.А. Филиппова, М.Ф. Купцова, Т.В. Чернова, Н.С. Голубцова
ПСИХОЗЫ В РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 368

Л.А. Филиппова, Т.В. Чернова, Е.Ю. Ермаков, А.В. Аракчеев, Е.В. Курышева
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕНИЯ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ВЕНЫ 370

А.А. Филюшкина
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕРТИКАЛЬНОГО ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ..... 373

А.А. Фирсов, И.В. Меркушкина, О.И. Игнатьева
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ..... 374

С.Е. Хоронеко, А.В. Зорькина, О.М. Киселева

КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ОГРАНИЧЕНИИ ПОДВИЖНОСТИ 376

Н.П. Хуторова, А.А. Козлов, П.Г. Филиппов, И.В. Бахтанов
ДЕКОМПРЕССИОННАЯ ГЕМИКРАНИЭКТОМИЯ У ИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ С МАССИВНЫМ ПОЛУШАРНЫМ ОТЕКОМ 378

З.А. Цибина, А.Т. Цибин, И.В. Плакучева, Н.А. Гусева
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА В ПРАКТИКЕ СЕЛЬСКОГО ВРАЧА - ПЕДИАТРА 379

В.И. Цокуренко
КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ЕГО ЗНАЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ 382

Т.В. Чагорова, И.Л. Хайдурова, Н.В. Гладышева, О.Н. Щербинина, Е.Г. Демидова, И.В. Киселева
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕЛКЕЙДА В ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ 384

Н.В. Чижиков, Г.Г. Энукидзе, И.А. Аниховская, М.Ю. Яковлев, О.Н. Опарина
ЭНДОТОКСИНОВАЯ АГРЕССИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ ИЛИ АНТИЭНДОТОКСИНОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ИХ ТЕРАПИИ 385

А.С. Шаров, Е.Б. Донскова, А.Б. Юдакова
ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ 387

А.С. Шаров, В.П. Шишканов, А.В. Буров, С.С. Небеленов
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЗОНДА ДЛЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ЧЕРЕЗ ГАСТРОСТОМУ С ПОМОЩЬЮ ЭНДОСКОПА (НАБЛЮДЕНИЕ) 389

Е.В. Шарова, А.С. Шаров, Е.Б. Донскова
ПАНКРЕАТОПАТИЯ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКЕ У ДЕТЕЙ 390

М.С. Шмырева, О.И. Романова, А.Л. Дуплянский
ВОЗМОЖНОСТИ ТРАДИЦИОННОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ И СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА 391

С.В. Щипакина, В.Ф. Павелкина, Н.П. Амплеева, Р.З. Альмяшева

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ПОВТОРНЫХ АНГИНАХ СТРЕПТОКОККОВОЙ И СТАФИЛОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ *393*

Л.П. Щукина, О.Н. Пешева, А.Н. Чудайкин, С.Л. Пешев
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ УГРОЖАЮЩЕГО АБОРТА *396*

В.Н. Яковлев, Е.В. Дорохов, О.А. Жоголева, Н.П. Баутина, О.А. Дяковская
СПЕЛЕОКЛИМАТОТЕРАПИЯ КАК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ И МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЗДОРОВОГО ОРГАНИЗМА *397*

А.С. Ялдыгина
СТРУКТУРА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДИАГНОЗА В ПСИХИАТРИИ *400*

**Государственное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Пензенский институт усовершенствования врачей
Федерального агентства по здравоохранению
и социальному развитию»**

А-43 Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных: **Материалы XIII межрегиональной научно-практической конференции ГОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию"**

Под редакцией А. И. Кислова
Редактор И. В. Сергеев
Корректор Ю. С. Семакова

План ПГПУ 2007 г. (Поз. 136)

Оригинал-макет изготовлен в лаборатории медицинской информатики ГОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию"

Подписано в печать 05.07.2007 г. Формат 60x84/16. Бумага офсетная. Гарнитура "Латинская". Печать офсетная. Уч.-изд. Л. 26,3. Усл. печ. л. 24,5
Тираж 300 экз. Заказ № 100/07. Цена С. 99
Издательство ПГПУ им. В. Г. Белинского: 440026, Пенза, ул. Лермонтова, 37, корп. 5, комн. 466.
Типография: 440060, г. Пенза, ул. Стасова, д. 8а