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

**22-23 октября 2009 года**

**Пенза - 2009**

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, Ю. А. Антропов, И. П. Баранова, Л. Ф. Бартош, В. А. Моисеенко, Б. А. Молотилов, А. И. Сафронов, В. И. Струков, И. П. Татарченко, Л. В. Фатеева

А-43 **Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных**: Материалы XIV межрегиональной научно-практической конференции ГОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию": Сб. статей. Пенза, 2009. 329 с.
ISBN 978-5-94321-162-1

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

**ISBN 978-5-94321-162-1**

© ГОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию", 2009
Любое воспроизведение данного текста разрешается только с указанием источников

# ИНТЕРАКТИВНОЕ ОБУЧЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ

А.И.Кислов, В.А.Типикин

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

В медицинском образовании актуальным остается вопрос приобретения практических навыков. Многие сложные манипуляции и процедуры (например, интубация трахеи, проведение первичного комплекса сердечно-легочной и мозговой реанимации, катетеризация магистральных сосудов, процесс ведения родов и др.) требуют тщательной отработки действий врача.

Альтернатива традиционному обучению медицинских работников (отработке навыков на пациентах, трупах и лабораторных животных) возникла сравнительно недавно, когда стали появляться различные тренажеры и симуляторы, использующие подход интерактивного обучения и качественной визуализации. Никто из пациентов не хочет быть первым – другое дело пациенты виртуальные. Такое решение в медицине получило широкое распространение, так как цена врачебной ошибки велика и порой от подготовки специалиста зависит жизнь человека.

Данные образовательные практики в учебный процесс внедряются с 2007г., когда был организован тренажерный класс, оборудованный интерактивным манекен-тренажером (Дания) для овладения врачами-слушателями, интернами, клиническими ординаторами практическими навыками по проведению мероприятий первичного реанимационного комплекса (сердечно-легочная и мозговая реанимация). При освоении мануальных навыков первичного реанимационного комплекса обучающийся и преподаватель имеют возможность в реальном режиме времени оценивать эффективность проводимых манипуляций и обнаруживать возникшие осложнения по 12 основным показателям, транслируемым на экран монитора в виде графиков (показатели гемодинамики, вентиляция легких, глубина, частота и интервал между компрессиями, неправильное положение рук реаниматора, проникновение воздуха в желудок, переломы ребер и др.). По завершении обучения слушателя компьютерная интерактивная система манекена-тренажера позволяет сделать общее заключение по каждому конкретному случаю оказания мероприятий первичного реанимационного комплекса с указанием на допущенные ошибки.

В 2008 г. дополнительно приобретены 17 тренажеров (Япония, Дания, США и др.). В том числе: универсальная модель для трахеотомии, крикотиреотомии и проведения декомпрессии при пневмотораксе; модель грудной клетки для катетеризации центральных вен; модель части грудной клетки и правой руки для катетеризации периферических и центральных вен; модель для проведения катетеризации центральных вен через периферические вены и катетеризации периферических вен; универсальный тренажер для проведения процедур

на верхних дыхательных путях у ребенка 5 лет; модель-имитатор для выполнения люмбальной пункции; манекен для проведения осмотра и диагностики заболеваний органов слуха; манекен для проведения осмотра и диагностики заболеваний органов зрения; усовершенствованная модель-имитатор для катетеризации мочевого пузыря (мужчин и женщин); усовершенствованный имитатор процесса родов для принятия физиологических и патологических родов и проведения акушерских манипуляций; модель новорожденного с подвижными суставами для имитации различных положений плода в матке для наружного акушерского осмотра при различных положениях плода; многофункциональный интерактивный имитатор для оказания акушерской помощи и проведения реанимационных мероприятий для женщины и плода/новорожденного с компьютерным мониторированием в режиме on-line; универсальный манекен ребенка 1 года и 5 лет для общего осмотра, аускультации легких и сердца, трахеотомии, проведения офтальмологических процедур, отоскопии, внутримышечных инъекций, наложения повязок, катетеризации, постановки клизмы, наложения различных видов стом; манекен-новорожденного для оказания помощи при различных состояниях новорожденного для проведения венепункции, катетеризации центральных вен, периферических вен, пупочной артерии, аспирации, введения назогастрального и пищеводного зонда у новорожденного; манекен ребенка 1 года и 5 лет для аускультации легких и сердца с виртуальным стетоскопом в норме и патологии, интубации верхних дыхательных путей.

Таким образом, широкое внедрение в учебный процесс новых медицинских тренажеров и симуляторов позволяет моделировать реальную ситуацию в различных областях медицины, отработать врачу весь ход операции или манипуляции заранее, приобрести практический навык, выявить сложные места, подготовиться к различным ситуациям, что в итоге существенно снижает вероятность медицинской ошибки. Новые образовательные технологии способствуют повышению качества медицинского образования специалистов и оказания медицинской помощи населению страны.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Р.В.Абрамочкин, С.И.Дегтярь, П.С.Дегтярь, Е.В.Загуменнова, В.М.Готовщиков

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
Специализированная наркологическая поликлиника ООО «Панацея»
Пенза

Диагностика расстройств личности у детей и подростков представляет значительные трудности, так как в этот период происходит формирование характера, т.е. закладываются основы личности (А.Е.Личко, 1985). Различные личностные изменения могут быть как в пределах нормы, так и являться пато-

характериологическим формированием личности, которое при неблагоприятных микросоциальных условиях может перейти в психопатическое развитие (В.В.Ковалев, 1979; М.И.Буянов, 1990).

Нами было обследовано 60 школьников в возрасте от 11 до 15 лет, которые наблюдались у врача психиатра с диагнозом «Патохарактериологическое развитие личности».

Они отличались от других ребят гиперактивностью, дефицитом внимания, импульсивностью. Вторичными нарушениями у них явились слабая успеваемость и «трудности» в общении. Настроение было неустойчивое, наблюдались вспыльчивость, раздражительность, что часто приводило к конфликтам с окружающими. Особые затруднения они испытывали в коллективе сверстников, которые часто отказывались общаться с ними, мотивируя это их драчливостью и неумением находить взаимопонимание. Взрослые характеризовали таких детей как недисциплинированных и малоуправляемых.

Интересы у них были поверхностные. Серьезных увлечений, как правило, не имели. Они отличались, скорее всего, любопытством, чем любознательностью. Постоянно находились в движении, ежеминутно что-то трогали, хватали, задавали массу вопросов. Из-за нежелания слушать удовлетворялись первыми же словами ответа и не стремились понять суть явления. Поэтому их багаж знаний оставался невысоким, а представления об окружающем были значительно упрощены. Такое положение дел предопределяло слабую успеваемость, хотя коэффициент IQ у них был выше среднего.

Эти школьники отличались в то же время повышенной утомляемостью, снижением памяти, слабой умственной работоспособностью, а так же усилением рассеянности по мере увеличения продолжительности времени необходимого для выполнения того или иного задания. Основной характеристикой их умственной деятельности являлась цикличность, а именно, короткий период работоспособности (15-20 мин.) сменялся периодом отдыха (7-8 мин.).

Проведя клинико-психопатологическое и экспериментально-психологическое исследование (счет по Крепелину, таблица Шульца, тест Мюнстерберга, детский тест Векслера, тест Люшера, тест Лири) нами выявлены клинические особенности, которые не укладывались в рамки патохарактериологического формирования личности, а являлись лишь проявлением синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, с соответствующей частотой признаков:

1. Неумение сидеть на одном месте (48 чел. - 80%);
2. Легкая отвлекаемость на посторонние раздражители (44 чел. - 73%);
3. Спонтанность и необдуманность действий (39 чел. - 69%);
4. Отсутствие умения прогнозировать последствие своих поступков (39 чел. - 69%);
5. Неумение играть, разговаривать тихо и спокойно (38 чел. - 63%);

6. Суетливость (38 чел. - 63%);
7. Нетерпеливость (35 чел. - 58%);
8. Неумение доводить начатое дело до конца (31 чел. - 52%);
9. Очень быстрое переключение с одного дела на другое (25 чел. - 42%);
10. Болтливость (24 чел. - 40%);
11. Малая продолжительность сна и трудности при засыпании (20 чел. - 34%).

Таким образом, более тщательное исследование клинических особенностей расстройств личности детей и подростков позволяет, во-первых, определить степень глубины личностных нарушений, тем самым избежать гипердиагностику, во-вторых, создать индивидуальную лечебно-педагогическую программу работы со школьником.

## ПРИЧИНЫ АКТУАЛИЗАЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Р.В.Абрамочкин, А.М.Рахманкулов, Д.Р.Абрамочкина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Медицинский институт ПГУ, Пенза

Известно, что патологическое влечение к алкоголю (ПВА) является стержневым расстройством алкоголизма (В.Б.Альтшулер, 1994; Н.Н.Иванец, 2000; М.А.Винникова, М.А.Кинкулькина, 2008). Различным проблемам, связанным с этим кардинальным признаком алкогольной болезни, посвящено большое количество работ. Однако, до настоящего времени недостаточно полно изучены и описаны факторы, способствующие обострению патологического влечения к алкоголю.

Для анализа причин актуализации ПВА нами было обследовано 68 мужчин, страдающих хроническим алкоголизмом II стадии. Возраст больных варьировал от 22 до 56 лет (38,5 ± 14 лет). Длительность заболевания находилась в диапазоне от 4 до 19 лет и в среднем составляла 13 ± 5 лет.

В исследовании применялась специальная карта обследования больных алкоголизмом для квалификации характерологических особенностей и диагностики у них ПВА. С целью уточнения психологических характеристик применялся личностный опросник Айзенка. Анализ нарушений межличностных отношений (производственных, семейных), способствующих обострению болезненного влечения к алкоголю, осуществлялся с помощью метода интерперсональной диагностики Т.Лири (1969) в модификации Л.Н.Собчик (1990), в котором обследуемому предлагалось сначала оценить свое реальное и идеальное

«я» по пунктам, затем, таким же образом, дать оценку руководителю на предприятии и своей супруге.

Использование клинико-описательного метода показало, что обследованные больные отличались повышенной утомляемостью при умственных занятиях. Они старались избегать больших нагрузок, ответственности. Им была свойственна робость, заниженная самооценка. В незнакомых компаниях они чувствовали себя неуверенно, не стремились к лидерству. Вместе с тем пациенты отличались трудолюбием, добросовестностью, чувством долга, требовательностью к себе и к окружающим.

Опросник Айзенка выявлял в среднем показатели по шкале «нейротизм»-17, по шкале «экстра-интроверсия»-5, что соответствовало меланхолическому темпераменту.

Психодиагностическое исследование межличностных отношений показало, что испытуемые характеризовали себя как лиц застенчивых, покорных, легко смущаемых, не умеющих постоять за себя в сложных ситуациях, послушных и четко выполняющих свои обязанности. В идеале они хотели бы избавиться от излишней робости и уступчивости, быть более уверенными в себе, независимыми в суждениях.

Реального руководителя на предприятии больные оценивали как человека властного, резкого, не желающего принимать советы других, полагающегося только на свое мнение, прямолинейного в высказываниях и поступках. Идеальным руководителем считали энергичного, авторитетного лидера, гипкого в контактах и компетентного при решении проблем, не боящегося принимать ответственность на себя.

Реальная жена оценивалась пациентами как личность общительная, подвижная, оптимистичная, но легкомысленная, с завышенным уровнем притязаний, повышенной самооцекой, требующая особой заботы со стороны мужа. В идеальной жене больные видели женщину скромную, добрую, отзывчивую, уступчивую, заботливую, умеющую сострадать, инициативную в достижении цели.

Полученные результаты позволили выделить две группы факторов, способствующих обострению ПВА: 1) внутренние или «аутохтонные» (16 чел. - 23,5%), причиной которых являлся внутриличностный конфликт за счет конституциональных характерологических особенностей больных (постоянного чувства неуверенности в себе и в общении с окружающими, ранимого самолюбия и т.п.); 2) внешние или «психогенные» (52чел. - 76,5%), в основе которых лежат межличностные конфликты в связи с авторитарным типом руководства на предприятии и эгоистичным поведением жен.

Таким образом, выявление и анализ конкретных причин актуализации патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом необходим для разработки индивидуальных лечебных программ, интегрирующих в себе медикаментозные, психотерапевтические и социальные методы, от целенаправленного применения которых зависит эффективность противорецидивной поддерживающей терапии.

# ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНИКИ МАЛОИНВАЗИВНОГО НАКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Д.Ж.Акжигитов, А.В.Салаев, В.А.Моисеенко

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

Несмотря на устоявшуюся хирургическую тактику в лечении переломов трубчатых костей приходится констатировать, что нередко возникаю ситуации, когда применение стандартных подходов чревато развитием осложнений, таких как кровотечение, некроз мягких тканей, жировая эмболия и др. (Л.Н. Анкин, 2005, В.В. Ключевский, 2004). В первую очередь, это относится к лечению переломов у пострадавших с сочетанной травмой, у больных геронтологического возраста. Кроме того, при монотравме остеосинтез в случаях многооскольчатых и фрагментарных переломов неизбежно связан с нарушением кровоснабжения костных отломков, что чревато длительными сроками сращения перелома.

Один из путей решения этих проблем мы видим в применении малотравматичных методов фиксации костных отломков. Малоинвазивный остеосинтез, это новое направление совершенствования остеосинтеза, имеющее цель - выполнение стабилизации отломков без нанесения дополнительной травмы в зоне перелома.

В отделениях ортопедии и травматологии МУЗ ГК БСМП им. Г.А. Захарьина за период с 2008 по 2009 гг. выполнено 6 операций с использованием малоинвазивных методик накостного остеосинтеза при переломах трубчатых костей нижних конечностей. Для остеосинтеза мы использовали пластины с ограниченным контактом (DCP), производства г. Рыбинска.

Возраст больных составил от 35 до 66 лет. Выполнение остеосинтеза проводилось после предварительного устранения грубых смещений при помощи дистрактора, предложенного в клинике (приоритетная справка от 30.01.09 г.), в 1 случае использовалось дистракционное устройство ортопедического стола. Средняя длительность операций составила 50 минут.

Данные методики применялись на различных сегментах: бедренная кость – один больной, метаэпифиз большеберцовой кости – двое больных, диафиз большеберцовой кости – трое больных.

У всех пациентов достигнут положительный результат репозиции и консолидация переломов в ранние сроки.

Таким образом, предложенная методика лечения переломов трубчатых костей посредством использования малоинвазивного накостного остеосинтеза и разработанного в клинике репонирующего устройства, доказала свою эффективность и малотравматичность. Данная методика оперативного лечения пока-

зана, в первую очередь при политравме, а также как один из вариантов радикального вмешательства при монотравме длинных трубчатых костей.

## ОЦЕНКА КАРДИОТОКОГРАММ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПОТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНСЕРЦИОННО-ДЕЛЕЦИОННОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА

Л.Ю.Акулова

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа,
Областной перинатальный центр
Белгород

При артериальной гипотонии значительно чаще, чем у женщин с нормальным АД, наблюдаются преждевременные роды, несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовых сил, кровотечение в родах и послеродовом периоде, внутриутробная гипоксия плода (Шехтман М.,2003; Макаров И.О.,2004). У беременных, страдающих артериальной гипотонией, выявляют значительные гистологические, гистохимические и ультраструктурные изменения плаценты. В связи с этим можно считать, что большинство из перечисленных выше осложнений, очевидно, связано с нарушениями маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровообращения.

Цель данного исследования заключается в оценке кардиотокограмм у беременных с гипотонией в зависимости от инсерционно-делеционного полиморфизма гена ангиотензин-превращающего фермента (ACE).

Для решения поставленной задачи исследованы ДНК и КТГ 109 женщин со сроками беременности 36-40 недель, из которых 77 (70,6%) составили I группу с нормальными показателями АД, а 32 (29,4%) группу – с гипотонией, существовавшей до беременности. Полиморфизм гена ACE изучался с помощью метода полимеразной цепной реакции с использованием стандартных олигонуклеотидных праймеров с последующим анализом аллелей в 2%-м агарозном геле. Для характеристики КТГ использовали значения базальной ЧСС и тип ритма.

У беременных I группы генотип DD выявлен у 14 (18,2%) женщин, II – у 19 (24,7 %) , количество гетерозигот – 44 (57,1%), частоты аллелей I и D - 0,532 и 0,467 соответственно. Базальная ЧСС составила 142,5±6,5, на 8 (10,4%) КТГ выявлено уплощение амплитуды (узкоундуляторный тип), децелерации отсутствовали. Вторую группу составили 6 (18,75%) женщин с генотипом DD, 6 (18,75%) - с генотипом II и 20 (62,5%) – генотипом ID, частоты аллелей I и D – 0,500 и 0,500. Базальная ЧСС была несколько выше, чем в первой группе - 147,1±6,6, уплощение амплитуды КТГ регистрировалось в 15,6%, децелерации отсутствовали.

Таким образом, в результате данного исследования не выявлено достоверного увеличения частоты мутантного аллеля D в группе женщин со сниженными показателями АД. Различия КТГ минимальны и не являются достоверными.

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДАМ УСТРАНЕНИЯ ДИСКОЛОРИТОВ ЗУБОВ

О.Г.Акулович, А.В.Акулович

Санкт-Петербургский государственный университет
Санкт-Петербург

Изменение цвета и яркости зубов – одна из наиболее частых причин обращения пациентов к стоматологу с целью улучшения эстетики улыбки. И в зависимости от причины дисколорита, его глубины, индивидуальных особенностей полости рта пациента, врач-стоматолог принимает решение об использовании того или иного метода устранения пигментации твердых тканей зуба.

Анализ 100 прейскурантов стоматологических клиник Санкт-Петербурга, Москвы и Екатеринбурга показал, что 95% клиник используют для обозначения различных методов депигментации зубов единый термин – «отбеливание», что некорректно по своему смысловому значению.

Для борьбы с дисколоритами зубов используются методы отбеливания и осветления, разными по сути.

Осветление – это устранение поверхностной пигментации.

А отбеливание – это процесс, направленный на устранение пигментации, как внутренней, так и внешней.

Полиэтиологичность процесса и разнообразие предлагаемых технологий заставили нас классифицировать существующие методы борьбы с дисколоритами зубов с позиции адекватности причин и путей решения проблемы.

Классификация методов депигментации зубов (Акулович А.В., Акулович О.Г., 2008):

1. В клинических условиях:

1.1. Механическое

1.1.1. Абразивные пасты и щетки

1.1.2. Пескоструйные аппараты

1.1.3. Микроабразия

1.2. Ультразвуковое

1.3. Озонирование

2. В домашних условиях:

2.1. Полоски, содержащие перекись водорода

2.2. Гели, лаки

2.3. Блески
2.4. Зубные пасты с эффектом отбеливания
2.5. Ополаскиватели
Отбеливание зубов:
1. По виду отбеливания:
1.1. В клинических условиях
1.1.1. Аппаратное
1.1.1.1. Фотоотбеливание
1.1.1.1.1. Ультрафиолетовое отбеливание
1.1.1.1.2. Галогеновое отбеливание,
отбеливание синим светом)
1.1.1.1.3. Плазменно-дуговые лампы
1.1.1.1.4. Лазерное воздействие
1.1.2. Системы химической активации
1.2. В домашних условиях
1.2.1. С индивидуальными каппами
1.2.2. Со стандартными каппами
1.2.3. Действие светоизлучающих диодов

2. По активному компоненту отбеливающего геля:
2.1. Содержащие перекись
2.1.1. Водорода
2.1.2. Карбамида
2.2. Не содержащие перекись
2.2.1. Молекулярное «псевдоперекисное» соединение
на основе пербората натрия
2.2.2. Содержащие соединения хлора
2.2.3. Патентованными композиции

3. По области применения:
3.1. Наружное
3.2. Внутрикоронковое
3.2.1. С использованием тепловой активации
(термокаталитическое)
3.2.2. Без использования тепловой активации
3.3. Комбинированное

Использование данной классификации поможет врачу-стоматологу более корректно использовать терминологию в области устранения дисколоритов путем осветления и отбеливания зубов, дифференцированно подходить к выбору различных методов устранения пигментаций и грамотнее формировать предложения по услугам своей клиники.

# ОСОБЕННОСТИ ОСТРОФАЗНОГО ОТВЕТА ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

С.А.Аленькина, Л.В.Фатеева, О.П.Виноградова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МУЗ «Пензенская ЦРБ»
Пенза

Частота воспалительных заболеваний половых органов составляют 60-65 % среди всех гинекологических заболеваний, существенно влияет на физическое и психическое здоровье женщин репродуктивного возраста.

В генезе развития воспалительной реакции наибольшее значение принадлежит макрофагальной системе.

Однако роль цитокинов и сопряженных с ними белков острой фазы в формировании инфекционно-воспалительных процессов у больных с заболеваниями органов малого таза недостаточно изучена, в связи с чем нами предпринято настоящее исследование.

*Цель исследования*. Изучить особенности острофазного ответа при инфекционно-воспалительных заболеваниях органов малого таза у женщин репродуктивного возраста.

*Материалы и методы исследования*. Проведено динамическое наблюдение за 98 женщинами с воспалительными заболеваниями органов малого таза репродуктивного периода. Группа сравнения из 40 человек, представлена женщинами детородного возраста с неотягощенным анамнезом по воспалительным заболеваниям органов малого таза (средний возраст 28,3 ± 5,75 лет), проживающих в городе Пензе.

Все исследуемые больные с острым сальпингоофоритом сформированы в 1 группу. Данная группа составила 65 человек в возрасте от 16 до 35 лет (средний возраст 23,4±5,8 лет). Во вторую группу вошли 33 пациентки с обострением хронического эндометрита в возрасте от 19 до 42 лет (средний возраст 34,3±5,9 года). Все пациентки находились под наблюдением в гинекологическом отделении МУЗ «Пензенская центральная районная больница» г. Пензы.

Лабораторные исследования проводились унифицированными методами и разрешенными диагностическими наборами для клинико-диагностических лабораторий в соответствии с приказами МЗ РФ № 290, 960, 1157 фирм («Ольвекс Диагностикум», «Витал Диагностикум», «Лахема», «Абрис+», «Синтакон»). Уровни иммуноглобулинов A, M, G, СРБ определялись иммунотурбидиметрическим методом с применением диагностических наборов фирмы «Orion Diagnostica», ЦИК- антигенспецифическим методом с использованием осаждения ЦИК ПЭГ (производства «Merch») в конечной концентрации 3,5 % с последующим фотометрическим определением плотности преципитата при длине волны 450 нм. Неоптерин белок острофазного ответа, биосинтез неопте-

рина тесно ассоциирован с активацией клеточного иммунитета. Определение уровня неоптерина производилась методом конкурентного иммуноферментного анализа фирмы «HUMAN» на полуавтоматическом вертикальном фотометре Multiskan Ascent «фирмы Thermo Electron». Индекс А.М.Земского (индекс иммунной дефицитности (ИИмД) интегральный показатель;

$$ИИмД = (\frac{показатель\ больного}{показательздорового} - 1) \bullet 100\%$$

Если величина имеет знак минус, то у пациента имеется иммунная недостаточность (ИН).

Если величина имеет знак плюс, то у пациента имеется иммунная гиперфункция (ИГ).

Результаты обрабатывались статистически с помощью стандартного пакета прикладных программ (STATISTICA для Windows) на персональном компьютере "Pentium IV". Достоверность различий оценивали при помощи *t*- критерия Стьюдента.

*Результаты исследования.* Анализ клинической картины, исследование общих и дополнительных лабораторных показателей показал, что при остром сальпингоофорите женщин беспокоят ноющие боли внизу живота разной интенсивности, отмечалась повышение температуры тела от 37-39$^0$ С, недомогание, ЧСС 80-96 уд в 1 минуту, обильные бели, нарушения менструального цикла по типу мено-метроррагий; при двуручном обследовании болезненность придатков матки; в крови лейкоцитоз выше 13,6±0,3 * 10$^9$ г/л; из дополнительных лабораторных исследований определялись белки острой фазы: неоптерин-56,29±4,72 нмоль/мл (группа сравнения 7,46±0,67) Ig A 2,31± 0,04 г/л (группа сравнения 1,97±0,09), Ig M 13,53±0,61 г/л (группа сравнения 11,6±0,49), Ig G 15,61±0,62 г/л(группа сравнения-1,28± 0,048г/л), ЦИК-58,84±2,46 усл.ед.(группа сравнения -39,81± 5,04усл.ед.), СРБ-22,33±0,64 г/л (группа сравнения -4,45±0,74 мг/л), индекс Земского 34,21±5,28 усл.ед. (группа сравнения -0).

После лечения дополнительные лабораторные исследования при остром сальпингоофорите были таковыми: неоптерин-26,54±4,7 нмоль/мл, Ig A 1,99± 0,05 г/л, Ig M 2,14±0,42, Ig G 11,53±0,62 г/л, ЦИК-52,84±2,46 усл.ед., СРБ-8,93±0,64 г/л, индекс Земского 8,21±5,28 усл.ед.

Так наиболее выраженным при остром сальпинггофорите до лечения было: увеличение уровня неоптерина по сравнению с группой сравнения в 7,5 раза, СРБ в 5 раз, Ig G в 12 раз, ЦИК в 1,5 индекса Земского в 34 раза соответственно; после лечения эти показатели заметно снижаются, но не доходят до цифр контрольной группы.

При обострении хронического эндометрита женщин беспокоят ноющие незначительные боли внизу живота, температура тела повышалось от 37-38$^0$ С, недомогание, ЧСС 80-90 уд в 1 минуту, обильные бели; при двуручном обследовании определяется болезненность тела матки и движение за ш/матки; в крови лейкоцитоз выше 10,30±0,3* 10$^9$ г/л; из дополнительных лабораторных ис-

следований определялись следующие белки острой фазы: неоптерин-60,63±5,2 нмоль/мл (группа сравнения 7,46±0,67), Ig A 2,25± 0,01 г/л (группа сравнения 1,97±0,09), Ig M 2,46±0,06 г/л (группа сравнения 11,6±0,49), Ig G 18,41±0,43 г/л (группа сравнения-1,28± 0,048г/л), ЦИК-59,70±2,98 усл.ед. (группа сравнения - 39,8± 5,04усл.ед), СРБ-29,13±1,2 г/л (группа сравнения - 4,45±0,74 мг/л), индекс Земского 56,81±3,65 усл.ед.( группа сравнения -0).

После лечения дополнительные лабораторные исследования при обострении хронического эндометрита были следующими: неоптерин-32,29±4,7 нмоль/мл,4±4,7пг/мл, , Ig A 1,87± 0,18 г/л, Ig M 2,10±0,39, Ig G 12,3±0,62 г/л, ЦИК-53,84±2,46 усл.ед., СРБ-10,95±0,64 г/л, индекс Земского 15,21±5,28 усл.ед.При обострении хронического эндометрита до лечения было: увеличение уровня неоптерина по сравнению с группой сравнения в 8,1 раза, СРБ в 6,5 раз, Ig G в 18 раз, ЦИК в 1,4 раза, индекс Земского в 56 раз соответственно. Обращает на себя внимание уровень Ig M до лечения, при обострении хронического процесса его уровень резко падает в 4,7 раза по сравнению с группой сравнения. После лечения все показатели снижаются, но также как и при остром сальпингоофорите не доходят до цифр контрольной группы, кроме значений уровня Ig M, он остается низким и после лечения.

Следовательно, наиболее значимыми показателями, характеризующими острофазный ответ при остром сальпингоофорите и обострении хронического эндометрита являются СРБ и неоптерин. Сочетание тестов на неоптерин и СРБ позволит повысить эффективность лабораторного мониторинга больных исследуемых групп. Обострение хронического эндометрита возникает на фоне уже имеющегося нарушения гомеостаза, в отличии от острого сальпингоофорита. При этом обострение хронического эндометрита сопровождается более высокой интенсивностью деструктивных процессов в тканях, преобладающих над компенсаторно-приспособительными реакциями. Следовательно, процесс репарации тканей при обострении хронического эндометрита, не является полностью завершенным в виду наличия имеющегося дисбаланса иммунной системы на фоне хронического процесса, о чём свидельствуют белки острой фазы и требует иммунокоррекции, что подтверждает индекс Земского.

## ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

М.И.Алешаев

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Глазной центр «ОКО.МЕД»
Пенза

Селективная лазерная трабекулопластика (СЛТП) предложена в 1995 году M.Latina и заключается в воздействии лазерного излучения на зону трабекулы в проекции шлеммова канала.

*Цель исследования*: определить эффективность СЛТП у больных первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) различных стадий.

*Материалы и методы*. Проведено клиническое исследование 125 больных с ПОУГ с периодом наблюдения от 3 месяцев до 3 лет. У всех больных диагностировано нестабильное течение глаукомы на фоне местной гипотензивной терапии. По стадиям клинического течения глаукомы больные распределились следующим образом: I стадия – 85 человек, II стадия – 29, III стадия – 11 человек. По уровню тонометрического давления: 27-32 мм рт.ст. – 56 человек, от 33 мм рт.ст. и выше – 69 человек. У всех больных угол передней камеры (УПК) был открыт, выраженная пигментация отмечалась у 92 человек, была слабой у 33, но трабекула контурировалась достаточно. При недостаточно выраженной пигментации трабекулярной зоны СЛТП не проводили.

Трабекулопластику выполняли на диодной лазерной установке «Милон» (Россия, Санкт-Петербург), длина волны 810 нм, энергия 900-1100 мВт, размер пятна 250 мкм, длительность импульса 3 нс, количество импульсов 180-200 в диапазоне до 180° в нижнем сегменте УПК. Энергия подбиралась по виду ожога: достигали побледнения зоны воздействия.

Все операции прошли без осложнений. После операции назначали софрадекс до 4 раз в сутки в течение 10 дней и сохраняли гипотензивный режим. ВГД измеряли на следующий день, оно являлось критерием эффективности СЛТП.

*Результаты*. Воспалительная реакция в зоне воздействия, которая проявлялась локальным покраснением в зоне лимба, была отмечена у 15 больных (12%) и исчезала без дополнительного лечения в течение 7-10 дней. ВГД снижалось на 5-7 мм рт.ст. от исходного уровня у 18 больных, на 3-5 мм рт.ст. у 98. На 1-2 мм рт.ст. у 9 человек, что мы расценивали как неблагополучный результат. Из них у 3 человек ВГД при дальнейшем наблюдении постепенно понизилось до толерантного, у 6 была произведена микрохирургическая антиглаукомная операция.

Контрольные наблюдения за больными в срок 3 и 6 месяцев позволили выставить стабилизированное течение ПОУГ у 98 больных (78,4%), а у остальных 27 больных продолжалось постепенное сужение поля зрения и отрицательная динамика состояния зрительного нерва, несмотря на нормализованный уровень ВГД (около 19 мм рт.ст.). Очевидно, у них не был достигнут целевой уровень ВГД, оно должно было быть еще более низким.

Выводы.

1. Селективная лазерная трабекулопластика является достаточно эффективным и безопасным методом снижения ВГД у больных первичной открытоугольной глаукомой, которая может выполняться амбулаторно.

2. Селективная лазерная трабекулопластика позволяет в 78,4% случаев достичь стабильного течения глаукомы.

# ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ АБДОМИНОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

В.А.Андреев, А.С.Ивачев, Ю.Н.Беляков, А.А.Бабичев

НУЗ ОКБ на ст. Пенза ОАО «РЖД», ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Одной из проблем при лечении больных ожирением и выполнении абдоминопластики, является профилактика гнойно-воспалительных раневых осложнений. Мобилизация вентрального кожного лоскута большой площади и иссечение его создает раневую поверхность значительного размера и сопровождается длительной сецернацией раневого отделяемого. Это увеличивает риск развитие раневых осложнений в виде образования подкожных инфильтратов, сером и нагноений.

За период 2006-2008 гг. на базе хирургического отделения железнодорожной больницы г. Пензы оперировано 42 больных с различной степенью выраженности ожирения. У всех больных ИМТ превышал 30: у 17 больных (40,1%) ИМТ от 30 до 35, у 16 пациентов (38,1%) – от 36 до 40, у остальных 9 (21,8%) – свыше 40. Помимо ожирения у 7 пациентов (16,6%) была желчнокаменная болезнь и у 35 больных (83,4%) – послеоперационная вентральная грыжа. Четверо больных страдали сахарным диабетом II типа. Средний возраст больных составил 51,3 года, а возрастной интервал был от 35 до 65 лет.

Абсолютное большинство было женщин – 27 (64,3%).

Длительность ожирения была различной – от 5 до 30 лет и в среднем составила 17,5 года. Обращаемость за медицинской помощью зависела от степени проявления жалоб по основному заболеванию (ЖКБ или грыжи), а также негативными проявлениями ожирения.

Объем оперативного вмешательства определялся характером ожирения, локализацией и размером грыжевого дефекта, а также необходимостью выполнения холецистэктомии. У 3 больных абдоминопластика сочеталась с лапароскопической холецистэктомией. В 4 случаях холецистэктомию сделали из минидоступа, предварительно препарируя кожно-подкожный лоскут до правого подреберья. Остальным 35 больным (83,3%) выполнили грыжесечение с пластикой местными тканями по поводу пупочной грыжи (8 больных) и послеоперационной срединной вентральной грыжи – 27 больных. Абдоминопластику выполняли различными методами. Метод Lockwood – у 24 больных (57,1%), Thorek – у 2 (4,8%), Kuster – у 9 (21,4%), Weinhold – у 7 (16,7%). Предпочтение было отдано горизонтальному методу по причине большего удобства, косметичности и простоты выполнения. Объем удаленной ткани был различным: от 5 до 23 кг. Удаление больших объемов не сказывалось отрицательно в послеоперационном периоде на функции внутрен-

них органов. Кроме этого у 6 больных (14,3%) выполнена липосакция с удалением от 500 до 1000 мл жировой ткани.

С целью предупреждения раневых осложнений проводили следующие мероприятия:

1. Критерием мобилизации кожно-подкожного лоскута было отсутствие натяжения швов при фиксации лоскута к каудальному краю раны.
2. Чтобы максимально сохранить кровоснабжение из артерии-перфорантов, в боковой зоне брюшной стенке кожный лоскут мобилизовали тупым раздвиганием подкожного слоя, не пересекая вертикальные сосуды-перфоранты.
3. Плоскость мобилизации лоскута располагалась на 2-3 мм поверхностнее апоневроза. Это способствовало более ранней фиксации вновь сформированного лоскута к апоневрозу.
4. Для уменьшения объёма образованной подкожной щели лоскут фиксировали к апоневрозу в эпи- и мезогастрии, что позволило уменьшить раневую поверхность. С этой же целью с первых суток на живот больному надевали компрессионный бандаж.
5. Дренирование раны проводили трубчатыми дренажами через дополнительные проколы кожи над лоном, установленные в латеральном направлении и подключенные к активной аспирации.

В послеоперационном периоде в 2 случаях (4,8%) отмечены раневые осложнения в виде некроза пупка и серомы. При некрозе пупка выполнено его иссечение. Отделение серозного отделяемого до 6 суток не считали раневым осложнением.

## ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВОЗРАСТНОГО ПАТОМОРФОЗА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ю.А.Антропов

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Онтогенез человека подразделяется на ряд возрастных периодов, каждый из которых характеризуется специфическими особенностями физиологических отправлений, форм взаимодействия с условиями среды, типично представленными в соответствующем возрасте. Переход с предшествовавшего на последующий период определяется как переломный этап или возрастной кризис. Для него характерна перестройка деятельности различных систем органов, обеспечивающая качественно отличную от предыдущей

физиологическую меру адаптации к новым условиям среды, с которыми организм не взаимодействовал или взаимодействовал иначе в предыдущие возрастные периоды. Критическим периодам присуща малая резистентность и высокая чувствительность к действию разнообразных альтерирующих агентов. Чувствительность или возбудимость не повышается вообще к любым формам раздражения, а существенно меняется, избирательно обостряясь к действию лишь определенных факторов.

Таблица 1

Распределение заболеваний по возрасту

| Заболевание | Возраст в годах | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0-9 | 10-19 | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60 и старше |
| Хорея малая (%) | 31,2 | 60,0 | 4,4 | 0 | 0 | 0 | 4,4 |
| Эпилепсия генуинная (%) | 41,7 | 49,0 | 4,8 | 1,9 | 1,8 | 0,8 | 0 |
| Эпилепсия смптоматическая (%) | 47,7 | 18,2 | 13,0 | 9,5 | 6,3 | 5,3 | 0 |
| Сирингомиелия (%) | 0 | 27,4 | 34,2 | 17,8 | 15,1 | 5,5 | 0 |
| Болезнь Бехтерева (%) | 0 | 3,3 | 36,1 | 31,1 | 16,4 | 9,8 | 3,3 |
| Боковой амиотрофический склероз (%) | 0 | 0 | 13,9 | 16,7 | 25,0 | 30,5 | 13,9 |
| Люмбаго* | - | 12,1 | 30,7 | 46,2 | 57,7 | 53,8 | 26,8 |
| Психические нарушения при черепно-мозговой травме* | - | 7,9 | 3,7 | 14,4 | 28,9 | 23,7 | 9,4 |
| Неврозы и реактивные состояния* | - | 5,0 | 0,5 | 11,2 | 23,8 | 9,6 | 0 |
| Неврастения* | - | 14,2 | 42,8 | 43,4 | 32,1 | 16,1 | 4,2 |
| Истерия* | - | 3,9 | 11,3 | 12,9 | 8,5 | 3,7 | 0,7 |
| Психопатии* | - | 2,5 | 1,7 | 4,8 | 3,7 | 3,2 | - |
| Заболевание | Возраст в годах | | | | | | |
| | 0-9 | 10-19 | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60 и старше |
| Алкоголизм* | - | 0 | 4,7 | 24,9 | 23,2 | 10,7 | 7,3 |
| Психические болезни* | - | 2,0 | 3,2 | 2,8 | 2,5 | 1,2 | 1,0 |
| Гипертоническая болезнь* | - | 2,7 | 3,8 | 9,9 | 28,6 | 58,0 | 65,3 |
| Атеросклеротические и другие сосудистые поражения головного мозга* | - | 1,2 | 1,5 | 2,4 | 10,0 | 23,3 | 73,5 |
| Примечание: */на 1000 населения | | | | | | | |

На переломном этапе поступающая новая афферентная импульсация, изменение эндокринного ансамбля обусловливают новый тип нейроэндокринной регуляции жизнедеятельности. Это отражается на характере патологии, наблюдающейся в различные возрастные периоды (таблица 1).

Как видно из таблицы нервно-психические заболевания могут быть разделены на несколько групп. Первую группу составляют заболевания, преимущественно начинающиеся в детском и юношеском возрасте, а после 20 лет их количество резко снижается и постепенно сходит на нет. К этой группе относятся хорея малая, эпилепсия генуинная и симптоматическая. Во вторую группу есть основание включать психические болезни, сирингомиелию, болезнь Бехтерева, основной пик заболеваемости которых приходится на третье десятилетие (молодой возраст). При этом, если сирингомиелия нередко начинается и в юношеском возрасте, то болезнь Бехтерева почти с одинаковой частотой наблюдается и в зрелом возрасте. В зрелом возрасте (четвертое десятилетие) с максимальной частотой встречаются неврастения, истерия, психопатии, алкоголизм, которые составляют третью группу. Четвертая группа включает заболевания, наибольшая частота которых падает на пятое десятилетие онтогенеза. В частности, это общая масса неврозов и реактивных состояний, психические нарушения при черепно-мозговой травме, люмбаго. Боковой амиотрофический склероз единственное из представленных в таблице заболевание, которое чаще всего встречается на шестом десятке лет. И наконец, пятая группа заболеваний характеризуется относительно поздним началом и постепенным нарастанием частоты до максимума в последнем этапе онтогенеза. К этой группе относятся гипертоническая болезнь, атеросклеротические и другие сосудистые поражения головного мозга.

Итак, на каждом возрастном этапе имеется своя предпочтительная нервно-психическая патология, свой спектр заболеваний. Знание предпочтительной патологии и спектра заболеваний на определенном возрастном этапе онтогенеза представляет собой диагностический инструмент, использование которого особенно важно в случаях диагностических затруднений.

## РЕФЕРАТИВНЫЙ ПЕРЕВОД – ШАГ К ПОНИМАНИЮ

Н.В.Антропова

Пензенский государственный университет
Пенза

Успех понимания – это эффективность коммуникации в устной и письменной речи. Задача современного лингвистического образования в том, чтобы превратить многообразие языковых сообществ и культур, суще-

ствующих во многих странах мира из фактора, препятствующего диалогу между носителями разных языков и культур, в средство взаимного понимания и обогащения информацией. Знание современных языков и культур все более уверенно определяет и будет определять интеграционные процессы, протекающие как в общероссийском, так и в общеевропейском масштабах. Этому требованию времени должно отвечать и знание иностранного языка в формате послевузовского образования.

Внимание научных медицинских работников, практикующих врачей все более привлекается к печатным источникам информации на иностранном языке. Широко распространена практика опубликования научных статей с включением краткого резюме основного содержания на одном из европейских языков, в частности на английском языке. В повседневной практике многих медицинских работников и ученых постоянно возникает необходимость изложения по-русски сути тех или иных иноязычных материалов, содержащих ценную информацию. При работе медицинских специалистов за рубежом, например, конференция или конгресс или зарубежная стажировка, решается обратная задача-текст на русском языке реферируется на языке данной страны.

Техника всех перечисленных видов деятельности составляет содержание реферативного перевода, который следует определить как компрессию главного содержания первичного документа, написанного на одном языке, средствами другого, переводящего языка. С одной стороны, РП представляет собой форму реферирования и смысловую редукцию текста.

С другой стороны, он подходит под определение перевода как такового, как передача информации, содержащейся в определенном произведении речи, средствами другого языка. Ошибочно было бы представлять механизм РП как компрессию и отбор информации первоисточника на том же языке и последующий ее перевод на другой язык. При РП ведущей языковой трансформацией является трансдукция. Ее специфические черты сводятся к следующему: 1) При трансдукции происходит перекодирование первичного текста на иностранном языке во вторичный текст на родном языке (и обратно); 2) Элементы перекодирования, в отличие от перевода, коммуникативно не эквивалентны; 3) Отсутствие эквивалентности объясняется главным образом их количественным различием. Ряд предложений и даже абзацев в оригинале переводится в одно предложение трансдукта; 4) Информация вторичного текста по значению совпадает с исходным текстом.

Итак, работа по РП рассматривается в рамках следующих действий: действие по выделению ключевых фрагментов, действие по полному или частичному перифразированию, действие по обобщению смысловых сегментов реферируемого текста и их трансдукция на родном языке, действие по изложению полученного ряда трансдуктов при условии введения в новый текст переходных элементов, подсказываемых логикой развития мысли.

# КОМПЬЮТЕРНЫЙ МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЯ – ПУТЬ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ШКОЛЬНИКОВ

Л.О.Артемьева, Н.С.Карташева, С.Л.Тузов, Н.А.Куликова

ПГПУ имени В.Г. Белинского, ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
МУЗ «Городская детская поликлиника №2»
Пенза

В соответствии с Национальным проектом «Здоровье» получает развитие принципиально новое направление деятельности – переход от системы, ориентированной на лечение заболеваний, к системе охраны здоровья детей, подростков и молодежи, основанной на приоритете здорового образа жизни и направленной на профилактику болезней (Черная Н.Л., 2006). Одним из важнейших направлений превентивной медицины является диспансеризация детей. Медицинские профилактические осмотры имеют основополагающее значение для своевременного проведения диспансерных мероприятий. Очень важно, что для этой цели используются и новые технологии, и новейшие достижения фундаментальной медицины. В системе реализации приоритетной Национальной программы «Здоровье» компьютерные системы мониторинга различных патологических состояний являются активно развивающимся направлением медицины (Кобринский Б.А., 2006).

На современном этапе развития Российского общества, как отмечается в концепции государственной системы мониторинга здоровья населения России (1996), созданы условия для мониторинга общественного здоровья. Однако реально переход к постоянному контролю за состоянием здоровья детского и подросткового населения возможен лишь с использованием современных методов, приходящих на смену рутинным подходам к проведению профилактических осмотров. Для этого необходимо сочетание индивидуального подхода с внедрением автоматизированных систем, позволяющих не только увеличить охват постоянным мониторингом, но и повысить эффективность в выявлении доклинических признаков заболевания с формированием групп риска по различным нозологическим формам.

Целью настоящего исследования является организация систематического (лонгитюдного) комплексного компьютерного мониторинга за состоянием жизненно важных функций организма, оценка и прогнозирование жизнедеятельности обучаемых для предупреждения отклоняющегося поведения и критических состояний. Алгоритм оценки включает в себя осуществление комплексного компьютерного мониторинга за состоянием физического (соматического), психического, нравственного и социального здоровья обучаемых с использованием автоматизированных систем, т.е. создание электронной карты мониторинга состояния здоровья обучающихся. Задачей разработки электронной карты мониторинга состояния здоровья является создание банка данных на

каждого обучающегося для системного проектирования деятельности по сохранению здоровья с гарантированным результатом по трем направлениям:

1. Достижение единства состояния здоровья и успешности обучения;
2. Обеспечение соответствия физических и психических возможностей обучающихся и предъявляемых к нему требований;
3. Принятие ответственности за свое личное здоровье на себя.

Это позволит спрогнозировать модель условий процесса обучения, способствующих формированию, сохранению и укреплению здоровья личности в нем, разработать систему непрерывного образования по вопросам формирования стереотипов рационального поведения обучающихся, выработать новые здоровьесберегающие технологии, программно-аппаратные средства диагностики и внедрить их в практическую деятельность лечебно-профилактического и образовательного учреждений с учетом индивидуального статуса здоровья респондента.

Основой выполнения исследований по динамическому наблюдению, формированию, развитию и сохранению здоровья детей и подростков должна стать «Электронная карта мониторинга здоровья», включающая необходимый набор параметров, описывающий психофизиологическую индивидуальность и текущее состояние здоровья обучающихся. Электронная карта мониторинга здоровья должна основываться на электронной базе данных, содержащей методы описания и оценки функционального состояния систем организма, которые позволят выявить факторы риска, связанные с образом жизни, сформировать индивидуальные нормативы, выявить резервы адаптационных возможностей систем организма, определить методы и средства развития и сохранения здоровья, необходимость медицинского участия.

Сотрудниками ПГПУ имени В.Г. Белинского проведен анализ данных состояния здоровья детей и подростков, диспансерной группы, динамики показателей общей и первичной заболеваемости обучающихся 77 общеобразовательных школ города Пензы за период с 2006 по 2008 гг. Общее количество учащихся в школах составило в 2006 г. – 45200, в 2007г. – 39956, в 2008 г. – 38852 человека. Первые классы формируются с 6,5-летнего возраста. Общее количество детей школьного возраста продолжает уменьшаться: 2005-2006 учебный год на 7%, 2006-2007 учебный год на 11,6 %, 2007-2008 учебный год на 2,8%.

Результаты углубленных медицинских профилактических осмотров учащихся в школах города Пензы показали, что было выявлено заболеваний: педиатром в 2006 г. – 16,9 %, в 2007 году – 14,8%, в 2008 г. – 12,8%; неврологом в 2006 г. – 11%, в 2007 г. – 5,5%, в 2008 г. – 6,5%; отоларингологом в 2006 г. – 17%, в 2007 г. – 11,8%, в 2008 г. – 17,8%; хирургом-ортопедом в 2006 г. – 31,7%, в 2007 г. – 25,4 %, в 2008 г. – 29%; окулистом в 2006 г. – 13,6%, в 2007 г. – 7,4%, в 2008 г. – 17,4%; гинекологом в 2006 г. – 7,1%, в 2007 г. – 10,5%, в 2008 г. – 13,7%.

На основании исследований статистических данных, полученных в результате углубленных медицинских профилактических осмотров учащихся 77

школ города Пензы, можно констатировать, что общая заболеваемость в динамике имеет тенденцию к снижению, но наблюдается рост количества заболеваний органов зрения и мочеполовой системы.

Внедрение электронной карты мониторинга состояния здоровья обучаемых расширит спектр традиционно исследуемых показателей, характеризующих состояние здоровья с целью выявления основных ухудшающих его факторов и их устранения. С помощью электронной карты мониторинга здоровья будут получены четкие, статистически достоверные, целостные данные о здоровье личности, чего невозможно было получить при проведении единичных научно-прикладных исследований в данной области.

Таким образом, использование современных компьютерных технологий позволит оптимизировать диспансеризацию школьников и в целом способствовать модернизации лечебно-профилактического и учебно-воспитательного процесса.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИМУНОРИКСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

А.Н.Астафьева, Р.Т.Галеева, Г.В.Долгушкина, Р.Р.Измайлов

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
Пенза

В структуре нефрологической патологии пиелонефрит занимает первое место, составляя от 40 до 70%, и третье – среди причин, ведущих к хронической почечной недостаточности. Пиелонефрит – процесс инфекционный, поэтому его развитие и течение принципиально зависит как от свойств микроорганизма, так и особенностей макроорганизма. К развитию пиелонефрита у детей, наряду с многочисленными предрасполагающими факторами, огромное значение имеют снижение общего иммунитета и местной резистентности. По мере прогрессирования воспалительного процесса в почках формируется вторичный Т-клеточный иммунодефицит, отмечается резкое снижение гамма-интерферона, что в свою очередь приводит к активации микробного воспаления. Изменения в иммунной системе у детей при пиелонефрите, влияющие на течение и прогрессирование заболевания, являются основанием для назначения иммунокоррегирующей терапии. В связи с этим, в качестве такого препарата нами использован инновационный иммуномодулятор мультинаправленного действия имунорикс фармацевтической фирмы « Солвей Фарма». Имунорикс (международное непатентованное название пидотимод) – это синтезированный иммуномодулирующий препарат пептидной структуры, с высокой биодоступностью для приёма внутрь. Он увеличивает активность фагоцитов, активирует естественные клетки-киллеры. Иммуномодулирующие свойства препарата имунорикс обеспечиваются стимуляцией образования В- и Т- лимфоцитов, активацией продукции лимфокинов, позволяющих осуществить полный иммун-

ный ответ. Имунорикс также активизирует выработку гамма-интерферона – естественного противовирусного агента организма.

Под наблюдением находилось 17 детей с пиелонефритом в возрасте от 3 до 15 лет. Диагнозы поставлены на основании общепринятых в детской нефрологии методов исследования. Имунорикс назначался, наряду с традиционной терапией, в активную стадию заболевания и продолжалось лечение в период стихания воспалительного процесса в почках. Препарат принимался внутрь в дозе 400 мг (1 флакон) 2 раза в сутки вне приёма пищи в течение 15 дней, затем по 1 флакону 1 раз в сутки (утром) ещё 15 дней. Курс лечения 1 месяц. Контрольная группа – 21 ребёнок, получавшие только традиционную терапию.

В результате анализа полученных данных установлено, что мочевой синдром быстрее (на 5-7сутки) купировался у большинства детей ( у 71%) из основной группы по сравнению с контрольной ( $p<0,05$). Длительность назначения (1 месяц) привела к уменьшению рецидивов заболевания у 11 детей. Побочных эффектов при назначении имунорикса не выявлено.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о целесообразности использования имунорикса в комплексной терапии пиелонефрита у детей, начиная с активной стадии воспалительного процесса и продолжая в период стихания, учитывая его мультинаправленное действие на несколько звеньев иммунного ответа. Длительное назначение препарата (не менее 1 месяца) уменьшает частоту рецидивов. Отсутствие побочных эффектов позволяет достаточно широко использовать имунорикс при лечении детей с пиелонефритом.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕНАТИПА

И.В.Балакина, Е.Н.Голованова, И.В.Пигеева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
«ППО ЭВТ медсанчасть», МУЗ «Городская больница №3»
Пенза

*Цель* – изучение клинической эффективности гепатопротектора «Дипана» у больных неалкольным стеатогепатитом (НАСГ).

*Материалы и методы*. Обследовано 20 пациентов (9 – мужчин, 11 - женщин) с НАСГ в возрасте 54,3±8,6 лет.

В ходе исследования оценивали клиническую симптоматику (тяжесть и боли в правом подреберье, метеоризм, астенический синдром). Выполняли УЗИ печени в динамике, оценивали изменение показателей АЛТ, АСТ, билирубина, щелочной фосфотазы, ГГТП. Все пациенты получали по 2 капсулы препарата «Дипана» 3 раза в день до еды за 30 минут – 8 недель. Для анализа использовали программу Statistica 6,0.

*Результаты*: в ходе исследования достоверно выявлено уменьшение болевой симптоматики (75% - до начало лечения, 5% - после лечения), снижение

выраженности пальпаторной болезненности (75% - до начала лечения, 5% - в конце лечения), проявлений астенического синдрома с 85% до начала лечения, до 40% после терапии. Отличалось достоверное ($p<0,01$) снижение уровня трансминаз в сравнении с исходным (АСТ 1,95±0,8 – до лечения и 0,79±0,28 – после лечения; АЛТ 2,01±1,02 – до лечения и 0,68±0,25 – после лечения); размеры печени по данным УЗИ составили для правой доли печени 169,8±14,3 мм – до лечения, 154,2±11,12 мм – после лечения, для левой доли печени до лечения 68,14±8,97 мм и 65,2±7,58 мм – после лечения.

Неблагоприятных изменений в ту или иную сторону со стороны липидного профиля, показателей гликемии получено не было. Побочных эффектов у обследованной группы не наблюдалось.

*Выводы*.

Получены данные о наличии гепатопротекторного эффекта препарата «Дипана», что позволяет рекомендовать его к применению для лечения пациентов с НАСГ.

## КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Г.А.Баранова, А.А.Карелина

Медицинский институт ПГУ
Пенза

Хроническая недостаточность мозгового кровообращения (ХНМК) или дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) занимает важнейшее место в стуктуре цереброваскулярной патологии и приводит к нарушению профессиональной, общественной и бытовой адаптации, в дальнейшем, к инвалидизации больных. Ведущее значение в клинической картине ХНМК имеют когнитивные нарушения, которые и отражают тяжесть цереброваскулярного процесса. Вследствие этого важным является максимально раннее выявление расстройств когнитивной сферы, использование терапевтических методик на самых ранних этапах заболевания для замедления дальнейшего прогрессирования поражения головного мозга.

В задачи нашей работы входила оценка когнитивной сферы у больных с ХНМК на разных стадиях заболевания, выявление основных клинических вариантов нарушения высших психических функций, выявление зависимости проявления когнитивных расстройств от прогрессирования цереброваскулярной патологии.

Проведено обследование 54 больных с ХНМК в возрасте от 44 до 79 лет.

Всем больным было проведено комплексное клиническое и параклиническое обследование, включающее неврологическое обследование, клинический, биохимический анализы крови, определение липидного спектра, ЭКГ. Исследуемым больным проведены ультразвуковая доплерография сосудов головного

мозга (УЗДГ экстракраниальных и интракраниальных сосудов), электроэнцефалография (ЭЭГ), компьютерная томография головного мозга (КТ), магнитно-резонансная томография головного мозга (МРТ). При изучении проявлений когнитивных нарушений на фоне ХНМК использовались специально разработанные нейропсихологические тесты, шкалы и опросники: госпитальная шкала тревоги и депрессии (по A. S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983; D. Wade, 1992; И. А. Бевз); шкала Гамильтона для оценки депрессии; шкала Рэнкина (по J. Rankin, 1957; D. Wade, 1992); тест мини – исследования умственного состояния (по M. Folstein, J. De Pualo и соавторов, D. Wade, 1992); краткая шкала оценки психологического статуса (Mini Ments State Examination – MMSE); батарея лобной дисфункции (Frontal Assessment Batttery – FAB); тест рисования часов.

В исследуемой группе начальные проявления ХНМК выявлялись в 15% случаев (8 человек), ХНМК I стадии диагностирована в 15% случаев (8 человек), ХНМК II стадии определялась в 50% наблюдений (27 человек), ХНМК III стадии – у 20% (11 человек) обследуемых. Кроме этого 20 больных, не страдающих данным заболеванием, вошли в контрольную группу.

Результаты исследования отличались в различных возрастных группах и у пациентов на разных стадиях ХНМК. На 1-й и 2-й стадиях ДЭ неврологические расстройства были представлены центральным парезом лица, парезами конечностей, нарушениями чувствительности, координации и другими расстройствами, вызванными перенесенными инсультами. Для первой (ранней) стадии были характерны: повышенная утомляемость, частые головные боли на фоне физического и умственного напряжения; раздражительность, слезливость, эмоциональная лабильность; умеренное нарушение мнестической деятельности (прежде всего – оперативной памяти и объема восприятия); у части больных – небольшое снижение работоспособности, у большинства – ее сохранение; у некоторых больных – жалобы на головокружение несистемного характера, шум в голове, тревожный сон. На этой стадии заболевания были выявлены 3 клинических варианта нарушения высших психических функций: мнестический, аффективный, паранойяльный. Во второй (умеренной) стадии ХНМК наблюдались: углубление нарушения памяти и активного внимания; нарастание интеллектуальных и эмоциональных расстройств (эгоцентризм, эмоциональное оскудение); постепенное снижение работоспособности; у части больных – легкая подкорковая и псевдобульбарная симптоматика, нарушение походки (шаркающая или семенящая), легкие и умеренные парезы, легкие тазовые расстройства (учащенное мочеиспускание, императивные позывы). На выраженной стадии заболевания (ХНМК III) достоверно чаще ($p<0,05$) по сравнению с предыдущими выявлялись грубый псевдобульбарный синдром с симптомами орального автоматизма, проявления акинезии с повышением мышечного тонуса по типу ригидности, нарушения походки по типу лобной атаксии и апраксии (вплоть до полной невозможности самостоятельно ходить), нарушение контроля функции тазовых органов (недержание мочи). Для этой стадии были характерны: различные степени деменции в сочетании с социальной дезадаптацией и деградацией личности. По данным МРТ и КТ головного мозга выраженность

перивентрикулярного и субкортикального лейкоареоза увеличивалсь по мере нарастания стадий ХНМК.

При анализе нейропсихологических шкал было выявлено изменение значения суммарного балла в зависимости от стадий ХНМК и в сравнении с контрольной группой ($p<0,05$). По снижению степени достоверности шкалы можно расположить в следующем порядке: 1) краткая шкала оценки психологического статуса (Mini Ments State Examination – MMSE); 2) тест рисования часов. 3) шкала Гамильтона для оценки депрессии; 4) батарея лобной дисфункции (Frontal Assessment Batttery – FAB); 5) госпитальная шкала тревоги и депрессии (по A. S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983; D. Wade, 1992; И. А. Бевз); 6) тест мини – исследования умственного состояния (по M. Folstein, J. De Pualo и соавторов, D. Wade, 1992), 7) шкала Рэнкина (по J. Rankin, 1957; D. Wade, 1992).

Таким образом, одним из основных проявлений ХНМК в исследуемой группе является снижение когнитивных функций, приводящее на выраженных стадиях заболевания (ДЭ III стадии, или сосудистая деменция) к нарушению профессиональной, общественной и бытовой адаптации больных, что требует максимально ранней диагностики психических нарушений и коррекции цереброваскулярной патологии.

## ПРИМЕНЕНИЕ ИНГАРОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С (ХГС)

И.П.Баранова, Л.Н.Афтаева, Л.И.Краснова, М.В.Никольская

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

Одной из основных особенностей инфекции, вызванной HCV, является высокий риск развития хронической формы болезни. По данным экспертов ВОЗ, вирусами гепатитов с парентеральным механизмом передачи ежегодно в мире заражается от 8 до 35 млн человек [1-4].

*Целью* настоящего исследования было изучение противовирусной эффективности и безопасности комбинированной терапии ХГС рофероном А в сочетании с рибавирином и ингароном в сравнении с терапией пегилированным интерфероном α2b (Пегинтрон) и рибавирином.

*Материалы и методы*. Под наблюдением находилось 43 пациента с ХГС, который верифицировался на основании обнаружения в крови анти- HCV, РНК HCV (методом ПЦР с определением вирусной нагрузки РНК HCV), данных биохимического анализа крови. Среди пациентов были 23 мужчины и 20 женщин в возрасте от 22 до 57 лет.

Все больные были разделены на 2 группы по принципу получаемой терапии. В 1-ю группу включили 21 пациента, которые получали Пегинтрон 1,5 мкг/кг/нед. и рибавирин (ребетол) 10,6 мг/кг/сутки. Эффективность лечения

оценивалась на 4-й, 12-й и 24 неделе терапии. Во 2-ю группу включили 22 больных, которым был назначен роферон А 3 млн 3 раза в нед., ингарон 500тыс. МЕ 3 раза в нед., ребетол 10,6 мг/кг/сут («золотой стандарт терапии», группа сравнения). Длительность терапии ХГС у больных 2-й группы также составила 24 недели (с контролем лечения на 4-й, 12-й и 24 неделе). Данное исследование является открытым, рандомизированным и проспективным. Возраст больных 1-й группы составил 36,29±2,0 лет, 2-й группы – 31,05±1,13 лет. По генотипу возбудителя пациенты распредилились следующим образом: - в первой группе 48% - 1 генотип, 19% - 2 генотип, 33% - 3 генотип; во второй группе 14% - 1 генотип, 9% - 2 генотип, 77% - 3 генотип.

*Результаты исследования*. При анализе быстрого вирусологического ответа через 1 месяц от начала противовирусного лечения в первой группе не ответили на терапию 33% пациентов (7 человек), РНК HCV снизилась на 2 log у 43% пациентов (9 человек), РНК HCV не определялась у 24% пациентов (5 человек). Во 2-ой группе не ответили на терапию 18% пациентов (4 человека), РНК HCV снизилась на 2 log у 41% пациентов (9 человек), РНК HCV не определялась у 41% пациентов (9 человек).

При анализе раннего вирусологического ответа через 3 месяца от начала противовирусного лечения в первой группе не ответили на терапию 4% пациентов (1 человек), РНК HCV снизилась на 2 log у 29% пациентов (6 человек), РНК HCV не определялась у 67% пациентов (14 человек). Во 2-ой группе все пациенты ответили на терапию: РНК HCV снизилась на 2 log у 18% пациентов (4 человека), РНК HCV не определялась у 82% пациентов (18 человек).

Таким образом, быстрый вирусологический ответ достигнут во 2 группе пациентов в 82% случаев, а в 1 группе в 67% случаев. Ранний вирусологический ответ в 100% случаев достигнут во 2 группе пациентов, а в 1 группе в 96% случаев. В тоже время, следует отметить, что в 1-ой группе было в 3,4 раза больше больных ХГС с 1 генотипом вируса, в 0,5 раза больше – со 2 генотипом и в 2,4 раза меньше пациентов с 3 генотипом.

При анализе вирусологического ответа через 24 недели от начала противовирусного лечения в первой группе РНК HCV не определялась у 71% пациентов (15 человек), не ответили на терапию 24% пациентов (5 человек), 1 больной (5%) самовольно прекратил лечение и выбыл из программы исследования. Среди пяти пациентов, не ответивших на терапию, 1 генотип имели 3 пациента, 2 генотип – 2 пациента. Из причин, вероятно повлиявших на результаты лечения у больных со 2 генотипом, следует отметить ожирение у одного пациента и возникновение пневмонии на 19-й неделе терапии, повлекшее отмену противовирусных препаратов, и усиление активности прицесса ХГС - у второго пациента. Во 2-й группе РНК HCV не определялась у 82% пациентов (18 человек), не ответили на терапию 18% пациентов (3 человека), среди которых с 1 генотипом было 2 человека, и 2 – с 3-им генотипом. Из причин, вероятно повлиявших на результаты лечения у больных с 3 генотипом, следует отметить отсутствие приверженности к лечению (оба больных не принимали ребетол). Таким образом, при комплексной терапии пациенты второй группы ответили лучше

(на 7%), чем пациенты 1 группы, а больных, не ответивших на лечение, во 2 группе было в 1,4 раза меньше в сравнении с 1 группой ($p<0,05$).

*Выводы*: 1) Применение ингарона при ХГС свидетельствует о высокой эффективности комплексной терапии «роферон А+рибавирин+ингарон» в первые 24 недели лечения. 2) Результативность комплексного лечения ХГС рофероном А в сочетании с ингароном и рибавирином не уступает терапии пегинтроном с рибавирином.

Литература:

1. Максимов С.Л., Иванова Л.М., Кравченко А.В. и др. Эффективность и безопасность терапии пегилированным или стандартным интерфероном и рибавирином хронического гепатита С у больных с ВИЧ-инфекцией. Журнал «Эпидемиология и инфекционные болезни», №6, 2006.-с.39-44.
2. Alberti A., Clumeck N., Collins S. et al.//J. Hepatol.- 2005.-Vol.42, N 5.-P.615-624.
3. Hepatitis Annual Update 2005 //http //www.clinicaloptions.com/ hepatitis 2005.
4. Scott J., Kitahata M., Van Rompaey S. et al.//13th CROI Febr. 5-8, 2006, Denver, Colorado.-Denver, 2006.-Abstr. 865.

## ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

И.П.Баранова, Ж.Н.Керимова, О.Н.Лесина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

*Цель исследования*: определить иммунологические показатели при цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) у детей раннего возраста и оценить их динамику на фоне терапии. Материал и методы 178 детей с манифестной формой ЦМВИ в возрасте от рождения до 12 месяцев. Диагноз подтвержден обнаружением в крови ДНК цитомегаловируса (ЦМВ) методом ПЦР, специфических антител класса IgM и низкоавидных антител класса IgG с помощью ИФА. Определяли содержание сывороточных иммуноглобулинов классов А, М, G, популяций Т-лимфоцитов (CD4+, CD8+), уровней иммунорегуляторного индекса (ИРИ), НСТ-теста; применяли реакцию бласттрансформации лимфоцитов (РБТЛ) с митогенами конканавалином (Кон А) и фитогемагглютинином (ФГА). Пациенты распределены на 6 подгрупп в зависимости от характера проведенной этиотропной терапии: 1 подгруппа – дети, получавшие цитотект или неоцитотект (14 детей), 2 подгруппа – иммуноглобулин для внутривенно-

го введения (10), 3 подгруппа - цитотект (или неоцитотект) и виферон (16), в 4 подгруппе дети получали иммуноглобулин в сочетании с вифероном (14), в 5 подгруппе – виферон (5), больным 6 подгруппы проводилась только симптоматическая и патогенетическая терапия (5). Эффективность лечения оценивалась по результатам повторных иммунологических исследований в течение 5-6 месяцев после лечения. Доза и схема лечения применялась в соответствии с инструкцией.

*Результаты исследования*: У 95,3% больных ЦМВИ до начала лечения обнаружены достоверные изменения в иммунологической защите: снижение уровня IgA до 0,15±0,04 г/л у 71,8% детей, снижение до 0,04±0,002 г/л (3,1%) или повышение до 1,3± 0,007 г/л (51,5%) уровней IgM, снижение уровней IgG до 2±0,07 г/л (48,4%), снижение содержания CD4+ до 18,5±4,2% (35,9%) и CD8+ до 12,3±1,8% (48,4%) пациентов, повышение (ИРИ) - до 2,8±0,3 у 35,9%. Выявлены достоверные изменения со стороны РБТЛ, в том числе: повышение РБТЛ с ФГА до 35±5% (26,5%), снижение РБТЛ с КонА до 31,5±5,6% (12,5%). Обнаружены достоверные изменения в системе фагоцитоза по показателю НСТ-теста, в том числе снижение спонтанного до 2,06±0,3% у 29,6% пациентов, индуцированного до 31,25±1,2% у 15,6%, а также повышение спонтанного до 17,2±2,5% у 29,6% больных. Через 5-6 месяцев после начала терапии достоверное повышение исходно сниженных уровней IgA отмечено у 66,7% пациентов, получавших цитотект (0,41±0,02 г/л); у 77% пациентов, получавших цитотект и виферон (0,5±0,02 г/л), у 33,3% больных, получавших внутривенно иммуноглобулин (0,7±0,03 г/л), а при комбинированной терапии иммуноглобулином и вифероном - у 60% (0,36±0,003 г/л). В подгруппе пациентов, получавших виферон, достоверное повышение исходно сниженных показателей IgA наблюдалось лишь в 25% случаев (0,4±0,001 г/л); а у пациентов 6 подгруппы в 100% случаев уровни IgA оставались достоверно сниженными (0,21±0,04 г/л). На фоне терапии во всех случаях через 5-6 месяцев после начала терапии диагностирована достоверная нормализация исходно повышенных уровней IgM: 1,18±0,02 г/л в 1 подгруппе, 0,93±0,1 г/л – во второй, 1,17±0,16 г/л - в третьей, 0,7±0,1 г/л – в четвертой, 0,76±0,3 г/л – в пятой, 1,08±0,09 г/л - в шестой. Снижение уровней IgM до 0,04±0,002 г/л наблюдалось лишь в 2 случаях в 3 подгруппе, и в обоих случаях к 7-8 месячному возрасту определялись нормальные уровни IgM (0,58±0,02 г/л). Достоверное повышение исходно сниженных уровней IgG достигнуто в 100% случаев у всех больных: 1 подгруппа - 5,2±0,6 г/л, 2-я – 4,6±0,06 г/л, 3-я – 5,02±0,4 г/л, 4-я – 4,63±0,5 г/л, 5-я – 5,6±0,7 г/л, 6-я – 5,2±0,6 г/л. На фоне лечения цитотектом достоверное повышение исходно сниженных уровней CD4+ диагностировано у 80% пациентов (45,5±3,8%), при добавлении в терапию виферона – у 83,3% пациентов (44±8,6). Нормализация уровней CD4+ выявлена у 60% пациентов, получавших терапию иммуноглобулином и вифероном (47,3±2,7%). В остальных подгруппах уровни CD4+ после терапии оставались сниженными и составили 23,6±5,7% во 2-й, 28±5,1% – в 5-й, 27,5±6,9% - в 6-й. После лечения достоверное повышение исходно сниженных уровней CD8+ отмечено у 50% пациентов, получавших цитотект

(24,3±5,8%), у 63,7% пациентов, получавших цитотект и виферон (20,5±2,2%), у 63% больных, получавших иммуноглобулин и виферон (23±2,3%). На фоне лечения тенденция к нормализации исходно повышенных показателей ИРИ наступила у 75% пациентов 1 подгруппы (2,4±0,06), у всех пациентов 2-й (2,7±0,03), у 50% пациентов 3-й (2,2±0,1), у 83,3% пациентов 4-й (2,3±0,1). В 5 и 6 подгруппах показатели ИРИ оставались повышенными. На фоне терапии у больных, получавших цитотект или виферон, в 100% случаев наблюдалась нормализация исходно сниженных уровней ИРИ (2,1±0,1 в 1 подгруппе и 1,7±0,2 в 5 подгруппе), на фоне лечения иммуноглобулином показатели ИРИ оставались сниженными. Достоверная нормализация исходно повышенных уровней РБТЛ с ФГА выявлена в 50% случаев у больных, получавших цитотект (60±5,0%) или иммуноглобулин (62±5,1%), а при добавлении в терапию виферона нормализация показателей наступала в 100% случаев (до 62±3,8% в 3 подгруппе и 61,2±5,1% - в четвертой). Симптоматическая терапия не влияла на уровни РБТЛ с ФГА. Достоверное повышение исходно сниженных показателей РБТЛ с КонА выявлено через 5-6 месяцев у 50% больных, получавших цитотект (44,5±3,1%) и у 75% больных, получавших цитотект с вифероном (48,6±4,7%). Достоверное повышение исходно сниженных показателей спонтанного НСТ-теста на фоне лечения цитотектом наступало в 33,3% случаев (7,0±2,3%), на фоне лечения цитотектом и вифероном – в 100% (9,0±0,1%). При лечении внутривенным иммуноглобулином нормализация показателей достоверно отмечена в 50% (6,0±0,4%), при лечении иммуноглобулином и вифероном – в 66,7% (7,0±0,4%), при лечении вифероном - в 100% (10,0±1,2%). У больных 6 подгруппы исходно сниженные уровни спонтанного НСТ-теста не повышались (3,0±0,2%). При лечении цитотектом достоверное снижение исходно повышенных уровней спонтанного НСТ-теста отмечено у 50% пациентов (5,0±0,2%), и в 100% случаев в остальных подгруппах: 2-я - 5,0±1,2%, 3-я - 6,0±1,2%, 4-я - 6,0±0,9%. Достоверное повышение сниженных показателей индуцированного НСТ-теста на фоне лечения отмечено у 50% пациентов, получавших цитотект (46,0±1,2%), у 33,3%, получавших цитотект и виферон (42,0±1,5%), в 100% у пациентов, получавших иммуноглобулин с вифероном (47,0±1,2%). В 6 подгруппе пациентов нормализации этих показателей не выявлено (37,0±1,6%).

*Выводы*: 1. При цитомегаловирусной инфекции у детей первого года жизни отмечаются достоверные изменения в клеточном и гуморальном звене иммунной защиты, характеризующиеся снижением уровней иммуноглобулинов класса IgA и IgG, повышением уровней IgM, изменениями показателей CD4+, CD8+, ИРИ, РБТЛ и НСТ-теста. 2. На фоне противовирусной терапии иммуноглобулинами и вифероном достоверно повышаются уровни CD4+ и CD8+, нормализуется ИРИ, повышаются концентрации IgA и IgG, нормализуются показатели IgM, РБТЛ и НСТ-теста. 3. Комбинированная противовирусная терапия внутривенными иммуноглобулинами (в том числе, специфическими) и вифероном оказывает более выраженный иммуномодулирующий эффект.

# НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА (НИР) НА КАФЕДРЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ: ЦЕЛИ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ

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

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Научно-исследовательская работа (НИР) является одним из ведущих направлений в деятельности каждой кафедры института усовершенствования врачей, в том числе и кафедры инфекционных болезней.

*Цель работы*: оценить результативность научно-исследовательской деятельности на кафедре инфекционных болезней.

Кафедра инфекционных болезней открыта в ГОУ ДПО Росздрава в 1995 г. В настоящее время на кафедре работают 1 д.м.н., профессор и 4 к.м.н. (2 доцента, 2 ассистента). НИР кафедры оценена по следующим критериям: 1) научное направление кафедры; 2) подготовка научно-педагогических кадров; 3) квалификация профессорско-преподавательского состава (% «остепененности»); 4) объем и качество научных исследований; 5) число публикаций, в том числе в центральной печати; 6) количество сделанных докладов; 7) издание сборников научных материалов; 8) число монографий, руководств, учебных пособий, изданных в центральных издательствах или утвержденных на федеральном уровне; 9) наличие аспирантуры; 10) подготовка и проведение научных конференций; 11) количество разработанных и изданных учебно-методических пособий; 12) участие в конкурсах; 13) участие в работе научно-практических обществ; 14) отражение НИР в образовательном процессе; 15) участие в работе всероссийских конференций, когрессов, съездов; 16) рейтинговая оценка; 17) внедрение результатов НИР в практику здравоохранения и др.

Научное направление кафедры посвящено проблемам снижения заболеваемости (в том числе, у часто болеющих детей) и смертности детского населения, вопросам диагностики и лечения вирусных гепатитов и внутриутробных инфекций. В рамках НИР за время существования кафедры защищены 7 диссертаций (утверждены ВАК), еще 2 – подготовлены к защите и 2 – в процессе подготовки (всего 11). Все сотрудники кафедры имеют ученую степень; получены звания профессора (1), доцента (2), Заслуженный врач РФ (1), Отличник здравоохранения (1). Все сотрудники кафедры из числа профессорско-преподавательского состава имеют высшую квалификационную категорию. За 14 лет опубликованы 283 работы, в том числе в центральной печати - 102 (25 - в рецензируемых журналах и 12 - в Приложениях к рецензируемым журналам, 65 – в других центральных изданиях). Подготовлено и издано 6 сборников научных трудов «Актуальные вопросы инфекционной патологии и современные методы лечения», сотрудники участвовали в работе редакционных коллегий

ещё пяти изданий (всего 11 сборников). Опубликованы 1 монография, 2 руководства (в издательствах «Геотар-медиа», Москва и «Литтерра», Москва); 8 учебных пособий (из 30 опубликованных) утверждены на федеральном уровне (в том числе, 3 утверждены УМО). Проведено исследование (по решению Фармкомитета РФ) и дана оценка клинической эффективности различных форм циклоферона (инъекционная, таблетированная формы, суппозитории) и цитофлавина в лечении вирусных гепатитов и ОРЗ. Сделано 190 докладов, в том числе 10 на Всероссийских конгрессах, конференциях, съездах в г. Москва, Санкт-Петербург. К научным исследованиям привлечен 71 врач (имеется 54 совместных публикации с сотрудниками клинических баз). Организовано и проведено 26 конференций по вопросам инфекционных заболеваний (в том числе 6 с изданием сборников материалов). С 2004 г. открыта аспирантура по специальности «Инфекционные болезни». Из числа 7 соискателей/аспирантов, защитивших диссертации, 4 работают в ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава в должности преподавателей, 1 – в НИИ (г. Москва), 1 – старшим лаборантом, 1 – в здравоохранении; 1 сотрудник – член Диссертационного совета. Научные и учебно-методические работы кафедры принимали участие в конкурсах различных уровней (конкурсы молодых ученых на Всероссийских конференциях/конгрессах, институтских конкурсах на лучшее учебное пособие, на лучшую монографию) и неоднократно занимали призовые места (5). Разделы научного исследования нашли свое отражение в образовательном процессе (51 акт внедрения). Сотрудники кафедры проводят рецензирование научных трудов, в том числе монографий (1), учебных пособий (12), диссертаций (внутриинститутское рецензирование - 11); подготовлены отзывы на авторефераты (14) и на диссертации в качестве оппонентов (3). Кафедра инфекционных болезней принимает непосредственное участие в организации работы областного научно-практического общества инфекционистов, эпидемиологов, микробиологов и паразитологов.

В практику здравоохранения сделано 53 внедрения (87 актов внедрения). Среди внедрений – применение современных лекарственных препаратов в терапии инфекционных болезней (циклоферон, цитофлавин, ингарон, пегилированные интерфероны, комбинированная терапия вирусного гепатита по схеме «интерферон+рибавирин+ингарон», комплексное лечение цитомегаловирусной инфекции внутривенными иммуноглобулинами и/или цитотектом в сочетании с вифероном, экстракорпоральные методы лечения гемолитико-уремического синдрома, комбинированная иммунотерапия часто болеющих детей, коррекция иммунных дисфункций при вирусных гепатитах В, С, микст-В+С, способ метаболической коррекции гепатита А и др.), методы диагностики, прогнозирования и лабораторно-инструментального контроля за течением заболеваний (прогноз развития внебольничной смерти детей, прогноз развития частых и длительных инфекционно-воспалительных заболеваний у детей, прогноз развития и манифестации цитомегаловирусной инфекции у детей первого года жизни; использование неинвазивной эластометрии для диагностики фиброза/цирроза печени при хронических вирусных гепатитах, иммунологический контроль за

течением гемоконтактных вирусных гепатитов у наркозависимых пациентов, этапы диагностики иммунологической недостаточности, оценка метаболических нарушений при гепатите А и др.). Предложена модифицированная классификация цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста.

Кафедра принимает участие в организации, руководстве и работе «Областной комиссии по диагностике острых вялых параличей и полиомиелита на территории Пензенской области» (реализация программы ВОЗ), «Областного медицинского центра по диагностике, лечению и профилактике вирусных гепатитов» (реализация областной «подпрограммы «Вирусные гепатиты»). По результатам совместной работы с здравоохранением подготовлены 4 приказа МЗ и СР ПО. Препарат циклоферон (меглумина акридонацетат) включен в стандарт комплексного лечения больных хроническими вирусными гепатитами (приказ Минздравсоцразвития РФ №571 от 2006г.). Сотрудники кафедры приняли участие в работе 38 Всероссийских съездов, конференций, конгрессов (г. Москва, г.Санкт-Петербург, г.Нижний Новгород). По данным институтского рейтинга кафедра занимала четвертое (2006г.), третье (2007г.) и второе (2008г.) место.

Таким образом, 1) результативность научно-исследовательской работы кафедры необходимо оценивать по суммарным критериям; 2) профессиональный уровень сотрудников, а также объем и качество научных исследований свидетельствуют о достаточном потенциале кафедры инфекционных болезней и возможностях ее дальнейшего развития.

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

И.П.Баранова, Д.Ю.Курмаева, О.Н.Лесина

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

Инфекционный мононуклеоз является актуальной проблемой инфекционной патологии. В последние годы отмечается рост заболеваемости как у детей, так и у взрослых. В настоящее время инфекционный мононуклеоз (ИМ) рассматривается как полиэтиологичное заболевание, вызываемое различными вирусами семейства герпетических, с преобладанием Эпштейн-Барр вирусной этиологии и возможностью формирования хронического течения.

*Целью данного исследования* является изучение клинико-лабораторных особенностей инфекционного мононуклеоза у больных в различных возрастных группах.

*Материалы и методы исследования*. Под наблюдением находилось 75 пациентов, госпитализированных в инфекционный стационар, из них детей до 14 лет – 62 человека (мальчиков-34, девочек-28), старше 14 лет и взрослых -13 человек (мужчин-7, женщин-6). У всех больных проводилась этиологическая

верификация: определение ДНК вируса Эпштейн-Барр (ВЭБ) и цитомегаловируса (ЦМВ) методом ПЦР, серологическая диагностика маркеров ВЭБ (IgM-VCA, IgG-EA, IgG-VCA, авидность) и ЦМВ (анти-CMV-IgM, анти-CMV-IgG, авидность) методом ИФА.

*Результаты исследования*. Выделены следующие возрастные группы: 1-я - дети до 3-х лет – 38 человек, 2-я - от 4 до 7 лет (15 детей), 3-я - с 7 до 14 лет (9 детей), 4-я - старше 14 лет и взрослые (13 человек). Во всех группах доминирует инфекционный мононуклеоз средней степени тяжести – 72 пациента (96%). Тяжелые формы составили 4% (3 человека) в возрасте 3-х, 4-х, 16 лет.

В качестве этиологического фактора чаще встречался Эпштейн-Барр вирус - 54,7% (у 41 пациента), цитомегаловирус составил 14,7% (у 11 больных), микст – инфекция (ВЭБ+ЦМВ) диагностирована в 22,6%случаев (у 17 человек), неуточненный мононуклеоз в 8% (у 6 пациентов). У детей 1-й группы чаще, чем у пациентов других групп диагностирован инфекционный мононуклеоз, вызванный ЦМВ (8 пациентов-21%) и ЦМВ в сочетании с ВЭБ (9 больных-23,7%), в остальных группах преобладала Эпштейн-Барр вирусная инфекция (соответственно 66,7%, 44,5%, 77%).

У 6 больных выявлено хроническое течение ИМ: во 2 группе (4-7 лет) - у 1 пациента, в 3 группе (7-14 лет) – у 2-х, в 4 группе (старше 14 лет и взрослые) – у 3-х человек. В 1 группе у двоих больных в возрасте 1 года 9 месяцев и 3 лет отмечался риск хронизации Эпштейн - Барр вирусной инфекции и у одного ребенка в возрасте 1 года 6 месяцев - реактивация ЦМВ на фоне острой ВЭБ. Установлено, что частота характерных клинических проявлений ИМ (лихорадка, лимфаденопатия, тонзиллит, гепатоспленомегалия) не зависит от возраста пациентов. Однако выявлено, что у детей в возрасте до 7 лет значительно чаще встречается затруднение носового дыхания (в 1-й группе 63,1%, во 2-й 66,6%, в 3-й 44,4%, в 4-й 7,6%) и более выражено увеличение периферических лимфатических узлов. Шейные лимфатические узлы достигали значительных размеров - более 1,5 см в диаметре - в 1-й группе у 21% больных, во 2-й – у 20%, в 3-й –у 11,1% , в 4-й - у 7,6% пациентов). Изменения гемограммы характеризовались в возрастных группах следующими особенностями: лейкоцитоз выявлен в 1-й возрастной группе у 89,5%, во 2-й – у 73,4%, в 3-й – у 55,6%, в 4-й - у 53,9% больных, атипичные мононуклеары - соответственно у 81,6%, у 93,8%, у 77,8%, у 61,6%. Оказалось также, что поражение печени более характерно для подростков и взрослых: повышение трансаминаз отмечено в 1-й группе у 15,7%, во 2-й - у 20%, в 3-й – у 44,4%, в 4-й - у 61,5% пациентов. Гипербилирубинемия (желтушная форма гепатита) обнаружена только у взрослых. Осложнения заболевания наблюдались у 10,7% больных с одинаковой частотой во всех возрастных группах (острый миокардит, пневмония, отит, цистит, спленит).

*Выводы*: 1) инфекционный мононуклеоз чаще диагностируется у детей в возрасте до 14 лет; 2) инфекционный мононуклеоз цитомегаловирусной этиологии как моно-инфекция, так и в сочетании с ВЭБ преобладает у детей первых 3-х лет жизни; 3) у детей до 7 лет наблюдаются манифестные

клинические формы заболевания с наличием характерных симптомов и гематологических изменений, а в старших возрастных группах чаще встречается поражение печени; 4) у детей старше 7 лет и у взрослых выше риск хронизации инфекции; 5)тяжесть течения заболевания и развитие осложнений не зависят от возраста.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЧЕШСКИХ АЛЛЕРГЕНОВ «СЕВАФАРМА» А.О. ПРИ ПОЛЛИНОЗАХ

Е.В.Безрукова, А.И.Гришаева, И.И.Темарцева, Б.А.Молотилов

ГУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»,
ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

«Чистые» формы поллиноза встречаются довольно редко, в 10 - 12% случаев, наиболее часто, заболевание протекает на фоне сочетанной сенсибилизации к другим аллергенам. Это создает определенные сложности при проведении АСИТ. В данной ситуации, поиски наиболее оптимальных методов АСИТ являются важными в аллергологии.

В ходе исследования наблюдалось 189 пациентов, страдающих поллинозом, в возрасте от 18 до 55 лет, 90 человек взяты для проведения АСИТ. Пациенты были разделены на 3 группы, по 30 человек в каждой. У 30(15,8%) больных наблюдалась только пыльцевая сенсибилизация – «чистый» поллиноз - первая группа. Эти больные получали лечение чешскими пыльцевыми аллергенами «Севафарма» а.о. Н-АЛ лечебный «Весенняя смесь ранняя» и «Осенняя смесь» в нарастающих дозировках от 1 до 10 000 PNU сублингвально. У 159(84%) больных отмечалась сенсибилизация к пыльцевым, бытовым, грибковым, пищевым и др. видам аллергенов. При сочетанных формах сенсибилизации для исследования было взято 60(31,7%) пациентов, где поллиноз сочетался с бытовой аллергией. Эти больные составили 2 и 3 группы испытуемых. Вторая группа пациентов при сочетанной сенсибилизации получала лечение только чешскими пыльцевыми аллергенами фирмы «Севафарма» а.о. Н - АЛ лечебный «Весенняя смесь ранняя» и «Осенняя смесь».

В третьей группе при наличии бытовой и пыльцевой аллергии для лечения использовались пыльцевые чешские аллергены «Весенняя смесь ранняя» и «Осеняя смесь» и отечественные аллергены домашней пыли.

У всех пациентов до начала и в процессе проведения АСИТ изучались результаты кожных тестов с чешскими и отечественными аллергенами, отмечен высокий процент корреляции – свыше 90% между чешскими и отечественными аллергенами, динамика общего и специфического IgE, наблюдалось снижение титров общего и специфических IgE после проведения АСИТ, а также динамика sIgA в слюне. При иммунологическом исследовании до лечения большинство пациентов - 85% имели сниженный уровень sIgA, а после лечения аллерге-

нами он увеличился в более чем в 2 раза и достиг нормальных показателей у 95% пациентов.

По предварительным данным высокая клиническая эффективность 90% наблюдалась при использовании чешских пыльцевых аллергенов у больных с «чистыми» формами поллиноза. При сочетанной сенсибилизации лучший эффект наблюдался при проведении АСИТ комбинацией аллергенов.

## ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДА ВНУТРИПОРТАЛЬНЫХ ИНФУЗИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ХИРУРГИИ

А.Н.Беляев, С.А.Беляев, А.А.Юдин, С.И.Хвастунов, М.А.Бухаркин

Медицинский институт ГОУ ВПО «МГУ им Н.П.Огарева»
Саранск

Эффективность лечения заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны повышается при регионарном введении лекарственных препаратов. При этом используют селективное подведение лекарственных препаратов путем катетеризации аорты или путем катетеризации реканализированной пупочной вены. Первый путь введения требует определенных навыков и технического оснащения, к тому же встречаются осложнения, характерные для пункций или катетеризаций магистральных сосудов. Селективная внутрипортальная медикация является более доступной и технически выполнимой процедурой.

Для оптимизации метода внутрипортальных инфузий лекарственных препаратов нами проведены экспериментальные исследования по обоснованию скорости и объема введения лекарственных препаратов в портальную систему. Предварительно проведенные экспериментальные исследования показали, что оптимальный скоростью внутрипортальных инфузий является 3 – 4 мл/мин или 40 – 50 капель в минуту. При более высокой скорости инфузий, в силу анатомо-физиологических особенностей микроциркуляторного русла печени, происходит ее жидкостная перегрузка с последующим нарушением функции (Беляев А.Н., Инякин О.Н., 2001). Также нами были проведены анатомо-морфологические исследования на трупном материале. Было выявлено, что в области перехода пупочной вены в портальную имеется мышечный жом, для преодоления которого во время катетеризации вены требуется дополнительное усилие. В возрастном аспекте у людей старше 70 лет происходит практически полная облитерация просвета вены, поэтому катетеризация пупочной вены у этих больных не всегда выполнима.

С целью внедрения метода внутрипортальных введений озонированного физиологического раствора в клиническую практику проведены экспериментальные исследования на 32 беспородных собаках массой 10-34 кг под внутриплевральным тиопентал-натриевым (0,045-0,050 г/кг) наркозом. Внепеченочный холестаз моделировали путем интраоперационного сдавления холедоха лигатурной перетяжкой.

На 3 сутки эксперимента, на высоте биохимических нарушений, выполняли декомпрессию желчевыводящих путей посредством удаления лигатурной перетяжки. Инфузионную терапию проводили после декомпресии холедоха ежедневно, в течение 4 суток. В зависимости от состава инфузионных сред, животные разделены на 4 группы. В контрольной серии (n=8) лечение не проводилось. Во 2 серии (n=8) после выполнения декомпрессии желчевыводящих путей осуществляли внутривенное капельное (40-60 кап/мин) введение 0,9 % раствора натрия хлорида (физиологического раствора - ФР) в объёме 20 мл/кг.

В 3 серии экспериментов (n=8) изучали лечебную эффективность озонированного физиологического раствора (ОФР). Концентрация озона на выходе озонатора составляла 2500 мкг/л. Внутривенную инфузию ОФР осуществляли со скоростью 40-60 кап/мин в объёме 10 мл/кг, после чего внутривенно вводился ФР (10 мл/кг). В 4 серии (n=8) после удаления лигатуры с холедоха осуществляли внутрипортальное введение ОФР (10 мл/кг) и внутривенное – ФР (10 мл/кг).

Обтурация холедоха уже с первых суток эксперимента сопровождалась выраженными нарушениями показателей функционального состояния печени, которые достигали максимальных изменений к 3 суткам. К этому сроку содержание билирубина в плазме возрастало с 7,36±0,57 до 288,33±6,99 мкмоль/л. Наблюдалось повышение активности внутриклеточных энзимов: АсАТ - с 0,2±0,02 до 2,18±0,13 мкмоль/мл·ч; АлАТ – с 0,18±0,02 до 4,19±0,2 мкмоль/мл·ч

Декомпрессия холедоха путем удаления лигатурной перетяжки способствовала снижению в 3,4 раза уровня общего билирубина, в 1,4 раза - щелочной фосфатазы, в 1,25 и 1,26 раза - активности АсАТ и АлАТ ($p<0,001$). Полученные результаты во 2 серии экспериментов позволяют сделать вывод о том, что удаление лигатуры с холедоха лишь препятствовало дальнейшему развитию функциональных расстройств. Однако изучаемые величины значительно превышали исходные данные, что указывало на необходимость медикаментозной коррекции функционального состояния печени.

Выявлено, что после инфузий 0,9% раствора NaCl отмечалась тенденция к нормализации большинства изучаемых показателей. Происходило уменьшение в 3,6 раза содержания общего билирубина, в 3,1 раза - АсАТ, в 3,0 раза - АлАТ, в 2,1 раза - щелочной фосфатазы, в 1,6 раза - креатинина.

Необходимо отметить, что, несмотря на выявляемую положительную динамику, значения изучаемых показателей к концу эксперимента оставались на уровне в несколько раз превышающих исходные.

Применение при внепеченочном холестазе внутривенных инфузий ОФР сопровождалось более значительной положительной динамикой большинства исследуемых показателей. Нами отмечено выраженное уменьшение интенсивности холестатического (снижение уровня щелочной фосфатазы в 2,8 раза ($p<0,001$), билирубина – в 30,2 раза ($p<0,05$) и цитолитического (понижение активности АсАТ в 6,4 раза, АлАТ – в 6,2 раза) синдромов.

После внутрипортального введения озона наиболее существенно снижалось содержание общего билирубина (в 54,7 раза; $p<0,001$), активности щелоч-

ной фосфатазы (в 4,3 раза ($p>0,05$; $p_1<0,001$), уровня АлАТ (в 12,1 раза) и АсАТ (в 7,5 раза), максимально приближаясь к исходным величинам.

*Выводы.*

1. При остром внепеченочном холестазе уже к 3 суткам развиваются выраженные нарушения функционального состояния печени.

2. Озонированный физиологический раствор обладает значительной гепатопротекторной активностью, и способствует существенной коррекции нарушенной функциональной активности печени при внепеченочном холестазе.

## ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА РЕГИОНАРНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ КЛЕТОЧНО-АССОЦИИРОВАННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

А.Н.Беляев, Г.А.Грузнов, А.Н.Родин

Медицинский институт ГОУ ВПО «МГУ им Н.П.Огарева»
Саранск

Лечение больных с гнойно-некротическими процессами у больных с сахарным диабетом представляет собой сложную задачу. Причиной этого являются разнообразные микробные ассоциации в патологическом очаге, высокая обсемененность тканей микробами, нарушение микроциркуляции, что осложняет и пролонгирует фазы раневого процесса. Данная проблема может быть решена путем создания высокой концентрации антибиотика в очаге воспаления, что не отмечается при внутримышечном и внутривенном путях введения. Клеточно-ассоциированная внутриартериальная антибактериальная терапия, обеспечивающая высокую концентрацию препарата в гнойном очаге, может стать решением данной проблемы.

*Цель исследования:* по динамике течения раневого процесса оценить эффективность метода регионарной внутриартериальной клеточно-ассоциированной терапии в комплексном лечении больных с гнойно-некротическими осложнениями диабетической стопы.

*Материалы и методы исследования:* проведено обследование и лечение 45 больных с инсулинзависимым сахарным диабетом (СД), средней степени тяжести. Возраст больных колебался от 45 до 75 лет. Длительность течения СД составляла от 3 до 20 лет. В зависимости от метода лечения все больные были разделены на три группы по 15 человек.

Больным I группы проводилась только адекватная традиционная терапия с учетом осложнений и сопутствующих заболеваний.

Больным II группы, наряду с традиционным лечением, применялось чрезкожное внутриартериальное введение антибактериального препарата. Бедренную артерию пораженной конечности пунктировали и предварительно вводили 4-5 мл. 1% р-ра новокаина, а затем через ту же иглу проводили

инфузию цефтриаксона в дозе 1,0 гр., разведенного в 20 мл. 0,9% р-ра NaCl 1 р/д, в течение 7 дней.

Пациентам III группы наряду с обычным лечением проводилась регионарная внутриартериальная клеточно-ассоциированная антибактериальная терапия по методике Швецова Д.А. (1996). В 20 мл. шприц с 2500 ед. гепарина и 1 мл. полиглюкина осуществляли забор крови из вены в объеме 20 мл. Взвесь отстаивали непосредственно в шприце, помещенного в штатив канюлей кверху, в течение 1 часа, после чего отстоявшуюся плазму удаляли. Далее в шприц с клеточной массой набирали 1,0 гр. цефтриаксона, растворенного в 1 мл. стерильного 0,9% р-ра NaCl. С целью создания однородной массы клеточную взвесь инкубировали в термостатируемом шейкере (Shaker ST-3L) с вибрацией 210 об/мин. при температуре 37 °С в течение 30 мин., после чего доводили объем крови в шприце стерильным 0,9% р-ром NaCl до 20 мл. и вводили больному внутриартериально 1 р/д, в течение 7-10 дней.

Оценка местных признаков воспаления проводилась по выраженности отека мягких тканей; гиперемии, окружающей рану кожи; наличию некроза; характеру отделяемого и состоянию дна и краев раны; срокам очищения ран от гнойно-некротических масс; появлению полноценной грануляционной ткани; началу краевой эпителизации раны; уменьшению площади раны.

Для изучения динамики репаративных процессов в ране использовались цитологические исследования раневого экссудата по Кузину М.И. (1970) и оценка типов цитограмм раневого экссудата по Кузину М.И. (1990). Материал для цитологического исследования брали посредством легкого соскоба с поверхности раны специальным шпателем. Полученный материал переносили на предметное стекло, фиксировали и окрашивали по способу Романовского. Для оценки эффективности лечения и сравнения полученных результатов, исследования проводились у больных при поступлении в стационар, а также на 20-22 сутки лечения.

*Результаты исследований.* У всех больных при поступлении в стационар в ране обнаруживались участки дегенеративно измененных и некротизированных тканей, гнойное отделяемое, отечность и гиперемия кожи вокруг раны. В процессе лечения у больных I группы купирование отека и гиперемии кожи вокруг раны отмечалось на 10,6 ± 1,6 день, во II группе на 8,4 ± 1,4 день, а у больных III группы на 7,5 ± 1,2 день.

Сроки очищения раны от гнойно-некротических масс в III группе составили 9,8 ± 0,3 дня, что на 2,6 дня меньше, чем у больных II группы и на 4,7 дня меньше, чем у больных I группы.

У пациентов III группы, в среднем на 2,3 ± 4,5 дня раньше появлялись грануляции и на 4,2 ± 7,2 дня быстрее происходила краевая эпителизация ран, чем у больных II и I группы соответственно.

До лечения в цитограмме поверхностных слоев раны отмечалось обильное количество коккобациллярной флоры, преобладали нейтрофильные лейкоциты. 68-88% нейтрофилов характеризовались 2-3 степенью дегенерации. В 80% наблюдений определялся незавершенный фагоцитоз. Полибласты и мак-

рофаги отсутствовали. На 22 сутки лечения у больных I группы в цитограмме отмечалось умеренное количество неизмененных полиморфноядерных лейкоцитов (14-18 в поле зрения), что свидетельствовало об уменьшении воспалительной реакции. Микрофлора не определялась. Наблюдались макрофаги и полибласты до 9-12 в поле зрения. У больных II и III групп прослеживалась трансформация полибластов в профибробласты (15-20 в поле зрения).

*Выводы*. Регионарная внутриартериальная клеточно-ассоциированная антибактериальная терапия способствует более раннему исчезновению признаков воспаления и сокращения сроков очищения ран, что, несомненно, связанно с более высокой концентрацией и длительным действием антибиотика в очаге воспаления.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАРНОГО ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ МЕКСИДОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА

А.Н.Беляев, А.Н.Родин, Г.А.Грузнов

Медицинский институт ГОУ ВПО «МГУ им Н.П.Огарева»
Саранск

В развитии ангиопатий нижних конечностей при сахарном диабете всё большее значение придаётся изменениям в системе гемокоагуляции. В этой связи изучение состояния внутрисосудистого гемостаза приобретает особую актуальность. В последние годы доказана важная роль перекисного окисления липидов в процессах повреждения и активации системы гемостаза у больных с сахарным диабетом. Фармакологическая коррекция нарушений гемостаза может реализовываться через управление процессом перекисного окисления липидов, что является основанием для изучения эффективности лекарственных средств, обладающих антиоксидантными свойствами.

*Цель работы*. Оценить выраженность нарушений гемостаза и степень их коррекции при включении регионарного внутриартериального введения мексидола в комплексное лечение осложнённых форм диабетической стопы.

*Материалы и методы исследования*. Нами обследовано 90 пациентов с осложненными формами диабетической стопы. Больным контрольной группы (30 человек) проводилась только адекватная традиционная терапия с учетом осложнений и сопутствующих заболеваний. Больным второй группы (30 человек) на фоне традиционной терапии осуществляли внутривенное введение мексидола в дозе 400 мг/сутки в течение 10 дней, разведённой на 200 мл изотоничечкого раствора натрия хлорида. Больным третьей группы (30 человек) проводили внутриартериальное введение мексидола в бедренную артерию пораженной конечности в течение 10 дней в дозе 400 мг/сутки, разведённой на 20 мл изотонического раствора натрия хлорида.

Состояние гемостаза оценивали по времени рекальцификации плазмы, активированному частичному тромбопластиновому времени (АЧТВ), содержанию фибриногена в плазме, активности антитромбина III, уровню растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК). Активность фибринолитической системы оценивали по определению спонтанного фибринолиза по Б.И. Кузнику, эуглобулинового лизиса после искусственной контактной активации фактора XII каолином (Хагеман-зависимый фибринолиз). Забор крови для исследования производили из вены локтевого сгиба при поступлении больного в клинику, на 5-е, 10-12-е, и 20-22-е сутки лечения.

*Результаты исследования*. Полученные данные при поступлении у больных с осложнёнными формами диабетической стопы свидетельствовали о повышенной активности коагуляционного гемостаза с выраженной фибриногенемией, увеличением уровня РФМК на 68% (P<0,001) и снижением антитромбина III на 40% (P<0,001). При изучении плазминовой системы определялась выраженная депрессия литической активности крови: отмечалось снижение спонтанного фибринолиза на 11% (P<0,001) и Хагеман-зависимого фибринолиза на 69% (P<0,001).

На 5-е сутки традиционной терапии изменения гемостазиограммы сдвигались в сторону гиперкоагуляциии и угнетения антисвёртывающих механизмов. К 10-12-м суткам определялась тенденция к незначительному снижению коагуляционной активности крови, сохраняющаяся к 20-22-м суткам, однако достоверных изменений показателей активности антикоагулянтов и фибринолиза не наблюдалось.

Во второй группе больных отмечалось малозначительное снижение коагулемии и активация противосвёртывающих механизмов. Нами установлено, что на 5-е стуки, относительно данных первой группы, время рекальцификации увеличивалось на 5% (P<0,01), АЧТВ – на 10,5% (P<0,001). На протяжении последующего периода наблюдения изучаемые показатели значительно не изменялись. Исследование содержания РФМК показало, что на 5-е сутки лечения их концентрация снижалась на 5% (P<0,01), достигая к 20-22-м суткам 9% (P<0,001).

При регионарном внутриартериальном введении мексидола, по сравнению с внутривенным способом введения, изменения коагуляционного гемостаза проявлялись в виде снижения активности начальной фазы свёртывания крови, на что указывало удлинение АЧТВ – на 8% (P<0,001), 9% (P<0,01) и 7% (P<0,001) соответственно на 5-е, 10-12-е и на 20-22-е сутки. При определении времени рекальцификации плазмы динамика была схожей на протяжении всего периода наблюдения. Снижение уровня фибриногенемии к 20-22-м суткам наблюдения происходило на 6% (P<0,01).

Снижение уровня РФМК к 10-12-м суткам достигало 16% (P<0,001), а на 20-22-е сутки - на 23% (P<0,001).

Ранняя стабилизация коагуляционного каскада подтверждалась ростом активности антитромбина III на 10% (P<0,001) и 9% (P<0,001) на 10-12-е и

20-22-е сутки соответственно. Достоверный рост активности системы фибринолиза выявлялся к 10-12-м суткам на 8% (P<0,01).

*Заключение.* Таким образом, метод внутриартериального введения мексидола, по сравнению с внутривенным, сочетая в себе преимущества регионарной терапии, позволяет создать более высокую концентрацию в очаге поражения, что способствует выраженному снижению гиперкоагулемии, активации антикоагулянтной системы и фибринолиза, тем самым происходит снижение риска развития ДВС-синдрома.

## КОРРЕКЦИЯ КОАГУЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОБТУРАЦИОННОМ ХОЛЕСТАЗЕ

С.А.Беляев

Медицинский институт ГОУ ВПО «МГУ им Н.П.Огарева»
Саранск

*Введение*. При остром внепеченочном холестазе часто встречаются коагуляционные нарушения, обусловленные снижение синтеза прокоагулянтов в печени и нарушение начального звена гемокоагуляции на фоне активации ПОЛ. С целью комплексного воздействия на функциональное состояние печени и активность процессов липопероксидации в последние годы применяется медицинский озон, который в слабых концентрациях опосредованно проявляет свойства антиоксиданта, блокируя избыточные процессы перекисного окисления липидов.

*Цель*. Оценка эффективности озонированного раствора хлорида натрия в коррекции нарушений гемокоагуляции при обтурационном холестазе.

*Материалы и методы исследования*. Проведены эксперименты на 96 беспородных собаках под внутриплевральным тиопентал-натриевым (0,045-0,050 г/кг массы) наркозом. Внепеченочный холестаз моделировали путем интраоперационного сдавления холедоха лигатурной перетяжкой.

На 3 сутки эксперимента, на фоне выраженных биохимических нарушений, выполняли декомпрессию желчевыводящих путей посредством удаления лигатурной перетяжки. Были проведены 3 серии экспериментальных исследований. В первой серии (32 животных) проводился анализ изучаемых показателей гемостаза при полной обструкции желчевыводящих протоков, во второй (32) – на фоне декомпрессии холедоха и внутривенной озонотерапии, в третьей (32) – на фоне декомпрессии и последующего внутрипортального введения озонированного физиологического раствора

*Результаты*. В контрольной группе к 3 суткам от начала обструкции были выявлены выраженные признаки механической желтухи, что подтверждалось резким увеличением продуктов пигментного обмена (общего билирубина) и активности внутриклеточных ферментов (АлАТ) (в 36 и 23 раза соответственно).

Вместе с этим определялось увеличение времени Ли-Уйта и АПТВ до 178% и 172% от начальных цифр. Было обнаружено значительное повышение продуктов деградации фибрина уже к 3 суткам в 1,9, а к четвертым – в 4,5 раза, что приводило к снижению активности фибринолитических процессов (в 2,2 раза). Подобные изменения позволяют предположить о наличии гипокоагуляционной стадии подострого ДВС-синдрома.

Анализ тромбэластограмм (ТЭГ) также показал значительное нарушение всех стадий свертывания и, в особенности, физических характеристик фибринового сгустка.

Введение озонированного 0,9% раствора NaCl в системный кровоток приводило к улучшению функций печени, что проявлялось снижением уровня прямого билирубина и аланиновой трансаминазы, величина которых к концу эксперимента незначительно превышала исходные величины.

Внутривенная озонотерапия сопровождалась укорочением времени свертывания по Ли-Уайту до 106 и АПТВ – до 146%. В фибринолитическом звене наблюдалось полное восстановление по данным Хагеман-зависимого фибринолиза, а индуцированный эуглобулиновый фибринолиз превышал исходные величины на 41%, что объясняется сохраняющимся дефицитом плазминогена (на 29%). Динамика физических характеристик фибринового сгустка претерпевала подобные изменения. При этом происходило снижение значений константы свертывания крови и константы синерезиса до 108 и 111%, что говорило о восстановлении процессов ретракции и укорочении времени образования сгустка в целом. Это подтверждалось еще и увеличением плотности и эластичности сгустка с 47 до 76%.

При внутрипортальной терапии длительность начальной фазы коагуляции оставалась умеренно удлиненной, в основном, за счет повышенного АПТВ до 112,7%, тогда как протромбиновое время превышало исходные значения всего на 7,14%. Подобная динамика наблюдалась и при регистрации параметров конечного этапа коагуляции. Тромбиновое время, константы свертывания крови и синерезиса на фоне внутрипортального введения снизились до 143,15; 104,01; 102,76%, свидетельствуя о быстром формировании фибринового сгустка. Происходило значительное снижение (с 430,3 до 119,7%) содержания РФМК при внутривенном и их нормализацией (до 98,4%) – при внутрипортальной озонотерапии. Это приводило к восстановлению активности плазминогена с нормализацией фибринолиза.

*Заключение*. Механическая желтуха сопровождается выраженной гипокоагуляцией, нарушениями в фибринолитической системе, ухудшение физических характеристик сгустка. Эти изменения обусловлены нарушением функций печени, снижением синтеза как про-, так и антикоагулянтных факторов; формированием ДВС-синдрома на фоне активации ПОЛ. Введение озонированного раствора приводило к восстановлению изучаемых показателей, а внутрипортальный путь введения является более предпочтительным ввиду быстрой нормализации изучаемых показателей.

# ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОЦЕССОВ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ НА КАФЕДРЕ «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ» МИ ПГУ

А.М.Бибарсова, Ф.К.Рахматуллов

Медицинский институт ПГУ
Пенза

*Цель исследования:* провести анализ показателей процессов жизненного цикла предоставления образовательных услуг кафедры "Внутренние болезни" МИ ПГУ.

*Материалы и методы*. Проведен анализ показателей процессов жизненного цикла предоставления образовательных услуг на кафедре "Внутренние болезни" за 2007 и 2008 годы. Проанализированы показатели процессов кафедры КОУ (ВБ)-00 "Маркетинг образовательных услуг", КОУ (ВБ)-02 "Проектирование и разработка процедурных документов образовательных программ" и КОУ (ВБ)-04 "Реализация основных образовательных программ". Показатели процессов кафедры КОУ (ВБ)-00, КОУ (ВБ)-02 и КОУ (ВБ)-04 получены путем сравнительного анализа подкритериев самооценки за 2007 и 2008 годы. Учитывались подкритерий 5.2.2 (Проектирование и разработка образовательных программ), подкритерий 5.3.5 (Издательская деятельность) и подкритерий 5.2.4 (Реализация основных образовательных программ). Использована итоговая таблица экспертных оценок на кафедре "Внутренние болезни" за 2007 и 2008 годы. Использованы данные отчетов "Самооценка кафедры Внутренние болезни" за 2007 и 2008 годы.

*Результаты*. В 2007 году суммарная оценка критерия 5.2 (Основные процессы научно-образовательной деятельности) составила 5,8 баллов. В 2008 году этот показатель составил 6, 1 балла. В 2007 году подкритерий 5.2.2 был оценен на 4 балла, подкритерий 5.2.4 - на 6 баллов и подкритерий 5.3.5 - 6 баллов. В 2008 году данные показатели составили соответственно 5, 8 и 7. Результативность процессов СМК кафедры за 2007 год составили КОУ (ВБ)-00 - 35%, КОУ (ВБ)-02 - 50% и КОУ (ВБ)-04 - 80%. В 2008 году данные показатели составляли 60%, 60% и 80% соответственно. средняя результативность процессов кафедры в 2007 году составила 55%, а в 2008 году она составила 66,6%. Показатель за 2008 год (66,6%) является показателем среднего уровня результативности процессов. Динамика результативности процессов кафедры представлена в таблице 1.

Таким образом, проведенный сравнительный анализ динамики результативности процессов жизненного цикла предоставления образовательных услуг на кафедре "Внутренние болезни" за 2007 и 2008 годы выявил явную положительную динамику в показателях. Значение результативности процессов в 2008 году составил 66,6%, что на 11,6% больше, чем в 2007 году. Данный показатель находится в диапазоне среднего уровня результативности СМК. Цели и задачи на кафедре

"Внутренние болезни" частично достигнуты, по этому необходимо разработать корректирующие действия, регулярно анализировать кафедральные процессы в дальнейшем и разработать мероприятия по улучшению СМК на кафедре.

Таблица 1

Результативность процессов кафедры

| Процесс | Результативность процесса, % | |
|---|---|---|
| | Декабрь 2007 | Декабрь 2008 |
| **Процессы жизненного цикла предоставления образовательных услуг** | **55** | **66,6** |
| КОУ (ВБ)-00 «Маркетинг образовательных услуг» | 35 | 60 |
| КОУ (ВБ)-02 «Проектирование и разработка процедурных документов образовательных программ» | 50 | 60 |
| КОУ (ВБ)-04 «Реализация основных образовательных программ» | 80 | 80 |

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРНИТОНА У ЛИЦ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОФЕССИЙ

Г.М.Биккинина, Г.Р.Булатова

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»,
Клинический госпиталь медико-санитарной части МВД по РБ
Уфа

Состояние здоровья лиц трудоспособного возраста является одним из важных составляющих, которое определяет социально-экономическое благосостояние государства. Распространенность факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний среди сотрудников силовых структур остается в настоящее время высокой. В ряде исследований показаны многочисленные проблемы, связанные с манифестацией соматических заболеваний и особенностями их коррекции [1, 2].

Вопросы адаптации к стрессовым ситуациям сотрудников правоохранительных органов актуальны в свете целесообразность проведения превентивных мероприятий. Значимость факторов риска, проблемы медикаментозной коррекции и поддержки организма в этот период остаются недостаточно освещенными в литературе. В связи с этим, была предпринята попытка изучения возможности применения средств метаболической коррекции для повышения адаптационных процессов у сотрудников органов внутренних дел (ОВД). Частота факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) изучалась по данным анкет ВОЗ-CINDI и анкеты оперативной оценки самочувствия,

активности и настроения (САН) у 80 сотрудников ОВД, отобранных случайным методом. Средний возраст респондентов составил 30 лет. Средний стаж службы в подразделении - 6 лет. Нами выделены факторы риска, обусловленные образом жизни: курение, прием алкоголя. Для сравнительной оценки влияния экстремальных ситуаций на поведенческие факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний и психологического статуса были сформированы две группы. Первая группа - 40 сотрудников отряда милиции особого назначения, получала до отъезда на задание L-карнитин (Карнитон) по 1 таблетке в первой половине дня в течение 3 недель и группа сравнения - 40 сотрудников других подразделений ОВД, не получавших карнитон. В результате исследования признаков нарушения психического состояния, связанных со служебной командировкой в Чечне, на момент опроса обследуемых не выявлены. В 1 группе наблюдения сотрудники указали на хорошую переносимость препаратов, повышение работоспособности и нормализацию сна, в ряде случаев - на эмоциональную стабилизацию. Однако данные факты все же носили исключительно субъективный характер. Отмечалась положительная тенденция к прекращению, либо к уменьшению количества выкуриваемых сигарет.

Установлено, что 32 (80%) сотрудника 1-ой группы и 31 (77,5%) 2-ой группы, не изменили свой привычке курить (курят по-прежнему, либо никогда не курили), однако во 2 группе 4 (10%, $p<0,01$) человека стали курить больше сигарет в день, в 1-ой группе таковых не выявлено. Доля лиц, снизившие количество выкуриваемых сигарет была практически одинаковой в обеих группах - 1 (2,5%) и 2 (5%, $p>0,05$), соответственно. Наблюдалась тенденция к увеличению числа лиц, отказавшихся от курения в обеих группах 7 (17,5%) и 3 (7,5%, $p>0,05$) сотрудников, соответственно.

Анализ потребления алкоголя среди сотрудников ОВД после пребывания в экстремальных ситуациях показал, что в 1 группе наблюдения было большее число лиц, не изменивших своей привычки по употреблению алкоголя - (в эту группу вошли лица, которые практически не употребляли алкогольные напитки) – 35 (87%), а во 2-й группе - 31 (77,5%, $p<0,05$). Негативная динамика отмечалась среди сотрудников 2-й группы, стало больше лиц увеличивших потребление алкоголя – 3 (7,5%, $p<0,01$) человек, а в 1-й группе таких лиц не выявлено. Практически одинаковое число сотрудников ОВД стали меньше потреблять алкогольные напитки - в 1-й группе 5 (12,5% ), во второй группе 6 (15%, $p>0,05$) человек.

Меньшее развитие негативных поведенческих привычек в частности курения табака и приема алкоголя, в 1 группе сотрудники можно объяснить влиянием превентивной терапией карнитоном. Карнитон, по-видимому, способствует нормализации психоэмоционального статуса и в результате его приема сотрудники оказались более подготовленными для пребывания в «горячих точках».

Указанный вывод подтверждает применения карнитона, психологический анализ показал, что изменения психологической составляющей интегрального показателя здоровья в первой группе были более выраженными: лучшие результаты теста «САН», преимущественно за счет шкал «Самочувствие». Отме-

чено увеличение уровня «Самочувствие» до 6,9±0,2 баллов ($p<0,05$), такая же картина выявлена по показателю «Активность», в отличие с данными группы сравнения - 5,5±0,3($p>0,05$).

Полученные нами данные согласуются с результатами исследований Н.К.Сухотиной, выявившими положительный эффект энерготропных средств(L-карнитина) на психические, неврологические характеристики различных возрастных групп [3]. И позволяют сделать вывод о том, что в целях повышения устойчивости лиц экстремальных профессий к психоэмоциональным нагрузкам можно рекомендовать применение Карнитона.

## ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИКЕ

Л.А.Бондаренко, А.Ф.Рахматуллов, Ф.К.Рахматуллов, Л.Е.Рудакова, А.В.Казанцев, А.В.Нестеров, В.В.Космачев

Медицинский институт ПГУ, МУЗ ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина
Пенза

Инфаркт миокарда (ИМ) – одно из самых грозных заболеваний, требующее неотложного медицинского вмешательства. Основой патогенетической терапии ИМ является раннее восстановление кровотока в инфаркт-обусловившей коронарной артерии посредством тромболитической терапии.

*Цель исследования.* Изучение результатов тромболитической терапии (ТЛТ) с использованием Актилизе у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) с элевацией сегмента ST.

*Материал, методы.* Группа исследования состояла из больных ОИМ, поступивших в экстренном порядке в отделение кардиологии № 2 ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина в период 2008 – 2009 гг. и рандомизированных для назначения тромболитика. Группа состояла из 28 больных ИМ (3 женщины и 25 мужчин), в возрасте от 39 до 71 лет. Средний возраст составил 55 $\pm$ 1,8 лет. Лиц трудоспособного возраста – 20 человек, из них работающих – 17. У 18 больных диагностирован ОИМ передней стенки ЛЖ, у 10 – ОИМ задней стенки ЛЖ, из них у 9 - повторный ИМ. В анамнезе артериальная гипертензия выявлена у 12 больных, сахарный диабет - у 5 пациентов, операция аорто-коронарного шунтирования - у 1 больного.

Указанным больным за счет бюджета здравоохранения г. Пензы проведено 28 тромболизисов тканевым активатором плазминогена - Актилизе (компания «Берингер Ингельхайм», Германия) в дозе 100 мг – 90 мин.

К проведению ТЛТ использовали наличие общепринятых показаний и отсутствие противопоказаний. В ходе исследования оценивали клиническое течение инфаркта миокарда, динамику ЭКГ через 90, 24 часа от начала ТЛТ, развитие побочных эффектов ТЛТ и осложнений ИМ, показатели ультразвукового исследования сердца, стационарную летальность. Реперфузию считали эффективной при регрессе элевации сегмента ST на 50% и более.

*Результаты:* При поступлении в стационар выраженный ангинозный приступ отмечался у 19 больных, признаки острой левожелудочковой недостаточности 2-4 класса (по Kilip) – у 13 пациентов, клиническая смерть на догоспитальном этапе – у 1 больного, что определяло тяжесть состояния исследуемых пациентов.

Время от начала ОИМ до ТЛТ колебалось от 0,5 до 6 часов, в среднем составило 2,26 ± 1,8 часа. При анализе ЭКГ выявлено, что, несмотря на ранние сроки поступления в стационар, у 14 больных уже до ТЛТ имелся зубец Q в соответствующих отведениях.

При анализе амплитуды элевации сегмента ST выявлено ее снижение в среднем по группе от 4,29 ± 0,29 мм до 2,79 ± 0,36 мм через 90 минут после ТЛТ (-35%), до 1,7 ± 0,26 мм через 24 часа (- 60%) ($p<0,05$). Несколько более значительный регресс сегмента ST отмечен при заднем ОИМ (- 67%) по сравнению с ИМ передней стенки ЛЖ (- 55%) ($p>0,05$).

В целом по группе эффективный ТЛТ состоялся через 90 мин. - у 10 больных, через сутки – всего у 20 больных. Несмотря на проведенную ТЛТ, формирование патологического зубца Q (QS) – отмечено у 23 больных, что составило 82%.

Для оценки осложненного течения инфаркта использовали критерии E.Braunwald (1993). На протяжении стационарного периода наблюдения развитие выпотного перикардита диагностировано у 7 пациентов (25%), ранней постинфарктной стенокардии у 8, развитие острой левожелудочковой недостаточности - у 1 больного. У 1 больного возникла реперфузионная аритмия - фибрилляция желудочков, у 2-х больных возникло желудочное кровотечение, из них в одном случае потребовалась гемотрансфузия.

В ходе ТЛТ атриовентрикулярные блокады, геморрагические и ишемические инсульты, внутрисердечный тромбоз не отмечались. Введение Актилизе ни в одном из случаев не сопровождалось резким снижением АД, аллергическими реакциями.

Клинические проявления реокклюзии диагностированы у 8 больных (28,6%), при этом рецидив наступил в срок до 7 дней - у 5, на 11 день – у 2 больных, на 21 день – в одном случае.

Функцию миокарда после ТЛТ оценивали по данным УЗИ сердца. Анализ данных показал, что у всех выживших пациентов показатель фракции выброса был сохранен выше 40 %, в среднем составил 53,9 ± 2,7%.

Среди пациентов с проведенной ТЛТ умерли 3 мужчин с повторным инфарктом миокарда передней стенки, рецидивирующего течения. Средний возраст их составил 56, 7± 0,8 лет. Смерть наступила на 4 и 11 сутки от кардиогенного шока, отека легких на фоне рецидива ИМ. Показатель госпитальной летальности составил 10,7 %.

Так называемый «прерванный инфаркт миокарда», ассоциированный с минимальным поражением миокарда, отмечен у 5 пациентов. ИМ у них характеризовался отсутствием формирования патологического зубца Q на ЭКГ, быстрым регрессом сегмента ST, ранним появлением отрицательного зубца Т, отсутствием осложнений, ФВ в среднем равной 60 ± 2,3%.

Таким образом, тромболитическая терапия тканевым активатором плазминогена - Актилизе в лечении острого инфаркта миокарда характеризовалась хорошей переносимостью, редким развитием жизнеугрожающих осложнений, низким процентом стационарной летальности. ТЛТ была эффективна и позволила предотвратить процессы постинфарктного ремоделирования сердца у большинства больных.

С целью оптимизации результатов ТЛТ препаратом Актилизе необходим дальнейший поиск безопасных режимов применения препарата в сочетании с адъювантной антикоагулянтной и антитромбоцитарной терапией с внедрением их в практику для лечения больных острым инфарктом миокарда.

## ОСОБЕННОСТИ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЛЮМБАЛГИЕЙ ВЕРТЕБРОГЕННОГО ГЕНЕЗА

В.Д.Вартик

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
Пенза

Люмбалгия – подострая или хроническая боль в поясничной области, обусловленная дегенеративно-дистрофическими изменениями в позвоночнике. Она наступает подчас после однократного тяжелого физического усилия или длительного физического переутомления, ушиба поясничной области, общего переохлаждения организма и многих других причин. Обычно, больные этой группы составляют 8-15% от общего числа больных неврологических стационаров.

С традиционной точки зрения врачей восточной медицины (Чжу Лянь (1980), Нгуэн Ван Ги (1992), Да Чэн (2004) и др.) считается, что люмбалгия чаще всего обусловлена энергетическими нарушениями в системе классических меридианов: мочевого пузыря (V), желчного пузыря (VB), почек (R), печени (F), желудка (E) и др. С помощью метода Накатани, теста Акабанэ, пульсовой диагностики врачу-рефлексотерапевту следует определить энергетическое состояние меридианов и на основании исследования проводить целевое лечение болевого синдрома.

Нами проведено обследование и лечение 29 больных с люмбалгией вертеброгенного генеза в возрасте 37-65 лет. Из них было 17 мужчин и 12 женщин со стажем заболевания от 2 до 15 лет. Количество обострений заболевания у обследуемых больных составляло, в среднем, от 2 до 7 в год. В комплексном лечении больных мы основное внимание уделяли методу рефлексотерапии, так как предыдущие виды госпитального лечения не давали удовлетворительных результатов.

Наша тактика подхода к лечению этих больных была следующей: Вначале, исходя из анамнеза, жалоб больного, клинической картины и объективного обследования, определялся вид болевого синдрома («ян» или «инь»). Затем определялись пораженные меридианы, используя метод Накатани, пульсовую диагно-

стику. Если болевой синдром носил «янский характер», стимулировали «ло-точку» пораженного меридиана со здоровой стороны (по правилу «Большого укола»). Если боль у больных носила «иньский характер», воздействовали на «ло-точку» пораженного меридиана здоровой стороны «методом рассеивания». Если боль после одного сеанса акупунктуры не купировалась или уменьшалась незначительно, мы использовали метод «Большого укола» в связи с правилом «полночь-полдень». Для этого уделяли внимание меридиану, который был связан с пораженным меридианом правилом «полночь-полдень». На ветви здоровой стороны этого меридиана при «янском» болевом синдроме использовали «ло-точку» и воздействовали на нее методом стимуляции, при условии, что этот меридиан находится в состоянии энергетической недостаточности. Если у больного преобладал «иньский» болевой синдром, использовали «ло-точку» соответствующего меридиана ветви здоровой стороны «методом рассеивания», при условии, что этот меридиан находится в состоянии энергетической избыточности. В случае отсутствия эффекта от предыдущих сеансов лечения применяли метод «симметричной точки». Реализация этого метода заключалась в следующем: методом пальпации на пораженной стороне определяли центр боли. Эту точку отмечали на коже раствором йода. Затем зеркально ее переносили на здоровую сторону. При «янском» болевом синдроме укалывание «симметричной точки» производилось методом стимуляции. При «иньском» болевом синдроме на «симметричную точку» здоровой стороны воздействовали «методом рассеивания».

При мышечно-тоническом болевом синдроме у обследуемых больных сеанс акупунктуры проводили в симптоматические точки боли (VB34) с 2-х сторон «методом рассеивания». Кроме того, в рецепт акупунктуры подключали интегральные точки боли: V60; V67; GJ4; T26; J24; V40 и др. Метод рефлексотерапевтического воздействия на БАТ выбирали в зависимости от энергетического состояния соответствующего меридиана. На купирование болевого синдрома обычно требовалось от 3 до 5 дней лечения. В дальнейшем, в зависимости от характера заболевания, восстанавливали энергетическое равновесие в пострадавших меридианах с помощью традиционных правил: «мать-сын»; «полночь-полдень»; «группового ло»; «поперечного ло»; правила 5-ти элементов и др. таким образом, общий курс лечения у больных в среднем составил 8-12 сеансов рефлексотерапии.

Результаты проведенного лечения у больных с люмбалгией вертеброгенного генеза были следующими: полностью купирован болевой синдром – 72,4% (21 больной) – $6\pm2$ сеансов акупунктуры; значительное уменьшение болевого синдрома – 24,1% (7 больных) – $9\pm3$ сеансов акупунктуры; незначительное уменьшение болевого синдрома – 3,5% (1 больной); для этого потребовалось 12 сеансов лечения. В среднем, на лечение одного больного обследуемой группы потребовалось 10 койко-дней. Частота рецидивов заболевания у больных уменьшилась до 1-3 в год, что в 2 раза меньше исходных показателей рецидивов заболевания.

Таким образом, метод рефлексотерапии является достаточно эффективным методом лечения люмбалгии, позволяющий значительно ускорить купирование болевого синдрома, уменьшить сроки нахождения больных в стационаре, снизить количество рецидивов заболевания.

# НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ТАБАКОКУРЕНИЯ УЧАЩИХСЯ

В.В.Васильев, А.П.Дмитриев, Е.В.Васильева, О.В.Савина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Пензенский государственный университет,
Управление Роспотребнадзора по Пензенской области
Пенза

Распространенность поведенческих факторов риска является важнейшим медико-социальным показателем, характеризующим состояние здоровья детей и подростков, а также характер и стереотипы поведения. Курение табака, наряду с употреблением наркотиков и других психоактивных веществ рассматривается в настоящее время как поведенческий фактор риска, лежащий в основе возникновения и прогрессирования большинства хронических заболеваний, приводящих к утрате трудоспособности, ранней инвалидизации, смертности.

В 2009 году нами проведено исследование по изучению распространенности поведенческих факторов риска среди учащихся 5 и11 классов в 14 средних школах г. Пензы. Обследовано 536 учащихся 5-х классов (239 мальчиков, 297 девочек) и 384 ученика 11-х классов (164 - юноши и 220 девушек). Целью исследования явилось выявление закономерности распространенности табакокурения среди учащихся.

Установлено, что среди пятиклассников каждый четвертый пробовал курить, а среди учащихся 11-х классов этот показатель достигает 61,1%. Распространенность регулярного курения среди пятиклассников составляет 11,1%, среди учащихся 11-х классов - 45,2%, каждый четвертый учащийся как среди 5-х так и 11-х классов не считают вредным курение сигарет для своего здоровья. Между тем вопрос о вреде курения не обсуждается в семьях с 22,7% пятиклассников и 29,1% старшеклассников. Примерно четвертая часть родителей самоустраняется от задачи формирования у ребенка негативного отношения к табакокурению.

Несмотря на то, что во всех общеобразовательных учреждениях занимаются пропагандой здорового образа жизни, в том числе профилактикой поведенческих факторов риска 12,5% учащихся 5-х классов и 19,5% одиннадцатиклассников не получили в школе информацию о вреде курения. Дефекты информированности учащихся проявляются и в недооценке вреда пассивного курения на их здоровье. Так 14,9% пятиклассников и 32,2% одиннадцатиклассников не считают вредным для себя дым сигарет других курящих людей.

Известно, что дети, чьи родители, а также близкие родственники курят, имеют высокий риск стать курильщиком. Нами установлено, курят дома отец или мать, или оба родителя у 48,3% пятиклассников и у 58,1% у одиннадца-

тиклассников. Вряд ли здесь уместно говорить о недостаточной осведомленности родителей о вреде курения на здоровье, поскольку 76,8% отцов и 75,7% матерей у пятиклассников, соответственно 85,4% и 78,6% у старшеклассников имеют высшее или среднее специальное образование.

Как правило, курение для подростков является проявлением социальной активности, способом достижения контактов со своими сверстниками. И неслучайно 8,4% пятиклассников и 26,8% учащихся 11- классов будут курить, если один из их лучших друзей предложит им сигареты. Приведенные данные сопоставимы с тем количеством учащихся, которые считают, что курение положительно влияет на привлекательность, помогает чувствовать себя более комфортно (12,6% пятиклассников и 22,4% старшеклассников).

Такое же количество учащихся 5-х классов (12,6%) и 20,8% одиннадцатиклассников считают, что у курящих парней и девушек больше друзей. При сравнительном анализе ответов курящих и некурящих подростков на последние два вопроса установлено существенное различие. Курящие учащиеся как 5-х, так и 11-х классов в 2-3 раза чаще, чем некурящие считают, что курение положительно влияет на привлекательность и у курящих сигареты в отличие от некурящих больше друзей.

Следует отметить о значительно расхождении ответов младших и старших подростков об их отношении к курящим мужчинам и женщинам. Курение мужчин не осуждают 12,6% пятиклассников и 36,9% старшеклассников, а курение женщин – 18,6% учащихся 5-х классов и 20,5% одиннадцатиклассников.

Таким образом, результаты исследования позволяют сделать следующие выводы. Во-первых, систематическую целенаправленную первичную профилактику табакокурения следует начинать в возрасте не позже 11-12 лет, а в ряде случаях даже раньше. Во-вторых, необходимо ввести существенные изменения в школьную систему профилактики табакокурения и формирования здоровьесберегающего поведения с целью повышения ее результативности, поскольку в настоящее время чуть ли не каждый второй выпускник средней школы курит. В-третьих, следует проводить работу с родителями, с целью осознания ими их поведения и роли в формировании у ребенка негативного отношения к курению табака.

## ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

В.Г.Васильков, Т.В.Чернова, В.А.Бегунов, О.В.Манидина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Острый геморрагический панкреатит почти всегда является абдоминальной «катастрофой»» (Г. Мондор, 1937г) и сопровождается, проявлением хирургического эндотоксикоза.

Острый панкреатит (ОП) - острое асептическое воспаление поджелудочной железы, в основе которого лежит аутолиз ткани под воздействием ферментов с вовлечением в процесс окружающих ее тканей, забрюшинного пространства и брюшной полости, а также комплекса органных систем внебрюшинной локализации.

Хирургический эндотоксикоз это синдром, обусловленный поступлением в кровь токсинов, образованных вследствие системной воспалительной реакции, метаболических нарушений и кишечной недостаточности, приводящих к расстройствам основных систем жизнеобеспечения, который является ведущим фактором развития полиорганной недостаточности.

Заболеваемость ОП, по мировым статистическим данным, варьирует от 200 до 800 пациентов на 1 млн. человек населения в год. В 15-20% наблюдений развитие острого панкреатита носит деструктивный характер; летальность при деструктивном панкреатите колеблется от 40 до 50%.

По данным ОРИТ число больных с данной патологией неуклонно растёт, средний срок их пребывания в отделении остаётся достаточно большим, летальность от данной нозологии сохраняется на высоком уровне, однако за последние годы имеет тенденцию к снижению.

В течение заболевания выделяют синдромы, оказывающие прямое влияние на исход ОДП: дыхательная недостаточность, циркуляторные нарушения (гиповолемия и расстройства центральной гемодинамики), острая кишечная недостаточность, белково-энергетическая недостаточность, водно-электролитные нарушения, печеночно-почечная недостаточность, энцефалопатия.

С ноября 2008 года в ОРИТ проведено клиническое исследование применения у больных с ОДП гемосорбции с гемосорбентом «ОВОСОРБ» и мафусола в/в и в/кишечно на фоне комплексной интенсивной терапии.

*Цель исследования:*

- улучшение результатов лечения больных с ССВО (панкреонекроз),
- уменьшение частоты послеоперационных осложнений с помощью интестинального введения Мафусола и ранней энтеральной нутритивной поддержки,
- сокращение длительности органной дисфункции инотропной поддержки, искусственной вентиляции легких, частоты нозокомиальной инфекции, расхода препаратов крови, длительности пребывания в отделении интенсивной терапии и в стационаре,
- фармакоэкономическое обоснование качественной адекватной нутритивной поддержки у больных с ССВО (панкреонекроз),
- дезинтоксикационная терапия с использованием селективного гемособента «Овосорб» в первые 24 – 48 - 72 ч.

Критерии включения в исследование больных позволило разделить их на 3 группы:

1 группа - больные тяжелым панкреонекрозом, в послеоперационном периоде с относительно стабильной гемодинамикой.

2 группа - тяжелый тотальный панкреонекроз с явлениями панкреатогенного, септического шока.

3 группа – больные с панкреонекрозом в стадии гнойных осложнений в раннем послеоперационном периоде.

По данной методике пролечено 8 больных, в ходе исследования получены результаты:

- Стабилизация гемодинамики на 2 сутки у восьми больных.
- Купирование симптомов интоксикации у пяти больных на 3-4 сутки, что проявилось в снижении уровня лейкоцитов, ЛИИ, уменьшения палочкоядерного сдвига, снижения уровня альфа-амилазы, трансаминаз, мочевины, креатинина, снижения температуры тела до субфебрильных цифр, уменьшения тахикардии.

У 2-х больных симптомы интоксикации были купированы к 6–м суткам.

Явления пареза кишечника разрешились на 3-4 сутки у 5–и больных (у данной группы появилась отчётливая перистальтика, отхождние газов, отделяемое по назогастральному зонду стало светлым и уменьшилось в объёме, появился стул у 3 больных в небольшом количестве.

У 2–х больных явления пареза кишечника были купированы к 5-6 суткам.

Раннее энтеральное питание интестинально было начато с третьих суток у пяти больных, у трех больных - с пятых суток.

*Выводы*.

Сочетанное использование методов детоксикации с селективным гемосорбентом «ОВОСОРБ» и интестинальное введение антиоксиданта «Мафусола» на фоне комплекса интенсивной терапии, позволило добиться: ранней стабилизации гемодинамики, снижения выраженности интоксикационного синдрома, разрешения синдрома кишечной недостаточности, назначения полноценного энтерального питания в ранние сроки.

## О КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОТМОРОЖЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

М.В.Вахнин

Алданская центральная районная больница,
Алдан, Якутия

Тяжесть отморожений определяется степенью поражения, его распространенностью и характером клинического течения. Клиническая картина, прежде всего, зависит от глубины промерзания тканей, местного нарушения кровообращения, общего состояния больного и состояния его сердечно-сосудистой системы, В первую очередь, следует отнести структуру и особенность тканей поражённых участков. На течение патологического процесса, несомненно, оказывает влияние характер и время первой помощи, срок поступления в лечебное учреждение, где может быть начата рациональная комплексная терапия.

При отморожении, в отличие от других травм, всегда имеется период, когда нет грубых признаков отморожения тканей. Этот период характеризуется мнимым отсутствием клинических патологических изменений со стороны отмороженных тканей. Возникновение отморожений происходит незаметно для больного и сопровождается незначительными субъективными ощущениями. Это, так называемый дореактивный период. Воронин Н.И. 1995

Мы придерживаемся методики медленного согревания подвергшегося охлаждению сегмента конечности, считая, что все ткани на разных участках имеют различную теплоёмкость, зависящую от разных факторов. При быстром отогревании возникают очаги отогретых тканей, в которых начинается процесс жизнедеятельности и обмена, в отличие от не отогретых (находящихся в состоянии анабиоза). Происходит самоотравление оттаявших очагов в виду отсутствия сосудистой циркуляции и утилизации продуктов жизнедеятельности и как следствие некроз тканей. При медленном отогревании скорость оттаивания участков с различной теплоёмкостью уравнивается.

Основное значение приобретает восстановление микроциркуляции для снижения гипоксии и тканей и ишемии конечностей и утилизации продуктов жизнедеятельности клеток.

По нашему мнению: во-первых, необходимо приложить максимальные усилия с целью предотвращения некроза, для сохрания жизнеспособности ткани.

Всем пострадавшим от холодовой травмы, поступившим в дореактивном периоде, начиная с момента поступления (при отсутствии противопоказаний: тяжелое и бессознательное состояние, выраженное алкогольное опьянение или интоксикация):

**План дальнейшего лечения**

1. Теплоизолирующие повязки по Голомидову А.Я. на 18-24 часа, точнее, до чувства появления тепла.
2. Наложение иммобилизации, особенно у пострадавших от холодовой травмы с нарушениями сознания.
3. Внутреннее согревание организма: горячий чай, кофе – возможно с добавлением алкогольных напитков.
4. Адекватное обезболивание, вплоть до наркотических аналгетиков.
5. Общее согревание. Используются грелки на область крупных сосудов: в паховой области, на грудную клетку, живот, в подмышечные впадины (но не на отмороженные участки).
6. При отморожениях нижних конечностей – спинномозговая анестезия, или проводниковая), внутритазовая блокада по Школьникову – Селиванову - Цодыксу
7. При отморожениях верхних конечностей - блокада плечевого сплетения по Кюленкампфу, блокада срединного, локтевого и лучевого нервов.

8. После проведения блокад, пострадавший от холодовой травмы направляется в барокамеру для проведения сеанса ГБО. Патент РФ 2242225 2004г
9. Антибактериальная терапия.
10. Дыхательная гимнастика.
11. Антикоагулянтная терапия: прямые гепарин по 2500 - 5000 ЕД. 4 – 6 раз в сутки. До 5 – 7 дней. Вначале внутривенно, затем подкожно в области пупка. Чтобы время свертывания крови (по Ли-Уайту) колебалось в пределах 6-8 минут.
12. После извлечения из барокамеры, проводится регионарное расширение сосудов введением спазмолитических средств и ацетилхолин – хлорида. Патент РФ 2242225 2004г
13. ФТЛ – УВЧ аппаратом УВЧ –66 – стационарный и УВЧ – 30 – портативный. Большие дозировки до 40 Вт на сеанс. Лечение проводится до 10 дней.
14. Проводится лазерная кавитация при помощи аппарата «ЛГН – 3» по ходу нервно - сосудистых пучков. Наружное облучение с воздействием на рефлексогенные зоны и область поражения расфокусированным лучом, внутрисосудистое лазерное облучение крови. Патент РФ 2242225 2004г
15. Одновременно начинается проведение инфузионно–трансфузионной терапии тёплыми растворами с добавлением гормонов от 1 до 5 литров. В зависимости от состояния больного (объёма, степени отморожения и стадии общего переохлаждения).
16. Сосудорасширяющие средства: папаверин в/в, но-шпа в/в и др.
17. Десенсибилизирующая терапия: димедрол, пипольфен и др.
18. Коррекция клеточного и гуморального иммунитета.
19. Биогенные стимуляторы: Алоэ, ФиБС, стекловидное тело.
20. Витаминотерапия,: витамины группы В – вит. $B_1$и $B_6$. И вит С.
21. Симптоматическая терапия: сердечные гликозиды, дыхательные аналептики.
22. При тяжёлой холодовой травме, начиная со следующего дня мы проводим экстракорпоральные методы детоксикации крови (плазмаферез, плазмасорбция и т.д.), не дожидаясь развития синдрома эндогенной интоксикации.
23. При лечении вялогранулирующих ран после отморожения применяем препарат Куриозин фирмы Гедеон Рихтер.

Данное лечение получили 177 больных, лечившиеся в Алданской ЦРБ, поступивших в дореактивном и раннем реактивном периодах результаты лечения улучшились: сократились сроки лечения в 2,8 раза; уменьшилось количество некрозов в 3,8 раза; уменьшился выход на инвалидность в 3,2 раза по сравнению с традиционными методами лечения, проводимыми в стационарах района.

# ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО УРОВНЮ СЫВОРОТОЧНЫХ АМИНОТРАНСФЕРАЗ

М.В.Вахнин, А.К.Данилов

Алданская центральная районная больница
Алдан, Якутия

На развитие процессов альтерации указывает повышение активности сывороточных ферментов аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), креатинкиназы, являющихся индикаторами криотравмы.

На диагностическое значение для определения степени отморожения изучения уровня креатинкиназы и тканеспецифического мышечного фермента указывали.

У больных с поверхностными отморожениями нами выявлено: повышение активности креатинкиназы в первый день и нормализация ее к концу недели. У больных с глубокими отморожениями установлено резкое повышение активности креатинкиназы в первый день после травмы, сохраняющееся до одного месяца. Сроки возрастания уровня фермента значительно превышают сроки возможной клинической диагностики, в связи, с этим, данный метод не может служить основой для решения вопросов лечебной тактики.

Перспективным методом диагностики является исследование активности аминотрансфераз сыворотки крови. Так как эта методика оказалась более чувствительна. Поэтому часто используются в лечебных учреждениях вследствие своей относительной простоты, доступности и информативности.

Аминотрансферазы – ферменты, катализирующие перенос аминогрупп между аминокислотами и кетокислотами, которые широко распространены во всех тканях человека в различных концентрациях.

Известно, что аспартатаминотрансфераза (АСТ) преимущественно содержится в клетках мышц (сердца, скелетной мускулатуры), несколько меньше в печени, почках, поджелудочной железе, селезенке, легких. 80% его находится в митохондриях. Значительное повышение этого фермента в сыворотке крови свидетельствует о тяжелом поражении клеток некоторых органов, в том числе и сердца. При патологиях, сопровождающихся поражением мышц, АСТ повышается, при поражении клеток печени – уменьшается.

Аланинаминотрансфераза (АЛТ) содержится преимущественно в гепатоцитах, используется для диагностики заболеваний печени и других функциональных состояний органов и систем.

Повышение активности сывороточных аминотрансфераз является следствием нарушения проницаемости плазматических мембран или поврежде-

ния клеток из-за воздействия на организм сильных раздражителей, и зависит от концентрации данного фермента в данной ткани и степени развития патологического процесса.

По мнению ряда исследователей, уровень аминотрансфераз в сыворотке крови достаточно достоверно отражает степень ишемических повреждений мягких тканей.

Исследован уровень клеточных ферментов в сыворотке крови при острых окклюзиях магистральных артерий. Обнаружено, что в условиях острой ишемии конечностей активность ферментов в сыворотке крови повышалась, особенно высокими были уровни аминотрансфераз и креатининкиназы. В зависимости от степени ишемии содержание АСТ повышалось в 7-20 раз, а АЛТ в 2-6 раз от верхней границы нормы. Авторы считают, что высокая ферментемия была обусловлена эндотоксикозом в зоне ишемии и его повреждающим воздействием на другие органы и системы организма.

Уровень аминотрансфераз в сыворотке крови является показателем и степени эндогенной интоксикации при отравлениях и других заболеваниях, в том числе и хирургических. Они информативны в начальной стадии развития токсемии, когда в печени преобладают функциональные изменения – отек межклеточного пространства и набухание гепатоцитов.

Причинами повышения уровня аминотрансфераз в сыворотке крови являются ишемические поражения мягких тканей и развивающаяся эндотоксемия.

Эти процессы являются ведущими и при отморожениях. Сходство основных патоморфологических изменений при отморожении с ишемическими поражениями тканей, единый механизм эндогенной интоксикации позволяют говорить о возможности применения исследования уровня активности сывороточных аминотрансфераз при холодовой травме с диагностической и прогностической целью.

Подведены средние показатели аспартатаминотрансферазы (АСТ) у пострадавших от холодовой травмы.

Таблица 1

Динамика АСТ в зависимости от степени поражения в первые трое суток

| | 1 сутки | 3 сутки | Исход |
|---|---|---|---|
| Охлаждение | 18,2 + 0,04 | Не опр. | Без некроза |
| Окоченение | 18,3 + 0,05 | 32,3 + 0,09 | Без некроза |
| | 26,3 + 0,05 | 44,4 + 0,04 | С некрозом |
| Оледенение | 29,4 + 0,05 | 34,4 + 0,04 | Без некроза |
| | 37,3 + 0,05 | 54,4 + 0,08 | С некрозом |

Таким образом при росте АСТ выше 44,4 + 0,04, можно прогнозировать развитие некротических изменений, уже на третий день, даже при адекватном лечении.

# РЕОВАЗОГРАФИЯ, КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ДОРЕАКТИВНЫЙ ПЕРИОД

М.В.Вахнин, А.К.Данилов

Алданская центральная районная больница,
Алдан, Якутия

При отморожении, в отличие от других травм, всегда имеется период, когда нет грубых признаков отморожения тканей. Этот период характеризуется мнимым отсутствием клинических патологических изменений со стороны отмороженных тканей. Возникновение отморожений происходит незаметно для больного и сопровождается незначительными субъективными ощущениями. Это, так называемый дореактивный период.

Крайне важное клиническое значение имеет тот факт, что диагноз степени отморожения является в сущности ретроспективным и может быть достоверно установлен лишь через некоторое время после холодовой травмы на основании динамики местных проявлений.

Однако в этот период уже имеются микросимптомы, указывающие на начало патологического процесса, на которые, длительное время не обращали внимание (побеление поражённого участка, окоченение, полную анестезию, деревянистую плотность тканей, ограничение активных и пассивных движений в пальцах конечностей, при постукивании ткани издают тупой деревянистый или металлический звук, отсутствие пульса на периферических артериях).

Чем больше продолжается скрытый (дореактивный) период, тем больше разрушение тканей.

По клиническим признакам дореактивного периода, крайне трудно прогнозировать исход отморожений.

Диагностика глубины и площади поражения в реактивный период крайне затруднена. Лишь по выявлению демаркационной полосы возможен более достоверный диагноз, но она может выявляться только от 5 до 50 дней. Иногда в целях ранней диагностики вскрывают эпидермальный пузырь и если раневая поверхность нечувствительна к болевым раздражениям и не кровоточит при уколе и насечке, то это свидетельствует о некрозе всех слоев кожи.

Требуется не менее 5-7 дней, для то, чтобы определить границы протяженности и степень отморожения.

Объективным критерием, на наш взгляд, наступление реактивного периода следует считать нарастающий отек отмороженного участка тела. Этому периоду свойственны появление воспаления и некроза и более точное выявление глубины и площади повреждения. После согревания клиническая картина проявляется неодинаково, и степень ее находится в прямой зависимости от продолжительности тканевой гипотермии.

Для прогнозирования течения холодовой травмы и определения тяжести отморожений Рыбдылов Д.Д. 2002 использует в своей работе метод при помощи созданного им индекса тяжести отморожения.

Метод определения границ полной анестезии поражённых тканей, предложил ещё Бильрот Т., в XVIII веке, который основывался на временных факторах. Если через сутки, эти границы определяются в тех же пределах и при этом из точек инъекции выделяется не кровь, а гемолизированная жидкость, то участок анестезии следует считать омертвевшим, а их границы соответствуют линии будущей демаркации.

Степень отморожения можно определить при помощи гамма-сцинтиграфии.

Исследования состояния периферического кровообращения у пострадавших от холодовой травмы с отморожениями конечностей в динамике в процессе лечения показали, что у них имеются нарушения кровообращения, которые выражаются в спазме сосудов, увеличении периферического сопротивления, времени распространения пульсовой волны, а значит и снижении общего кровенаполнения сосудов. Отмечалось повышение тонуса сосудов разной выраженности: на реографической кривой вершины реоволн были закруглены, сглажена дикротическая волна. Угол наклона кривой изменялся. Все выявленные изменения изучаемых показателей указывают на нейротрофические нарушения в поврежденном сегменте.

Реовазография отражает изменения артериального кровенаполнения исследуемой части тела, тонуса артериальных сосудов, венозного оттока, коллатерального кровообращения, микроциркуляции в течение сердечного цикла и скорость движения крови в сосудах.

Исследования состояния периферического кровообращения у больных с отморожениями конечностей проводились на аппаратно – программном комплексе «Валента+».

Реовазография – бескровный метод исследования кровообращения, основанный на графической регистрации электрического сопротивления живых тканей во время прохождения через них электрического тока. Увеличение кровенаполнения сосудов приводит к уменьшению электрического сопротивления.

Снижение интенсивности кровообращения в конечности при отморожениях сопровождается уменьшением амплитуды реограмм конечностей (снижением реовазографического индекса), изменением формы кривой в виде закругления вершины, сглаженностью диастолических зубцов, снижением диастолической скорости быстрого систолического наполнения, средней скорости диастолического наполнения и средней скорости медленного систолического наполнения.

Изменения реограмм наиболее выражены в дистальных отделах конечностей.

Наиболее выражены изменения, до лечения - до полного уплощения реограмм

В процессе лечения, которое мы проводили, отмечалось, что нарушения кровотока, зарегистрированные до начала лечения, нормализовались: улучшался объемный кровоток, нормализовался тонус сосудов.

Для сравнения взята группа практически здоровых людей (20 чел.), подобранных идентично нашим больным по полу и возрасту, которым проведено реовазографическое исследование сосудов.

Под наблюдением находились 177 больных пострадавших от низких температур, которым проводился весь комплекс лечения. Лечение проводилось по вышеописанной схеме.

Основным показателем при проведении реовазографии является реовазографический индекс - величина, которого зависит от величины амплитуды основной волны, которая при отморожениях приближалась к 0.

Показатели реографического индекса в первые трое суток

| | 1 сутки | 2 сутки | 3 сутки | Исход |
|---|---|---|---|---|
| Охлаждение | 0,74± 0,15 | 0,79 ± 0,13 | Не опр. | Без некроза |
| Окоченение | 0,68 ± 0,08 | 0,69 ± 0,04 | 0,69 ± 0,03 | Без некроза |
| | 0,68 ± 0,07 | 0,67 ± 0,1 | 0,12 ± 0,04 | С некрозом |
| Оледенение | 0,63 ± 0,1 | 0,65 ± 0,1 | 0,72 ± 0,21 | Без некроза |
| | 0,62 ± 0,1 | 0,27 ± 0,05 | 0,66 ± 0,12 | С некрозом |

У пострадавших от холодовой травмы, поступивших с охлаждением тканей показатели реографического индекса были умеренно снижены. 0,85 + 0,12

При окоченении реовазографический индекс в первые сутки снижался 0,65 + 0,08. На третьи сутки, при восстановлении жизнеспособности тканей поднимался до 0,76 + 0,71, а при развитии процессов некротизации реовазографический индекс снижался до 0,51 + 0,8.

При оледенении реовазографический индекс в первые сутки снижался до 0,64 + 0,07. На третьи сутки, при восстановлении жизнеспособности тканей поднимался до 0,72 + 0,18, а при развитии процессов некротизации реовазографический индекс снижался до 0,52 + 0,03.

У пострадавших от холодовой травмы, поступивших с охлаждением тканей и лечившихся комплексно, показатели реографического индекса на третьи сутки не определяли, т.к. средние сроки госпитализации пострадавших с данной патологией 1 – 2 дня.

Также необходимо отметить, что при лечении комплексным методом показатели реографического индекса, по динамике, выше показателей группы клинического сравнения, лечившейся традиционно.

**Тонус сосудов**

Тонус сосудов в первые сутки у поступивших с охлаждением тканей повышался 0,115 + 0,005с., но на третьи сутки приходил к нормальным показателям.

Тонус сосудов в первые сутки у поступивших с окоченением тканей повышался 0,125 + 0,005.

На третьи сутки, при восстановлении жизнеспособности тканей тонус сосудов поднимался до 0,135 + 0,005, а при развитии процессов некротизации тонус сосудов снижался до 0,045 + 0,05.

Тонус сосудов в первые сутки у поступивших с оледенением тканей повышался 0,125 + 0,005с.

На третьи сутки, при восстановлении жизнеспособности тканей тонус сосудов поднимался до 0,134 + 0,004, а при развитии процессов некротизации тонус сосудов снижался до 0,039 + 0,05.

Динамика изменения тонуса сосудов в первые трое суток

| | 1 сутки | 2 сутки | 3 сутки | Исход |
|---|---|---|---|---|
| Охлаждение | 0,12 ± 0,005 | 0,12 ± 0,005 | Не опр. | Без некроза |
| Окоченение | 0,12 ± 0,005 | 0,11 ± 0,005 | 0,97 ± 0,005 | Без некроза |
| | 0,5 ± 0,03 | 0,28 ± 0,04 | 0,38 ± 0,004 | С некрозом |
| Оледенение | 0,115 ± 0,005 | 0,115 ± 0,005 | 0,115 ± 0,005 | Без некроза |
| | 0,115 ± 0,005 | 0,115 ± 0,005 | 0,39 ± 0,005 | С некрозом |

**Эластичность сосудистой стенки**

Эластичность сосудистой стенки в первые сутки у поступивших с охлаждением тканей повышалась 0,31 + 0,02 с., но на третьи сутки приходила к нормальным показателям 0,22 + 0,02 с.

Эластичность сосудистой стенки в первые сутки у поступивших с окоченением тканей повышалась 0,51 + 0,02с.

На третьи сутки, при восстановлении жизнеспособности тканей поднимался до 0,135 + 0,005, а при развитии процессов некротизации эластичность сосудистой стенки снижалась до 0,045 + 0,05.

Эластичность сосудистой стенки в первые сутки у поступивших с оледенением тканей повышалась 0,44 + 0,003с

На третьи сутки, при восстановлении жизнеспособности тканей поднимался до 0,52 + 0,043, а при развитии процессов некротизации тонус сосудов снижался до 0,1 + 0,03.

Динамика изменения эластичности сосудистой стенки в первые трое суток

| | 1 сутки | 2 сутки | 3 сутки | Исход |
|---|---|---|---|---|
| Охлаждение | 0,24 ± 0,03 | 0,22 ± 0,03 | Не опр. | Без некроза |
| Окоченение | 0,52 ± 0,03 | 0,52 ± 0,03 | 0,52 ± 0,03 | Без некроза |
| | 0,5 ± 0,03 | 0,28 ± 0,04 | 0,12 ± 0,04 | С некрозом |
| Оледенение | 0,48 ± 0,03 | 0,51 ± 0,04 | 0,52 ± 0,04 | Без некроза |
| | 0,42 ± 0,03 | 0,27 ± 0,05 | 0,14 ± 0,04 | С некрозом |

**Артериальный кровоток**

Показатели артериального кровотока отражают состояние тканей в поражённом сегменте. При динамическом исследовании глубоких поражений выяв-

лено, что при холодовом поражении артериальных стволов удлиняется время артериального кровотока, что свидетельствует о глубоком поражении.

При проведении лечения время артериального кровотока уменьшается до нормальных показателей. В том случае, если нет положительной динамики при адекватном лечении, свидетельствует о развитии необратимых органических изменений в стенках сосудов.

Таким образом, при охлаждении имеет место нарушение периферического кровообращения, а при окоченении и оледенении магистрального.

Динамика изменения артериального кровотока

| | 1 сутки | 2 сутки | 3 сутки | Исход |
|---|---|---|---|---|
| Охлаждение | 0,13 ± 0,07 | 0,12 ± 0,03 | Не опр. | Без некроза |
| Окоченение | 0,13 ± 0,03 | 0,12 ± 0,03 | 0,12 ± 0,04 | Без некроза |
| | 0,18 ± 0,03 | 0,16 ± 0,03 | 0,14 ± 0,03 | С некрозом |
| Оледенение | 0,19 ± 0,06 | 0,15 ± 0,03 | 0,12 ± 0,03 | Без некроза |
| | 0,2 ± 0,03 | 0,17 ± 0,02 | 0,15 ± 0,02 | С некрозом |

Таким образом, по динамике показателей: реографического индекса, тонуса сосудов, эластичности сосудистой стенки, артериального кровотока - в первые трое суток, мы можем прогнозировать развитие некрозов.

## ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТМОРОЖЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

М.В.Вахнин, В.Н.Мирошник, А.К.Данилов

Алданская центральная районная больница
Алдан, Якутия

Одной из актуальнейших задач современной клинической медицины является поиск методов лечения холодовой травмы, в частности отморожений конечностей, снижающие сроки временной нетрудоспособности и выход на инвалидность.

Проблемы современной криопатологии Дудариков А.А. 2005.:

1. Проблема правильного оказания помощи на догоспитальном этапе.
2. Проблема определения глубины и объёма повреждённых тканей в дореактивном периоде отморожения.
3. Проблема единой реализации патогенетической терапии.
4. Проблема прогнозирования (начиная лечение, врачи хорошо представляют себе сюжет травмы, но не знают, каков будет финал).

Мы придерживаемся, методики медленного согревания подвергшегося охлаждению сегмента конечности, считая, что все ткани на разных участках имеют различную теплоёмкость, зависящую от разных факторов. При быстром отогревании, возникают очаги отогретых тканей, в которых начинается процесс жизнедеятельности и обмена, в отличие от не отогретых (находящихся в со-

стоянии анабиоза). Происходит самоотравление оттаявших очагов в виду отсутствия сосудистой циркуляции и утилизации продуктов жизнедеятельности и как следствие некроз тканей. При медленном отогревании скорость оттаивания участков с различной теплоёмкостью уравнивается.

Основное значение приобретает восстановление микроциркуляции для снижения гипоксии и тканей, ишемии конечностей и утилизации продуктов жизнедеятельности клеток. Необходимо приложить максимальные усилия для предотвращения некроза, а во вторых необходимо стараться сохранить жизнеспособную ткань.

При лечении отморожений нужно решать следующие задачи:

1. возможно быстрое восстановление кровообращения;
2. восстановление нарушенного тканевого обмена;
3. предупреждение развития инфекции;
4. предупреждение или ограничение зоны некроза мягких тканей;
5. проведение рациональной терапии с возникшей инфекцией;
6. рационально и в ранние сроки закончить лечение ран;
7. максимальное восстановление функции;
8. сохранение жизни пострадавших от холодовой травмы, а по возможности и длины культи при отморожениях IV степени.

Лечение отморожений начинается с оказания первой помощи. Первая помощь – это первая ступень комплексного лечения. И от того, как будет оказана первая помощь, в основном, зависит дальнейший исход лечения. От времени начала интенсивной лечения холодовой травмы и самой интенсивности лечения зависит исход холодовой травмы и уровень ампутации.

При оказании первой помощи, нужно руководствоваться принципом: отмороженные ткани, независимо от длительности и силы действия холода, должны считаться потенциально жизнеспособными. Вахнин М.В. 2002

Методы лечения отморожений

| Местные | Регионарные | Системные |
|---|---|---|
| Теплоизолирующие повязки, иммобилизация, новокаиновые блокады, перевязки, операции, ФТЛ – УВЧ, лазерная кавитация, препарат Куриозин. | Внутриартериальное, или внутривенное введение ацетилхолина со спазмолитическими средствами, блокады (проводниковые, футлярные и др.), спинномозговая анестезия, лазерная кавитация. | Общее согревание (горячее питье, грелки), инфузионная терапия, спазмолитики, адекватное обезболивание, антикоагулянты, дезагреганты, сосудорасширяющие препараты, ГБО, антибактериальная терапия, дыхательная гимнастика, лазерная кавитация, коррекция клеточного и гуморального иммунитета, десенсибилизирующая терапия, витаминотерапия, биогенные стимуляторы, симптоматическая терапия, экстракорпоральные методы детоксикации. |

Эффективность оказания специализированной помощи зависит от сроков поступления пострадавших, способов транспортировки больного, качества первой помощи и квалификации оказывающего эту помощь.

**Комплексное лечение отморожений конечностей**

С 1992 года мы поэтапно ввели в существующий комплекс лечения отморожений конечностей три компонента (патент РФ 2242225 Комплексное лечение отморожений конечностей от 2004 года) и несколько модернизировали теплоизолирующие повязки по Голомидову (увеличили время экспозиции в два раза).

**Гипербарооксигенация при отморожениях конечностей**

После проведения блокад, наложения теплоизолирующих повязок и иммобилизации, пострадавший от холодовой травмы направляется в барокамеру для проведения сеанса гипербарооксигенации.

С момента поступления больного в стационар, до направления в барокамеру проходит в среднем 15 – 20 минут необходимых для наложения теплоизолирующих повязок по Голомидову А.Я., иммобилизации, обезболивания и блокад, определения противопоказаний, вызова врача ГБО в ночное и нерабочее время.

Первый сеанс проходит в среднем 2 часа при давлении 1 АТИ или 2 АТА, другого режима не позволяют технические характеристики нашей барокамеры Ока – МТ.

Сеансы баротерапии проводились ежедневно в течение 10 -12 суток в барокамере «Ока МТ». В первые три дня режим изопрессии составлял 1,0 АТИ в течение 2 часов.

Последующие сеансы проводились в режиме изопрессии 1,0 АТИ в течение 40-60 минут. В тяжёлых случаях, сеансы баротерапии проводились ежедневно 2 раза в сутки.

**Применение лазера при отморожениях конечностей**

Проводится лазерная кавитация при помощи аппарата «ЛГН – 3» по ходу нервно - сосудистых пучков НСП. Наружное облучение с воздействием на рефлексогенные зоны и область поражения расфокусированным лучом, внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК).

Тип оптического квантового генератора ГНЛ “Пилон» Длина волны 632 НМ

| | Диаметр световодда мкН | Мощность на выходе световода мВТ | Время облучения сек | Кол-во сеансов | Доза облучения нДж | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Разовая | Курсовая |
| ВЛОК | 600 | 2,0 | 1200 | 3 | 2400 | 7200 |
| БАТ | 600 | 2,0 | 360 | 5 | 720 | 3600 |
| Расфокусированный луч | Диаметр пятна 2 | 20 | 600 | 5 – 10 | 3816 | 19080-38160 |

По окончанию сеанса ВЛОК следующим этапом проводится облучение биологически активных точек сфокусированным лучом. Облучение биологически активных точек (БАТ) проводится ежедневно по 10 – 15 минут в течение 5 -7 дней

Облучение области поражения расфокусированным лучом проводится после снятия теплоизолирующих повязок, т.е. со следующего дня. Сеансы облучения области поражения проводятся ежедневно по 15 – 20 минут в течение 5-7 дней во время проведения перевязок.

**Методика применения ацетилхолин-хлорида при отморожениях конечностей**

После извлечения из барокамеры, проводится регионарное расширение сосудов введением ацетилхолин – хлорида по описанной методике.

Больной находится в горизонтальном положении, на спине во избежание резкого падения артериального давления, во время проведения манипуляции. Измеряем артериальное давление больного.

На плечо конечности, пострадавшей от холодовой травмы накладываем манжету от тонометра. Поднимаем давление в манжете на 10–15 мм. рт. ст. выше нижних цифр артериального давления больного. Задержка на 30–40 секунд для наполнения сосудов.

Вводим внутривенно или внутриартериально 0.2 г свежеприготовленного раствора ацетилхолин-хлорида на 5–10 мл 2-% раствора новокаина или лидокаина. (для пролонгирования эффекта в шприц добавляем раствор папаверина 2% - 2,0 или но-шпы 2,0)

Выжидаем 2–3 минуты для более полного распространения лекарства по сосудам. Медленно, в течение 5–7 минут, снижаем давление в манжете до 0.

При проведении манипуляции на нижних конечностях вводим лекарственное вещество в бедренную артерию.

Манжета от тонометра играет роль жгута для венозного стаза.

По мере снижения давления в манжете, появляется чувство распирания в отграниченной конечности, выраженные парестезии, на коже конечности появляются островки гиперемии, постепенно увеличивающиеся в размерах и сливающиеся между собой и распространяющиеся дистально.

Для снятия болевого синдрома, развивающегося при раскрытии сосудов, или его уменьшения необходимо проводить надлежащее обезболивание, вплоть до наркотических аналгетиков, и проведение различного вида блокад.

Данное лечение получили 177 пациентов, лечившихся в Алданской ЦРБ, поступивших в дореактивном и раннем реактивном периодах

Анализируя результаты лечения отморожениями конечностей, мы делили их на 3 группы (хорошие, удовлетворительные, неудовлетворительные). Алексеев Р.З. 1985

Хорошими результатами считались те, при которых отмечается полное выздоровление, отсутствие нейротрофических расстройств, грубых дефектов и нарушений функций конечностей, отсутствие признаков инвалидности, полное восстановление движений и функций конечности, обязательное возвращение к прежней физической активности и работе.

Удовлетворительными результатами считались те, при которых отмечается наличие незначительного анатомического дефекта, с продолжением работы по своей специальности.

Неудовлетворительными результатами считались те, при которых имелись длительно не заживающие трофические язвы или больные из-за образовавшегося анатомического дефекта становились инвалидами или переходили на другую работу с более лёгкими условиями труда.

Для оценки эффективности предложенного способа проводилось сравнение результатов лечения больных с отморожениями конечностей комплексным методом и традиционными методами.

Данные результатов лечения комплексным методом и лечившимися традиционными методами представлены в таблицах №1 и №2.

Этот факт можно объяснить тем, что ацетилхолин-хлорид обладает сильным терапевтическим сосудорасширяющим эффектом при лечении отморожений конечностей, а ГБО, насыщая плазму крови, продлевает жизнеспособность клеток и тканей, замедляя некротические изменения.

Результаты после окончания лечения

| Метод лечения | | Оценка результатов лечения | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Хорошие | | Удовлетвор | | Неудолетв. | |
| | | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| Основная клиническая группа | 177 | 61 | 34,46 | 97 | 54,8 | 19 | 10,73 |
| Группа клинического сравнения | 280 | 74 | 26,43 | 131 | 46,79 | 75 | 26,79 |

Анализируя данные таблицы, следует отметить, что процент положительных исходов у группы больных, пролеченных традиционными методами ниже результатов, полученных от лечения комплексным методом отморожений конечностей.

Отдаленные результаты лечения отморожений конечностей проанализированы, начиная с 6 месяцев и до 3-5-9-12 лет, после окончания лечения.

Отдалённые результаты

| Метод лечения | | Оценка результатов лечения | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Хорошие | | Удовлетвор | | Неудовлетв. | |
| | | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| Основная клиническая группа | 123 | 54 | 43,9 | 73 | 59,35 | 14 | 11,38 |
| Группа клинического сравнения | 194 | 47 | 24,56 | 83 | 42,78 | 64 | 22,86 |

По нашему мнению, срок вполне достаточный, для изучения стабильности и эффективности проводимой терапии.

Таким образом, предложенная методика лечения отморожений конечностей, основанная на использовании медикаментозной терапии, ГБО, лазерной терапии позволяет снизить вероятность возникновения некротических изменений поражённых тканей и первичный выход на инвалидность.

# ДИНАМИКА И СТРУКТУРА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

И.Н.Верзилина

Белгородский государственный университет
Белгород

Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин приобретают стратегическое значение в связи с резким ухудшением здоровья населения. Реализация концепции «Охраны репродуктивного здоровья населения России» призвана обеспечить качественно новую адаптацию медико-социальных технологий, направленных в первую очередь на снижение репродуктивных потерь.

*Целью* данной работы явилось изучение динамики гинекологической заболеваемости взрослого населения в сельских районах Белгородской области за период с 1997 по 2006 годы.

*Материалами для исследования* послужили данные статистических отчетов акушерско-гинекологической службы Белгородской области за 10 лет.

При исследовании гинекологической заболеваемости женского населения в 21 сельском районе Белгородской области установлена значительная изменчивость этого показателя: от 65,51‰ в Алексеевском районе до 245,69‰ в Старооскольском районе. Таким образом, размах вариабельности гинекологической заболеваемости в сельских районах составил 3,75 раза ($p<0,001$).

Анализ территориального варьирования структуры гинекологической заболеваемости в сельских районах области, проведенный с помощью кластерного анализа, выявил три группы кластеров. Первый кластер представлен десятью сельскими районами Белгородской области (47,6% от числа всех анализируемых районов): Ровеньской (частота гинекологической заболеваемости составила 86,61‰), (Краснояружский (85,42‰), Шебекинский (93,68‰), Красногвардейский (90,27‰), Яковлевский (99,67‰), Корочанский (93,46‰), Вейделевский (91,84‰), Губкинский (70,81‰), Волоконовский (79,58 ‰), Алексеевский (65,51‰). Гинекологическая заболеваемость в этой группе колебалась от 65,51‰ до 99,7‰, при среднем значении - 85,69‰. Второй кластер с формирован из пяти сельских районов Белгородской области (23,8% от числа всех анализируемых районов): Красненский (124,49‰), Новооскольский (116,58‰), Грайворонский (126,78‰), Чернянский (113,85‰), Валуйский (103,58‰). Гинекологическая заболеваемость в данной группе районов варьировала от 103,58‰ до 126,78‰ (среднее значение - 117,1‰). Третий кластер образован пятью сельскими районами Белгородской области (23,8% от числа всех анализируемых районов): Прохоровский (158,46 ‰), Ивнянский (114,60 ‰), Ракитянский (127,50 ‰), Борисовский (139,04‰), Белгородский (143,85‰), Старооскольский (245,69‰) районы. Гинекологическая заболеваемость в данной группе была наибольшей и варьировала от 127,50‰ до 245,69 ‰, составляя в среднем - 154,86‰.

Анализ структуры гинекологической заболеваемости взрослого населения Белгородской области за период 1997 - 2006 гг. показал, что наибольший удельный вес имеют осложнения, возникающие во время беременности, родов и послеродового периода (25,5%). Следующие ранговые места занимают прочие заболевания (21,1%), хронические воспалительные заболевания матки и придатков (12,0%), фибромиома матки (8,8%).

Проведенное многофакторное исследование с применением кластерного анализа позволило дифференцировать изучаемый период времени на два кластера: первый кластер включает временной период 1997-2003 годы, второй кластер - 2004-2006 годы. В соответствии с этими данными, нами был проведен анализ структуры гинекологической заболеваемости в Белгородской области по основным нозологиям и гинекологическим заболеваниям за два временных периода (1997–2003 гг. и 2004–2006 гг.). Установлено, что за период 2004-2006 гг. частота нарушений овариально-менструального цикла климактерического периода, нарушений овариально-менструального цикла репродуктивного возраста, эндометриоза, фибромиомы матки, воспалительных заболеваний матки и придатков, полипа цервикального канала, бесплодия, прочих заболеваний, инфекций, передаваемых половым путем была достоверно выше, чем за период 1997–2003 гг. При этом, процентное соотношение отдельных заболеваний в структуре гинекологической заболеваемости за два анализируемых периода, осталось неизменным. Ведущие ранговые места, как в 1997–2003 гг. так и в 2004–2006 гг., занимают осложнения, возникающие во время беременности, родов и послеродового периода (26% и 24%, $p>0,05$), прочие заболевания (по 21%, $p<0,001$), хронические воспалительные заболевания матки и придатков (12% и 13%, $p<0,001$).

Таким образом, размах вариабельности гинекологической заболеваемости в сельских районах Белгородской области составил 3,75 раза. Анализ территориального варьирования структуры гинекологической заболеваемости в сельских районах области позволил выявить районы с высокой частотой гинекологической заболеваемости: Старооскольский, Белгородский, Борисовский, Ракитянский, Ивнянский, Прохоровский. Наибольший удельный вес в структуре гинекологической заболеваемости имеют осложнения, возникающие во время беременности, родов и послеродового периода, прочие заболевания, хронические воспалительные заболевания матки и придатков, фибромиома матки.

## ПОСТОЯННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ «ЛЁГКОЙ» ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Э.Р.Вильданов, Н.М.Галимов, Р.Ч.Валиуллин, А.Ф.Султанов

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа

Мировая статистика последних лет свидетельствует о непрерывном росте случаев острых травм головного мозга до 2% ежегодно. В структуре детского

травматизма до 50% занимают черепно-мозговые травмы (ЧМТ), из них 90% приходится на долю сотрясения головного мозга [1,3]. В силу анатомо-физиологических особенностей и компенсаторных возможностей дети легче переносят ЧМТ, чем взрослые, однако, «растущий» мозг детей оказывается более ранимым, поскольку травмируется «незрелая» ткань мозга. После так называемых «лёгких» ЧМТ у детей нередко возникают различные осложнения, частота которых составляет от 20 до 50% [1,3].

В чрезвычайно сложном патогенезе ЧМТ ведущим звеном считается кислородное голодание мозга, что создаёт благоприятные условия для возникновения метаболических нарушений [4]. Исследованиями нейрофизиологов была установлена тесная взаимосвязь постоянного потенциала (омега- потенциала) головного мозга с его энергетическим обменом и функциональным состоянием, значение которого в клинических исследованиях остается недостаточно изученным [2,5]. Изменения динамических характеристик постоянного потенциала и возможности их использования в клинических исследованиях у больных при ЧМТ малоисследованны, а подобные работы у детей в доступной нам литературе вовсе не встречались.

*Целью* нашего исследования явилось изучение клинического значения постоянного потенциала в оценке функционального состояния головного мозга при ЧМТ у детей.

*Материалы и методы.* Для оценки параметров значений постоянного потенциала у пострадавших детей с лёгкой ЧМТ нами использовался методический прием дискретной регистрации данного потенциала, разработанный Илюхиной В.Ф. [2]. Регистрировали потенциал с помощью милливольтметра с высоким входным сопротивлением и двух хлорсеребряных неполяризующихся электродов марки ЭВЛ-1М3. Обследование осуществлялось в остром периоде легкой ЧМТ на 1-е и 7-е сутки, измерения проводились в отведении «vertex- тенор правой и левой кисти» 7- кратно с интервалом 3-5 минут в покое. Было обследовано 100 детей и подростков в возрасте от 6 месяцев до 15 лет, с диагнозом сотрясение головного мозга, в сроки от 1 до 10 суток после травмы, а также отдельно 25 детей контрольной группы, в анамнезе у которых не было ЧМТ.

*Результаты исследования.* Значения постоянного потенциала у детей в остром периоде ЧМТ по сравнению с контрольной группой имеют существенные различия. По результатам измерений мы разделили детей с «лёгкой» ЧМТ на 3 группы: 1-я группа(56 детей- 56%) – со «средними» значениями омега потенциала (15- 35 мВ), 2-я группа (31%)- с повышенными значениями омега потенциала (45-65 мВ) , 3-я группа (13%) – с пониженными значениями омега потенциала (-5 -15 мВ). Кроме того, проводились клиническое наблюдение и анализ историй болезней обследуемых пациентов. Больные 1- ой группы легче переносили травму, имели только общемозговую симптоматику (головные боли, тошнота, однократную рвоту), уже через 2- 3 суток их общее состояние оценивалось как удовлетворительное. Больные 2- ой группы чаще других имели жалобы на тошноту, рвоту многократно, головокружение, имели также микросимптомы поражения черепных нервов, общее состояние оценивалось как удовлетворительное только через 5- 6 суток после травмы. Больные 3- й группы имели

жалобы чаще на слабость, сонливость, потерю сознания в момент травмы, антеро- и ретроградную амнезию, преморбидный фон их, как правило, был отягощен повторными ЧМТ, перинатальной энцефалопатией, вегетососудистой дистонией, общее состояние их нормализовалось чаще на 7- 9-е сутки после травмы. Измерения постоянного потенциала всех обследуемых детей с ЧМТ, произведенные на 7-е сутки, установили следующую картину: у большей части детей 2-й группы (26 детей- 85%) и меньшей части детей 3-й группы (4 детей-23%) вместе с улучшением общего состояния и регрессией неврологической симптоматики произошли изменения постоянного потенциала в сторону «средних» значений (15- 35 мВ). Таким образом, распределение детей на 7-е сутки после ЧМТ по значениям постоянного потенциала имело следующий вид: 1-я группа детей- 73 детей-73%, 2-я группа- 9 детей-9%, 3-я группа- 18 детей-18%.

*Заключение.* Таким образом, динамические изменения постоянного потенциала головного мозга в различные периоды ЧМТ достоверно отражают состояние его адаптивных и резервных возможностей. Полученные данные имеют значение для объективизации патологического процесса в остром периоде ЧМТ у детей, что поможет обеспечить подбор целенаправленной адекватной терапии для предупреждения развития резидуальных явлений.

Список литературы:

1. Ареф Али Морхедж. Особенности лёгкой ЧМТ у детей: Автореф. дис….канд. мед. наук.- М., 1990. С. 21.
2. Илюхина В.А., Заболотских И.Б. Энергодефицитные состояния здорового и больного мозга человека.- СПб.: Наука, 1993. С. 106.
3. Кудряшов А.Ф. Черепно- мозговая травма у детей грудного и раннего возрастов: Дис….канд. мед. наук.- М., 1991. С. 185.
4. Промыслов М.Ш. Обмен веществ в мозге и его регуляция при черепно- мозговой травме. - М.: Медицина, 1984. С. 258.
5. Фокин В.Ф., Пономарева Н.В. //Энергетическая физиология мозга.- М.: Антидор. 2003; с. 288.

## ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫЙ ЭФФЕКТ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

А.П.Власов, Н.Ю.Лещанкина, Т.И.Григорьева, А.Г.Захаркин, Т.А.Федосеева, Е.Н.Мыкоц

Медицинский институт ГОУ ВПО «МГУ им Н.П.Огарева» Саранск

*Актуальность* проблемы интоксикационного синдрома и его осложнений на протяжении значительного периода времени остается достаточно высокой. Известно, что при выраженном эндотоксикозе в значительной мере нарушается морфофункциональное состояние печени вследствие поражения тканей органа токсическими субстанциями на фоне ацидоза и метаболических расстройств, что определяет дальнейшее прогрессирование эндотоксикоза и подчеркивает необходимость гепатопротекторной терапии.

*Цель исследования.* Определить способность препарата метаболического типа действия ремаксола корригировать нарушения морфофункционального состояния печени при эндотоксикозе.

*Методы исследования.* В основу работы положены экспериментальные исследования на 20 взрослых беспородных половозрелых собаках, животным моделировали перитонит по способу Власова А.П. (1991) с целью воспроизведения синдрома эндогенной интоксикации. Под общим обезболиванием животным в брюшную полость в направлении малого таза шприцем вводили 20% каловую взвесь из расчета 0,5 мл/кг массы тела животного. Через сутки после этой манипуляции животным выполняли срединную лапаротомию, оценивали возникшие патологические изменения в брюшной полости и санировали ее. В контрольные сроки (1-е, 3-и, 5-е сутки) животным производили релапаротомию, забор крови из бедренной вены, биопсию ткани печени. В послеоперационном периоде животные получали инфузионную и антибактериальную терапии, в опытной группе в лечение включали внутривенные инфузии ремаксола в дозе 15 мл/кг.

*Результаты исследования.* Экспериментально показано, что выбранная нами модель оказалась вполне адекватной: через сутки после воспроизведения острого перитонита отмечалось развитие выраженного синдрома эндогенной интоксикации. Применение ремаксола способствовало быстрому уменьшению содержания токсических продуктов в плазме крови, причем положительный детоксикационный эффект проявлялся с первых суток применения. Так, на данном сроке эксперимента отмечалось увеличение эффективной концентрации и резерва связывания альбумина на 18,14 и 20,69 % ($p<0,05$) соответственно при существенном снижении индекса токсичности плазмы на 38,75 % ($p<0,05$) относительно контроля. Достоверно при сравнении с результатами контрольной группы уменьшалось и содержание гидрофильного компонента эндотоксикоза – среднемолекулярных пептидов (на 18,99 % ($p<0,05$)).

Результаты контрольной группы исследования показали, что развитие выраженного эндотоксикоза расстройством метаболизма азотистых продуктов с нарастанием концентрации неутилизированных субстратов, повышения содержания билирубина в сыворотке крови (содержание креатинина и билирубина существенно превышало норму на 24,53 – 74,05 и 41,66 – 60,44 % ($p<0,05$) соответственно). Исследования показали, что дисфункция печени сопровождалась развитием цитолитического синдрома, зарегистрированного по росту активности аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз (превосходили норму на 53,56 – 90,91 и 62,65 – 96,39 % соответственно ($p<0,05$)). Полученные результаты подтвердили формирование при эндотоксикозе печеночной дисфункции, проявившейся нарушением детоксикационной и пигментрегулирующей функций органа, и косвенно выявили развитие органического поражения печени.

Установлено, что применение ремаксола при эндотоксикозе приводило к быстрому восстановлению функционального состояния печени и купированию цитолитического синдрома. Показано, что уже на первые сутки его использования отмечалось достоверное снижение содержания креатинина и общего билирубина в плазме крови на 22,54 и 14,98 % ($p<0,05$) соответственно при значи-

тельном уменьшении активности аспарагиновой и аланиновой трансаминаз – на 20,11 и 21,47 % ($p<0,05$) соответственно.

Изучение липидного спектра гепатоцитарных мембран при эндотоксикозе выявило, что на момент санации брюшной полости спектр липидов тканевых структур печени подвергался значительным модификациям. Исследования показали, что уже на первые сутки применения ремаксола отмечался существенный липидкорригирующий эффект, проявившийся в восстановлении липидного спектра биомембран гепатоцитов. Так, содержание суммарных фосфолипидов, как основного компонента клеточных мембран, значительно возрастало относительно контроля на 31,78 % ($p<0,05$) в основном за счет увеличения удельного веса фракции фосфатидилхолина на 12,08 % ($p<0,05$) при достоверном снижении процента лизофосфолипидов и фосфатидилсерина 22,20 и 12,85 % ($p<0,05$) соответственно. Было зафиксировано снижение уровней свободных жирных кислот и эфиров холестерола на 20,99 и 19,81 % ($p<0,05$) соответственно по сравнению с контролем.

Исследованиями установлено, что через сутки развития дисфункции печени в тканевых структурах органа отмечалась существенная интенсификация липопереокисления. Установлено, что на фоне применения ремаксола было зарегистрировано достоверное снижение липопереокисления в виде уменьшения содержания его первичных и вторичных продуктов в печени относительно контроля на 23,50 – 33,67, 15,16 – 27,68 и 12,20 – 26,47 % ($p<0,05$) соответственно, а также снижение активности фосфолипазы $A_2$.

Таким образом, включение ремаксола в комплекс терапевтических мероприятий при эндотоксикозе способствует реализации гепатопротекторного эффекта препарата за счет предупреждения прогрессирования дислипидных явлений в тканевых структурах печени, что реализуется через быстрое восстановление липидного состава биомембран гепатоцитов, определяя их стабилизацию, как один из важнейших критериев функционального благополучия. Немаловажное значение имеет и тот факт, что липидкорригирующий эффект препарата на органном уровне регистрируется уже с первых суток терапии.

## ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИКИ АЛКОГОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ С ВОЗБУДИМЫМИ ЧЕРТАМИ В ПРЕМОРБИДЕ

Е.В.Волкова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Клинические особенности алкоголизма в значительной степени определяются структурой личности больных, что сказывается в своеобразии отдельных симптомов заболевания и скорости их формирования.

Объектом нашего исследования были мужчины, страдающие алкоголизмом I, I-II, II, II-III стадии. Всего обследовано 182 больных алкоголизмом в воз-

расте от 18 до 52 лет. Из них 120 больных алкоголизмом с возбудимыми чертами личности в преморбиде (1-я основная группа) и 62 больных алкоголизмом с астеническими чертами в преморбиде (2-я группа сравнения).

В основной группе и группе сравнения преобладали больные с II стадией алкоголизма (в 1-й – 87,5%, во 2-й – 64,5%). Вместе с тем у больных основной группы чаще по сравнению с больными 2-й группы встречалась наследственная отягощенность алкоголизмом (67,5% и 41,9%, $p<0,01$). Чаще имели место неблагоприятные условия личностного формирования (неполная семья, гипоопека, конфликты родителей), а также – девиантное поведение в детском и подростковом возрасте, низкая школьная успеваемость.

Первое знакомство с алкоголем у больных с возбудимыми чертами личности в преморбиде по сравнению с больными 2-й группы происходило достоверно раньше (в 15,15<1,81 года и 19±0,87 года, $p<0,01$). Длительность же бытового пьянства была короче (3,72±0,33 года и 8,74±0,41 года, $p<0,01$). Раньше формировалось заболевание алкоголизмом – у больных 1-й группы в возрасте 18,83±0,64 года, а у больных 2-й группы – в 23,14±0,72 года, $p<0,01$. Стадии алкоголизма у больных с возбудимыми чертами оказались короче, чем у больных группы сравнения (I стадия – 4,18±0,31 года и 7,5±0,28 года, $p<0,01$; II стадия – 7,97±0,37 года и 9,43±0,77 года, $p<0,05$). Обращает на себя внимание факт высокой изначальной (физиологической) толерантности к алкоголю у них (в четыре раза выше по сравнению с толерантностью у больных с астеническими чертами) и значительно более высокого повышения ее в период заболевания. Измененные формы опьянения протекают у больных основной группы преимущественно (в 76,7% случаев) по эксплозивному типу, реже (в 9,5%) – по эпилептоидному варианту.

Форма злоупотребления алкоголем у больных обеих форм существенно не отличалась и преимущественно носила характер псевдозапоев (76,7% и 84,6% соответственно). У больных с возбудимым преморбидом во II стадии алкоголизма преобладал ААС с церебральными и висцеральными расстройствами, а во II- III стадии – ААС с психопатологическими расстройствами. У больных с астеническим преморбидом во II-III стадии преобладал ААС с церебральными расстройствами. Психопатологические расстройства в ААС у больных основной группы носили в большинстве случаев (57,7%) характер выраженной дисфории с тоскливо-злобным настроением и агрессивным поведением.

Для больных алкоголизмом с возбудимыми чертами преморбидной личности типично возникновение психопатоподобных изменений по эксплозивному типу (в 67,5% случаев). У больных с астеническим преморбидом заострение личности в большинстве случаев (78,8%) протекало по гипостеническому типу.

Различия в характере имевших место у больных психотических расстройств в группах оказались статистически недостоверными.

У больных алкоголизмом с возбудимыми чертами в преморбиде терапевтические ремиссии возникали реже и продолжались короче.

Таким образом, полученные данные могут способствовать ранней диагностике алкоголизма у больных с возбудимыми чертами в преморбиде.

# МИКРОТОПОГРАФИЯ СОСУДИСТЫХ СЕТЕЙ СТЕНКИ ПИЩЕВОДА ПЛОДОВ ЧЕЛОВЕКА

П.А.Гелашвили, И.А.Кожевников

ГОУ ВПО «Самарский государственный
медицинский университет Росздрава»
Самара

Хирургическая анатомия пищевода сложна. Особые взаимоотношения пищевода с другими органами нередко приводят к вовлечению его в патологический процесс при целом ряде заболеваний роговой полости, гортани, трахеи, бронхов, легких, сердца, плевры, брюшной полости, и наоборот.

Пищевод - структурно один из наиболее сложно организованных органов. В пренатальном периоде онтогенеза выявляются как количественные, так и качественные изменения структурных элементов слоёв стенки пищевода. При этом наблюдается некоторая этапность развития, когда появление новых образований совпадает по времени с критическими периодами развития.

Становление системы микроциркуляции крови в пищеводе плода и новорождённого стоит в прямой связи с формированием, как структуры самого органа, так и соответствующих этапу онтогенеза капиллярно-тканевых отношений.

При всей своей научно-практической значимости молекулярно-цитологический подход, преобладающий в современных исследованиях роста кровеносных сосудов, оставляет в стороне проблемы морфогенеза архитектоники системы кровообращения в отдельных органах человека.

Врождённые и хронические заболевания пищевода подчеркивают значение данной неонатологической проблемы не только для педиатрии, но и для медицины в целом.

*Цель исследования:* изучить становление кровеносных сплетений слоёв стенки пищевода плодов человека разных сроков гестации.

В сроки с 30 недель и до рождения плода происходит окончательное формирование оболочек стенки органа. Эпителий превращается в плоский ороговевающий, на препаратах хорошо контурируется его базальный слой клеток, мышечная пластинка слизистого слоя на всем протяжении органа тесно контактирует с венозными компонентами внутренней и частично с венами наружной сетей подслизистой основы. На препаратах поперечного и продольного сечений выделены следующие сосудистые сети и сплетения:

1. Непосредственно у основания слизистой оболочки теперь располагается сосудистая сеть, в которой находятся сосуды со строением стенки, оответствующей капилляру (стенка образована одними эндотелиальными клетками), но просвет их велик - до 30-40 мкм и зияет. Эти сосудистые образования очень напоминают синусоиды или сосуды синусоидного типа. К концу срока внутриутробного развития и у новорожденных иногда отмечается прорастание кровеносных сосудов в слизистый слой, т. е. начинается формирова-

ние собственной капиллярной сети слизистой оболочки. Артериолы и мелкие артерии в этой зоне в такие сроки не отмечаются.

2. Вторая сеть кровеносных сосудов расположена несколько кнаружи и состоит в основном из вен среднего калибра (вены тесно контактируют с мышечными волокнами мышечной пластинки слизистого слоя). Стенка вен образована одним слоем эндотелиальных клеток, иногда в этой области обнаруживаются артериальные ветви, стенка которых по строению похожа на стенку артериол. Кровеносные сосуды расположены непосредственно за мышечной пластинкой слизистой оболочки. Основная масса этих сосудов - вены с широким просветом, который зияет, стенка тонкая, образована эндотелиальными клетками и здесь присутствуют единичные ангиомиоциты. Стенка некоторых вен тесно соприкасается с мышечными волокнами мышечной пластинки слизистого слоя. Вторая и третья венозные сети формируют собственное венозное сплетение подслизистой основы. Среди венозных компонентов, но чаще кнаружи от них, а еще чаще между ними и мышечной оболочкой или непосредственно под ней находятся артериальные сосуды.

3. Сосудистое кровеносное сплетение мышечной оболочки, основная масса артерий и вен которой располагается параллельно группам мышечных волокон.

4. Кровеносное сосудистое сплетение адвентициальной оболочки – артерии и вены располагаются в адвентиции органа. Следует отметить, что начиная с 30-недельного срока в венах венозных сетей подслизистой основы появляется клапанный аппарат. С 34-36 недель клапаны обнаруживаются во всех венах среднего и крупного калибра и на всех уровнях органа в вышеназванных сетях и отводящих венозных коллекторах.

## СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК–СТАРШЕКЛАССНИЦ

И.В.Глебова, Т.Н.Трофимчук, Г.С.Мичурина, Д.К.Багдалова,
С.Л.Тузов, Н.С.Карташева

МУЗ Городская детская поликлиника, ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
Пенза

Ежегодно, в рамках профилактических осмотров, в школах проводится выявление отклонений и оценка репродуктивного здоровья девушек-старшеклассниц. За 2008 г. из общего числа (2292 чел.) девушек - учащихся 19 общеобразовательных школ, обслуживаемых поликлиническим отделением №6 городской детской поликлиники выявлено 48 (2,1%) школьниц, имеющих гинекологические заболевания.

В структуре выявленных заболеваний преобладали функциональные расстройства: нарушение овариально-менструального цикла, дисменорея, ювенильные маточные кровотечения.

За 2008 г. 10 девушек-подростков имели операцию по прерыванию беременности, ранние роды – у двоих.

Репродуктивное здоровье тесно связано с соматическим и нервно-психическим состоянием подростков.

Из числа девушек, с выявленными гинекологическими заболеваниями – 62,8% имели хроническую патологию: болезни нервной, эндокринной, мочеполовой систем и состояли на диспансерном учёте.

Факторы риска, способствующие возникновению функциональных расстройств: психоэмоциональные и школьные нагрузки, острые нервно-психические переживания, конфликтные ситуации в семье и школе были выявлены у большинства девушек-подростков.

Представленные данные показывают, что хотя общее число девушек, имеющих гинекологические заболевания и невелико (48 из 2292) однако настораживает наличие абортов и ранних родов у школьниц. Это требует активной совместной работы родителей, детской поликлиники и школ, где одним из направлений является охрана репродуктивного здоровья подростков.

С целью раннего выявления отклонений и улучшения репродуктивного здоровья девушек-подростков проводятся:

- ежегодные медицинские осмотры в школах;
- оздоровление девушек-подростков, состоящих на диспансерном учёте;
- просветительская работа со школьниками, учителями, родителями.

В школах определяется уровень знаний учащихся о репродуктивном здоровье методом анонимного анкетирования.

По результатам проводятся занятия по половому образованию среди не только школьников, но и педагогов и родителей.

Читаются лекции на темы: «Аборт и его осложнения», «Методы контрацепции у подростков», «Болезни передающиеся половым путём» и др. Проводятся беседы с подростками на темы здорового образа жизни, личной гигиены и др.

Охрана репродуктивного здоровья определяется как сочетание методов, способов и услуг, которые способствуют репродуктивному здоровью и благополучию за счёт предупреждения и устранения проблем, связанных с репродуктивным здоровьем.

Хочется надеяться, что более тесная совместная работа детской поликлиники со школами даст свои результаты уже в недалеком будущем, о чем мы сможем судить по снижению гинекологической заболеваемости среди школьниц, уменьшению числа абортов среди подростков и повышению репродуктивного потенциала последних.

# ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ОПТИМИЗАЦИИ У ПОДРОСТКОВ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

И.В.Глебова, Г.С.Мичурина, Д.К.Багдалова, С.Л.Тузов, Н.С.Карташева

МУЗ Городская детская поликлиника, ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Пенза

В современных условия в Вооруженных Силах используется сложнейшая боевая техника, предъявляющая высокие требования к психологическому и соматическому здоровью призывников.

В настоящее время подростки составляют 13 – 15% населения страны и от состояния их здоровья и духовных качеств будет зависеть трудовой, интеллектуальный, оборонный и репродуктивный потенциал страны. При сравнительном анализе заболеваемости основных возрастных групп населения в РФ особенно неблагоприятные тенденции были выявлены среди детей подросткового возраста. Самый значительный рост распространенности болезней отмечен в возрастной группе юношей 15-17 лет, что в последующем ведет к значительному снижению процента годности их к военной службе.

Поликлиническое отделение № 6 Городской детской поликлиники г. Пензы обслуживает юношей-подростков, включая учащихся общеобразовательных школ, профессиональных училищ, техникумов и неорганизованных подростков. За последние три года число 15-17 летних юношей сократилось на 17% и составило на конец 2008 г.- 2328 человек.

Анализ состояния здоровья юношей-подростков за период 2006- 2008 г.г. выявил увеличение острой и общей заболеваемости, а также увеличение диспансерной группы наблюдения с 34% до 43% (таб. 1).

Таблица 1

Заболеваемость юношей-подростков

| Заболеваемость | 2006г. | | 2007г. | | 2008г. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | абс | на 100000 | абс | на 100000 | абс | на 10000 |
| Острая заболеваемость | 2374 | 84454 | 2848 | 109328,2 | 2969 | 127534,3 |
| Диспансерная группа | 968 | 34436,1 | 995 | 38196 | 995 | 42741 |
| Общая заболеваемость | 3342 | 118890 | 3791 | 145528 | 3961 | 170146 |

В структуре общей заболеваемости на «100000» преобладали: болезни органов дыхания – 46099,4 (1826 юношей); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 11739,5 (465 юношей); органов пищеварения –6311,5 (250 юношей).

В диспансерной группе самая высокая заболеваемость (на 100000) отмечалась в группе гастроэнтеролога - 22561,6; в группе хирурга – 20916,5; аллерголога-пульмонолога – 20709 и в группе окулиста – 11163,3.

Распределение юношей-подростков по группам здоровья показало уменьшение числа подростков со II группой здоровья и увеличение детей с III группой здоровья. Численность юношей-подростков с I группой здоровья по сравнению с 2006 г. осталась практически без изменений (таб. 2).

Таблица 2

Динамика распределения юношей-подростков по группам здоровья за период 2006-2008 гг.

| Год | Всего юношей-подростков | Группы здоровья | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
| | | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| 2006 | 2811 | 410 | 14,58 | 1359 | 48,35 | 968 | 34,43 | 73 | 2,6 | 1 | 0,04 |
| 2007 | 2605 | 367 | 14,1 | 1217 | 46,7 | 957 | 36,7 | 64 | 2,5 | - | - |
| 2008 | 2328 | 328 | 14 | 953 | 41 | 995 | 43 | 52 | 2 | - | - |

В целях улучшения показателей здоровья школьников, в том числе юношей-подростков наряду с традиционными лечебно-профилактическими мероприятиями внедряются новые профилактические технологии.

В районе обслуживания поликлинического отделения № 6, при 4-х общеобразовательных школах (гимназия №13; школы №74, 38, школа-«САН»), созданы оздоровительно-реабилитационные центры, реализуется программа «Школьное питание», на базах 4 школ (гимназии №13, 42, школы № 38.,74.) функционируют физкультурно-оздоровительные комплексы (ФОК), используемые как центры физического воспитания.

В школах работают психологи, социальные педагоги, ведется мотивационная работа по формированию здорового образа жизни.

Особое значение для улучшения здоровья детей имеют оздоровительные мероприятия по повышению резистентности организма неспецифическими методами: оптимальная двигательная активность, закаливание естественными факторами природы, рациональный режим дня, дополнительная витаминизация питания.

Одной из перспективных форм оздоровительной работы с подростками, в том числе с юношами призывного возраста, является программа, включающая систему мероприятий по оздоровлению подростков во в неучебное и учебное время, реализованная в оборонно-спортивных лагерях и в ряде образовательных учреждений г. Пензы (в районе нашего обслуживания - в 3-х школах: № 52; 68; 74).

Используемая система оздоровления показала хорошую эффективность: число юношей-подростков не болевших в течение учебного года повысилось с 42,9 до 64,3%, улучшилось психологическое состояние подростков.

Опыт работы с подростками призывного возраста на базах оздоровительных лагерей активно используется учителями школ, преподавателями физической культуры, что будет способствовать улучшению показателей здоровья подростков и формированию полноценного призывного ресурса.

## АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА

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

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

В последние годы возрос интерес к заболеванию, проявляющемуся различными сосудистыми катастрофами: инсульт, инфаркт миокарда, венозными и/или артериальными тромбозами различных органов, различными видами акушерской патологии, тромбоцитопенией. Это заболевание получило название – антифосфолипидный синдром.

Антифосфолипидный синдром (АФС) – клинико-лабораторный симптомокомплекс, связанный с синтезом антифосфолипидных антител (аФЛ), включающий: венозные и/или артериальные тромбозы, различные формы акушерской патологии (в первую очередь – привычное невынашивание беременности), тромбоцитопению, разнообразные неврологические, кожные, сердечно-сосудистые нарушения.

Антифосфолипидный синдром (АФС) относится к приобретенным аутоиммунным («гиперкоагуляционным») тромбофилиям, которые характеризуются повышенным свертыванием крови.

За последние годы мы наблюдали 9 пациентов с различными вариантами АФС: первичный АФС у 3-х больных, вторичный – у 6, катастрофический – у 1.

Больные поступали в клинику с различными клиническими проявлениями. Первичный АФС диагностирован у 2-х женщин 37 и 43 лет и 1 мужчина 53 лет. У женщин на первый план выступали мозговые ишемические катастрофы, артериальная гипертензия, сетчатое ливедо. Одна из этих женщин через несколько лет поступила в отделение ревматологии с клиникой катастрофического АФС.

Больной Л., 53 лет, с первичным АФС поступил в клинику с тяжелой аортальной недостаточностью, фибрилляцией предсердий. Клинические проявления имитировали инфекционный эндокардит. За 2 года до поступления в нашу клинику на аортальных клапанах были обнаружены «вегетации». Но при этом все воспалительные тесты были в пределах нормы, температура тела также была нормальной. Заболевание было расценено как инфекционный эндокардит, проведена антибактериальная терапия и лечение прямыми антикоагулянтами. При повторном поступлении с пароксизмом мерцательной аритмии «вегетации» были обнаружены на митральных клапанах. Температура тела была нормальной, воспалительные тесты отрицательны. На нижних конечностях обна-

ружено сетчатое ливедо. При обследовании диагностирован первичный АФС (выявлено увеличение антител к кардолипинам). При лечении антикоагулянтами «вегетации», которые, вероятно, были обусловлены тромботическими наложениями, исчезли.

Вторичный АФС диагностирован у 6 больных с СКВ, ревматоидном артритом, неспецифическим аортоартериитом. Под нашим наблюдением находится молодая женщина, 28 лет, у которой заболевание началось в возрасте 22 лет с потери зрения на правый глаз. При обследовании диагностирована СКВ, выявлены антитела к кардиолипинам. Изменения на коже (сетчатое ливедо) появились лишь через 2 года и в течение года изменения были практически по всему телу. В настоящее время больная получает терапию по поводу СКВ и проводится коррекция нарушений гемостаза. У остальных 5 пациентов с вторичным АФС наблюдались: инфаркт миокарда, ТЭЛА, мозговые ишемические атаки, артериальная гипертензия.

Катастрофический АФС мы наблюдали у одной пациентки (больная Г, 43 лет): заболевание началось в возрасте 30 лет – мозговые ишемические атаки, артериальная гипертензия; в возрасте 37 лет появилось сетчатое ливедо. Диагностирован АФС. В течение последних 6-7 лет – клиника рецидивирующих НМК, лечилась у неврологов по месту жительства. Затем перенесла подвздошно-бедренный флеботромбоз слева, в связи с чем лечилась в отделении сосудистой хирургии. При обследовании выявлена окклюзия правой подключичной артерии, стеноз правой внутренней сонной артерии, окклюзирующий тромб в левой подвздошной вене; после консервативного лечения – уменьшение венозной недостаточности левой нижней конечности. В дальнейшем перенесла ТЭЛА мелких ветвей, затем рецидивы ТЭЛА на фоне клиники подвздошно-бедренного флеботромбоза справа; выполнена пликация нижней полой вены аппаратом УБ-40 тотчас ниже правой почечной артерии с целью профилактики венозных эмболий. Затем клиническая картина рецидива подвздошно-бедренного флеботромбоза слева, вновь рецидивы ТЭЛА. Больная погибла в возрасте 43 лет с клиникой катастрофического АФС на фоне рецидива ТЭЛА.

Показания к определению аФЛ: 1) венозные тромбозы в возрасте до 40 лет, 2) рецидивирующий венозный тромбоз, 3) необычная локализация тромбозов (мезентериальных сосудов, головного мозга), 4) тромбозы у родственников, 5) удлинение АЧТВ, 6) редидивирующие потери плода во П-Ш триместре, или в первом при исключении акушерской патологии, 7) тромбоцитопения, 8) СКВ.

Диагноз АФС устанавливается на основании клиники и лабораторного исследования: антитела к фосфолипидам, волчаночный антикоагулянт и др.

Таким образом, антифосфолипидный синдром – патология, которая проявляется рецидивирующими тромбозами, невынашиванием беременности, тромбоцитопенией, которые обусловлены наличием антител к фосфолипидам.

Патология описана недавно и вызывает значительные трудности в её диагностике в практике врача кардиолога, терапевта, невропатолога, ревматолога.

До сих пор еще полностью не отработаны критерии диагностики, методы лечения и профилактики данного заболевания. Эта патология в настоящее время интенсивно изучается и, возможно, в скором времени мы получим новые данные по диагностике и лечению этой тяжелой патологии.

## О ВЗАИМОСВЯЗЯХ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ И СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ГЕСТОЗЕ

И.С.Добродомова

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа,
Областной перинатальный центр
Белгород

Фетоплацентарная недостаточность является одним из наиболее частых осложнений гестоза и непосредственно влияет на состояние плода и новорожденного. Целью данной работы было проанализировать влияние полиморфизма гена ангиотензин-конвертирующего фермента (ACE) на возникновение и прогрессирование хронической фетоплацентарной недостаточности.

Выборка беременных формировалась на базе перинатального центра Областной клинической больницы г. Белгорода. Материалом для исследования послужила ДНК 40 беременных с диагнозом гестоз, выделенная из цельной венозной крови методом фенольно-хлороформной экстракции. Был исследован инсерционно – делеционный полиморфизм: (Alu последовательности в интроне 16) гена ACE. Генотипирование изучаемых локусов проводили методами полимеразной цепной реакции с использованием стандартных олигонуклеотидных праймеров с последующим анализом аллелей в 2%-м агарозном геле. Также была проведена допплерография и кардиотокография (КТГ).

Анализ КТГ показал, что у беременных с генотипами ID и DD нормальные показатели КТГ были выявлены у 31,58% и 35,29%, соответственно по сравнению с пациентками, имеющими генотип II -50% ($p< 0,05$).

При исследовании результатов допплерографии выявлено, что нормальные показатели допплерографии у женщин с генотипом ID и DD были установлены 52,63% и 58,8%, соответственно, а среди женщин с генотипом II - 75%. Следует отметить некоторое преобладание среди женщин, гомозиготных по аллелю D второй степени гемодинамических нарушений фетоплацентарного кровотока по сравнению с гетерозиготами (11,76% и 5,88%, соответственно).

Таким образом, наличие мутантного аллеля D обусловливает более тяжелое течение беременности, что влияет на степень выраженности фетоплацентарных нарушений и на состояние плода.

# ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ И ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ПРЕПАРАТОМ ИМУНОРИКС

Г.В.Долгушкина, Р.Т.Галеева, А.Н.Астафьева, И.В.Карина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Респираторные заболевания остаются одной из самых распространенных патологий в детском возрасте, на их долю, особенно в осенне-зимний период, приходится более 90% всех обращений за амбулаторной помощью.

В настоящее время известно более 200 возбудителей респираторных заболеваний, поэтому создание средств специфической иммунопрофилактики маловероятно, а повсеместное применение антибактериальной и противовоспалительной терапии не только не контролирует частоту этой патологии, а, напротив, проводит к формированию хронических форм, увеличивает число резистентных возбудителей и аллергических заболеваний, является одной из основных причин супрессии иммунного ответа.

Исходя из этого, тактика лечения больных детей с респираторными инфекциями с включением в терапию иммуномодуляторов является перспективным и научно обоснованным.

*Целью* нашего исследования была клиническая оценка эффективности применения препарата Имунорикс у детей в комплексной терапии бактериальных и вирусных инфекций верхних и нижних дыхательных путей.

Под наблюдением находилось 29 больных в возрасте от 3 до 7 лет с респираторными инфекциями дыхательных путей. Из них 15 пациентов (основная группа) в комплексной терапии получали иммуномодулятор Имунорикс. Группу сравнения составили 14 детей, получавших традиционную терапию. Сравниваемые группы были полностью репрезентативны по возрасту, преморбидному фону, нозологическим формам, тяжести течения заболевания. Имунорикс (пидотимод) применяли у детей внутрь по 400 мг 2 раза в день в течение 15 дней между приемами пищи. Родители детей, принимавших участие в исследовании, были проинформированы о цели исследования, и дали свое согласие.

Клиническое наблюдение проводили за детьми в остром периоде в течение 15 дней, а также в периоде реконвалесценции (60 дней от начала терапии). Детально изучали начало и течение заболевания. В качестве основных клинико-физиологических показателей эффективности Имунорикса использовали сроки нормализации температуры тела, длительность симптомов интоксикации, катаральных явлений (гиперемия слизистой ротоглотки, кашель, ринит).

При анализе динамики клинических показателей в сравниваемых группах установлено, что на фоне комплексной терапии респираторных инфекций с применением Имунорикса отмечалось более раннее купирование лихорадки

на 2,8 ± 1,2 день, по сравнению с 6±1,2 дн. ($p < 0,001$); симптомов интоксикации на 2,9 ± 1 день, что на 1,5 – 2 дня меньше, чем в группе сравнения ($p < 0,001$). У пациентов основной группы достоверно быстрее исчезали катаральные явления: гиперемия слизистой ротоглотки, затрудненное носовое дыхание, ринорея, кашель ( $p < 0,001$).Осложнения в основной группе регистрировались в два раза реже.

Побочных эффектов от применения Имунорикса отмечено не было.

Наблюдение в динамике показало, что в течение 60 дней после прекращения лечения рецидивы респираторных инфекций в основной группе отмечались 1 раз - у 16,5% детей, 2 раза - у 2,2% детей; в группе сравнения – соответственно у 58,4% и 26,8% пациентов.

Таким образом, включение Имунорикса в комплексную терапию инфекций дыхательных путей у детей способствовало достоверному сокращению лихорадочного периода, симптомов интоксикации, катаральных явлений, частоты осложнений. Использование Имунорикса в традиционной терапии респираторных инфекций подтвердило его эффективность в снижении числа рецидивов и тяжести течения респираторных заболеваний у детей.

## ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ СВЯЗИ ПОВЫШЕНИЯ ОБЩЕГО IgE У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Т.А.Дружинина, Н.Ю.Алексеева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

В настоящее время обнаружено повышение общего IgE у больных с некоторыми соматическими и инфекционными, в том числе гнойно-воспалительные заболеваниями (ГВЗ), роль которого в патогенезе или протективном иммунитете остается неясной.

Цель работы состояла в выяснении причинно-следственных связей повышения общего IgE у больных с ГВЗ. Обследовано 49 больных с хроническим рецидивирующим фурункулезом (ХРФ) и 26 с хроническим остеомиелитом.

Повышение общего IgE у больных с ХРФ было обнаружено в 37% случаев (n=18) и в 58% случаев у больных с хроническим остеомиелитом (n=15). Как известно, причиной повышения поликлонального IgE являются атопические состояния или глистные инвазии.

В наших исследованиях отягощенный аллергоанамнез у больных с повышенным уровнем IgE с ХРФ отмечен в 38,9% случаев (n=7), из них у 2 больных был диагностирован аллергический ринит (11%), у 2 (11%) - пищевая аллергия, у 1 (5,6%) - аллергическая крапивница. У двух больных установлено наличие только отягощенного семейного аллергоанамнеза. В трех случаях у больных выявлены антитела к токсокарам (титр 1:800), и в одном -

антитела к аскаридам (титр 1:400). У 7 больных причина повышения общего IgE осталась невыясненной.

При анализе уровня общего IgE у больных с остеомиелитом обращает внимание высокая частота повышения уровня IgE (58%), при этом повышенным считали значения IgE более 200 МЕ/мл. Особенностью течения заболевания у больных с повышенным значением указанного иммуноглобулина является высокая частота выявления у них антител к токсокарам, они были обнаружены у 7 из 15 пациентов - титр 1:400, 1:800. Отягощенный аллергоанамнез был выявлен только у двух пациентов, диагностирована лекарственная сенсибилизация и аллергический ринит. У 7 больных с хроническим остеомиелитом также не были установлены причины повышения общего IgE.

Вместе с тем, повышение общего IgE может быть следствием хронического инфекционного процесса стафилококковой этиологии.

Для установления связи уровня общего IgE и стафилококковой сенсибилизации проводили постановку кожных проб с аллергеном Staphylococcus aureus в период ремиссии заболевания (длительность ремиссии не менее 1 месяца). В результате обследования 12 пациентов установлено наличие немедленного типа реагирования разной степени выраженности (слабая, умеренная, сильная) у всех обследуемых больных. Отсроченные положительные кожные пробы наблюдали у 6 больных (50%), замедленные положительные кожные пробы у 9 больных (75%).

Оценка корреляционных взаимосвязей общего IgE и кожных проб показала отсутствие корреляции, как с немедленными, так и отсроченными кожными пробами. Установлена отрицательная коррелятивная связь общего IgE (R= -0,59; p=0,04) с реакциями ПЧЗТ, что свидетельствует о преимущественном развитии замедленной аллергической реакции к стафилококку у лиц с нормальным значением указанного иммуноглобулина.

## ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ.

Е.А. Горбунова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Актуальной проблемой хирургии вентральных грыж является вопрос профилактики и лечения раневых осложнений, частота которых после герниопластики варьирует от 20,9 % до 67 % [Слепых Н.И.,2001; Белоконев В.И.,2000; Ткаченко А.Н.,1999]. Несмотря на множество, существующих способов их профилактики проблема остается решённой не в полной мере.

**Цель исследования:** изучение эффективности профилактических мероприятий в развитии раневых осложнений после вентропластики у больных с вентральными грыжами.

**Материалы и методы:** Проведён анализ лечения 1832 больных, оперированных по поводу грыж передней брюшной стенки за период 2001 – 2006 гг в хирургических отделениях городских больниц г. Пензы.. Отделения выполняли в своё время роль своеобразных герниологических центров.

Все больные были оперированы в плановом порядке. Наибольший интерес в свете раневых осложнений представляли больные с послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ), которых было 380. С целью анализа методов профилактики раневых осложнений больные с данной патологией были условно разделены на 2 группы в зависимости от особенностей подходов к профилактике раневых осложнений в сравниваемых лечебных учреждениях.

Первую группу составили 220 пациентов, оперированных в крупной многопрофильной больнице. У больных со средними и большими ПОВГ операции заканчивались инжекционно - вакуумным дренированием (181). У больных с малыми ПОВГ проводилось дренирование послеоперационной раны микроирригаторами. Кроме того, проводилась посиндромная и антибактериальная терапия. Последняя проводилась на всех этапах стационарного лечения.

Во вторую группу включены 160 больных, оперированные в городской больнице, занимающийся активной санацией грыженосителей. Больным данной группы так же проводилась посиндромная и антибактериальная терапия, но у пациентов со средними и большими ПОВГ выполнялось раннее бандажирование и проточное дренирование. В течение первых часов после операции проводилось удаление раневого детрита и сгустков крови путем лаважа. Вслед за этим для профилактики патологического скопления экссудата в послеоперационной ране применялся эластичный бандаж – пелот, специально подобранный для пациента в предоперационном периоде. У пациентов с малыми ПОВГ выполнялось только бандажирование.

Возраст оперированных пациентов колебался от 20 до 86 лет. Средний возраст составил 57,17 ± 11,671 лет. Значимых различий в группах по возрасту не отмечено ($p = 0,304$).

Согласно SWR-классификации (J.P.Chevrel et A.M. Rath, 2000 г) в первой группе больных с большими ПОВГ было 113 (51,36%), больных со средними ПОВГ было 68 (30,90%) и пациентов с малыми ПОВГ – 39 (17,72%). Во второй группе больных с большими ПОВГ было 84 (52,5%), больных со средними ПОВГ было 60 (37,5%) и пациентов с малыми - 16 (10,0%). Достоверных различий в группах по размерам грыж не отмечено ($p = 0,087$). Так как различий в группах по полу, возрасту и размеру грыжевых ворот нет, то группы могут быть условно сравнимы по эффективности профилактических мероприятий раневых осложнений.

Результаты лечения пациентов были обработаны с помощью пакета программы доказательной статистики (SPSS 17.0) «SPSS Inc».

**Результаты и обсуждение:**

В первой и второй группе у пациентов с малыми ПОВГ раневых осложнений не отмечено. В первой группе у пациентов со средними ПОВГ наблюдалось 11(16,2%) раневых осложнений, во второй группе – у 1(1,7%) больного соответственно ($\chi^2 = 7,899^a$ $p = 0,005$). У больных первой группы в

послеоперационном периоде с большими ПОВГ было отмечено 28 (24,8%) раневых осложнений, во второй группе – у 6 (7,1%) больных соответственно ($\chi^2 = 10{,}494^a$ p = 0,001).

При статистическом анализе профилактических мероприятий в отношении раневых осложнений в первой группе не выявлено значимой разницы ($\chi^2 = 3{,}741^a$, p=0,070). Во второй группе в оценке профилактических мероприятий была отмечена значимая разница ($\chi^2 = 6{,}749^a$,p = 0,012).

Сроки пребывания в стационаре пациентов первой группы составили 11,93 ± 5,841. Длительность пребывания в стационаре пациентов второй группы составил 10,74 ± 2,385 (p = 0,016).

Таким образом, на основании статистического анализа можно предположить преимущество проточного дренирования и раннего бандажирования по сравнению с инжекционно – вакуумным дренированием.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

С.А.Евтюшкина

МУЗ Городской детский санаторий «Солнышко»
Пенза

Сохранение здоровья детей, занимает особое место, среди проблем отечественной педиатрической службы, что связано с ухудшением показателей физического и нервно-психического развития практически всех детей.

«Часто болеющие дети» (ЧБД) - на их долю приходится 60-70% всех случаев заболеваний детей. ЧБД - это не нозологическая форма, не диагноз, это группа риска, и требует активного проведения комплексных реабилитационных, профилактических мероприятий по формированию здорового образа жизни, сохранение и возвращение (при болезни) состояния здоровья ребенку, позволяющее ему максимально полно реализовать свой врожденный потенциал жизни.

Отклонения в состоянии здоровья носят полиморфный характер, около 80% в уровне заболеваемости часто болеющих составляют болезни органов дыхания, остальные 20% - инфекционные, паразитарные болезни, болезни нервной системы и органов чувств, болезни органов пищеварения, болезни кожи и подкожной клетчатки и другие.

За многолетний опыт работы в реабилитационные мероприятия включены следующие принципы:

- комплексность (составление индивидуального плана обследования и лечения в течения заезда-28-35дней, всеми специалистами учреждения (педиатр, отоларинголог, невролог, аллерголог, логопед), согласно медико-экономических стандартов);
- индивидуальный подход - (у пациента - своевременное выявление и грамотная оценка отклонений от нормы физического и психомоторного разви-

тия, питания, режима, закаливания, позволяют педиатру правильно скорригировать эти дефекты, помогают ребенку адаптироваться в детском коллективе, а также сформировать настрой на здоровый образ жизни);

- системный подход – (в санатории проводится круглогодичный, круглосуточный реабилитационный комплекс (строго по заездам): режим дня, режим питания, санитарно-гигиенические мероприятия, лечебная физкультура, массаж, физиотерапия, общеукрепляющие, иммунотропные препараты, витаминотерапия, адаптагены и другие препараты. Все назначения с учетом режимам лечения и отдыха - (педагогическая реабилитация). Во всех лечебных кабинетах действует талонная система, что исключает очередь в кабинетах. Это позволяет контролировать нагрузку для персонала и детей. Всюду творит атмосфера творчества, спокойствия, комфорта, доброжелательности;
- обучающий подход - для повышения социальной и медицинской активности семьи. С этой целью разработаны анкеты для родителей, проводятся по плану образовательные программ: школы здоровья для пациентов, школы-педиатра для родителей пациентов, индивидуальные беседы, лекции, санбюллетни, информационные стенды, выступления в СМИ. Без оздоровления родителей, без обучения их методам оздоровления ребенка и семьи не может быть достигнуто эффективного сотрудничества: врач-пациент – семья;
- доступности и социальной значимости (дети дошкольного возраста, проживающие в городе Пенза, не зависимо от социального уровня семьи могут бесплатно получить путевку по месту жительства в детской поликлинике на один заезд. Ежегодно проводится 11 заездов, санаторий рассчитан на 100 мест, находится в центре города, нет смены климата, не тратятся средства на билеты дальнего следования, родители же продолжают работать по обычному графику, пока их ребенок оздоравливается у квалифицированных специалистов).

Проведенный анализ результатов работы педиатрической службы за последние пять лет показал: оздоровлено 3600 ЧБД, более чем 95% выписаны с улучшение, по катамнезу - уменьшилось число заболеваний за год в 2 раза, снизился рост осложнений в 2,2 раза, в случае болезни - течение в более легкой форме, не затяжного характера, увеличились сроки ремиссии с 3 до 7 месяцев. Впервые выявленная сопутствующая патология (лор органов, болезней пищеварения, нервных, аллергологических заболеваний, нарушение речи и прочих заболеваний) правильно и своевременно проведенный комплекс реабилитации сократили диспансерную группу, уменьшили значительно группу риска, улучшили состояние пациентов. Со стороны родителей - удовлетворенность обслуживанием и результатами реабилитационных мероприятий. Значительно сократилась временная нетрудоспособность родителей.

Вывод: Реабилитация часто болеющих детей в МУЗ Городском детском санатории «Солнышко» позволяет учитывать темп развития ребенка, состояние здоровья ребенка, тип родительских отношений. Все это позволяет регулировать нагрузку при проведении различных медицинских и оздоровительных процедур. Помогает взаимодействию родителей и врача, формирует в семье здоровый образ жизни. Главная цель этой работы использовать все возможности для эффективного восстановления здоровья детей, начиная с первых минут

поступления и заканчивается с выпиской с последующими рекомендациями в санаторно-курортной книжке индивидуально каждому пациенту. Служба востребована и решает многие социально-значимые проблемы детей города Пензы.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛЫХ ОБЪЕМОВ РЕФОРТАНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕСТОЗОВ В ДОРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

В.С.Еремин, С.А.Устинов, В.Д.Бояркин

МУЗ «Пензенский городской родильный дом №1»
Пенза

Согласно многим методическим рекомендациям для проведения инфузионной терапии (ИТ) гестозов предпочтение отдается препаратам группы Hetastarch–Стабизол [5, 6, 7, 9]*. В противовес этому есть более раннее методическое указание, в котором рекомендуется использовать Инфукол – пентакрахмал [10].

К пентакрахмалам относится и рефортан. Степень его экстравазальной утечки незначительно выше, а длительность внутрисосудистой циркуляции несколько уступает стабизолу [9, 14]. Кроме того, осмотические нефрозоподобные нарушения с повреждением тубулярного аппарата в группе пентакрахмалов встречаются реже, так как риск такого осложнения прямо пропорционален длительности внутрисосудистой циркуляции, степени замещения, концентрации, кратности введения и объему вливания [15,17].

Есть мнение, что использование гидрооксиэтилкрахмала допустимо только после родоразрешения при явных признаках гиповолемии и снижении АД [2, 5, 13]. В данной же работе представлены результаты применения препарата у беременных со среднетяжелым и тяжелым гестозом в дородовом периоде.

*Материалы и методы*. Были проанализированы 37 историй беременных с гестозами, поступивших в ПИТ на сроках беременности 34-40 недель. Тяжесть состояния оценивалась по клиническим, лабораторным показателям и шкале Гоек в модификации Савельевой. Регистрация гемодинамики осуществлялся монитором “Poet Plus 8100”.

Беременных разделили на две группы. Первую группу составили 19 беременных, пролеченных в 1 квартале 2006 г. На этом этапе в протокол ИТ рефортан не входил. Вторую группу составили 18 пациенток, пролеченных в 1 квартале 2008 г, В этот период использование малых дозы 6% рефортана стало рутиной.

Структура групп. Возраст женщин - 26,9$\pm$6,1 лет. Тяжелых гестозов в 1 группе - 3, во 2 группе – 8. Средняя оценка тяжести по шкале Гоек соответственно составила – 9,8$\pm$0,8 и 11,0$\pm$ 0,9 балла ($p > 0,05$). Наличие экстрагенитальной патология в 1 группе - 5, во второй - 4. Доношенная беременность в 1 группе - 11, во 2 группе - 12. Средний койко-день в 1 группе 3,1$\pm$ 0,9, во 2 группе – 2,9$\pm$0,7($p > 0,05$).

Комплексная терапия, в обеих группах, включала в себя использование сернокислой магнезии 20 - 50 г\сут, клофелина 75-150 мкг 2- 3 раза в день, пре-

паратов калия, мембранопротекторов, ингибиторов протеаз и т.д. Общий суточный объем вводимой жидкости не превышал 0,8 - 1,2 литра, из которых 50±10% составляла ИТ. Объем рефортана - 250 мл. Инфузию проводили через день или ежедневно, со скоростью 50-75мл\ч.

*Результаты*. Динамика показателей среднесуточного уровня АД, пульса и сатурации в обеих группах достоверных различий не имела. Под влиянием гипотензивной терапии, а возможно и ГЭК, в первый же день, достигался безопасный уровень среднего АД – 99,8±6,5 и 96,6±5,3 мм.рт.ст. соответственно ($p > 0,05$).

Через 3 дня лечения оценка по шкале Гоек в группах снизилась на 2,9±0,5 и 3,8±0,6 балла. Так, во 2 группе протеинурия уменьшилась с 2,102±0,652 г\л до 0,198±0,067 г\л.- в 10,6 раза ($p<0,01$), в первой группе с 0,161± 0,073 г\л до 0,099± 0,031 г\л - в 1,6 раза ($p>0,05$).

В 1 группе общий объем введенной жидкости - 1010±65 мл\сут, при диурезе – 1316±96,7 мл\сут. Во 2 группе при общем объеме жидкостей - 1091± 62 мл\сут диурез - 1796±87 мл\сут. Таким образом, отрицательный водный баланс между введением жидкостей и мочеотделением составил соответственно 306 ±36,1мл\сут и 705±39,5 мл\сут, что в 2,3 раза больше, чем в 1 группе ($p<0,01$).

Лабораторные показатели – мочевина, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ по группам достоверных различий не имели на всех этапах. В других показателях имеются различия. Например, в процессе лечения в 1 группе отмечено повышение уровня фибриногена от 4,7±0,1 до 5,3±0,2 ($p<0,05$), тогда как во второй – снижение с 4,7±0,2 до 4,0±0,1($p<0,05$).

Идентичная направленность изменений наблюдалась в группах и между группами по показателям ПТИ, белков крови, гемоглобина и гематокрита. Так, в 1 группе к 3 дню лечения гемоглобин увеличился от исходного 116,4±4,5 г\л до 122,4±5,04 г\л - на 5,1% ($p>0,05$), а гематокрит - с 34,3±1,1% до 37,1±1,8% – на 8,2% ($p>0,05$), тогда как во 2 группе – гемоглобин снизился со 106,7±6,6 г\л до 99,7±5,2 г\л - на 7% ($p > 0,05$), а гематокрит с 30,8±2,3% до 28,7±0,5% - на 7,3% ($p > 0,05$).

Интересна ситуация с уровнем гликемии. Если в 1 группе имеется тенденция к небольшому снижению уровня глюкозы с 5,0±0,2 до 4,5±0,3 ($p>0,05$), то во 2 группе направленность противоположная – с 4,6±0,5 до 5,4±0,3 ($p>0,05$).

Во 2 группе на фоне ИТ отмечено возрастание количества тромбоцитов со 193,1±12,1 до 226±10,2 $x10^{-9}$ – на 17,1% ($p<0,05$). В 1 группе сохранялся исходно нормальный уровень в пределах 232±9,6$x10^{-9}$. Имелась тенденция к нормализации времени свертывания крови во 2 группе, при сохранении гиперкоагуляции в первой.

Среди женщин со сроком гестации менее 37 недель пролонгировать беременность удалось 6 беременным из 8 (75%) в 1 группе, во 2 группе - 4 из 6 (66,6%). Оставшимся осуществлено родоразрешение путем самостоятельных родов или посредством операции кесарева сечения.

Осложнений, связанных с инфузией рефортана, мы не наблюдали.

*Обсуждение*. Более выраженный эффект уменьшения протеинурии и отеков во 2 группе вероятнее всего обусловлен увеличением диуреза. При этом, если в 1

группе наблюдалась тенденция к развитию гемоконцентрации, то во 2–ой сохранялась гемодиллюция, обусловленная остаточным действием рефортана.

Нормализации уровня тромбоцитов – важная особенность малых доз рефортана, т.к. более высокие дозы ведут к снижению тромбоцитов и других коагуляционных тестов. Подобная реакция уменьшает риск кровотечений в родах и послеродовом периоде.

Тенденция к незначительному росту уровня глюкозы – есть закономерный результат ферментативного расщепления молекул ГЭК [4, 8, 11, 14].

Несколько меньшее число удач пролонгации недоношенной беременности во 2 группе вполне объяснимо значительно большим числом тяжелых гестозов в этой группе.

*Выводы.* Применение малых доз рефортана позволяет, не увеличивая объема инфузии, заметно увеличить объем мочеотделения, что ведет к более интенсивному регрессу нефротических проявлений гестоза беременных.

Стабильная, длительная, но умеренная гемодилюция, обусловленная удлиненным временем внутрисосудистой циркуляции рефортана, улучшает реологические свойства крови, не нарушая её коагуляционный потенциал. Это действие при инфузии 250 мл сохраняется не менее суток.

Включение малых доз рефортана в протокол ИТ при лечения гестоза беременных в дородовом периоде является значимым подспорьем, позволяет обойти многие отрицательные моменты действия средних и больших доз ГЭК, но не решает проблемы пролонгации недоношенной беременности и требует осторожности при назначении его у больных с сахарным диабетом и органическом поражении почек.

Рефортан позволяет резко сократить использование белковых препаратов при лечении гестозов, а следовательно и число осложнений от трансфузионной терапии.

* – список литературы находится в редакции

## ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СИНДРОМЕ «ПУСТОГО» ТУРЕЦКОГО СЕДЛА

А.И.Ермолаева, Ю.А.Князькина

Медицинский институт ПГУ
Пенза

*Введение.* В настоящее время в связи с использованием в диагностике заболеваний головного мозга метода магнитно-резонансной томографии (МРТ) стало возможным выявление «пустого» турецкого седла (ПТС). Синдром ПТС полиэтиологичен, характеризуется пролабированием супраселлярной цистерны в полость турецкого седла и распластыванием гипофиза по дну и стенкам турецкого седла, сопровождающимся эндокринными, неврологическими и зрительными нарушениями. Предрасполагающими факторами являются недоста-

точность диафрагмы турецкого седла и повышение ликворного давления. В ряде наблюдений синдром ПТС диагностируется случайно. Нарушения эндокринной функции при синдроме ПТС крайне разнообразны. Встречаются как гипер-, так и гипосекреция тропных гормонов гипофиза. Нарушения отмечаются в диапазоне от субклинических форм, выявляемых с помощью стимуляционных проб, до выраженного пангипопитуитаризма. Это связано с множеством этиологических факторов и патогенезом образования ПТС. Наличие ПТС возможно у больных с минимальной клинической симптоматикой и неизмененной эндокринной функцией. В литературе описаны различные клинические проявления: зрительные нарушения, эндокринные расстройства, но нет описания течения цереброваскулярной патологии у данных больных.

*Материал и методы обследования.* Обследовано 40 больных с хронической недостаточностью мозгового кровообращения (ХНМК) и синдромом ПТС (средний возраст 43,1 ± 2,8 года) и контрольная группа больных с ХНМК – 30 человек (средний возраст 44,3 ± 1,9 года). Больным проводилось клиническое, лабораторное, рентгенологическое обследование, электроэнцефалография (ЭЭГ), ультразвуковая допплерография (УЗДГ) экстракраниальных сосудов, МРТ головного мозга.

*Результаты обследования.* По данным МРТ у больных были выявлены следующие изменения: гипофиз значительно деформирован, ткань гипофиза представляла собой узкую истонченную полулунную полоску, выстилающую дно турецкого седла. Вертикальный размер гипофиза от 1 до 2 мм, при норме 3-8 мм. У 90% больных имеется первичное ПТС, у 10% – вторичное ПТС. Среди больных с ПТС преобладают женщины (73%). Длительность заболевания составила от 3 до 20 лет. Среди жалоб преобладали головная боль (100% больных), вестибулярные нарушения в виде вращательных головокружений, неустойчивости при ходьбе, шума и звона в голове (63%), зрительные нарушения, а также жалобы вертеброгенного характера (53%). У 50% больных диагностирован гипотиреоз, преимущественно первичный. У 20% больных был сахарный диабет типа 2, у 45% женщин отмечена гинекологическая патология (поликистоз яичников, аденомиоз, миома матки), в 53% наблюдений было ожирение, у 10% – ишемическая болезнь сердца, у 7,5% – дисгормональная миокардиопатия, 50% больных страдали артериальной гипертензией. При обследовании неврологического статуса выявлены глазодвигательные, зрительные нарушения (диплопия, снижение остроты зрения, концентрическое сужение полей зрения, битемпоральная гемианопсия, слабость конвергенции, парез отводящего нерва) (33%), пирамидная симптоматика (25%), вестибулярные расстройства, атаксия (50% наблюдений). У 45% больных наблюдались различные вертеброневрологические изменения. У 20% пациентов отмечены пароксизмы симпатоадреналового характера. Синкопальные состояния отмечены у 7,5% больных. У 45% больных выявлен гипертензионно-гидроцефальный синдром. При исследовании гормонов явления гипотиреоза с увеличением тиреотропного гормона гипофиза и снижением $T_4$ (тироксина) и $T_3$ (трийодтиронина) отмечены у 50% больных, причем у 38% больных это сопровождалось изменениями щитовид-

ной железы. У 7,5% больных наблюдалась гиперпролактинемия. При исследовании лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов значительное их увеличение отмечено у 15% больных в климактерическом периоде. На глазном дне венозное полнокровие отмечено у 30%, ангиопатия сетчаток у 38%, частичная атрофия зрительных нервов у 13% и застойные диски зрительных нервов I степени у 7,5% больных. На краниограммах признаки внутричерепной гипертензии выявлены у 35% больных, наличие нейроэндокринных изменений в виде лобного гиперостоза, увеличения размеров турецкого седла было у 25% человек. Аномалии развития в виде базилярной импрессии, платибазии, высокого стояния зуба аксиса, шейных ребер, аномалии Кимерли были диагностированы у 20% больных. По данным МРТ аномалия Арнольда-Киари выявлена у 18% больных. На ЭЭГ у 45% больных отмечены регуляторные и диффузные изменения биоэлектрической активности, дисфункция глубоких срединных структур, усиление восходящих активирующих влияний со стороны неспецифических срединных структур мозга. Данные УЗДГ подтверждают преимущественно сосудистые расстройства в вертебробазилярном бассейне (40%), наличие атеросклеротических изменений, нарушения сосудистого тонуса (45%). Функциональные пробы с движениями в шейном отделе позвоночника (ротация, разгибание) положительные у 30% больных.

*Выводы*. По нашим наблюдениям синдром ПТС может сочетаться с гипотиреозом, сахарным диабетом типа 2, дисфункцией яичников и климаксом, артериальной гипертензией и вегетативно-сосудистой формой гипоталамического синдрома. У больных с синдромом ПТС в клинической картине имеются проявления вестибуло-атаксического синдрома, глазодвигательных расстройств, гипертензионно-гидроцефального синдрома. Рентгенологическое обследование и МРТ выявляют при синдроме ПТС краниоцервикальные аномалии, лобный гиперостоз, внутричерепную гипертензию. Таким образом, выявление при обследовании больных синдрома ПТС должно служить показанием для дальнейшего обследования нервной и эндокринной системы: функции щитовидной железы, яичников, глюкозы крови; вегетативно-сосудистых расстройств гипоталамического генеза. Раннее выявление подобных изменений позволяет повысить эффективность проводимого лечения.

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ НЕБИВОЛОЛОМ И ЭМОКСИПИНОМ НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Е.Н.Ефремова, А.А.Котляров, С.А.Суроткина, М.В.Шмырева, Н.М.Селезнева

Медицинский институт ГОУ ВПО «МГУ им Н.П.Огарева»
Саранск

Терапия пациентов с сочетанной кардиопульмональной патологией является серьезной задачей специалистов. Адекватное консервативное лечение

должно сопровождаться улучшением функциональных показателей и не усугублять течение сочетанных патологий. Нормализация метаболизма миокарда остается важной составляющей патогенетической терапии не только у пациентов с кардиоваскулярной патологией, но и при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

*Цель:* изучить возможность применения, эффективность и безопасность комбинированной терапии эмоксипина и небиволола у больных хронической обструктивной болезнью легких и сопутствующей кардиоваскулярной патологией.

*Материалы и методы:* обследовано 15 больных 53-70 лет с ХОБЛ I–III степени в стадии обострения. У всех больных диагностирована стенокардия напряжения II – III ФК и артериальная гипертензия (АГ) III ст., IV риск.

Пациенты получали базисную терапию (нитраты, ингибиторы АПФ, ингаляционные бронхолитики, диуретики), эмоксипин 50 мг/сут внутривенно и небиволол в дозе 5 мг/сут в течении 10 дней. Программа исследования включала: ежедневную оценку артериального давления (АД) и частоты дыхательных движений (ЧДД); оценку качества жизни при помощи опросника SF – 36, тест 6-минутной ходьбы (ТШХ), биохимический анализ крови (общий холестерин, триглицериды), оценку ЧСС с помощью суточного мониторирования ЭКГ (ХМ ЭКГ), спирографию и ЭхоКГ проводили при поступлении в стационар и через 10 дней лечения.

*Результаты исследования.* Средний возраст больных составил 61±2,4 года. Давность ХОБЛ – 11±1,5 года, 80% пациентов когда-либо курили, средний стаж курения 34±7 года. ИМТ в среднем составил 27,5±1,1 кг/м $^2$, из 15 пациентов у 5 (33%) наблюдалось предожирение ИМТ 25,8-29,2 кг/м $^2$, у 4 (26%) ожирение I степени ИМТ 31,2-34,6 кг/м $^2$, и у одного пациента ожирение III степени ИМТ 40,5 кг/м $^2$. До начала и после окончания лечения у всех пациентов была проведена оценка уровня качества жизни (КЖ) с использованием опросника “SF – 36 Health Status Survey”. Данный опросник отражает два показателя: физическое и психическое благополучие. При оценке качества жизни у обследуемой группы пациентов после проведенного лечения физический компонент здоровья (ФКЗ) увеличился на 9,5% (p=0,04), психический компонент здоровья (ПКЗ) увеличился на 7% (p=0,05).

При проведении ТШХ расстояние пройденное пациентами до лечения в среднем составило 287±13 м, после лечения – 316±15 м, (p=0,03).

Средний уровень систолического артериального давления (САД) на момент госпитализации составил 154±4,1 мм рт.ст., диастолического (ДАД) – 96±3,2 мм рт.ст. (на фоне лечения ингибиторами АПФ или комбинацией ингибитор АПФ + диуретик).

В ходе ежедневной регистрации отмечено снижение АД. Уровень САД снизился на 17% (p=0,001), ДАД на 14% (p=0,003).

При ежедневной оценке ЧДД у пациентов к 10 дню лечения наблюдалось ее уменьшение с 23±0,8 до 20±0,7 в минуту (p=0,05).

По данным спирографии в анализируемых группах выявлено увеличение всех показателей ФВД. Величина ЖЕЛ увеличилась на 6% (p=0,05), ФЖЕЛ на

4% (p = 0,06). Величина $ОФВ_1$, являющаяся основным критерием для определения наличия ограничения воздушного потока увеличилась на 8,2% (p=0,02). Увеличение бронхиальной проходимости в обеих группах отмечалось преимущественно по средним и крупным бронхам: МОС 50 возросла на 7,5% (p=0,04), МОС 75 увеличилась на 9% (p=0,03). Данные показатели подвержены инструментальной ошибке, зависимы от ЖЕЛ и экспираторного усилия.

По данным ХМ ЭКГ к окончанию лечения ЧССmax уменьшилась с 113±4,6 до 101±6,2 уд/мин (на 11%, p=0,04), ЧССmin с 55±1,9 до 50,3±1,4 уд/мин (на 8,5%, p=0,05) и ЧССср с 76±3,8 до 74±3,5 уд/мин (на 3%, p=0,2).

Биохимический анализ крови дал следующие результаты: уровень общего холестерина на момент госпитализации составил 5,3±0,1 ммоль/л, после проведенной терапии уровень общего холестерина снизился до 4,9±0,2 ммоль/л (p=0,05), уровень триглицеридов до лечения составил 1,7±0,5 ммоль/л, после лечения 1,1±0,3 ммоль/л (p=0,08).

По данным ЭхоКГ отмечена тенденция к улучшению показателей внутрисердечной кардиогемодинамики: левое предсердие уменьшилось на 2,5% (p=0,09), конечный диастолический размер левого желудочка на 4,4% (p=0,02), конечный систолический размер ЛЖ на 7% (p=0,009), правый желудочек на 3,4% (p=0,1), фракция выброса ЛЖ увеличилась на 8% (p=0,01).

*Вывод.* Использование небиволола и эмоксипина на фоне базисной терапии при лечении больных с сочетанной кардиопульмональной патологией приводит к достоверному снижению АД, ЧСС и ЧДД, увеличивает толерантность к физической нагрузке, уменьшает уровень общего холестерина и триглицеридов в плазме крови, не ухудшает функцию внешнего дыхания, оказывает позитивное влияние на физический и психический компоненты здоровья, а также наблюдается тенденция к улучшению внутрисердечной кардиогемодинамики.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМА ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ

И.В.Жданюк

ГОУ ДПО СПБМАПО Росздрава
Санкт-Петербург

*Введение:* С наступлением определенного возраста адаптационные возможности стоматологических пациентов снижаются, стоматологический статус таких больных с течением времени значительно отягощается, что делает затруднительным применение объемных и технологически затратных вариантов протезирования. Функциональные особенности зубочелюстной системы стоматологических больных пожилого и старого возраста диктуют необходимость поиска нестандартных подходов при реабилитации с максимальным учётом их индивидуальных особенностей. Успех ортопедической реабилитации больных с

дефектами зубных рядов зависит не только от правильности выполнения плана санационного лечения, применяемых технологий и материалов, но и от возраста и общего состояния организма. Изучение отдалённых результатов ортопедического лечения позволяет оценить качество и объём проведенных подготовительных мероприятий, выявить взаимосвязь между соматическим статусом пациентов различных возрастов и качеством реабилитации.

*Цель исследования:* Определение зависимости объёма подготовительных мероприятий от возраста стоматологических больных.

*Материалы и методы исследования:* Для достижения цели обследовано 197 пациентов (65 мужчин и 132 женщины) в возрасте от 25 до 87 лет, имеющих несъёмные ортопедические конструкции в полости рта, изготовленные в 2003г. Все больные с дефектами зубных рядов разделены на 4 возрастные группы (классификация ВОЗ): первую группу составили 22 пациента до 45 лет (молодые); вторую 58 пациентов 45-59 лет (зрелые); третью 49пациентов 60- 74 лет (пожилые), и четвертую 68 пациентов (старых) 75-89 лет. Группа пациентов старше 90 лет (долгожители) не учтена в нашем исследовании вследствии того, что эти пациенты за помощью не обращались. В ходе исследования сравнивали клиническую эффективность применения конструкций спустя 5 лет после их установки. Изучали медицинские карты стоматологических больных, амбулаторные карты соматических пациентов, выписки из историй болезни, проанализировали диагностические модели. На основании данных рентгенографии, измеряемых в динамике, провели оценку состояния периодонта опорных зубов под несъемными протезами, изучили качество пломбирования корневых каналов. Проанализировали 75 ортопантомограмм и более пятисот прицельных рентгенологических снимков.

*Результаты:* В результате изучения амбулаторных соматических карт и историй болезней у 164 стоматологических пациентов (у 83 %)обнаружены и документально подтверждены сопутствующие соматические заболевания. Во второй(n=58), третьей(n=49) и четвертой(n=67) группах обследования с увеличением возраста значительно нарастает количество пациентов с сопутствующими соматическими заболеваниями(с29% до 82%).

Анализ врачебных записей в амбулаторных картах показывает, что из всех видов подготовительных мероприятий, наиболее распространённым типом терапевтической подготовки полости рта является лечение кариеса зубов (94 % наблюдений).

Наименее распространено – пародонтологическое подготовительное лечение, встречающееся лишь в 8,3 % наблюдений среди пациентов всех возрастных групп. Эндодонтическая подготовка применена в первой группе в 12,4%, во второй в 23%, в третьей 37.4%, и в четвертой 39.2% случаев. Опорные зубы с частичной обтурацией корневых каналов продемонстрировали высокую частоту (64%)периодонтальных изменений. У 112 пациентов 3-й и 4-й групп значения периодонтальных изменений наиболее высоки и превосходят аналогичные значения 1-й и 2-й групп. При использовании метода пломбирования канала гуттаперчей полноценная обтурация выявлена в 91,4%, при использовании метода одной пасты в 51,8 % всех обследуемых пациентов. Результаты обследо-

вания и динамического наблюдения установили недостаточный объем подготовительных мероприятий перед ортопедическим лечением у лиц зрелого, пожилого и старого возраста. Недостаточное внимание уделяется пародонтологической подготовке. Большинство больных пожилого и старого возраста(91,7%) с заболеванием пародонта нуждаются перед ортопедическим лечением не только в общесанационных мероприятиях (удаление зубных отложений, лечение заболеваний слизистой оболочки, простого и осложненного кариеса, удаление очагов воспаления и др.), но и в специальной подготовке. В настоящее время к ней относят депульпирование интактных зубов или их удаление по особым показаниям, устранение деформаций окклюзионной поверхности, кюретаж, лоскутные операции, остеогингивопластику и др. У пациентов молодого и зрелого возраста пародонтологическая подготовка проводится чаще(32% случаев) вследствии большей мотивации и дееспособности этих пациентов, но не является достаточной.

*Выводы:* Следует уделять большее внимание терапевтической подготовке пациентов, особенно в третьей и четвертой возрастных группах. Пожилым, старым пациентам и пациентам с отягощенным соматическим статусом рекомендовано щадящее ортопедическое лечение, с ограниченным применением несъемных конструкций с обязательным проведением подготовительных мероприятий в необходимом объеме.

## РОЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ НА ОАО «ПЕНЗАДИЗЕЛЬМАШ»

Н.А.Жилкин

МУЗ «Пензенская городская клиническая больница №5»
Пенза

Научно- технический прогресс в современной промышленности способствует улучшению условий труда и снижению числа профессиональных заболеваний верхних дыхательных путей и органов слуха. Опасные производственные факторы влияют на здоровье на производительность трудоспособность людей занятых на производстве.

Нашей задачей является раннее выявление хронической ЛОР-патологии на производстве.

ОАО «Пензадизельмаш» крупное машиностроительное предприятие Пензенской области, специализирующее на выпуске дизелей и турбокомпрессоров. Обследованы рабочие в возрасте от 20 лет до 65 лет.

Всего осмотрено 986 человек. Они поделены на 3 группы: со стажем работы до 5 лет - 15%, от 5-10 лет - 35%, более 10 лет - 50%.

Основные вредные и опасные производственные факторы:

1. кислоты, щелочи;
2. угарный газ, кремнесодержащая пыль;
3. вибрация, общая пыль;

4. сплавы цинка, свинца, меди, алюминия;
5. повышенная температура, физические перегрузки;
6. бензол его соединения, ацетон;
7. эпоксидная смола, пыль древесная.

При ЛОР-осмотре жалобы предъявляли только 15% рабочих, тогда как патологические изменения выявлены у 25,4%.

Осмотрено и выявлено 250 человек с заболеваниями ЛОР-органов.

Эндоскопия ЛОР-органов позволила установить, что среди всей ЛОР-патологии 29% составляют заболевания уха и слуха, а остальные 71% заболевания верхних дыхательных путей, из них 95% поражения слизистой оболочки носа и глотки и только 5% гортани.

Наиболее опасным цехом по количеству вредных и опасных производственных факторов является литейный цех. Осмотрено 300 человек.

Основные факторы: шум, угарный газ, кремнесодержащая пыль, повышенная температура, сплавы цинка, алюминия, свинца, физические перегрузки, вибрация. Основные профессии: стерженщик, формовщик, земледел, машинист башенного крана, обрубщик, огнеупорщик, выбивальщик, вагранщик. Из них выявлено 130 человек, что составляет около 51,3%.

На первом месте стоят заболевания верхних дыхательных путей.

Хронический ринит катаральная форма, вазомоторный ринит, хронический фарингит катаральная форма, субатрофическая форма выявлено около 50 человек, что составляет 38,4% всех выявленных. Жалобы предъявляли лица со стажем до 10 лет и значительно больше со стажем 10 лет и более.

Хронический синусит 10 человек, что составляет 7,6%.

Хронический ларингит 15 человек, что составляет 11,5% из них 3% гиперпластическая форма.

Хронический тонзиллит 20 человек, что составляет 15,3%.

На втором месте заболевания уха и слуха: хронический средний отит 6 человек. Сенсоневральная тугоухость выявлена у 30 человек, что составляет около 20%. Первое место среди заболеваний верхних дыхательных путей занимали патологические изменения слизистой оболочки полости носа 36%. Наиболее часто диагностировали хронический катаральный ринит 60,7%, хронический вазомоторный ринит 30,5% субатрофический ринит.

Хронические воспалительные заболевания слизистой глотки выявлено у 30% обследованных. В основном это был хронический катаральный и субатрофический фарингит 80%.

Тяжесть поражения слухового анализатора зависит от стажа работы в условиях шума и возраста.

Основные профессии: машинист насосных установок, слесари-испытатели, токари, сверловщики, фрезеровщики. Всего около 230 человек.

У рабочих, чей стаж составляет 10 лет и более выявлено снижение слуха на высокие частоты 4000- 8000 гц. Произведено около 200 аудиометрий, выявлено около 100 человек с поражением слуха. У рабочих, чей стаж составляет

свыше 20 лет и старше поражение слухового анализатора в зоне речевых частот от 30-50 дб выявлено 35 человек.

На остальных осмотренных 680 человек приходиться около 48% всех выявленных заболеваний ЛОР-органов. Первое место занимают заболевания верхних дыхательных путей 60% заболевания слуха 25%, заболевание гортани 3%, искривление носовой перегородки с нарушением носового дыхания 7%.

Администрации предприятия на основании данных профилактического осмотра представлена информация в виде аналитической справки с рекомендациями по профилактике заболеваний у рабочих, контактирующих с вредными факторами производства.

В процессе осмотра всем осмотренным даны рекомендации по применению профилактических мер и лечению заболеваний по медицинским показаниям.

## ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕНЕСТОПАТИЙ ПОЛОСТИ РТА И ГЛОТКИ

М.Н.Зигунова, Е.В.Крымская

Областной госпиталь для ветеранов войн,
МУЗ «Областная клиническая больница ст. Пенза ОАО «РЖД»
Пенза

Сенестопатия – симпотомокомплекс, проявляющийся возникновением неприятных ощущений в полости рта и глотке, встречается от 14 до 26% среди больных с лицевыми прозопалгиями (В.Е.Гречко, 1989; В.А.Карлов, 1991; Е.В.Гресько, 1995). При оральных сенестопатиях патологических изменений со стороны слизистой полости рта и глотки не определяется. В.Е.Гречко, В.А.Карлов объясняют возникновение данного страдания за счет формирования очагов патологической импульсации. Под воздействием различных факторов (заболевание органов пищеварительной, сердечно-сосудистой и нервной систем) по афферентным волокнам V, IX, Хчерепных и шейных нервов $C_I$ $C_{IY}$, патологическая соматовисцеральная информация поступает на нейрональную систему стволовых, таламических и корковых структур головного мозга, где при длительном возбуждении нейрональных церебральных образований могут формироваться очаги патологической импульсации. При локализации патологической соматовисцеральной импульсации в ядрах тригеминального и солитарного трактов меняется сенсорная возбудимость слизистой оболочки полости рта, языка, глотки. Кроме того, у больных с сенестопатиями выявляются изменения настроения, личностных характеристик в такой степени, что это позволило многим авторам рассматривать данное страдание как психогенное (М.Е.Пузин, 1997).

Иглорефлексотерапия может способствовать восстановлению нарушенных функциональных взаимоотношений между различными системами организма и воздействовать на психоэмоциональную сферу пациентов.

Нами было проведено лечение у 24 больных с сенестопатиями полости рта и глотки. Возраст больных в пределах от 26 до 63 лет, преимущественно женщины (17 человек).

В лечении мы использовали различные методы рефлексотерапии: иглоукалывание, электропунктуру, лазеропунктуру, металло-, магнито-, семятерапию, точечный массаж. Метод лечения и подбор рецептуры биологически активных точек для каждого проводился строго индивидуально, в зависимости от возраста больного, его конституции и сопутствующих заболеваний. Перед курсом рефлексотерапии всем больным проводили акупунктурную рефлексодиагностику по Фолю, Накатани или аурикулярную, что позволило диагностировать дисфункцию в энергетических каналах. Лечение ориентировали не только на симптомы в ротовой полости, но и на ту функциональную систему, которая отягощала течение сенестопатического синдрома.

Всем больным в первые дни лечения обязательно вводили аурикулярные серебряные микроиглы для пролонгированного действия на 2-3 суток. В рецептуру включались аурикуляторные точки, которые были болезненны при пунктировании зондом / точки: рот, язык, верхняя челюсть, нижняя челюсть, щека, небо/ и обязательно точки таламуса и симпатической нервной системы.

В рецептуру включались традиционные точки, расположенные в области лица, полости рта (27 VY, 28 VY, 24 VC, 3E, 7E, а также «новые» внутриротовые точки) цзя-ней, цзинь-цзинь, юй-е, хай-туен, ту-гуен/, которые сочетали с точками общего воздействия 36E, 5 TR, 4 YJ, 20 VB.

Для воздействия на психоэмоциональную сферу использованы 20VB, 7MC, 7C, 4 YJ, 7 P. 36 E, 4 RP, 60 V.

Также дополнительно применили метод СУ джок-терапии на зонах соответствия полости рта на пальцах кистей и стоп. В болезненные точки вводились акупунктурные иглы на 26 минут, затем наклеивались семена яблок на сутки до следующего сеанса ИРТ.

После первых двух-трех сеансов практически все пациенты отмечали улучшение общего самочувствия, уменьшение болей и жжения в полости рта, языке. При проведении курса ИРТ мы постепенно уменьшали дозу финлепсина и к середине курса полностью отказались от медикаментов.

Курс лечения составлял в среднем 10 процедур. Для полной реабилитации требовалось проведение 2-3 курсов лечения с 2-х недельными перерывами между ними. Положительный эффект от лечения отмечался в 87% случаев.

Таким образом, мы считаем, что рефлексотерапия должна стать на современном этапе методом выбора при лечении больных с сенестопатическими орофарингиальными расстройствами.

# ОСОБЕННОСТИ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТОДЕРМАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА

Ю.И.Зимин, И.В.Сергеев

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Проблема лечения послеоперационной вентральной грыжи (ПОВГ) не теряет актуальности. Возрастающее количество оперативных вмешательств на органах брюшной полости ведет к увеличению числа больных с ПОВГ. По данным отечественной и зарубежной литературы ПОВГ возникают у 5–10% больных, перенесших лапаротомию.

Частота раневых осложнений (РО) после пластики передней брюшной стенки по поводу ПОВГ варьирует от 20,9% до 67%. Но большее количество источников дает противоречивую картину спектра тех или иных осложнений. Прослеживается четкая тенденция уделять внимание только нагноению раны, однако такие осложнения как инфильтрат, серома, гематома, свищи, расхождение краев раны часто не рассматриваются. Наиболее важной причиной осложнений течения раневого процесса является инфекция. Однако с общеизвестными причинами возникновения РО в современной герниологии появились дополнительные факторы, а именно применение протезирующих технологий с использованием имплантатов.

Современное удаление экстравазата является основным способом профилактики нагноения послеоперационной раны. Для этих целей большинство хирургов использует дренирование, основанное на принципе удаления жидкости с помощью отрицательного давления. Однако сроки нахождения дренажей, их количество, зоны дренирования вариабельны. Ряд авторов полагает, что вакуум-дренаж после пластики брюшной стенки должен находиться не более 24 часов, другие до 6 суток, третьи не менее 7–12 суток, четвертые применяют дифференцированный подход. Однако некоторые хирурги полагают, что риск развития инфекции превышает пользу дренирования. Однако, согласно мнению группы экспертов Европейского общества герниологов, после пластики брюшной стенки у больных с ПОВГ, не зависимо от вида используемого пластического материала, все операции должны заканчиваться установлением в ране дренажей с постоянной эвакуацией отделяемого.

Нами проведен анализ результатов хирургического лечения 87 онкологических больных с ПОВГ. Среди них было 76 женщин и 11 мужчин в возрасте от 31 до 40 лет – 2 больных, от 41 до 50 лет – 8 больных, от 51 до 60 лет – 37 больных, от 61 до 70 лет – 28 больных, от 71 до 80 лет – 11 больных, старше 80 лет – 1 больной. Больных со злокачественными заболеваниями матки было 36 (41,4%), яичников – 9 (10,4%), ободочной и прямой кишки – 20 (23,0%), желудка – 6 (6,9%), молочной железы – 5 (5,7%), других органов – 11 (12,6%).

Согласно SWR–классификации (J. Chevrel et A. Rath, 1999) больные были отнесены к следующим категориям: W1 – 3 (3,5%), W2 – 37 (42,5%), W3 – 37 (42,5%), W4 – 10 (1,5%). Рецидивные грыжи выявлены у 7 (8,05) больных, рецидивирующие у 3 (3,4%). У 66 (75,9%) больных отмечены сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной систем, сахарный диабет. Хронические заболевания вен нижних конечностей выявлены у 7 (8,0%) больных. 44 (50,6%) больным в анамнезе проведена химиотерапия, лучевая терапия или комбинация двух методов. Всем больным применены комбинированные методы пластики с применением аутодермального шнура. Являясь сторонниками восстановления целостности каркаса брюшной стенки 85 больным выполнена пластика с дубликатурой мышечно-апоневротических лоскутов. Это соответствует тенденции сегодняшнего дня, когда технология пластики без дубликатуры должна выполняться лишь в случаях крайней необходимости. 34 (39,0%) больным применена протезирующая технология с размещением имплантата по методике onlay, 2 – выполнена пластика без натяжения (методика inlay), однако имплантат укреплялся также аутодермальным шнуром по оригинальной методике. Всем больным без исключения проводилось ирригационное дренирование трубчатыми перфорированными дренажами, находящимися между зоной пластики и подкожной клетчаткой, выведенными вне раны с последующим капельным орошением в течение 5 суток, что обеспечивает своевременное удаление экстравазата. К этому времени количество отделяемого становится минимальным. В послеоперационном периоде нагноение ран не отмечено, фиксировано 5 сером, что не требовало редренирования. Ситуация разрешена пункционным методом.

Учитывая, что пластический потенциал онкологического больного не позволяет надеяться на формирование прочного послеоперационного рубца необходимо применение дополнительных пластических мероприятий в виде укрепления зоны операции аутокожей или синтетическим пластическим материалом.

## ФОРМИРОВАНИЕ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ОСОБЕННОСТИ ЕГО КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Е.А.Иванов, В.А.Батанова, В.Н.Талышева, И.В.Дорогова, С.В.Чурбанов, В.А.Вирясов, И.А.Кулакова, И.Н.Усанова

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

Проблема хронического панкреатита является одной из важнейших в патологии внутренних органов. Данное заболевание имеет значительное распространение – до 40-80 случаев на 100000 населения. Эти высокие показатели следует считать заниженными, так как в ранней стадии хронического панкреатита диагноз устанавливается редко, из-за отсутствия клинических проявлений

болезни. В этот период пищеварение не нарушается вследствие избыточной функциональной активности pancreas. Актуальность проблемы хронического панкреатита заключается так же в возникновении панкреосклероза с резким снижением пищеварительной способности, сокращении сроков жизни больных и риске панкреонекроза при выраженном обострении заболевания, когда летальность достигает 80%. Имеются данные, что острый деструктивный панкреатит в подавляющем большинстве случаев развивается на фоне хронического.

Целью нашего исследования, является оценка механизма формирования первичного диагноза хронического панкреатита и особенностей его клинических проявлений у пациентов дневного стационара. Условия работы дневного стационара являются наиболее приемлемыми для достижения поставленной цели. При этом имеется возможность формировать или уточнять первичный диагноз заболевания без поликлинического ограничения во времени с применением лабораторно-инструментального исследования в объеме круглосуточного стационара.

Мы провели анализ историй болезни пациентов дневного стационара МУЗ ГКБ № 4 г. Пензы. Для исследования были отобраны истории больных, прошедших УЗИ органов брюшной полости за 2008 год. Таких пациентов оказалось 208 человек. Среди них мужчин 69, женщин 139. по возрасту мужчины составляли от 20 до 29 лет – 12 человек, от 30 до 39 лет – 13 , от 40 до 49 лет – 14, от 50 до 59 лет – 18, от 60 до 69 лет – 10, от 70 до 79 лет – 2 больных. В женском контингенте в возрасте от 20 до 29 лет – было 14 человек, от 30 до 39 лет – 22, от 40 до 49 лет – 29, от 50 до 59 лет – 47, от 60 до 69 лет – 19, от 70 до 79 лет – 6, от 80 до 89 – 2 пациентки.

По нашим данным, среди пациентов дневного стационара, направленных на УЗИ брюшной полости, преобладали женщины (67%). По возрасту независимо от пола наибольшее количество обследованных определилось в границах от 20 до 59 лет (81%), причем контингент от 20 до 49 лет составил половину больных. Показанием для УЗИ органов пищеварения являлись абдоминальные боли и наличие в диагнозе направления заболевания желудочно-кишечного тракта.

Из 208 обследованных, в 188 случаях установлены признаки хронического панкреатита: у 60-ти мужчин и 128 женщин. В обосновании наличия хронического панкреатита по УЗИ pancreas регистрировались повышенная эхогенность, уплотнение паренхимы органа, неоднородность структуры железы, наличие неровности её контуров. Детальное описание эхопризнаков панкреатита в протоколе УЗИ позволяло клиницисту более уверенно формировать диагноз панкреатита. Среди сопутствующих заболеваний у наших обследованных преобладал хронический холецистит (40%), в том числе у троих – калькулезный. Наличие хронического холецистита так же являлось дополнительным критерием при формировании диагноза хронического панкреатита. Существенную роль в формировании диагноза хронического панкреатита играли так же данные анамнеза, направительных документов в дневной стационар и выявление клинических признаков заболевания при курации больных. Следует отметить, что данные протокола УЗИ органов брюшной полости являлись важным аргументом для врачей дневного стационара в обосновании диагноза хронического

панкреатита. Эти данные позволили установить первичный диагноз заболевания у 39 больных, не имевших упоминания о патологии pancreas в диагнозе направления. По-видимому, диагностика хронического панкреатита с помощью УЗИ является наиболее ранней, так как предположительно позволяет выявлять визуальные признаки заболевания в период, когда нарушение пищеварения ещё отсутствует и нет клинических проявлений страдания. В связи с этим предоставляется важным не оставлять без клинических последствий во всех случаях УЗИ, где приводятся факты патологии pancreas. В нашем исследовании в 27 случаях не был установлен диагноз хронического панкреатита при наличии его признаков по УЗИ. Вследствие этого «теряется» часть пациентов, имеющих относительно раннюю стадию хронического панкреатита, и следует ожидать у этих «потерянных» пациентов установление хронического панкреатита в более поздней стадии, в «зрелой форме», когда определяются явные симптомы нарушения пищеварения.

Таким образом, формирование диагноза хронического панкреатита, если речь идет о его ранней стадии, базируется в первую очередь на данных УЗИ pancreas, которые не должны беспричинно, «волевым способом» игнорироваться клиницистом, так как это способствует поздней диагностике заболевания. Особенностями клинических проявлений хронического панкреатита у пациентов дневного стационара являются преобладание среди больных женского контингента (~70%) и независимо от пола – молодых лиц (до 49 лет ~50%), а также проявление болезни только в легкой форме.

## СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

Н.М.Иваногло, В.П.Сергеева, В.А.Типикин, И.Ю.Коротин,
Т.А.Лушутина, Т.Г.Бушуева

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

Ингаляционный путь введения лекарственного вещества является основным при лечении бронхо-обструктивных заболеваний. При этом осуществляется максимальная доставка препарата в дыхательные пути, что обеспечивает его местную активность и уменьшает нежелательные лекарственные реакции. Эффективность и безопасность ингаляционной терапии зависит не только от фармакологических свойств лекарственного вещества, но и от вида устройства доставки препарата. Проведенные исследования показали, что до 70% врачей не знакомы со всеми современными портативными ингаляторами, что является одной из причин неэффективности терапии бронхо-обструктивного синдрома как в неотложных ситуациях, так и при длительной терапии. Цель работы: повысить информированность врачей и минимизировать ошибки в выборе ингалаторов. Идеальное устройство должно обеспечивать депозицию препарата в нижних дыхательных путях, быть надежным, простым в использовании, дос-

тупным для применения при тяжелом состоянии пациента, не иметь возрастных ограничений.

Поступление препарата в дыхательные пути в первую очередь зависит от размеров частиц аэрозоля. Количество частиц аэрозоля d < 5 мкм, выраженное в процентах от разовой дозы, составляет респирабельную фракцию (р.ф.). Существует прямая зависимость между р.ф. и клиническим эффектом препарата. Ингаляционный путь введения лекарственного вещества является оптимальным, но и самым сложным. Неправильная техника ингаляций не только не обеспечивает поступление адекватных доз препарата в легкие, но вызывает местные нежелательные реакции в ротоглотке и трахее (кандидоз, дисфония), создает угрозу проявления системного побочного действия лекарственных средств.

В настоящее время существует несколько типов портативных устройств ингаляционной доставки препаратов в дыхательные пути:

1. Дозированные аэрозоли (ДА): дозированные аэрозольные ингаляторы (ДАИ), ДАИ со спейсером, ДАИ, активируемые вдохом;
2. Порошковые: однодозовые капсульные, многодозовые резервуарные, многодозовые блистерные.

**Дозированные аэрозольные ингаляторы (ДАИ)** остаются наиболее популярными системами. Обладая рядом преимуществ: компактность, надежность конструкции, низкая стоимость, возможность подачи различных групп лекарственных средств (кромоны, м-холинолитики, β2-агонисты, ГКС), ДАИ имеют серьезные недостатки. Синхронизация вдоха и нажатия на баллончик является необходимым условием правильного применения ДАИ. Именно на этом этапе допускают различные ошибки в технике ингаляций 80% больных независимо от пола и возраста [1]. Еще одной проблемой является высокая скорость выброса аэрозоля (110 км\час). В результате происходит массивная депозиция препарата на задней стенки глотки (около 80%) и уменьшение р.ф. до 10% от разовой дозы. Учитывая вышеуказанные проблемы, полноценное выполнение дыхательных маневров затруднено для детей младше 5 лет, пожилых пациентов и больных в тяжелом состоянии (с объемной скоростью вдоха < 30 л/мин).

**ДАИ со спейсером.** С целью оптимизации использования ДАИ применяют объемные ингаляционные камеры – спейсеры, Спейсеры позволяют разделить во времени выброс аэрозоля и вдох, уменьшить депозицию крупных частиц препарата (d > 5 мкм) в ротоглотке на 80% и связанные с ней побочные местные и системные эффекты, увеличить объем р.ф. до 20% [2]. Техника использования спейсера намного проще и эффективнее по сравнению с ДАИ и дает возможность их применять у всех категорий пациентов.

**ДАИ, активируемые вдохом.** В России они представлены ингаляторами «Легкое Дыхание». 90% больных не испытывают трудностей с техникой ингаляций.При вдохе пациента автоматически происходит высвобождение дозы препарата со скоростью 30 км/час. При этом легочная депозиция увеличивается до 21 – 68% и практически не зависит от силы вдоха пациента (объемная скорость вдоха 10-25 л/мин). ДАИ «Легкое дыхание» имеют портативный спейсер «Оптимизатор», снижающий депонирование препарата в ротоглотке. Данные

системы расширяют возрастной диапазон использования и могут применяться при тяжелой бронхиальной обструкции.

**Порошковые ингаляторы (ПИ),** в основе работы которых лежит принцип высвобождения лекарственного вещества во время активного вдоха больного. Устраняются проблемы синхронизации движений (нажатие, вдох) и упрощается техника ингаляций. В ПИ объем р.ф. достигает 20 - 40%. Легочная депозиция препарата достигает 40%, но по-прежнему до 60% препарата депонируется в ротоглотке. Функционирование всех ПИ зависит от инспираторного потока пациента, что является и преимуществом (не нужна координация движений) и недостатком (требуется значительное усилие со стороны больного).

**Порошковые однодозовые капсульные ингаляторы.** Первые модели Спинхалер и Ротахалер создают низкую легочную депозицию 6-12%. Более поздние модели – Аэролайзер (Форадил) и Хандихалер (Спирива) обеспечивают большую легочную депозицию 16 – 22. К их общим достоинствам можно отнести: точность дозирования и герметичность упаковки, аускультативный и визуальный контроль за выполнением дыхательного маневра. К недостаткам: неудобство, связанное с необходимостью вкладывания в камеру каждой новой дозы и риск вдыхания частиц капсулы. Эффективность Аэролайзера напрямую зависит от величины инспираторного потока – с уменьшением потока снижается доля респирабельной фракции. Новое устройство Хандихалер успешно применяется и при низких потоках (15-30 л/мин).

**ПИ многодозовые резервуарные.** Некоторые недостатки однодозовых капсульных ингаляторов устранили многодозовые резервуарные ингаляторы (Турбухалер, Циклохалер, Изихалер). Эти устройства доставки содержат до 200 доз препарата и требуют невысокой объемной скорости вдоха (30 л/мин) [2]. В Циклохалере наполнителем является натрия бензоат, обладающий антимикотическим действием, что снижает риск местных нежелательных реакций. Турбухалер пока единственный ингалятор, содержащий препарат в чистом виде. Это снижает риск побочных эффектов. Появившийся недавно у Турбухалера счетчик доз оптимизирует контроль за ингаляциями. Общий недостаток: низкая воспроизводимость дозы из-за изменения р.ф. в зависимости от объемной скорости вдоха и недостаточная защищенность контейнера с порошком от влаги.

**Многодозовые блистерные ингаляторы** (Мультидиск) отличаются точностью дозирования, влагоустойчивостью и значительным количеством доз (до 60 доз в одном ингаляторе), чрезвычайно просты в использовании, не требует специальных навыков. Расход доз определяется по цифровому счетчику. Мультидиск эффективно используется при инспираторном потоке $\leq$ 30 л/мин у больных различных по возрасту и течению заболевания. Р.ф.составляет 20-30%, легочная депозиция 20% при различной скорости вдыхаемого воздуха от (30 до 90 л/мин).Все системы доставки препаратов

имеют свои достоинства и недостатки. При выборе оптимальной системы необходимо учитывать комплексную характеристику каждого устройства и оценивать конкретную клиническую ситуацию.

Литература:

1. Архипов В.В., Цой А.Н. Вопросы клинической фармакологии. // Русский медицинский журнал.-2001.-т.9, №21.-С.930.
2. Огороднова Л.М. Системы ингаляционной доставки препаратов в дыхательные пути. // Пульмонология.-1999.-№1.- С.84-87.

## ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСТОЖОГОВЫХ ХИМИЧЕСКИХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА

А.С.Ивачев, Р.И.Кувакова, Н.А.Ивачева

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

Химическое поражение пищевода является наиболее частой причиной нахождения больных в центрах лечения острых отравлений. Количество таких больных составляет 10-32% от числа пострадавших пациентов, госпитализированных в специализированное отделение. Характер поражения как пищевода, так и других органов определяется свойствами и концентрацией едкого вещества, временем воздействия на слизистую пищевода.

За последние 2 года в токсикологическом отделении МУЗ ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина поступило 165 больных химическими повреждениями пищевода. Из них женщин было 67 (40%), мужчин – 99 (60%). Больных трудоспособного возраста (от 20 до 60 лет) было 116 (71%). Суицидальная попытка отмечена у 63 больных (38,2%), у остальных 102 больных (61,8%) ожог пищевода вызван случайным употреблением химических раствора. В состоянии алкогольного опьянения поступило 60 пациентов.

Наибольшее число больных (75 – 45,5%) употребили «глоток» жидкости, 41 больной (24,8%) выпили менее 50 мл, 16 больных (9,7%) – до 100 мл, 10 поступивших (6,1%) – от 100 до 150 мл, 8 пострадавших (4,8%) – свыше 150 мл, 15 больных (9,1%) не могли указать на количество употребившего вещества. Наибольшее число больных поступило в ранние сроки с момента случившегося: до одного часа за медицинской помощью обратилось 30 больных (18,2%), до 6 часов – 90 больных (54,5%), до 12 часов – 18 пациентов (10,9%), до суток – 9 (5,5%), свыше суток – 18 больных (10,9%).

У всех поступивших эндоскопически отмечено поражение ротоглотки, у 88 больных (53,3%) обнаружено поражение пищевода, в 52 случаях (31,5%) выявлено повреждение желудка, у 6 пострадавших (6,3%) – изменения слизистой 12-перстной кишки.

При поступлении все больные предъявляли жалобы на боль в глотке и за грудиной, треть больных обращало внимание на боль в эпигастрии. Большин-

ство пациентов отмечали дисфагию. В связи с тяжелой интоксикацией 69 больных (41,8%) сразу же после поступления госпитализированы в палату реанимации и интенсивной терапии.

В течение первых суток лечения у больных отмечены лабораторные изменения: лейкоцитоз у 105 больного (63,6%), увеличение НВ у 105 (63,6%), снижение Нв у 7 (4,2%), гипергликемия у 37 (22,4%), повышение СОЭ у 65 (39,4%), гипербилирубинемия – у 28 (16,9%), гиперамилаземия – у 22 (13,3%), гипергликемия – у 37 (22,4%), повышение мочевины и креатинина сыворотки крови – у 20 (12,1%), белок в моче – у 35 (21,2%).

Одной из основной задач в лечении больных химическими повреждениями пищевода является профилактика стеноза. Для решения этой задачи больным проводили комплекс лечебных мероприятий:

1. Промывание желудка осуществляли через зонд водой без добавления соды или кислоты.
2. Полоскание ротовой полости и ротоглотки проводили раствором фурациллина до 8 раз в сутки.
3. С первого дня больные принимали per os масло Расторопши или облепиховое масло по 1 ч.л. 4 раза.
4. Парентеральная антибактериальная терапия пенициллинами и цефалоспоринами.
5. Антациды (чаще альмагель) до 4 раз сутки с первого дня.
6. Больным с тяжелой степенью отравления с целью уменьшения отека слизистой и замедления процессов рубцевания назначали гормоны (преднизолон или дексаметазон) до 12 суток.
7. С первых дней отравления назначали прием воды и пищи (молочные продукты), кисель, овощной бульон, картофельное пюре, отварное мясо, обработанное мясорубкой, минеральная вода. Перед едой для обезболивания употребляли 0,5% раствор новокаина или ненаркотические анальгетики в/м. Прием пищи осуществляли до 5 раз в сутки.

После контрольной ФГС проводили противоязвенную терапию.

При последующем исследовании у 12 больных (7,3%) обнаружено явления стеноза: у 8 больных явления стенозирования прослеживались одновременно на различных участках, у 4 пациентах стеноз был выявлен только в абдоминальном отделе. Эти больные в последующем были госпитализированы в хирургическое отделение для проведения бужирования.

Лечение местного процесса начинали медикаментозной терапией и приемом пищи со второго дня поступления в стационар.

Наблюдение за больными показало перспективу проводимым ранним «мягким» бужированием пищевода, введением per os анальгетиков, антисептиков и антацидов.

# УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Д.С.Ирышков, А.П.Тактаев, С.В.Зыков, В.А.Петров

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МУЗ «Городской родильный дом» Пенза

*Целью исследования* явилось применение трансвагинального ультразвукового сканирования для комплексной диагностики внематочной беременности (ВБ) в сочетании с клиническими, лабораторными и эндоскопическими методами.

*Материалы и методы*. Обследовано 30 женщин с подозрением на ВБ, поступивших в гинекологическое отделение МУЗ «Родильный дом г.Пензы». По возрасту больные распределились следующим образом: 17-20 лет - 3 человека (10%), 21-25 лет - 12 человек (40%), 26-31 лет - 10 человек (33%), 32- 36 лет - 5 человек (17%). Все пациентки поступили с жалобами на тянущие боли внизу живота и нарушением менструального цикла (задержкой месячных на 7-25 дней). Ультразвуковое сканирование проводилось в первые часы после поступления на аппарате Алока с использованием трансвагинального датчика 5,5 МГц. Всем женщинам определялось наличие хорионического гонадотропина (ХГЧ) в моче (тест на беременность). У 21 пациентки ультразвуковое исследование было проведено однократно, у 6 - двукратно и у 3 - трехкратно.

*Результаты исследования.* У всех 30 поступивших женщин в отделение гинекологии с подозрением на ВБ зарегистрирован положительный ХГЧ в моче. При первичном трансвагинальном обследовании у 5-и пациенток визуализировалось плодное яйцо в полости матки, что позволило исключить внематочную беременность.

У 2 пациенток с подозрением на ВБ в проекции яичников визуализировалось плодное яйцо с живым эмбрионом (регистрация сердцебиения). У 14 больных в проекции придатков матки визуализировалось полостное образование с неоднородной структурой и гиперэхогенным ободком, оно встречалось у пациенток с подозрением на трубную беременность, из них у 8 - с наличием умеренного количества свободной жидкости в Дугласовом пространстве (эхографический признак прерывающейся трубной беременности).

У 9 пациенток при трансвагинальном исследовании отмечалось увеличение размеров матки, утолщение срединного М-эха, из них «ложное» плодное яйцо в полости матки визуализировалось только у 2-х пациенток. При повторном трансвагинальном обследовании через 5 дней после первого осмотра у 6 пациенток визуализировалось плодное яйцо в полости матки, что подтвердило маточную беременность раннего срока. У остальных 3-х пациенток по ТВ-УЗИ диагноз не выставлен, и внематочная беременность подтвердилась на операции.

*Выводы*. В результате проведенной работы у 11 (36,7%) пациенток на основании ТВ-УЗИ выставлен диагноз маточной беременности, у 16 (53,3%) выставлен диагноз внематочной беременности и у 3 (10%) патология не диагно-

стирована. Данные динамического трансвагинального эхографического исследования при подозрении на эктопическую беременность позволяют дифференцировать раннюю маточную беременность, развивающуюся эктопическую и нарушенную трубную беременность. ТВ-УЗИ необходимо включать в обязательное комплексное обследование пациенток, у которых есть подозрение на внематочную беременность, что позволит сократить время обследования и повысить информативность диагностики и в ряде случаев избежать оперативного вмешательства.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКИ С ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫМ АНАСТОМОЗОМ В ПРАВОЙ И ЛЕВОЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

А.Г.Кавайкин, Д.А.Чичеватов, И.В.Сергеев

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Как известно правильно выбранный доступ способствует оптимальному объему оперативного вмешательства, уменьшает число послеоперационных осложнений и повышает эффективность хирургического лечения. При хирургическом лечении рака пищевода (РП) и гастроэзофагеального рака (ГЭР) из одномоментных операций наиболее широко применяется резекция пищевода с внутриплевральной пластикой желудком в правой или левой (операции типа Льюиса-МакМануса и Гэрлока) плевральной полости. Однако вопрос о достоинствах и недостатках каждого из доступов остается открытым. С онкологической точки зрения наиболее оптимальным является раздельный торакоабдоминальный доступ, позволяющий под строгим визуальным контролем выполнить адекватную лимфодиссекцию (Koshya M. и др., 2004). Сторонники комбинированного левостороннего торакоабдоминального доступа отмечают меньшее развитие бронхолегочных осложнений при левосторонней торакотомии, чем при операции Льюиса (Shah M. и др., 2004).

Цель данного исследования заключалась в оценке результатов гастроэзофагопластки с внутриплевральным анастомозом в правой и левой плевральной полости.

За период с 1993 по 2007 гг. в торакальном отделении Пензенского областного онкологического диспансера по поводу РП и ГЭР было оперировано 95 пациентов. Предпочтение операции типа Льюиса было отдано у 76 больных (80,00%): 68 (89,47%) мужчин и 8 (10,53%) женщин в возрасте от 33 до 71 года. I стадия заболевания отмечена у 3 больных (3,95%), II стадия – у 35 (46,05%), III стадия – у 28 (36,84%), IV стадия – у 10 больных (13,16%). Комбинированные вмешательства выполнены у 17 (22,37%) больных. Лимфодиссекция в объеме 2F выполнена 15 (19,74%) больных, в объеме 2S – у 61 (80,26%). У 33 больных (43,42%) формировался погружной анастомоз, у 43 (56,58%) - разработанный в отделении пищеводно-желудочный анастомоз (ПЖА) без наложения серозно-

мышечных фиксирующих швов за стенку пищевода (патент на изобретение №2290103 от 27.12.06 г.). Для лечения гнойных трахеобронхитов и профилактики пневмоний применялась методика управляемой катетеризации и пролонгированной аспирации секрета из трахеи и бронхов под контролем фибробронхоскопии, выполняемая в первые сутки после операции (удостоверение на рацпредложение №29, выданное БРИЗом ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава 14.12.06 г.).

Общая послеоперационная летальность составила 19,74%, послеоперационные осложнения наблюдались у 48,68% больных. Наиболее тяжелыми хирургическими осложнением являлись некроз трансплантата (2 больных) и несостоятельность швов внутригрудного ПЖА (3 больных), а так же легочные осложнения (26 больных).

Так как целесообразность правостороннего и левостороннего доступов определяется в зависимости от первичной локализации опухоли оценка результатов гастроэзофагопластики проводилась раздельно для больных РП и ГЭР (таблица 1).

Статистический анализ полученных результатов проведен с помощью компьютерной программы «SPSS 13.0.» SPSS Inc.

Таблица 1

Количество анализируемых больных

| | РП (N=80) | ГЭР (N=16) |
|---|---|---|
| Левосторонний доступ (N=11) | 6 | 5 |
| Правосторонний доступ (N=85) | 74 | 11 |
| Пол | p=0,480 | p=0,036 |
| Возраст | p=0,020 | p=0,091 |
| Стадия заболевания | p=0,592 | p=0,565 |
| Количество осложнений | p=1,000 | p=0,106 |

В сравнимых между собой группах больных не было получено разницы в развитии ранних послеоперационных осложнений. Однако при анализе выживаемости установлена ее большая величина при правостороннем доступе к пищеводу, причем, как при РП, так и при ГЭР (таблица 2).

Таблица 2

Медиана выживаемости больных

| | РП (N=80) | ГЭР (N=16) |
|---|---|---|
| Левосторонний доступ (N=11) | 1,750 | 2,000 |
| Правосторонний доступ (N=85) | 50,571±11,051 | 77,125±19,894 |
| | p=0,020 | p=0,005 |

Основным фактором влияющим на выживаемость является объем лимфодиссекции (p=0,000). Ретроспективный анализ показал, что ни у одного из 11 больных оперированных через левосторонний доступ не был достигнут стандартный двухзональный ее объем. Поэтому с 2000 г. при РП и ГЭР в отделении

отказались от левостороннего доступа к пищеводу и лимфоузлам средостения. Объем резекции и пластики, характерный для операции Гарлока, выполняется по типу операции Льюиса.

Таким образом, целесообразность выполнения адекватной лимфодиссекции диктует необходимость выбора оперативного доступа, обеспечивающего должный ее объем. Таковым является раздельный торакоабдоминальный доступ.

## ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДО И ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ

С.В.Кадетов, Е.В.Юревич, Ю.В.Булавкин, Н.В.Чижиков, О.Н.Опарина, Ю.С.Мельничук, В.И.Будневский, Л.А.Будневская

Пензенская ЦРБ, Медицинский институт ПГУ,
ПГПУ им. В.Г. Белинскго
Пенза

*Цель исследования*: изучить в динамике клинико-биохимические показатели крови у 48 больных (средний возраст составил-73,4±3,2 года) язвенной болезнью пожилого и старческого возраста до, после и через ½ года после эндоскопической лазерной терапии.

*Материал и методы.* Определяли гемограмму и показатели сыворотки крови: глюкозу, АЛТ, АСТ, ЛДГ, общего холестерина и β-липопротеидов, общего белка до и после эндоскопической лазеротерапии.

*Результаты*. После эндоскопической лазеротерапии на 11% значимо увеличивается количество эритроцитов, на 10% - количество гемоглобина, на 10% уменьшается количество лейкоцитов периферической крови. Но под воздействием лазерного излучения наступают качественно новые соотношения клеток белой крови. На 74% ($p<0,05$) увеличивается количество эозинофилов, для которых характерна дезинтоксикационная функция, особенно антигистаминная (табл.1).

Мы считаем, что спазм и обтурация периферических артерий атеросклеротическим бляшками вызывают гипоксию тканей с последующим некрозом клеток с выделением гистамина и серотонина и как следствие этого выделение эозинофилов в кровь. Кроме этого, отмечается снижение нейтрофильных лейкоцитов: на 14% палочковидных и на 15% сегментированных, что указывает на уменьшение воспалительного компонента. На 40% ($p<0,05$) увеличивается количество лимфоцитов, иммунокомпетентных клеток, участвующих в гуморальном и клеточном иммунитете. На 38% ($p<0,05$) увеличивается количество моноцитов активно участвующих в фагоцитозе продуктов клеточного распада.

Через ½ года отметили стойкое на 53% ($p<0,05$) увеличение лимфоцитов, а по остальным показателям стабилизацию изменений.

Таблица 1

Динамика гемограммы у больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки пожилого и старческого возраста до, после окончания и через ½ года после эндоскопической лазеротерапии

| Исследуемые параметры | До лечения | После окончания лечение | Через ½ года после лечения |
|---|---|---|---|
| эритроциты | 4,4±0,11 | 4,9±0,09 | 4,6±0,13 |
| гемоглобин | 135,8±3,38 | 150,0±3,12 | 139,2±3,8 |
| лейкоциты | 8,13±0,43 | 7,35±0,37 | 6,2±0,47 |
| Эозинофилы, % | 1,4±0,24 | 2,44±0,52* | 1,5±0,6 |
| Нейтрофилы палочковидные, % | 5,53±0,43 | 4,75±0,54 | 4,33±0,6 |
| сегментированные, % | 68,05±1,44 | 58,13±1,64 | 57,8±2,8 |
| Лимфоциты, % | 21,8±1,51 | 30,56±1,84* | 33,3±2,6* |
| Моноциты, % | 3,0±0,55 | 4,13±0,50* | 2,44±0,6 |

Примечание: *-значимые изменения показателей после лечения ($p<0,05$).

При динамическом изучении холестеринового обмена отмечены следующие особенности (табл.2).

Таблица 2

Динамика холестеринового обмена у больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки пожилого и старческого возраста до, после окончания и через ½ года после эндоскопической лазеротерапии

| Исследуемые параметры | До лечения | После окончания лечение | Через ½ года после лечения |
|---|---|---|---|
| Холестерин сыворотки крови, моль/л | 6,55±0,53 | 4,5±0,40* | 5,03±3,5 |
| В-липопротеиды, моль/л | 62,3±1,8 | 48,3±2,11* | 55,2±3,5 |

Примечание: *- значимые изменения показателей после лечения ($p<0,05$).

Как видно из таблицы 2 выявлены значимые снижения на 31% ($p<0,05$) уровня холестерина и β-липопротеидов после окончания лазеротерапии, а спустя ½ года сохраняется нормальный липидный спектр сыворотки крови.

У больных язвенной болезнью до лазеротерапии отмечали умеренную гипергликемию до 6,5 +0,3 ммоль/л, повышение уровня общей фракции ЛДГ до 468 + 29,9 ед/л, АСТ до 29+2,5 ед/л, АЛТ 25,6 +3,1 ед/л, что на 33,3 % больше чем в контрольной группе, снижение общего белка до 70,3±1,6 г/л, альбуминов сыворотки крови до 43,5±2,2 г/л, что на 6% меньше чем в контрольной группе. После курса эндоскопической лазеротерапии отмечали значимое снижение

уровня сахара крови до 5,2±0,13 ммоль/л, уровня общей фракции ЛДГ до 299,2±17,5 ед/л, АСТ до 21,0±2,5 ед/л и АЛТ до 22±2,8 ед/л, повышение общего белка сывороткой крови до 74,2±1,2 г/л.

Таким образом, под воздействием эндоскопической лазеротерапии увеличивается количество эритроцитов и гемоглобина, т.е. улучшение кислороднотранспортной функции крови. Количественно и качественно новым изменениям подвергаются клетки белой крови, т.е. усиливается дезинтоксикационная и фагоцитарная функции, а, следовательно, иммунитет, нормализуется липидный спектр крови после эндоскопической лазеротерапии.

Эти положительные сдвиги указывают на уменьшение степени ишемии, улучшение кровообращения в органах брюшной полости, функции печени и поджелудочной железы после эндоскопической лазеротерапии.

## УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА ИЗМЕРЕНИЯ ТОЛЩИНЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

С.В.Канунникова, А.В.Колтунов

ГОУ ДПО СПБМАПО Росздрава
Санкт-Петербург

Результат эстетической коррекции лицевых признаков в клинике ортопедической стоматологии в ряде случаев зависит от толщины мягких тканей лица. До настоящего момента, наиболее точным методом измерения толщины мягких тканей является компьютерная томография (КТ), либо магнитно-резонансная томография (МРТ). Применение боковой телерентгенограммы позволяет оценивать параметры мягких тканей только в “профильных” точках. Измерение же толщины мягких тканей под фиксированным, либо произвольным давлением не всегда информативно.

*Цель исследования* - усовершенствование метода измерения толщины мягких тканей зажимным измерительным инструментом для использования в амбулаторной стоматологической практике.

*Материалы и методы*. На кафедре ортопедической стоматологии было обследовано 20 человек, в возрасте 40-55 лет. Измерение толщины мягких тканей нижней трети лица проводилось путем анализа данных компьютерной томографии и усовершенствованной методикой измерения толщины мягких тканей зажимным измерительным инструментом.

В основе метода лежит способность мягких тканей к электрической проводимости. Реактивное сопротивление тканей значительно ниже сопротивления воздушного пространства между электродами, что позволяет зафиксировать толщину тканей с помощью мегаомметра в момент касания их щечками прибора с закрепленными электродами. Для сравнительной оценки используемых методов, измерения проводились в следующих точках, которые, по литературным данным, в наибольшей степени характеризуют процессы старения нижней трети лица: в точке инфрадентале (1), в точке зигомаксиляре (2), в точке супраден-

тале (3), в точке юга- альвеоляре (4), в точке проекции модиолуса (5). Толщина мягких тканей, полученные при помощи компьютерной томографии, составила: точка (1) - мужчины 14,0 мм, женщины 12,5 мм; (2) – 8,0 мм в обеих группах; (3) - мужчины 13,0 мм, женщины 11,0 мм; в точке 4- мужчины 11мм, женщины 10,0мм; в точке 5- 8,0 мм в обеих группах.

*Результаты исследования.* При использовании модифицированной методики измерения толщины мягких тканей зажимным измерительным инструментом на исследуемой группе пациентов не выявлено статистически значимых различий ни в одной из точек с вероятностью не менее 95%, а в точке проекции модиолуса – с вероятностью не менее 99% ($t>2$ по всем точкам, в точке (5) $t>2,6$), в сравнении с результатами, полученными по данным КТ, точность измерения 0,5 мм.

*Выводы:* В рамках исследования не выявлены достоверные различия данных КТ и результатов применения модифицированной методики измерения толщины мягких тканей зажимным измерительным инструментом.

Следует отметить, что предложенный метод применим только в случае возможности непосредственного наложения электродов на обе измеряемые точки, что ограничивает его применение областью нижней и средней третей лица. Полученные на настоящий момент данные позволяют предполагать возможность успешного применения вышеописанного метода в амбулаторной стоматологической практике, когда использование компьютерной томографии затруднено или невозможно.

## КОРРЕКЦИЯ ТРЕВОЖНЫХ И ЛЕГКИХ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Е.А.Касимова, И.И.Кухтевич, Г.И.Мартынова

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

В общемедицинской практике тревожные расстройства нередко возникают у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших инсульт. Имея сложный патогенез, тревога утяжеляет основное соматическое заболевание и снижает качество жизни больных. По данным литературы повышение тревожности увеличивает вероятность фатального инфаркта миокарда, внезапной смерти, инсульта. Патогенетическое единство атеросклеротического процесса различных локализаций обусловливает различные варианты сочетания коронарных и церебральных расстройств. В частности, при ИБС в связи с ухудшением кровоснабжения головного мозга возможно развитие различной органической церебральной патологии, в частности, когнитивных расстройств (Кухтевич И.И. и соавт., 2008). Тревожные расстройства на органической основе протекают тяжелее, чем ситуационные, и их лечение представляет большие трудности.

В связи с этим заслуживает внимания применение при сердечно-сосудистой патологии нового анксиолитического и метаболического препарата тенотен (компании Materia Medica). Действие препарата основывается на сверхмалых дозах антител к мозговому белку S-100, который в норме модулирует функции нейронов и снижается при нервно-психическох заболеваниях и стрессе. Тенотен регулирует обмен медиаторов, улучшает протекание синаптических процессов, обладает ноотропным и противогипоксическим действием.

В настоящей работе изучалась эффективность тенотена при тревожных и легких когнитивных расстройствах у 12 больных (7 женщин и 5 мужчин) с верифицированной ИБС, находящихся на обследовании и получавших стандартную терапию в условиях кардиологического отделения. У 5 больных в анамнезе отмечен нетрансмуральный инфаркт миокарда, у 7 – наблюдалась стенокардия напряжения 2-3 функционального класса с сердечно-сосудистой недостаточностью I-II стадии. Средний возраст больных составил 56,5 лет. Давность заболевания у большинства больных была свыше 5 лет. Тенотен назначался по 1 таблетке 3 раза в день на протяжении 4 недель (I группа). Группу сравнения (II) составили 12 больных ИБС (6 женщин и 6 мужчин: у 4 в анамнезе нетрансмуральный инфаркт миокарда, у 8 отмечалась стенокардия напряжения), получавших только традиционную терапию.

До и после лечения проводилось изучение субъективного и объективного неврологического статуса, когнитивных функций по краткой шкале оценки психического статуса (Folstein et al., 1975), по тесту запоминания и воспроизведения 10 слов, внимания (таблицы Шульте) и тревожных расстройств по шкале Zigmond A.S. et Spaith R.P., 1983.

Проведенные исследования показали, что у больных I группы по сравнению со II группой было достоверно (P <0,05-0,01) более выраженным улучшение субъективного неврологического статуса, уменьшение тревожных и легких когнитивных расстройств. Головные боли наблюдались у 66,6% (8) больных I гр. до лечения и у 33,3% (4) после лечения, во II гр. – соответственно у 58,3% (7) и 41,6 % (5) больных. Несистемные головокружения были у 50% (6) больных I гр. до лечения и 16,6% (2) после лечения, во II гр. – соответственно у 50% (6) и 33,3 % (4) больных. Объективный неврологический статус в результате лечения не изменился ни в I, ни во II группе. Средний показатель оценки тревоги у больных I гр. составлял до лечения 10 баллов, после лечения – 7,3 балла, во II гр. – соответственно 9,75 и 9,15 баллов. Показатель депрессии до лечения в I гр. составил 7,8 балла, после лечения – 7,1 балла, во II гр. – не изменился (7,0 и 7,0 баллов). Средний балл когнитивных расстройств по шкале Folstein составил у больных I гр. до лечения 26, после лечения – 28, у больных II гр. – соответственно 26,5 и 26. Нарушение внимания при исследовании по таблицам Шульте выявлено у 58,3% (7) больных I гр. до лечения и у 33,3% (4) после лечения, во II гр. – соответственно у 58,3% (7) и 50% (6) больных. Нарушение запоминания и воспроизведения 10 слов у больных I гр. до лечения отмечено в 41,6% (5) случаев, после лечения - в 25% (3), во II гр. – соответственно в 41,6% (5) и 33,3 % (4) случаев.

Таким образом, наши исследования показали, что тенотен достоверно улучшает нервно-психический статус больных с ИБС. Учитывая положительный эффект, специфику метаболического действия, практическое отсутствие побочных явлений, удобство применения, тенотен может более широко применяться при нервно-психических расстройствах у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ БИОМЕХАНИКИ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

С.Е.Каторкин

ГОУ ВПО СГМУ Росздрава
Самара

Необходимость постоянного совершенствования эффективности диагностической, лечебной и реабилитационной помощи больным хронической венозной недостаточностью нижних конечностей несомненна. Согласно европейскому консенсусу для решения данной проблемы необходимо использовать комплексный лечебно- диагностический подход. В современных условиях наиболее эффективно рациональное сочетание консервативных и хирургических методов лечения, а также мероприятий, направленных на коррекцию возможных факторов риска и сопутствующих нарушений опорно-двигательного аппарата. Возникающая при патологии опорно-двигательного аппарата функциональная недостаточность нижних конечностей отрицательно сказывается на эффективности работы мышечно-венозной помпы голени и стопы, что усиливает выраженность хронической венозной недостаточности. Без коррекции функциональной недостаточности нижних конечностей невозможно добиться стойких отдаленных результатов, ускорить процессы реабилитации и повысить качество жизни пациентов. Поэтому стандартный диагностический комплекс необходимо дополнить изучением функционального состояния нижних конечностей с определением критериев, позволяющих оптимально корректировать выявленную патологию, дифференцированно вырабатывать тактику консервативных и оперативных методов лечения, восстановительных и реабилитационных мероприятий.

*Цель исследования.* Улучшение диагностических возможностей и результатов лечения у пациентов с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей.

*Материалы и методы.* Для функциональной диагностики состояния опорно-двигательной системы нижних конечностей у больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей нами был использован метод клинического анализа движения. Обследование проводилось на программно-аппаратном комплексе «МБН-Биомеханика», позволяющем осуществлять анализ движения, функциональную диагностику двигательной патологии, опорно-

двигательной и нервной систем нижних конечностей. В данном диагностическом комплексе имеются следующие методики исследования: подометрия (измерение временных характеристик шага), гониометрия (измерение кинематических характеристик движений в суставах), динамометрия (регистрация реакций опоры), электромиография (поверхностная и функциональная) и стабилометрия (регистрация положения и движений общего центра давления на плоскость опоры при стоянии). Исследовались и анализировались макро и микро движения пациентов при проведении консервативного лечения (146 пациентов), во время предоперационной подготовки (132 пациента), в раннем послеоперационном периоде (128 больных) и после проведения восстановительного лечения (124 пациента). Проводилась диагностика двигательной патологии с выявлением ее ключевого звена. Определялся механизм патологической локомоции, количественные и качественные показатели нарушенной функции, устанавливалась последовательность включения различных составляющих локомоторной цепи в двигательный акт. Антропометрический и функциональный анализ состояния стоп у 102 пациентов осуществляли при помощи компьютерной фотоплантографии.

*Результаты исследования.* Подометрическим методом выявлена разной степени выраженности динамическая разгрузка пораженной конечности, неустойчивость походки, удлинение продолжительности переката через голеностопные суставы, укорочение переката через носок, что говорит о недостаточности мышц тибиальной группы, усилении риска возникновения артроза голеностопных суставов. Это приводит к усилению венозной недостаточности за счет функциональной ослабленности задней группы мышц голени, играющих важную роль в осуществлении венозного возврата. При гониометрии выявляется недостаточное подошвенное разгибание в конце периода опоры, фронтальная нестабильность на всем протяжении цикла шага. Формируется артрогенный конгестивный синдром, приводящий к вторичным атрофическим и дистрофическим изменениям мышц нижних конечностей. При фотоплантографии выявлялось комбинированное плоскостопие различной степени в сочетании с вальгусной установкой стоп и деформацией первого пальца. Электромиография выявляла прогрессирующее снижение средней амплитуды колебаний ПДЕ в зависимости от тяжести заболевания. Применение данного диагностического комплекса позволяет планировать процессы реабилитации с решением вопроса о характере и последовательности лечебных воздействий, включая и оперативное лечение, в зависимости от имеющейся функциональной патологии с целью оптимальной ее коррекции и прогнозировать результаты лечения. Метод клинического анализа движения позволяет осуществлять динамическое наблюдение и периодический контроль проводимого комплексного консервативного лечения (физиотерапия, перемежающая пневмокомпрессия, биомеханическая пневмовибрационная стимуляция, ЛФК, медикаментозная терапия и др.) для своевременной и последовательной корректировки в зависимости от индивидуального эффекта, прогнозировать послеоперационные результаты и управлять процессом реабилитации на основе принципа обратной связи с полученным результатом.

*Заключение.* С помощью данных диагностических методик возможно осуществление оценки проводимого лечения и исследование отдаленного результата, проведение при необходимости соответствующей коррекции у конкретного пациента, а также экстраполирование результата на аналогичные клинические случаи. Долговременное прогнозирование позволяет проводить восстановительное лечение и активную реабилитацию на принципах биологической обратной связи, что повысит качество жизни пациентов.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ж.Н.Керимова, И.П.Баранова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

*Цель исследования:* определить противовирусную эффективность лечения цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) у детей раннего возраста.

*Материал и методы:* обследованы 178 детей с манифестной формой ЦМВИ в возрасте от рождения до 12 месяцев. Диагноз подтвержден обнаружением в крови ДНК цитомегаловируса (ЦМВ) методом ПЦР, специфических антител класса IgM и низкоавидных антител класса IgG с помощью ИФА. Пациенты распределены на 6 подгрупп в зависимости от характера проведенной этиотропной терапии: 1 подгруппа – дети, получавшие цитотект или неоцитотект (14 детей), 2 подгруппа – получавшие иммуноглобулин для внутривенного введения (10), 3 подгруппа - получавшие цитотект (или неоцитотект) и виферон (16), в 4 подгруппе дети получали иммуноглобулин в сочетании с вифероном (14), в 5 подгруппе – виферон (5), больным 6 подгруппы проводилась только симптоматическая и патогенетическая терапия (5). Эффективность лечения оценивалась по результатам повторных исследований ДНК ЦМВ методом ПЦР у детей в течение 2-12 месяцев после лечения. Доза препаратов и схема лечения применялись в соответствии с инструкцией.

Через 3 месяца после начала терапии у больных ЦМВИ, получавших в качестве этиотропного лечения цитотект, ДНК цитомегаловируса определялась в 64,3% случаев; у пациентов, получавших иммуноглобулин для внутривенного введения – в 50%; у пациентов, получавших цитотект и виферон – в 37,5%; у больных, получавших иммуноглобулин и виферон – в 57,1%; при лечении вифероном – в 60%; у пациентов, получавших симптоматическую терапию – в 100% случаев. Через 6 месяцев после лечения ДНК ЦМВ в крови выявлена у 7,1% больных, получавших цитотект; у 20% больных, получавших монотерапию иммуноглобулином или вифероном; у 14,3% пациентов, получавших комбинированную терапию иммуноглобулином и вифероном; у 80% пациентов, получавших только симптоматическую и патогенетическую терапию. При комбинированной терапии цитотектом и вифероном через 6 месяцев после начала терапии ДНК цитомегаловируса в крови не определялась ни у одного пациента.

Через 9 месяцев после начала терапии ДНК ЦМВ продолжала определяться в крови у 60% пациентов, получавших симптоматическую терапию. Через 12 месяцев после начала терапии исчезновение ДНК в крови выявлено у пациентов во всех группах.

В процессе лечения выявлено, что через 3 месяца после начала терапии у пациентов, получавших цитотект, ДНК ЦМВ сохранялась в моче у 71,4% пациентов, через 6 месяцев – у 57,1%, через 9 и 12 месяцев – у 42,9%. У пациентов, получавших иммуноглобулин, через 3 месяца после начала терапии ДНК ЦМВ выявлена в моче в 70% случаев; такой же показатель отмечен через 6, 9 и 12 месяцев после лечения. В группе больных, получавших цитотект и виферон, ДНК ЦМВ в моче через 3 месяца определялась в 81,3% случаев, через 6 месяцев – в 37,5%, через 9 и 12 месяцев – в 25%. У пациентов, получавших иммуноглобулин и виферон, ДНК ЦМВ в моче выявлена через 3 месяца – в 85,7%, через 6 месяцев – в 71,4%, через 9 месяцев – в 57,1%. При лечении вифероном ДНК ЦМВ в моче через 3 и 6 месяцев после начала терапии выявлена в 100% случаев, через 9 и 12 месяцев – в 80%. У больных, получавших симптоматическую терапию, ДНК ЦМВ продолжала определяться во всех случаях даже через 12 месяцев после начала терапии.

Таким образом, комбинированная терапия цитотектом и вифероном при ЦМВИ оказывает наиболее быстрое эрадикационное действие, что подтверждается отрицательными результатами обследования на ДНК ЦМВ (методом ПЦР) в динамике. Отсутствие этиотропного лечения не приводит к элиминации вируса из мочи (при контроле в течение 3-12 месяцев).

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТАТОЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ СКОЛИОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА

А.И.Кислов, А.Н.Митрошин, А.С.Кибиткин

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Медицинский институт ПГУ
Пенза

Хирургическое лечение больных с тяжелыми формами сколиоза предусматривает оперативные методы коррекции позвоночника и различные способы торакопластик.

Нами оперировано 157 больных со сколиозом 3-4 ст. в возрасте от 12 до 20-ти лет и величиной искривления позвоночника от 38 до 115$^{o}$ по оригинальной методике (А.С. № № 1191066, 1985; 1602502, 1990).

Суть методики состояла в том, что у больных с продолжающимся ростом и мобильной сколиотической деформацией в ходе оперативного вмешательства устанавливался дистрактор, имеющий в своей конструкции рычажно-храповой механизм. Осуществлялась интраоперационная коррекция позвоночника и задний спондилодез. После снятия швов у больных проводилась дополнительная дозированная коррекция остаточной сколиотической деформации, транскутанно воздействуя на рычаг управления дистрактора. Средний темп дополнитель-

ной дозированной дистракции позвоночника составил в среднем 0,5 – 0,75 см в сутки. Это позволило в период формирования заднего спондилодеза обеспечить дополнительную коррекцию позвоночника на 7-12 градусов.

У больных с завершающимся или законченным ростом и фиксированной дугой искривления в ходе операции дополнительно к корпусу дистрактора фиксировалась поперечная тяга в виде пластины с ограниченным контактом за остистые отростки вершинных позвонков. Боковой тягой удавалось визуально достичь дополнительную интраоперационную коррекцию позвоночника.

После операции с помощью рычажно-храпового механизма имплантированного устройства обеспечивалось «напряжение-растяжение», что способствовало профилактике прогрессирования остаточной сколиотической деформации.

При изучении ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения тяжелых форм сколиоза выявлены остаточные деформации грудной клетки. При грудном типе сколиоза после резекции реберного горба у 27 больных (17%) сохранялось отстояние медиального края и/или нижнего угла лопатки на выпуклой стороне искривления позвоночника. Данное обстоятельство объясняется тем, что при сколиозе за счет измененной биомеханики позвоночника формируется и много лет существует дисбаланс мышц спицы в том числе и мышц окружающих лопатку. Кроме того, при данном типе сколиоза с вогнутой стороны грудной клеткипосле операции в разной степени отмечено западение ребер. Это обусловлено остаточной деформацией позвоночника и структуральными изменениями ребер. В целом остаточные косметические и анатомические дефекты снижают результат хирургического лечения сколиоза. Весьма актуальным является поиск новых подходов по устранению отмеченных недостатков.

С целью устранения отстояния медиального и/или нижнего угла лопатки нами предложен способ лечения крыловидной лопатки при сколиозе позвоночника (патент РФ № 2338476, 2008г.). Методика предусматривает в среднем через 10-12 месяцев после коррекции позвоночника поперечную остеотомию тела лопатки, ниже ее ости с фиксацией костных фрагментов 2 пластинами, моделированными с учетом коррекции лопатки. Угол коррекции лопатки в среднем составил 30-35 градусов. Пластины укладывались по медиальному и латеральному её краю с фиксацией 4-5 спонгиозными винтами без дополнительной внешней иммобилизации. По данной методике прооперировано 4 больных с хорошим косметическим и функциональным результатами.

Для коррекции грудной клетки с вогнутой стороны деформации позвоночника нами первоначально применялась методика П.Я.Фищенко (авторское свидетельство РФ № 2207061 Кл А 61 В17/00, 17/56, 17/58), суть которой заключалась в полифокальной остеотомии деформированных ребер с последующей их фиксацией к S–образно изогнутому стержню с его опорой на вышележащее неизменное ребро и в межостистом пространстве позвонков ниже дуги искривления. По данной методике оперировано 3 больных. Однако при использовании данного способа адекватно устраняется лишь паравертебальная часть деформированных ребер, сохраняя асимметрию по лопатоной и заднеподмышечной линиям. Для устранения отмеченного недостатка предложен

способ и устройство для устранения вогнутой деформации грудной клетки при сколиозе позвоночника (патент №2330628 от 10 августа 2008 г.).

Имплантируемое устройство состоит из осевого опорного, 4-5 поперечных стержней и специальных клипс. В ходе операции выполняется сегментарная остеотомия деформированных ребер на вогнутой стороне грудной клетки. Далее верхняя часть осевого стержня кренится к неизменному проксимальному ребру, а нижняя соответственно в межостистом промежутке поясничного отдела позвоночника. Дистальные концы поперечных стержней крепили к неизменной части ребер, а проксимльные с помощью клипс к осевому стержню. После чего сегменты остеотомированных ребер в коррегированном положении с помощью лигатур фиксировались к созданному из стержней каркасу грудной клетки. По данному способу оперировано 4 больных.

Таким образом, предлагаемая методика элевационной торакопластики и способ лечения крыловидной лопатки, являются эффективным дополнением к комплексному лечению деформации грудной клетки и улучшают косметические результаты оперативного лечения сколиоза.

## АНАЛИЗ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ НА ФОНЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА

С.В.Климова, Ф.К.Рахматуллов

Медицинский институт ПГУ
Пенза

*Цель исследования:* анализировать степень тяжести артериальной гипертензии и показатели липидного спектра крови на фоне субклинического гипотиреоза (СГ).

*Материалы исследования:* Всего обследовано 40 больных, которые были разделены на две группы. Первая группа – больные АГ I-II стадии на фоне СГ и дислипидемии. Их количество составило 26 человек: 19 женщин и 7 мужчин. Средний возраст пациентов – 60,9±1,5 лет. По этиологии СГ у 7 (26,9%) больных послеоперационный, у 9 (34,6%) – на фоне узлового зоба, у 10 (38,5%) – на фоне аутоиммунного тиреоидита.

В зависимости от времени возникновения АГ и СГ больные данной группы были разделены на две подгруппы. В первую подгруппу вошли 14 больных, у которых средняя продолжительность заболевания СГ по анамнезу составила 2,3±0,6 лет, а АГ присоединилась через 1,3±0,4 лет. Учитывая выявление АГ на фоне СГ, патология у данной подгруппы больных была названа нами «АГ первично-эндокринного (гипотиреоидного) генеза». При анализе структуры АГ у данных больных АГ I степени была диагностирована у 8 (57%), АГ II степени – у 6 (43%) пациентов. Во вторую подгруппу вошли 12 больных, у которых продолжительность АГ по анамнестическим данным составила 6,2±1,3 лет, а СГ был диагностирован через 4,8±0,9 лет. Учитывая возникновение у данных

больных СГ как сопутствующей патологии, заболевание у данной подгруппы пациентов было названо «АГ смешанного генеза». АГ I степени была выявлена у 5 (42%) пациентов данной подгруппы, АГ II степени - у 7 (58%).

Во вторую группу вошли 14 пациентов, страдающих АГ I-II стадии на фоне дислипидемии без патологии щитовидной железы (ЩЖ), сопоставимые по полу и возрасту. У данных больных АГ I степени была диагностирована у 7 (50%) человек, АГ II степени – у 7 (50%).

*Методы исследования:* пальпаторное и ультразвуковое исследование ЩЖ, определение уровня тиреоидных гормонов в плазме крови, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), анализ липидного спектра крови (общий холестерин (ОХС), β-липопротеиды (β-ЛП), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП)). Диагноз СГ был выставлен по следующим критериям: отсутствие клинических симптомов гипотиреоза, повышенный уровень ТТГ при нормальных значениях $T_3$, $T_{4св.}$ в плазме крови пациентов.

*Результаты исследования:* В результате анализа полученных данных СМАД нами было выявлено, что у пациентов первой группы с АГ I степени в сравнении с аналогичными пациентами второй группы среднесуточное систолическое артериальное давление (САД) выше на 6,2% ($p>0,05$), среднесуточное диастолическое артериальное давление (ДАД) – на 7,6% ($p<0,001$), при этом средненочное ДАД увеличилось на 12,1% ($p<0,001$). У пациентов первой группы с АГ II степени уровень среднесуточного САД в сравнении с аналогичными пациентами второй группы увеличился на 2,7% ($p>0,05$), среднесуточного ДАД – на 6,2% ($p<0,001$), средненочного ДАД – на 10,9% соответственно ($p<0,001$).

При сравнении степени АГ по данным анамнеза и амбулаторной карты у пациентов второй подгруппы отмечалось увеличение ее степени тяжести, преимущественно за счет повышения среднесуточного ДАД ($p<0,001$) на 5,3%, что анамнестически совпало с выявлением у данных больных СГ.

При анализе липидного спектра крови выявлено, что у больных первой группы концентрация общего холестерина (ОХС) в плазме крови выше на 8,5% ($p<0,001$), чем у больных второй группы, концентрация холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) у больных первой группы выше на 12,3% ($p<0,001$), концентрации триглицеридов (ТГ) в первой группе выше на 16,8% ($p<0,001$) соответственно. Уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) среди пациентов первой группы ниже на 20,8% ($p<0,001$) в сравнении с аналогичным показателем у пациентов второй группы. В зависимости от степени АГ различий в характере концентраций липидов у больных обеих групп выявлено не было.

*Заключение:* При наличии СГ степень тяжести АГ достоверно увеличивается, преимущественно за счет повышения среднесуточного ДАД.

У больных с СГ степень дислипидемии достоверно более выражена, преимущественно за счет повышения концентрации ОХС, ЛПНП и ТГ, а также большего снижения концентрации ХС ЛПВП в сравнении с пациентами без сопутствующих нарушений функции ЩЖ.

# СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МИКРОСОСУДОВ ПИЩЕВОДА ПЛОДОВ ЧЕЛОВЕКА

И.А.Кожевников

ГОУ ВПО СГМУ Росздрава
Самара

Пищевод - слоистая сложная структура с нелинейным и анизотропным механическим поведением. Исследования в области структурного становления пищевода как органа актуальны и в настоящее время. Это обусловлено частотой гастроэзофагеального рефлюкса у новорождённых и детей младшего возраста, ростом числа больных раком пищевода, а также требованием более чёткого понимания васкуляризации пищевода в связи с реконтруктивными операциями.

*Целью* исследования служило изучение сроков появления, локализации, особенностей дифференцировки ангиоархитектоники пищевода в пренатальном периоде онтогенеза человека.

*Материалы и методы исследования.* Объектом исследования служили 18 эмбрионов человека в сроки 5-34 недель развития. Материал забирали с учетом гинекологического анамнеза с соблюдением международных и российских норм биоэтики. На сроках свыше 20 недель проводили инъекцию кровеносного русла транскапиллярной взвесью берлинской лазури через пупочную вену и аорту. После фиксации в 10% нейтральном формалине эмбрионов или пищевода (в зависимости от величины срока) кроме просветлённых препаратов слоёв стенки, проводилась стандартная гистологическая обработка, готовились серийные срезы горизонтального и сагиттального сечений. Докраска гематоксилином-эозином или по Ван-Гизон.

Установлено, что протокапилляры артериального звена пищевода закладываются в мезенхиме параэзофагально и прорастают в него путем почкования. На препаратах поперечных срезов эмбрионов 6-9 недель наблюдается прорастание артериальных протокапилляров из более крупных артериальных сосудов, идущих параллельно пищеводу.

Рядом с пищеводом на различных его уровнях места врастания протокапилляров в оболочке органа (локализация более мелких артериальных ветвей) представлены в виде скоплений групп клеток, которые отличаются несколько большим размером от окружающих (мезенхимных), большей концентрацией и другой ориентировкой. От них внутрь пищевода, давая одну или сразу несколько почек роста, прорастают протокапилляры артериального звена. Такие протокапилляры растут обособленно или навстречу венозному протокапилляру. У плодов 11-12 недель вокруг эндотелиальных клеток артериальных протокапилляров группируются мышечные клетки, расположенные без определенной ориентации, появляется просвет, заполненный безъядерными эритроцитами. Артерии в основном располагаются на периферии органа в области мышечной оболочки и ветви их, прорастая, направляются к венам, растущим кнаружи пищевода.

В период с 13-14 недель между образовавшимися артериями и венами органа происходит бурное образование связей, т. е. формирование промежуточных звеньев (артерий и вен различного порядка и сосудистых сетей и сплетений). Формирования элементов микроциркуляторного русла, как дефинитивного органа, пока не происходит.

Период 14-17 недель трансформация клеток эпителия, в подслизистой основе появляется мышечная пластинка, в мышечной оболочке наблюдается утолщение внутреннего циркулярного мышечного слоя и появление наружного продольного. Синхронно с этими изменениями в оболочках органа происходит и рост кровеносных сосудов.

Артериальные сосуды располагаются в адвентициальной оболочке - или обособленно, или в сопровождении вен. Они проникают через продольный мышечный слой, кровоснабжая его, затем, ветвясь, проходят между мышечными слоями и, направляясь между группами циркулярных мышечных волокон, отдавая к ним веточки, проникают в подслизистую основу органа. Следует отметить, что в этот срок появляется извилистость артериальных стволов, подавляющее большинство артериальных ветвей продолжает разветвляться. Артериальных ветвей (мелких артерий) у слизистой оболочки органа за мышечной пластинкой обнаружить не удается, они отмечаются только кнаружи от нее.

В период с 17 по 30 неделю гестации на фоне дифференцировки оболочек пищевода происходит синхронное прорастание артериальных и венозных сосудов. В эти сроки характерно увеличение калибра венозных сетей. Калибр вен наружной венозной сети становится больше в 1,5 - 2 раза вен внутренней сети. Основной объём венозного отдела внутриорганного кровеносного русла стенки пищевода эмбрионов и плодов человека формируется преимущественно в слизистой оболочке.

После 30 недель в венах подслизистой основы появляется клапанный аппарат, в 34-35 недель клапаны обнаруживаются во всех крупных венах. Регистрируется широкое анастомозирование венозных компонентов в венозных сетях и сплетениях.

В подслизистой основе пищевода плодов человека образуются две продольные венозные сети, архитектоника которых устанавливается к 30-32 неделям гестации.

## ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ АПЛЕГИНА ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТРАВМЕ

С.А.Козлов, И.Л.Иванова

Медицинский институт ГОУ ВПО «МГУ им Н.П.Огарева»
Саранск

В эксперименте на модели комбинированной травмы (глубокий ожог на фоне острой кровопотери) произведена оценка некоторых показателей центральной гемодинамики и метаболизма. После травмы ОЦК снижался на 18,62% от ис-

ходного с уменьшением ОЦП и ГО на 23,66 и 11,24%, АД падало до 70,33±1,16 мм. рт. ст. Травматический фактор являлся пусковым для активации цепи свободнорадикального окисления (СРО). Сразу после травмы рост малонового диальдегида (МДА) составлял 55,19% от первоначального. Резкое снижение резерва липидов для перекисного окисления (РЛПО) и антиокислительной активности (АОА) до 33,3 и 56,8% свидетельствовало о развитии дисбаланса между действием прооксидантных и антиоксидантных факторов. Одновременно наблюдался избыточный выход холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП) и триглицеридов (ТГ) в сосудистое русло и, как следствие этого, гиперхолестеринемия и гиперлипидемия сыворотки. Причиной повышения расходования эндогенных жиров как энергетического материала при гипоксии становится существенное увеличение анаэробной фазы метаболизма, дающей более бедный энергетический выход. Лактат и пируват составляли 194,86; 159,51% от начальных, а избыток лактата (ИЛ) – 0,45±0,06 ммоль/л.

После инфузии кровезаменителей стабилизация гемодинамических показателей сохранялась в течение 3-х ч. Гиперлипидемия снижалась с 15,51±0,56 до 13,95±0,85 г/л, на фоне уменьшения ЛПВП к 3-му ч восстановительного периода наблюдался максимум гиперхолестеринемии – 158,06% от посттравматической. К концу 5-го ч наблюдалось резкое истощение запасов ХС – общий ХС падал до 4,56±0,19 ммоль/л, ХС-ЛПНП стал меньше исходного на 55,77%. Такое резкое снижение показателей являлось плохим прогностическим признаком и свидетельствовало о нарастании печеночной недостаточности, поскольку печень играет доминирующую роль в синтезе ХС и образовании липопротеидов. Содержание ТГ через 3 и 5 ч превышало на 3,92 и 60,18% начальное, МДА – на 30,27 и 36,08%, каталазы – на 193,65 и 345,28%. Проводимая терапия кровезаменителями не обладала антиперекисным эффектом, сохранялась чрезмерная активация процессов СРО. Общая АОА и РЛПО к концу наблюдения составляли 98,6 и 85,66% от данных этапа 1 ч после травмы. Концентрация пирувата равнялась 147,36 и 151,91% от исходной через 3 и 5 ч после лечения, а лактата – 305,49 и 349,69% соответственно. Избыточное накопление лактата обусловлено недостаточной его утилизацией, несостоятельностью реакций глюконеогенеза вследствие нарушенной функциональной активности печеночной ткани. Такие изменения изучаемых показателей к концу постинфузионного периода и указывали на необходимость включения в комплекс лечения средств, улучшающих кислородное обеспечение организма.

Аплегин (карнитина хлорид) широко применяется в неврологической и психиатрической практике. В условиях гипоксии карнитин восполняет энергетические потери мозговой ткани, восстанавливает обмен веществ, тормозит образование кетокислот и анаэробный гликолиз, уменьшает степень лактатацидоза. Препарат восстанавливает щелочной резерв крови, улучшает церебральную гемодинамику, обладает антиагрегатным действием, стабилизирует клеточные мембраны, активизирует утилизацию свободных жирных кислот и увеличивает продукцию макроэргов.

Однократное в/в введение аплегина (15 мг/кг) замедляло темпы нарушений гемодинамики. Наблюдалась более выраженная гемодилюция относительно базовой терапии и уменьшение ЦВД в течение всего наблюдения на 22-74%. Последнее, возможно, объяснялось способностью карнитина участвовать в метаболизме жирных кислот, которые являются основными источниками энергии в миокарде в условиях гипоксии, и тем самым улучшать сердечную деятельность. К 5 ч ОЦК, ОЦП и ГО превышали значения серии сравнения на 12,64; 15,25% и 8,49%. Проводимое лечение на протяжении 3-х ч в большей мере обладало вазопрессорным эффектом, чем базовая терапия.

Вливание аплегина корригировало явления липидного дисбаланса. Гиперхолестеринемия снижалась на протяжении 3-х ч с ростом ХС-ЛПВП до 325,24% от исходного и уменьшением ХС-ЛПНП до 62,41% к концу 5-го ч восстановительного периода. Возможно, аплегин снижал гиперхолестеринемию за счет одновременной задержки поступления ХС в кровь из периферических депо и уменьшения вымывания его из дестабилизированного мембранного компонента. Гиполипидемия поддерживалась на протяжении всего наблюдения. Карнитин, включаясь в процесс переноса свободных жирных кислот для последующей бетта-оксидации, способствовал сохранению значений ТГ сыворотки на умеренно высоком уровне с последующим их расходованием в течение 5 ч. Общая АОА сохранялась высокой до 3 ч. Накопление в плазме продуктов ПОЛ снижалось кратковременно, повышение МДА через 3 ч восстановительного периода до 130,60% от посттравматического уровня сменялось падением его к 5-му ч до 102,81%. Через сутки АОА практически не отличалась от посттравматической величины. Содержание МДА становилось максимальным – 131,24% от данных 1-го ч после травмы, индекс РЛПО составлял 162,91% от него. Это свидетельствовало о несостоятельности антиоксидантной защиты и превалировании реакций СРО к концу наблюдения. Утилизация лактата протекала более интенсивно относительно контрольной серии – его концентрация была меньше на этих этапах на 0,3 и 0,6 ммоль/л. Пируват составлял 146,63 и 138,98% от нормы. Показатель ИЛ изменялся от 0,2±0,01 до 0,184±0,1 ммоль/л. Продолжительность жизни животных (96,32±4,91 ч) в 5,15 раза превышала таковую при базовой терапии (18,72±4,12 ч).

Таким образом, комбинированная травма приводит к выраженным нарушениям центральной гемодинамики и метаболизма с развитием гиповолемического шока, гиперлипидемии, повышением холестерина в 1,62 раза, избыточной липопероксидацией и активацией антиоксидантной защиты на фоне превалирования в энергообеспечении анаэробного гликолиза. Внутривенные инфузии кровезаменителей снижают гиперлипидемию и гиперхолестеринемию в течение 3-х часов, но не обладают антиперекисным эффектом. Аплегин (15 мг/кг) в составе инфузионной терапии корригирует гемодинамические показатели, оказывает выраженное гиполипидемическое и гипохолестеринемическое действие, снижает накопление в плазме продуктов перекисного окисления липидов и анаэробного гликолиза.

# ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАНИЙ АНТИГИПОКСАНТОВ НА ГЕМОПОЭЗ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТРАВМЕ

С.А.Козлов, О.А.Рычкова

Медицинский институт ГОУ ВПО «МГУ им Н.П.Огарева»
Саранск

В эксперименте на собаках глубокий ожог 10% поверхности тела на фоне острой кровопотери 22,83±0,24 мл/кг приводил к деструкции кроветворных форм, уменьшению клеточности пунктата в виде снижения абсолютного количества миелокариоцитов в 2,1 раза и числа митотически делящихся клеток в 2,5 раза. К 1-му часу после повреждения происходило сужение миелоидного пролиферативного пула в 2,98 раза и эритроидного в 2,2 раза. Количество элементов моноцитарной и лимфоцитарной генераций уменьшилось на 31,84 и 39,40%, а мегакариоцитарной – на 50,25%. Лейкоэритробластическое соотношение увеличивалось преимущественно за счет числа палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов вследствие активации компенсаторных возможностей костного мозга и усиления вымывания зрелых нейтрофилов в кровяное русло. Индекс созревания эритроцитов возрастал, а индекс созревания нейтрофилов был в 4 раза меньше нормы. В периферической крови к 1-му часу после травмы определялась лейкопения с нейтрофильным сдвигом до метамиелоцитов на фоне роста лейкоцитарного индекса интоксикации в 1,6 раза, развивался ретикулоцитоз, наблюдался анизо- и пойкилоцитоз.

После базовой инфузионной терапии гемодепрессия сохранялась, хотя выявлялись и признаки восстановления кроветворной ткани в виде увеличения митотической активности и содержания бластных форм, что способствовало повышению числа пролиферирующих и зрелых элементов костного мозга.

Исследования выявили гемопоэзмодулирующее действие сочетаний аплегина (15 мг/кг) с мексидолом (50 мг/кг) и димефосфоном (100 мг/кг) при комбинированной травме. Внутривенное введение аплегина и мексидола умеренно компенсировало изменения костномозгового кроветворения в виде ускорения пролиферации миелоидного и, в большей степени, эритроидного ростков. Происходило пополнение обедневших моноцитарной, лимфоцитарной и эозинофильной генераций. Внутрикостное введение этих препаратов наибольшее влияние оказывало на гранулоцитарный пул, стимулируя пролиферативную активность клеток - предшественников. К 3-му ч после внутривенного введения аплегина и мексидола полностью восстанавливалась пролиферативная активность гранулоцитов, которая, однако, несколько снижалась к 1 суткам исследования. Внутривенная инфузионная терапия с включением аплегина и димефосфона кратковременно корригировала эритропоэз к 5-му ч постинфузионного периода. Внутрикостное введение аплегина и димефосфона оказывало наибольшее стимулирующее влияние на гранулоцитарный росток и эритропролиферацию на протяжении всего исследования.

После внутривенного введения аплегина и мексидола показатели эритродиереза и морфофункциональные свойства эритроцитов были нарушены больше, чем при внутрикостном введении растворов, возможно за счет механического воздействия внутривенной инфузии на клетки крови. Одновременно происходило ускорение созревания и дифференцировки оксифильных нормоцитов в костном мозге. При внутрикостном вливании аплегина и димефосфона гемолиз эритроцитов был более выражен, а изменение структуры меньше, чем при внутривенной инфузии препаратов.

Можно предположить, что при внутрикостном введении аплегина и димефосфона эритродиерез больше выражен за счет разрушения клеток, появившихся в результате неэффективного эритропоэза, а также за счет ускоренного созревания оксифильных нормоцитов.

Уменьшение степени гемолиза эритроцитов и концентрации свободного гемоглобина плазмы при использовании мексидола связано с наличием у него выраженной мембранопротекторной активности. Мексидол повышает устойчивость мембран эритроцитов к перекисному гемолизу, ингибирует перекисное окисление липидов, а вследствие прямого встраивания в мембранные образования ведет себя как структурный стабилизатор клеточных мембран. Колебания морфологии эритроцитов менее выражены, чем при базовой внутривенной терапии, очевидно за счет способности активной группировки мексидола встраиваться в билипидный слой мембраны клеток, тем самым стабилизируя ее структурные свойства. Аплегин, вызывая значительный рост продукции макроэргов, тормозя в условиях гипоксии анаэробный гликолиз, восстанавливая ионный, липидный, белковый обмен, способствует уменьшению эритродиереза и свободного гемоглобина плазмы, корригируя морфофункциональные свойства эритроцитов, снижая выраженность воздействия процессов перекисного окисления липидов на мембрану клеток и восстанавливает метаболические процессы в них. При усилении гемолиза отмечалось ускорение созревания и дифференцировки оксифильных нормоцитов в костном мозге, более выраженном при внутривенном введении аплегина и димефосфона, что говорит о стимулирующем влиянии препаратов на адаптационные и компенсаторные процессы кроветворной системы.

Таким образом, антигипоксанты стимулируют пролиферативную активность линиекоммитированных клеток, восстанавливают клеточность костномозгового пунктата, ускоряют дифференцировку и гемоглобинизацию клеток предшественников эритропоэза, причем этот эффект более выражен при внутрикостном введении аплегина и димефосфона. Включение в комплексную инфузионную терапию антигипоксантов улучшает морфофункциональные свойства эритроцитов (этот эффект более выражен при внутрикостном введении комбинаций препаратов, особенно при использовании аплегина и мексидола). В ходе исследования выявлены сильная положительная корреляционная зависимость между средним диаметром и степенью гемолиза эритроцитов (r=+0,88) и количеством бластных форм и уровнем промиелоцитов (r=+0,95), слабая отрицательная связь между количеством пронормобластов и концентрацией гемоглобина в эритроците (r= - 0,22).

Коррекция нарушений гемопоэза при комбинированной травме также способствовала увеличению продолжительности жизни животных: если при базовой терапии она составляла 18,72±4,12 ч, то при введении аплегина с мексидолом она возросла до 44,46±4,12 и 34,5±0,5 ч, а после инфузии аплегина с димефосфоном – до 68,00±0,4 и 58,23±0,6 ч соответственно при использовании в/в и в/к способов. Исследования показали эффективность применения сочетаний антигипоксантов при тяжелых травмах, что целесообразно учитывать в клинической практике.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СОСУДОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Е.В.Коломиец, Н.В.Позднякова, Р.А.Купаева, А.В.Зайцева, И.П.Татарченко

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
Пенза

Снижение податливости и увеличение жесткости артериальной системы – один из независимых факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. В связи с этим, изучение физических свойств сосудистой стенки при артериальной гипертонии (АГ) приобретает все большее клиническое значение.

*Целью* исследования было выявление эффективности лечения лазартаном и амлодипином на ремоделирование сосудов в амбулаторных условиях.

*Материал и методы исследования*. В исследование было включено 104 человека трудоспособного возраста от 35 до 55 лет с АГ (согласно классификации ВОЗ 1999г) Обследование пациентов проводилось на базе поликлиники МУЗ ГКБСМП им. Г.А. Захарьина, октябрь-январь 2008-2009гг. Среди них было 94 женщины (90,4%) и 10 мужчин (9,6%). Средний возраст составил 46,7 лет. Продолжительность АГ в среднем составила 5,8 лет.

Все пациенты были распределены на 2 группы. Пациенты 1-ой группы в основном с АГ 1 степени (9 мужчин и 23 женщины, средний возраст 46,2 года) в течение 1-го месяца получали лозартан по 100 мг в сутки. Пациентам 2-ой группы с АГ 2 и 3 степени (11 мужчин и 61 женщина, средний возраст 48,4 года) также на протяжении 1-го месяца назначались по 100 мг в сутки лозартан и 10 мг в сутки амлодипин. Длительность заболевания составила в среднем по обеим группам 7,1 года. Всем пациентам для оценки жесткости магистральных сосудов проводили объемную сфигмографию (VaSera VS 1000, Fukuda Denshi, Япония). На плечи и голени больного накладывались окклюзионные манжеты. Аппарат автоматически осциллометрическим методом измерял артериальное давление и рассчитывал скорость распространения пульсовой волны (PWV), плече-лодыжечный индекс (ABI), вычислял биологический возраст состояния артерий.

По данным объемной сфигмографии в среднем в первой группе у пациентов с АГ 1 степени скорость распространения пульсовой волны составила справа 13,8 м/с, и слева была в пределах 13,1 м/с. Плече-лодыжечный индекс у всех больных не превышал нормативных значений, составил справа – 0,99 и слева – 1,05. Биологический возраст артерий был в пределах 53 года и превышал фактический возраст обследованных пациентов.

По данным объемной сфигмографии во второй группе у пациентов с АГ 2 и АГ 3 степени отмечалось увеличение скорости распространения пульсовой волны и составила справа 14,5 м/с; слева – 14,7 м/с. Плече-лодыжечный индекс у всех больных не превышал допустимых нормативных значений, составил справа – 1,05 и слева – 1,03. Биологический возраст артерий составил 59 лет, что на 10 лет превышал фактический возраст пациентов.

На фоне приема антигипертензивной терапии в обеих группах у пациентов с АГ различной степени наблюдалось уменьшение скорости распространения пульсовой волны, отмечалось достоверное снижение биологического возраста магистральных сосудов. В первой группе отмечалось снижение R-PWV с 13,8 м/с до 13,2 м/с справа и L-PWV с 13,1 м/с до 13,0 м/с слева, во второй группе уменьшилась R-PWV с 14,5 м/с до 13,5 м/с справа и L-PWV с 14,7 м/с до 13,4 м/с слева. В первой группе было выявлено снижение биологического возраста магистральных сосудов на 3 года, во второй на 6 лет.

Таким образом, у больных с АГ 2-3 степени показатели скорости распространения пульсовой волны в аорте, по артериям преимущественно эластического и мышечного типа существенно выше, чем у больных АГ 1 степени. Длительная терапия лозартаном и амлодипином способствовала регрессу сосудистого ремоделирования, более выраженному у больных, применяющих комбинацию данных препаратов.

## АКУПУНКТУРНАЯ ГИРУДОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

О.К.Командирова, В.С.Животощук, Р.Х.Ильясов, И.В.Животощук,
И.Г.Жарков, В.Г.Страхов, Н.В.Страхова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
Пенза

В настоящее время накоплен большой опыт лечения больных гипертонической болезнью (ГБ). С каждым годом все более совершенствуются уже существующие схемы лечения ГБ и создаются новые. Но, несмотря на усилия медиков всего мира, гипертоническая болезнь остается одним из самых распространенных заболеваний жителей индустриально развитых стран мира. Именно ГБ является основным заболеванием, которое приводит к развитию декомпенсированных форм сердечно-сосудистых заболеваний, приводящих к ранней инва-

лидности трудоспособного населения и, как следствие, к высокой смертности больных от сердечно-сосудистых осложнений.

В практике комплексного лечения ГБ, особенно в ранней стадии заболевания, в последнее время все большее внимание уделяется медицинской пиявке. При этом наибольший эффект отмечен при постановке медицинской пиявки не на зоны, традиционно используемые для лечения ГБ, а на биологически активные точки (БАТ), расположенные в регионарных зонах вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы.

*Цель работы:* разработать способ дифференцированного выбора БАТ для проведения сеанса акупунктурной гирудотерапии (АПГТ) при лечении больных ГБ в ранней стадии развития заболевания.

*Материал и методы исследования.* Нами проведено комплексное обследование 48 больных ГБ (32 женщины и 16 мужчин) с первой и второй степенью заболевания, согласно классификации артериальной гипертензии (АГ) ВОЗ/МОАГ 1999 г., ВНОК 2004 г. К первой степени заболевания были отнесены 29 больных ГБ без клинически значимых поражений органов-«мишеней». Со второй степенью АГ было 19 человек, у которых были обнаружены признаки поражения органов-«мишеней»: гипертрофия левого желудочка, начальные признаки ангиопатии сосудов глазного дна и бульбарной конъюнктивы, микроальбиминурия и креатинурия и др. Возраст обследуемых больных был от 18 до 45 лет. Длительность заболевания АГ у обследуемых больных был от 3 до 5 лет. Все больные эпизодически проходили амбулаторный курс лечения ГБ с частотой 2-3 раза в год.

Обследование больных проводилось по специальной программе. В нее вошли: общепринятое клиническое обследование больных, специальное анкетирование по программе института кардиологии АМН для обследования больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, ежедневный трехкратный мониторинг АД, 3-кратное компьютерное исследование основных классических меридианов по методу Накатани в динамике на компьютерном комплексе ДИАКОМС-7, термо- и электрометрия биологически активных точек (БАТ) в зонах Захарьина-Геда. 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.

Воздействие медицинской пиявки при лечении больных ГБ традиционно осуществляется в следующие зоны: околоушную, затылочную, шейно-воротниковую зону, зону почек и вспомогательные сегментарные зоны. Обычно, в любой из перечисленных зон размещается несколько БАТ, в среднем, от 2 до 5. Врачу без специального исследования трудно выбрать БАТ для проведения сеанса АПГТ. Если же ставить медицинские пиявки на все БАТ, расположенные в каждой из зон, потребуется большое количество медицинских пиявок и нагрузка на больного будет превышать допустимую.

Наши исследования больных ГБ показали, что, если провести специальное иследование БАТ в любой из указанных зон с помощью электро- и термометрического прибора С-240М, то можно по вегетативному состоянию БАТ из 5 точек выбрать 1-2 точки, в которых гирудотерапия произведет наиболее эффективное действие. Такой способ дифференцированного выбора БАТ для проведения сеанса АПГТ позволяет сократить количество сеансов гирудотерапии в среднем на 3-5, уменьшить количество медицинских пиявок на курс лечения, получая более полный клинический эффект в виде быстрого снижения АД и его стабилизации на целевом уровне.

Лечение методом АПГТ проводили два раза в неделю при хорошей переносимости больными ГТ и 1 раз в неделю при высокой вегетативной реакции организма на сеанс лечения. Обычно количество БАТ, расположенных в зонах воздействия и, соответственно, количество медицинских пиявок на каждый сеанс ГТ, выбирались индивидуально с учетом основного ведущего синдрома заболевания. Общее количество медицинских пиявок на одну процедуру не превышало 5. Считается, что лечебный эффект ГТ обусловлен действием секрета слюнных желез медицинской пиявки, содержащего не только гирудин, но и гиалуронидазу, дистабилазный комплекс, гистаминоподобное вещество, псевдогирудин, эглины, бделины и другие биологически активные вещества (БАВ). Установлено, что эти БАВ активно влияют на реологические свойства крови у больных ГБ и оказывают следующие клинически выраженные эффекты: антиагрегационный, тромболитический, антисвертывающий, гипотензивный, антигипоксический, антиатеросклеротический, аналгезирующий, противоотечный, иммуностимулирующий и другие, столь важные для лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В результате лечения больных по нашей методике были получены клинические эффекты в виде пролонгированного снижения АД и стабилизации его показателей. При этом у 91,9% больных с первой степенью АГ отмечалась стабилизация АД без приема фармакологических препаратов. У больных со второй степенью АГ снижение АД проходило на фоне уменьшения принимаемой дозы гипотензивных средств. Кроме того, у всех больных было отмечено улучшение психо-эмоционального состояния: улучшение общего самочувствия, уменьшение тревожности, улучшение сна и нормализации адаптивных реакций к внешним раздражителям. Исчезли или уменьшились основные клинические симптомы заболевания. При церебральной форме ГБ: головная боль, головокружение, расстройства зрения и слуха, повысилась работоспособность, внимание, улучшилось настроение и сон. При кардиальной форме ГБ: уменьшились или прекратились приступы кардиалгии, аритмии, одышка, дискомфорт и боли в левой половине грудной клетки, обостренная метеотропность и др.

Таким образом, акупунктурная гирудотерапия в лечении больных ГБ оказалась более эффективной по сравнению с традиционной регионарной гирудотерапией.

# ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ И ВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ (СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ)

О.А.Коннова, Н.В.Свистунова, Е.А.Воробьёва

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

Тяжёлое течение, высокая летальность, грубые неврологичекие осложнения, жизнеугрожающие клинические проявления, полиэтиологичность возбудителей, высокие показатели инвалидизации, даже в условиях адекватной этиотропной терапии, определяют проблему совершенствование диагностики, как наиболее актуальную в борьбе с острыми менингитами.

*Цель исследования*: провести анализ этиологической, социальной структуры гнойных бактериальных и серозных вирусных менингитов у больных, госпитализированных в инфекционный стационар.

*Методы исследования:* клинико-эпидемиологическое исследование, бактериологическое и иммунологическое исследование (реакция латекс-агглюцинации) ликвора, определение ДНК и РНК возбудителя в крови и ликворе методом полимеразной цепной реакции, клинический анализ крови, серологическое исследование крови.

Проведён анализ 30 случаев острых менингитов среди госпитализированных больных в период с 2006 по 2008гг. Возрастная структура больных представлена следующим образом: с 1 мес. до 1 года – 3,3% (1 пациент), 1 – 2 года – 10,0% (3 пациента), 2 – 4 года – 36,7% (11 пациентов), 5 – 9 лет – 10,0% (3 пациента), 10 – 14 лет – 3,3% (1 пациент), 15 – 19 лет – 30% (9 пациентов), 20 – 24 года – 3,3% (1 пациент), 25 – 44 года - 3,3% (1 пациент). Распределение по полу больных с острыми менингитами: мужчин – 73,3% (22 пациента), женщин 26,7% (8 пациенток). По социальному статусу: служащих - 13,3% (4 человека), учащихся – 33,3% (10 человек), дети, посещающие ДДУ 26,7% (8 человек), неорганизованные дети 26,7% (8 человек). Городские жители составили 76,7% (23 пациента), сельские – 23,3% (7 пациентов). Среди госпитализированных больных острый гнойный бактериальный менингит диагностирован у 22 человек (73,3%), острый вирусный менингит у 8 человек (26,7%).

Число госпитализированных больных острыми менингитами равномерно распределялось по месяцам с мая по октябрь, (в мае – 2, в июне 1, в июле – 2, в октябре -3 больных и в декабре 1 пациент), исключение составляют август и сентябрь, когда количество больных возрастало (в августе – 6, в сентябре – 5,):

При изучении этиологической структуры острых гнойных бактериальных менингитов выявлено, что N.meningitidis явилась причиной гнойных менингитов у 12 пациентов, что составило 54,4%, по 1 случаю (4,5%) – St.epidermidis,

Str. группы B, Pr.mirabilis; у 7 человек (31,8%) этиология гнойного менингита осталась нерасшифрованной. Ни в одном случае не выявлен менингит, вызванный возбудителем H.influenzae типа B. Диагностика смешанного варианта генерализованной менингококковой инфекции (менингококковый менингит + менингококкцемия) осуществлялась клинически в 3 случаях (25%), в 9 случаях подтверждено методом полимеразной цепной реакции (58,3%), из них в 2 случаях подтверждено и методом полимеразной цепной реакции, и в реакции латекс – агглютинации (16,7%). Удельный вес N.meningitidis группы B составил 88,9% подтвержденных случаев менингококкового менингита, и лишь у одного больного заболевание было вызвано N.meningitidis группы A. (11,1%).

При изучении этиологической структуры острых вирусных менингитов выявлено, что энтеровирусы явились причиной 50% вирусных менингитов – 4 случая (подтверждены выявлением РНК энтеровирусов из носоглотки и ликвора методом полимеразной цепной реакции в 3 случаях и только вирусологическим методом у 1 больного). У 1 пациента вирусный менингит являлся осложнением ветряной оспы. И 37,5% вирусных менингитов (3 случая) остались нерасшифрованными.

В 2006 - 2008гг. зарегистрировано 3 летальных исхода:

1) Больная, в возрасте 15 лет с генерализованной молниеносной формой менингококковой инфекции, осложнённой отёком-набуханием головного мозга, ДВС-синдромом, полиорганной недостаточностью, синдромом Уотерхаусена – Фридрексена;

2) Больной, в возрасте 4-х лет с гнойным менингоэнцефалитом, осложнённым отёком-набуханием головного мозга, мозговой комой 4 степени, полиорганной недостаточностью.

3) Больной, в возрасте 1 года 9 месяцев с острым гнойным менингитом протейной этиологии, осложнённым отёком головного мозга, ДВС-синдромом, полиорганной недостаточностью.

*Выводы:*

1. Этиологическая структура гнойных бактериальных менингитов среди госпитализированных больных включает: N.meningitidis, St.epidermidis, Str. группы B, Pr.mirabilis, с преобладанием менингитов менингококковой этиологии (54,4%). Среди возбудителей вирусных менингитов доминирует группа энтеровирусов (50%).
2. Внедрение метода полимеразной цепной реакции и реакции латекс – агглютинации позволило значительно улучшить этиологическую верификацию гнойных бактериальных менингитов, что повлияло и на выбор антибактериальной терапии.
3. Несмотря на внедрение новых методик лабораторного исследования, этиология 37,5% серозных и 31,8% гнойных менингитов остается нераспознанной.
4. Летальные исходы зарегистрированы только при генерализованных молниеносных формах нейроинфекций, с быстрым развитием полиорганной недостаточности.

# ВОПРОСЫ ВЫЯВЛЕНИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОПАСНОСТЬ БОЛЬНЫХ С БЕССИМПТОМНО ПРОТЕКАЮЩИМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Н.М.Корецкая, И.А.Большакова

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Красноярск

Сокращение охвата всего населения проверочным флюорографическим обследованием привело к росту выявления туберкулеза при обращении. Следует отметить, что часть больных, из выявленных активно, имея жалобы, за медицинской помощью не обращаются, у остальных туберкулезный процесс протекает бессимптомно.

Целью работы явилось проведение анализа 70 случаев активного выявления бессимптомно протекающего туберкулеза легких методом проверочного флюорографического обследования у больных, проходивших стационарный этап лечения в Красноярском краевом противотуберкулезном диспансере №1.

Все больные − городские жители, из которых 74,3% − мужчины. Подавляющее большинство пациентов было в возрасте 20-50 лет (84,3%); на долю больных более старшего возраста приходилось лишь 12,8%, что подтверждает многочисленные литературные данные о выраженных клинических проявлениях туберкулеза у лиц старших возрастных групп.

По социальному статусу неработающие лица трудоспособного возраста составили 48,6%. Из числа работающих служащих было 17,1%, рабочих – 22,8%, учащихся и студентов – 8,7%, пенсионеров и инвалидов − по 1,4%.

Структура клинических форм туберкулеза была следующей: инфильтративная - 72,8%, диссеминированная – 10,0%, очаговая и туберкулема по 8,6%. Данной структуре соответствовала и протяженность поражения: бисегментарные процессы – 84,3%, долевые – 12,8%, более доли – 2,9%. Однако, несмотря на преобладание ограниченных поражений у 22,8% отмечался распад легочной ткани.

Особо следует акцентировать внимание на частоте бактериовыделения, которая составила 22,8%, то есть каждый 4-й больной с бессимптомным течением заболевания представлял эпидемиологическую опасность для окружающих. Из 16 бактериовыделителей у 5 микобактерии туберкулеза определялись люминесцентной микроскопией и посевом, у 9 - только посевом, у 2 - люминесцентной микроскопией.

Первичная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза имела место у 6 больных (в 2-х случаях была монорезистентность, в 4-х, - полирезистентность).

Заболевания группы риска имели 44,3%: хронические неспецифические заболевания легких – 28,5%, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, а также операции, проведенные по поводу этих заболеваний – 7,1%, сахарный диабет 2,8 и наркомания – 4,3%, хронический алкоголизм – 1,4%.

Каждый 3-й в анамнезе имел контакт с больными туберкулезом: семейный – 7,2%, бытовой и производственный – 11,4%, в пенитенциарных учреждениях – 17,1%. Злоупотребляли алкоголем – 17,1%, курили – 70,0%; последнее, возможно, нивелировало проявления поражения легких.

Анализ сроков проверочного флюорографического обследования, предшествующего выявлению заболевания, показал, что с момента обследования до 1 года прошло у 11,4%, от 1 до 2 - у 44,3%, от 2 до 3 – 37,1%; свыше 3-х лет не обследовалось 7,2%.

Сопоставляя эти данные с удельным весом больных, имеющих заболевания группы риска, а также имевших в анамнезе контакт с больными туберкулезом, можно сделать четкий вывод о недостаточном уровне работы с этими лицами как со стороны общей лечебной сети, так и противотуберкулезной службы.

Следует отметить высокий удельный вес больных, у которых туберкулезный процесс сопровождался лимфоцитозом (27,1%); лимфопения отмечалась значительно реже (2,8%). Увеличение СОЭ определялось у 47,1%.

Таким образом, несмотря на бессимптомное течение туберкулезного процесса, выявленного при проверочном флюорографическом обследовании, структура его клинических форм не отличалась особой благоприятностью, а главное, - каждый четвертый больной представлял эпидемиологическую опасность для окружающих. Этот факт, наряду с установленным нарушением декретированных сроков прохождения проверочного флюорографического обследования оказывает неблагоприятное воздействие на эпидемиологическую ситуацию и подтверждает необходимость регулярности проведения этого обследования всему населению.

## ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ, ВЫЯВЛЕННЫЙ ПРИ ОБРАЩЕНИИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В УЧРЕЖДЕНИЯ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ

Н.М.Корецкая, А.А.Чушкина

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Красноярск

Инфильтративный туберкулез легких в течение многих лет неизменно занимает первое место в структуре заболеваемости туберкулезом. В этой связи изучение его клинических проявлений и вопросов выявления является актуальной проблемой.

*Цель исследования:* анализ клинических проявлений инфильтративного туберкулеза легких у 72 больных, проходивших стационарный этап лечения в Красноярском краевом противотуберкулезном диспансере, а также оценка их эпидемиологической опасности. У всех больных специфический процесс был выявлен при обращении за медицинской помощью в поликлиники с симптомами, подозрительными на туберкулез.

Среди наблюдавшихся больных мужчин было 65,3%, женщин – 34,7%. Преобладали больные в возрасте до 60 лет (95,8%). Неорганизованное население (неработающие, пенсионеры, инвалиды) составили 55,6%.

Острое начало заболевания имело место в 37,5% случаев, подострое – в 62,5%. Наиболее частыми симптомами заболевания являлись слабость (65,3%), похудание (25,0%), повышение температуры до субфебрильной (20,8%) и фебрильной (29,2%).

Бронхолегочная симптоматика была представлена кашлем сухим (19,4%) или с мокротой (41,7%), болями в грудной клетке, связанными с дыханием (25,0%), одышкой при физической нагрузке (33,3%) или в покое (4,2%). У 5,6% больных симптомом, заставившим обратиться за медицинской помощью, явилось кровохарканье.

На поликлиническом этапе диагноз инфильтративного туберкулеза был поставлен 79,2% пациентов; остальные 20,8% были направлены на стационарное лечение в общесоматические стационары, где в дальнейшем и был установлен диагноз специфического процесса.

Проведенное в стационаре противотуберкулезного диспансера рентгено-томографическое обследование больных выявило преобладание распространенных процессов, занимающих долю легкого (54,2%) и более (23,6%). Распад легочной ткани констатирован в 66,7% случаев, бронхогенное обсеменение – в 40,3%.

Бактериовыделение обнаружено у 76,4% больных, при этом в 65,3% случаев микобактерии туберкулеза были определены в мокроте не только методом посева, но и бактериоскопическим методом, что свидетельствовало о массивности бактериовыделения.

Дальнейшее исследование чувствительности микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам позволило установить наличие первичной лекарственной устойчивости в 52,7% случаев, при этом множественная лекарственная устойчивость (одновременная устойчивость к изониазиду и рифампицину, независимо от наличия или отсутствия лекарственной устойчивости к другим противотуберкулезным препаратам) имела место в 38,2%.

Следовательно, в большинстве случаев больные инфильтративным туберкулезом легких представляли опасность не только как бактериовыделители, но и как выделители лекарственно устойчивых штаммов микобактерий, что создавало возможность заражения туберкулезом других больных, находящихся в лечебном учреждении, а также медицинского персонала.

В этой связи на поликлиническом этапе необходимо проведение диагностического минимума на выявление туберкулеза в полном объеме, то есть не только флюорографического обследования, но и обязательного трехкратного бактериоскопического исследования мокроты на микобактерии туберкулеза. Проведение диагностического минимума в полном объеме позволит выделить наиболее опасную в эпидемиологическом плане категорию больных и предотвратить нозокомиальное распространение туберкулезной инфекции в лечебно-профилактических учреждениях общей лечебной сети.

# ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЯКУЛЯТА КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У МУЖЧИН

Т.Н.Коробовцева, П.В.Ватолин, О.В.Филлипова, В.С.Иванова

Центр планирования семьи и репродукции
Областной детской клинической больницы им. Н.Ф.Филатова
Пенза

Реализация приоритетных Национальных проектов в сфере здравоохранения ставит конечной целью стабилизацию и улучшение состояния здоровья россиян, важнейшим аспектом которого является состояние репродуктивного здоровья. Именно поэтому выявление и предупреждение патологии репродуктивной сферы у молодых мужчин приобретает в настоящее время особую актуальность.

Поскольку среди причин бесплодия большую роль играет мужской фактор (до 40% среди причин бесплодия), уже на начальном этапе обследования необходимо проводить анализ эякулята - спермограмму. Целью данного исследования является определение способности спермы к оплодотворению, выявление патологических процессов, вызвавших нарушения эякулята, а также возможность определения уже на начальном этапе обследования супружеской пары необходимости применения вспомогательных репродуктивных технологий (ИИСМ; ИИСД; ЭКО; ICSI).

Исследование спермы (спермограмма) включает определение ряда важных параметров – концентрация, подвижность, морфология сперматозоидов, физико-химические параметры семенной плазмы. Для лабораторного исследования эякулят получают путем мастурбации, непосредственно в Центре планирования семьи, в специально оборудованном кабинете. Пациент предупреждается о том, что эякулят должен быть получен после полового воздержания в течение не менее 2 суток и не более 7 дней. В эти дни не рекомендуется принимать лекарственные препараты, алкоголь, курить, а также проводить массажи семенных пузырьков и простаты. Для первичной оценки эякулята в нашей лаборатории проводится два исследования с интервалом не менее 7 дней и не более 3 недель.

За период 2008 г. нами выполнено 445 исследований эякулята (табл.1).

Из таблицы следует, что от общего числа обследовшихся отклонения от нормы составляет 53,9%. Наиболее часто встречаемая патология - астенозооспермия (28,5%), на долю олигозооспермию приходится 15,1%, нарушение морфологии наблюдается у 8,8% обследованных, отсутствие сперматозоидов в эякуляте наблюдается у 1,5%.

Полученные данные позволяют охарактеризовать мужское бесплодие как проблему прежде всего молодых мужчин, так как на возрастную группу 21-30 лет приходится 72,2% случаев впервые диагностированного мужского бесплодия.

Таблица 1.

Результаты лабораторного исследования эякулята мужчин за период 2008 г.

| Показатели | | Выявляемость, абс. кол-во | Выявляемость, % |
|---|---|---|---|
| Нормоспермия | | 205 | 46,1 |
| Азооспермия | | 7 | 1,5 |
| Астенозооспермия | Всего | 127 | 28,5 |
| | в т.ч. в сочетании с пр. видами патологии | 28 | 6,2 |
| Олигоспермия 1 ст. | Всего | 35 | 7,8 |
| | в т.ч. в сочетании с пр. видами патологии | 32 | 7,1 |
| Олигоспермия 2 ст. | Всего | 20 | 4,9 |
| | в т.ч. в сочетании с пр. видами патологии | 19 | 4,2 |
| Олигоспермия 3 ст. | Всего | 11 | 2,4 |
| | в т.ч. в сочетании с пр. видами патологии | 11 | 2,4 |
| Тератозооспермия | | 40 | 8,8 |
| Всего | | 445 | 100,0 |

Успех лечения мужского бесплодия зависит от раннего выявления бесплодия у мужчин, своевременного его лечения с широким привлечением различных методов лабораторной диагностики.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАСТВОРА БЕНАКОРТА® В ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ

И.Ю.Коротин, В.П.Сергеева, Н.М.Иваногло, В.А.Типикин

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Традиционными компонентами терапии обострения ХОБЛ являются бронхолитики, антибиотики и кислородотерапия [GOLD, 2006]. За последние годы проведено несколько контролируемых исследований, в которых были получены доказательства о положительной роли глюкокортикостероидов (ГКС) при обострении ХОБЛ: показана способность системных ГКС улучшать функциональные показатели (объем форсированного выдоха за 1 сек - ОФВ1) и параметры оксигенации (Ра02), повышать эффективность терапии и сокращать длительность пребывания больных в стационаре [1,2,3].

Но применение даже коротких, но частых курсов терапии системными ГКС у больных с БА и ХОБЛ могут приводить к развитию тяжелых нежелательных реакций: подавление функции надпочечников; снижение минеральной

плотности костей и переломы позвонков; острые язвы желудка; острые психозы, миопатии периферических и дыхательных мышц; инфекционные осложнения, в том числе и такие фатальные, как инвазивный легочный аспергиллез. Кроме того, системные стероиды имеют относительно медленное начало действия – их эффект наступает не ранее, чем через 6-24 часа от начала терапии.

В качестве альтернативы системным ГКС рассматриваются ингаляционные ГКС (иГКС), их преимуществом является гораздо меньший риск развития побочных эффектов. В то же время получены данные о более быстром действии ГКС при их ингаляционном назначении (в течение 1-3 часов).

Согласно данным мета-анализа Wood-Baker и соавт., опубликованного в Кокрановской библиотеке, при обострении ХОБЛ системные ГКС, по сравнению с плацебо, повышают риск развития всех нежелательных реакций в 2.2 раза, риск развития гипергликемии - в 5.48 раза, а также риск прибавки в весе, повышения аппетита, бессонницы - более чем в 1.5 раза [4].

В нескольких исследованиях было доказано, что гипергликемия у больных с обострением ХОБЛ приводит к повышению сроков нахождения больных в стационаре и является фактором неблагоприятного прогноза. Кроме того было показано, что при обострении ХОБЛ прием системных ГКС даже в виде коротких курсов увеличивает риск развития инфаркта миокарда в 2 раза, а при дозе ГКС больше 25 мг/сут - в 3.2 раза [4].

Таким образом, положительный эффект системных ГКС ограничен их высоким риском развития побочных эффектов. В то же время, многочисленные исследования, посвященные ГКС, продемонстрировали их высокую безопасность.

*Целью нашей работы* было изучение эффективности и переносимости р-ра будесонида (Бенакорта®) у больных с обострением ХОБЛ в сравнении с применением системного ГКС преднизолона.

*Материалы и методы:* в исследование были включены 38 больных ХОБЛ с обострением на момент поступления (32 мужчины и 6 женщин; средний возраст – 65,5±7,4 лет и 58,2±5,2 лет соответственно), длительность заболевания - от 5 до 12 лет.

Из исследования исключались больные с БА и тяжелой сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, нестабильное течение ИБС, выраженные нарушения сердечного ритма, высокая артериальная гипертензия). Все больные получали традиционную базиснуютерапию (бронхолитики, антибактериальные ср-ва и др.)

По результатам клинико-инструментального исследования пациенты были разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 21 человек (17 мужчин и 4 женщин, средний возраст 62,3±5,8 лет, длительность заболевания 9,5±3,5 лет) с обострением, получавшие раствор «Бенакорт®» в дозе 2000 мкг 2 р/сут.

2-ю группу составили 17 больных (15 мужчин и 2 женщин, средний возраст 59.3±4,2 лет, длительность заболевания 7,5±4,6 лет) с обострением, получавших преднизолон в дозе 40 мг/сут.

Для оценки эффективности лечения проводился динамический анализ клинических симптомов (кашель, одышка, характер мокроты, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры), потребности в ингаляции β2-агониста

быстрого действия, функциональных показателей, включающих измерение пиковой скорости выдоха (ПСВ) и показателей насыщения артериальной крови кислородом (SpO2) пульсоксиметром (исходно, на 3-й, 5-й и 7-й дни исследования). Проводилось мониторирование насыщения крови кислородом с помощью пульсоксиметрии, измерение уровня глюкозы в крови.

Результаты исследования. Данные, полученные в результате исследования, показали высокую клиническую эффективность раствора «Бенакорт®» для ингаляций через небулайзер в лечении обострения ХОБЛ: у больных 1-ой группы отмечена положительная динамика клинических симптомов к 3-5 дню лечения и стабилизация состояния на 7-ой день от начала лечения; у больных 2-ой группы динамика клинических симптомов показала достоверное уменьшение выраженности клинических симптомов к 3-5 дню от начала лечения. Достоверное уменьшение потребности в ингаляциях β2-агонистов быстрого действия в обеих группах было отмечено к третьему дню. Анализ показателей ФВД в динамике выявил достоверное улучшение бронхиальной проходимости у больных обеих групп (рис.1).

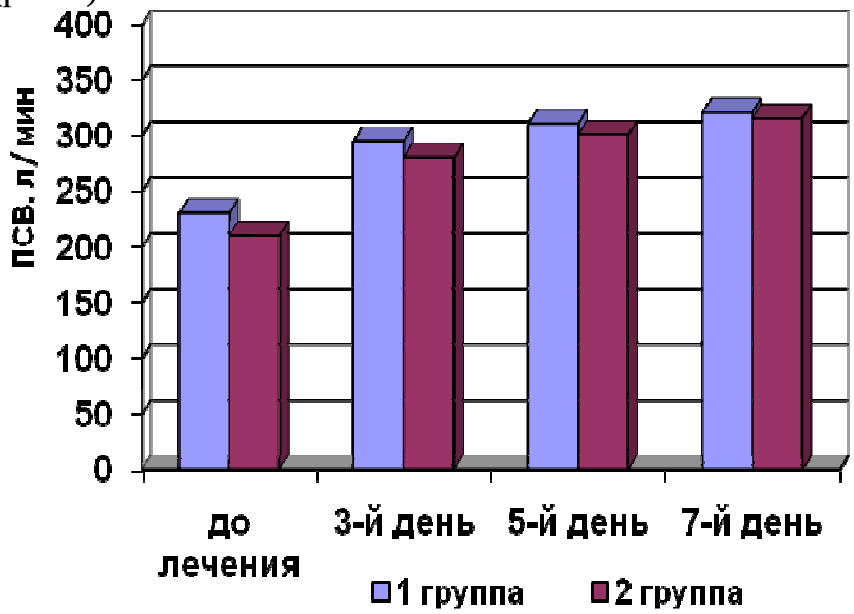


Рисунок 1. Динамика ПСВ у больных 1 и 2 групп.

Сравнительная эффективность лечения в двух группах по динамике симптомов и клинических показателей оказалась сопоставимой. Но по контролю за уровнем гликемии оказалось, что во 2-й группе к концу лечения по сравнению с исходным уровнем отмечалось повышение уровня глюкозы в крови. А профиль глюкозы у больных, получавших «Бенакорт®» не отличался от исходного уровня.

Объективный контроль переносимости препарата раствора «Бенакорт®» показал, что у больных не отмечалось развитие каких-либо реакций со стороны верхних дыхательных путей (ВДП), неприятных ощущений во время ингаляций и изменения общего самочувствия. Ни в одном случае не было отмечено грибкового поражения полости рта и ВДП.

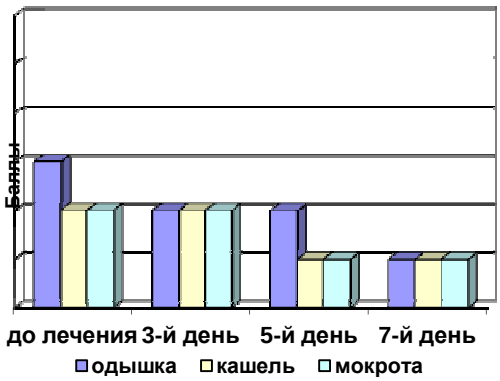


Рисунок 2. Динамика основных клинических симптомов у больных с обострением ХОБЛ (1 группа)

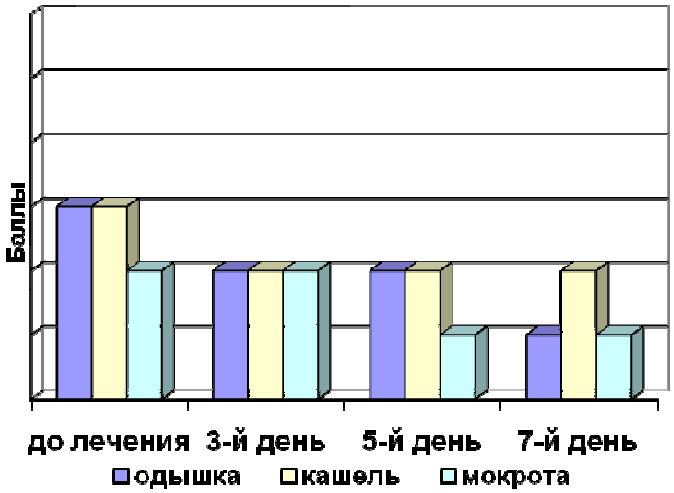


Рисунок 3. Динамика основных клинических симптомов у больных с обострением ХОБЛ (2 группа)

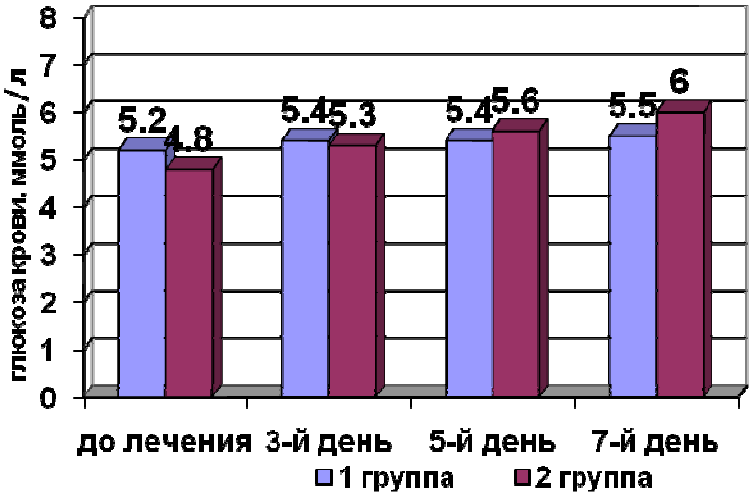


Рисунок 4. Динамика уровня глюкозы у больных 1 2 групп.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о высокой клинической эффективности первого отечественного раствора будесонида («Бенакорт®») в лечении обострения ХОБЛ. Хорошая переносимость лекарственного препарата пациентами, а также безопасный клинический профиль дает возможность врачу эффективно купировать обострения ХОБЛ, в том числе у пациентов с сопутствующими заболеваниями, существенно ограничивающими применение системных сГКС, без риска развития серьезных побочных реакций.

Литература:

1. GOLD: ГЛОБАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ 2007.

2. Авдеев СН, Суточникова ОА, Белевский АС, Чучалин АГ. Применение небулизированного будесонида при тяжелом обострении ХОБЛ. Рандомизированное контролируемое исследование. Пульмонология 2003; №5.

3. Авдеев СН. Небулайзерная терапия суспензией пульмикорта: место в лечении заболеваний дыхательных путей. Методическое пособие для врачей 2008.

4. Wood-Baker R et al., Systemic corticosteroids in chronic obstructive pulmonary disease: An overview of Cochrane systematic reviews. Respir Med 2007.

## КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ И ПОДХОДЫ К ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ

Е.М.Костина, Н.И.Баранова, Б.А.Молотилов

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Бронхиальная астма представляет собой полиэтиологическое заболевание, в основе которого лежит хроническое воспаление дыхательных путей с участием иммунокомпетентных клеток (эозинофилов, базофилов, тучных клеток, Т-лимфоцитов и т.д.). В настоящее время не вызывает сомнений, что хроническое воспаление ведет к формированию неспецифической гиперреактивности бронхов и манифестации заболевания у генетически детерминированных пациентов. Межклеточная кооперация иммунокомпетентных клеток приводит к секреции и активации цитокинов и других медиаторов воспаления, способствующих хронизации воспалительного процесса.

По мнению В.И. Пыцкого, бронхиальную астму следует считать синдромом с многочисленными клиническим проявлениями в соответствии с этиопатогенетическими причинами развития, требующего дифференцированного подхода к выбору метода лечения. На этиологию, патогенез и терапию инфекционно-зависимой бронхиальной астмы высказываются различные точки зрения вплоть до полного отрицания данной клинической формы. Вместе с тем чисто аллергическая (атопическая) форма заболевания встречается только у 38% па-

циентов. Иммунопатогенетические механизмы развития бронхиальной астмы, обусловленной бактериальной сенсибилизацией изучены недостаточно.

*Цель работы:* изучить клинические особенности течения и параметры гуморального и Т-клеточного звеньев иммунной системы у больных бронхиальной астмой, обусловленной бактериальной сенсибилизацией.

Под наблюдением находились 176 пациентов с диагнозом смешанная и эндогенная форма бронхиальной астмы (в соответствии с Международной классификацией болезней X пересмотра). У 63 пациентов легкое, персистирующее, у 113 - среднетяжелое течение заболевания, средняя длительность составила 7,8±0,6 лет. У большинства больных (95%) отмечена четкая связь обострений бронхиальной астмы с присоединением респираторной вирусной инфекции. Обострение заболевания отмечалось в холодное, сырое время года, преимущественно в осенне-зимний период. У 98% больных выявлены сопутствующие заболевания респираторного и желудочно-кишечного тракта (хронический гнойный бронхит, хронический полисинусит, полипоз носа, хронический тонзиллит, фарингит, хронический холецистит, гастрит, язвенная болезнь желудка). При этом 154 пациента (87,5%) отмечали связь обострений основного заболевания с обострением очагов хронической инфекции. У 80% пациентов бронхиальная астма сочеталась с риносинуситом, причем у 2/3 больных хроническая патология верхних дыхательных путей предшествовала дебюту астмы, что свидетельствует о едином патогенетическом механизме развития заболевания. В среднем у пациентов наблюдалось 6,9±0,3 эпизодов ОРЗ/ОРВИ в год, средней длительностью 12,3±1,1 дней. В свою очередь ОРЗ/ОРВИ приводили к обострению имеющихся очагов хронической инфекции респираторного тракта, что усугубляло течение бронхиальной астмы и требовало проведения антибактериальной терапии. В среднем пациенты получали 5,6±0,5 курсов антибактериальной терапии в год, которая носила кратковременный эффект. Длительный, вялотекущий воспалительный процесс характеризовался торпидностью к традиционной терапии, что свидетельствует о проявлении у больных вторичного иммунодефицитного состояния.

При проведении микробиологического исследования мокроты и смывов со слизистой оболочки носовой полости и зева у всех больных обнаружена условно-патогенная ГР+ микрофлора. При этом у 18 пациентов (10,2%) в виде монофлоры, у 98(55,7%) - микробные ассоциации и в 34,1% случаев бактериально-грибковая флора. При проведении специфического аллергологического обследования в 79% случаев установлена сочетанная сенсибилизация к неинфекционным и грибковым аллергенам. При внутрикожном тестировании с бактериальными аллергенами наблюдались кожно-аллергические реакции от + до +++ по ГНТ, сочетании ГНТ и ГЗТ и ГЗТ. Проведенные исследования подтверждают участие различных типов аллергических реакций в патогенезе инфекционно-аллергических заболеваний. При более глубоком анализе данных аллерго-иммунологического обследования выделены 2 группы пациентов: с более высокими значениями уровня общего IgE 110,30±11,20 (МЕ/мл) и интенсивности кожных проб с бактериальными аллергенами (3,1±0,4 баллов по типу ГНТ и/или ГНТ+ГЗТ и наличием специфических IgE-антител к бактериальным

аллергенам в сыворотке крови (инфекционно-атопическая форма бронхиальной астмы) и значениями IgE в пределах нормального диагностического уровня и слабыми кожными реакциями по типу ГЗТ и/или ГНТ+ГЗТ, при отсутствии специфических IgE–антител в сыворотке крови (инфекционно-псевдоатопическая форма бронхиальной астмы). В соответствии с вышеперечисленными клинико-иммунологическими параметрами можно выделит два клинико-патогенетических варианта течения инфекционно-зависимой бронхиальной астмы: инфекционно-атопический (в основе иммунные механизмы патогенеза) и инфекционно-псевдоатопический (в основе неспецифические, неиммунные механизмы заболевания), требующих различного подхода к терапии.

При изучении иммунологических показателей у пациентов в 85,9 % случаев диагностировано вторичное иммунодефицитное состояние, характеризующееся различными изменениями показателей гуморального, Т-клеточного звеньев, дисбаланса в системе цитокинов. У 13% больных отмечено снижение относительного количества CD3+, у 14% - CD4+, у 15% - CD8+ клеток. У 36,8% обследованных пациентов отмечалось повышение ИРИ, что свидетельствовало о нарушении взаимодействия субпопуляций Т-лимфоцитов, участвующих в регуляции ответа иммунной системы на аллергены и бактериальную инфекцию. Снижение CD16+ (NK-клетки) отмечено в 74% случаев, что приводит к формированию очагов хронической инфекции и рецидивирующему течению заболевания. У 75,4% больных наблюдалось снижение CD95+ (рецептор, опосредующий сигнал к началу апоптоза) 17,4±3,50 в сравнении с 42,5±1,00 у здоровых лиц ($p<0,05$), что свидетельствует о снижении потенциала лимфоцитов к апоптозу, этот фактор так же усугубляет течение бактериального воспаления. Показатели состояния гуморального звена иммунитета выражались в достоверном повышении IgA в 1,5 раза по сравнению со здоровыми и составил 2,8±0,6 ($p<0,05$), этот факт свидетельствовал о течении воспалительного процесса в дыхательных путях. Отмечены нарушения и в системе цитокиновой иммунорегуляции: повышение ИЛ-1,4 (Th2) и снижении ИЛ-2 и INF-γ (Th1) по сравнению с контрольными цифрами.

Таким образом, для бронхиальной астмы с бактериальной сенсибилизацией характерно: наличие сопутствующих очагов хронической инфекции респираторных путей и желудочно-кишечного тракта, вторичного иммунодефицитного состояния (клинически и по иммунным параметрам), сочетание специфических (иммунных) и неспецифических (неиммунных) реакций. Для повышения эффективности лечения пациентов необходимо учитывать эти особенности клинического течения заболевания.

Наиболее оптимальным считаем проведение комплексного подхода к реабилитации больных с инфекционно-зависимой бронхиальной астмой: назначение противовоспалительных и антибактериальных препаратов с целью санации очагов хронической инфекции и купирования персистирующего воспаления в бронхах, коррекция выявленных нарушений в иммунной системе и проведение аллерген-специфической иммунотерапии бактериальными аллергенами (у больных инфекционно-атопическим вариантом заболевания). Бактериальные иммуномодуляторы

(рузам, ликопид, рибомунил, ВП-4) являются препаратами выбора для коррекции иммунных нарушений у больных инфекционно-псевдоатопическим вариантом течения инфекционно-зависимой бронхиальной астмы.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С

Л.И.Краснова, Л.Н.Афтаева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Вирусом гепатита С инфицировано около 10% населения земного шара, что составляет примерно 500-700 млн человек [1]. Широкое распространение гепатита С, большей частью среди молодого и трудоспособного населения, латентность его течения, устойчивость к лечению, выраженность неблагоприятных исходов – цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы – придают этой патологии характер важной общемедицинской проблемы. В связи с этим актуальным является проведение дальнейших исследований состояния системы иммунитета для более глубокого изучения патогенеза гепатита С и определения ее роли в оценке эффективности противовирусной терапии.

*Цель* исследования: изучение сравнительных особенностей иммунологических показателей при остром и хроническом гепатите С.

*Материалы и методы исследования.* Иммунологически обследовано 65 больных гепатитом С, в том числе 36 пациентов с острой формой заболевания и 29 - с хроническим гепатитом С (перед началом противовирусной терапии). Большинство больных были в возрасте 20-40 лет. Контрольная группа состояла из 30 здоровых доноров. Диагноз верифицировали методом ИФА, ПЦР с проведением генотипирования (аппарат «Термоциклер» для амплификации нуклеиновых кислот в реальном времени с чувствительностью тест-системы по РНК HCV – 15 МЕ/мл). Для выявления особенностей клеточного иммунитета у больных ХГС определяли относительное содержание Т-лимфоцитов, несущих дифференцированные антигены $СД_4$, $СД_8$ с помощью моноклональных антител методом непрямой мембранной иммунофлюоресценции с применением набора МКА НПО «Препарат» (г.Н.Новгород). Кроме того, определяли иммунорегуляторный индекс $СД_4/СД_8$, а также количество циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) методом преципитации, IgA, IgM, IgG методом радиальной иммунодиффузии по Манчини.

*Результаты исследования.* При остром гепатите С относительное содержание СД4 и ИРИ было достоверно ниже по сравнению с показателями здоровых лиц, а показатели СД8, ЦИК1, ЦИК2, IgA, IgM и IgG достоверно повышены. При хроническом гепатите С выявлено достоверное снижение ЦИК1 и повышение IgG по сравнению с показателями здоровых лиц, а другие показатели (СД4, СД8, ИРИ, ЦИК2, IgA, IgM) не отличались от нормы.

При сравнении иммунограмм больных острым и хроническим гепатитом С выявлены достоверные различия в показателях СД4, ИРИ, ЦИК1, ЦИК2 и IgM (таблица 1).

Таблица 1.

Иммунологические показатели при остром и хроническом гепатите С

| N п/п | | Здоровые n = 30 $p_1$ | Острый гепатит С n = 36 $p_2$ | Хронический гепатит С n = 29 $p_3$ | $p_{1-2}$ | $p_{1-3}$ | $p_{2-3}$ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | СД4, % | 46±2,1 | 37,52±1,7 | 43,7±1,9 | **<0,01** | >0,05 | **<0,02** |
| 2 | СД8, % | 23±1,6 | 29,73±1,19 | 24,8±2,4 | **<0,01** | >0,05 | >0,05 |
| 3 | ЦИК1, УЕ | 23±3,4 | 85,83±5,3 | 13,8±2,4 | **<0,001** | **<0,05** | **<0,001** |
| 4 | ЦИК2, УЕ | 46±1,2 | 141,57±9,23 | 33,9±6,6 | **<0,001** | >0,05 | **<0,001** |
| 5 | IgA, г/л | 1,6±0,7 | 2,78±0,14 | 2,3±0,3 | **<0,01** | >0,05 | >0,05 |
| 6 | IgM, г/л | 1,8±1,1 | 4,22±0,14 | 1,9±0,2 | **<0,001** | >0,05 | **<0,001** |
| 7 | IgG, г/л | 12,5±0,9 | 15,32±0,6 | 16,4±1,1 | **<0,05** | **<0,05** | >0,05 |
| 8 | ИРИ | 2,0±0,3 | 1,26±0,16 | 2,1±0,2 | **<0,05** | >0,05 | **<0,001** |

*Выводы:*

При остром гепатите С отмечается выраженный и достоверный дисбаланс клеточного и гуморального звена иммунитета, выражающийся (по сравнению с нормой) снижением показателей $СД_4$, ИРИ, повышением уровней $СД_8$, ЦИК, а также иммуноглобулинов классов А, М, G.

При хроническом гепатите С отмечается достоверное повышение (по сравнению с нормой) уровней IgG при отсутствии выраженных изменений IgA, IgM, ЦИК и клеточного звена иммунитета.

Сравнительная характеристика иммунологических показателей при остром и хроническом гепатите С свидетельствует о достоверном различии концентраций $ЦИК_1$, $ЦИК_2$ и IgM (высокие при острой форме гепатита С), $СД_4$ и ИРИ (низкие при острой форме заболевания).

Литература:

1. С.Л. Максимов, Л.М. Иванова, А.В. Кравченко и др. Эффективность и безопасность терапии пегилированным или стандартным интерфероном и рибавирином хронического гепатита С у больных с ВИЧ-инфекцией. Журнал «Эпидемиология и инфекционные болезни», №6, 2006.-с.39-44.

# ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ГЕМОКОНТАКТНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Л.И.Краснова, Л.Н.Афтаева, И.П.Баранова, М.В.Никольская, Н.П.Медзелинец, А.В.Степкина

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

Ежегодно во многих странах мира отмечается увеличение заболеваемости хроническими вирусными гепатитами В и С, острыми формами гепатита С, а также инвалидности и смертности от указанных заболеваний. Так, во всем мире насчитывается более 350 млн носителей HBV, 60 млн из которых погибают от первичного рака печени и 45 млн – от цирроза. В результате многолетнего изучения фиброза и цирроза печени, главным образом на биопсийном материале, сформировалась концепция о том, что цирроз печени является исходом хронического гепатита и по сути представляет собой наиболее выраженную стадию фиброза. Следовательно, разные стадии фиброза печени – это не что иное, как одностороннее поступательное движение к циррозу.

*Цель исследования:* провести анализ выраженности развития фиброза (по данным непрямой эластометрии печени) в зависимости от продолжительности заболевания у пациентов с гапатитами В и С.

*Материалы и методы исследования:* обследовано 71 пациент в возрасте от 21 до 58 лет (мужчины-46 человек, женщины-25), из них с хроническим гепатитом В (ХГВ) было 10 пациентов и 61 – с хроническим гепатитом С (ХГС). Среди них в возрасте 21-30 лет было 40,8% пациентов; 31-40 лет – 35,2%, 41-50 лет – 22,5% и старше 50 лет – 1,5% больных. Диагноз верифицировали методом ИФА, ПЦР с проведением генотипирования (аппарат «Термоциклер» для амплификации нуклеиновых кислот в реальном времени с чувствительностью тест-системы по РНК HCV – 15 МЕ/мл и по ДНК HBV – 5 МЕ/мл). Уровень вирусной нагрузки у 81% больных был больше $10^5$ МЕ/мл (у 64% пациентов с гепатитом С - равен или более $10^6$ МЕ/мл РНК-HCV). Фиброз печени определяли методом непрямой эластометрии на аппарате «Фиброскан» с оценкой степени фиброза по шкале METAVIR.

*Результаты исследования.* Оказалось, что при ХГВ (10 больных) длительность заболевания колебалась от 1,5 до 8,5 лет; при продолжительности заболевания от 1,3 до 4 лет у 3 пациентов фиброз печени не определялся; у 5 пациентов с продолжительностью болезни от 1 до 7 лет развился фиброз $F_1$ - $F_2$; у 2 –с длительностью заболевания 4,5 и 8,5 лет развился цирроз печени ($F_4$); достоверной зависимости выраженности фиброза от длительности заболевания при ХГВ не выявлено. При хроническом гепатите С у 30% больных (19 пациентов) с продолжительностью болезни 4,6±1,1 лет фиброз печени не определялся;

у 45% (27 пациентов) с такой же длительностью болезни верифицирован фиброз, соответствующий стадиям $F_1$-$F_2$; у 15% (9 пациентов) с продолжительностью заболевания 5,3±1,4 лет диагностирован фиброз $F_3$ и у 10% пациентов (6 больных) с длительностью заболевания 10,8±1,0 лет – развился цирроз печени (при $p<0,05$).

Таким образом, при хроническом гепатите В не обнаружено достоверной зависимости развития степени фиброза печени от длительности заболевания; при хроническом гепатите С с длительностью заболевания 10 лет и более риск развития $F_4$ стадии фиброза по METAVIR достоверно возрастает.

## ГИРУДОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННОГО СИНДРОМА

Р.П.Крымская, С.А.Усанова, Л.И.Александрова, Л.П.Лелявина, Л.Е.Козина, Н.А.Сержантова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МУЗ ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина, МУЗ «Областная клиническая больница ст. Пенза ОАО «РЖД» Пенза

Гиперкоагуляционный синдром - это коагулопатия с небольшим количеством нерезко выраженных клинических проявлений и лабораторными показателями повышенного свертывания крови при отсутствии образования тромбов. Однако имеется состояние повышенной готовности крови к свертыванию (А.И.Воробьев, 2003). Наиболее часто гиперкоагуляционный синдром наблюдается при полиглобулии (эритроцитозе).

По данным С.А Волкова и соавт. (2008) при обследовании более 5 тыс. взрослого работающего населения эритроцитозы выявляются у 0,5% у мужчин и 1,6% - женщин.

По результатам обследования больных ГКБ СМП им А.Г.Захарьина С.А Усанова, Л.И. Александрова (2008) на 1000 обследованных гиперкоагулопатий выявляются в 2% случаев.

Эритроцитозы рассматриваются как сочетание повышенного количества эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, низкие показатели СОЭ. Средние показатели у здоровых людей по данным А.П. Момот (2006) у мужчин Нв 151 + 0.49 г/л, эритроциты 4,93 + 0,06 $10^{12}$/л, тромбоциты 228 + 2,7 $10^9$/л, у женщин Нв 132+0,49 г/л, эритроциты 4,64+0,013 $10^{12}$/л, тромбоциты 248+2,4 $10^9$/л. У обследованных нами 20 больных полиглобулией показатели гемограмм Нв 169+3,4 г/л (от 157 до 186 г/л), эритроциты 5,387+ 0,01 $10^{12}$/л (от 5,09 до 5,81 $10^{12}$/л), тромбоциты 264,09 + 4,7 $10^9$/л (от 167 до 410 $10^9$/л), СОЭ 2,0+0,1 мм/час (от 1 до 4 мм/час).

Первоначальные клинические проявления эритроцитоза - головная боль, тяжесть в голове, психическая заторможенность, снижение работоспособности, боль в области сердца и нижних конечностях, при выраженной плеторе - одышка, сердцебиение, нарушение зрения, акроцианоз, тромбогеморрагические ос-

ложнения, нарушение кровообращения в головном мозге, варикозное расширение вен, гепатомегалия (А.И.Сергеева и соавт., 2006). Артериальная гипертония, возникающая при эритремии, в 35-50% случаев обусловлена повышением периферического сопротивления в ответ на увеличенную вязкость крови. Нарушение гемостаза могут вести к локальному внутрисосудистому свертыванию по типу микротромбоза или к диссиминированному внутрисосудистому свертыванию ДВС синдрому. При заборе крови для исследования она быстро сворачивается.

Лабораторные исследования при эритремии констатируют понижение времени свертывания, понижение активированного частичного тромбопластического времени (АЧТВ), повышение агрегационной способности тромбоцитов, повышение показателей красной крови.

По данным А.И. Воробьева (2003г.) характерными патологическими признаками эритремии является переполнение всех органов и тканей кровью, тромбы и их последствия. Селезенка переполнена кровью, содержит участки инфарктов различной давности, агрегаты тромбоцитов. В печени, наряду с полнокровием, наблюдаются очаги фиброза, дискомплексация печеночных балок. Функциональная активность эритропоэза по данным радиологических исследований резко повышена, Продолжительность жизни эритроцитов при эритремии может быть нормальной и укороченной. Тромбоцитопоэз усилен у всех больных и превышает норму в 7 раз. Средняя продолжительность жизни эритроцитов может быть укорочена.

Патология тромботических осложнений эритремии состоит в увеличении массы циркулирующих эритроцитов, замедление тока крови и повышение ее свертываемости. Их развитию способствует тромбоцитоз. В крови определяются циркулирующие агрегаты тромбоцитов, что бывает вследствие не только их количественного увеличения, но и нарушением функциональных свойств тромбоцитов. Учитывая вышеизложенное, лечение эритремии начинается с кровопусканий, показанием к которым, в первую очередь, являются эритремия доброкачественного течения, репродуктивный возраст больного. Кровопускание в объеме 350,0 - 500,0 мл крови сочетается с в/в или подкожным введением гепарина (А.И. Воробьев, 2003).

Секрет слюнных желез медицинских пиявок содержит ингибиторы тромбоцитарно-сосудистого и плазменного звеньев гемостаза. Гирудотерапия (ГТ) оказывает системное антикоагулирующее действие. Имеет место уникальная способность пиявки вызывать продолжительное кровотечение, что невозможно добиться венозным кровопусканием. Одна пиявка за процедуру отсасывает около 5мл крови и при последующем кровотечении еще удаляется около 10-15мл крови.

Учитывая данные патоморфологических и лабораторных исследований (А.И.Воробьев, 2003; С.А.Волкова и соавт., 2008), мы применили ГТ у 6 больных эритремией в возрасте 28-44 лет. Зона приставки пиявок - грудина, область печени, селезенка, зона крестца и копчика. Количество пиявок на процедуру - 4-6 шт. Сеансы ГТ проводили 3 раза неделю. Курс лечения составил 7-11 процедур.

Все больные отметили улучшение самочувствия, а именно, не беспокоила головная боль, нормализовалось АД, улучшился сон, лабораторные данные показали снижение НВ, показателей эритроцитов, тромбоцитов, увеличение СОЭ (табл.1).

Таблица 1

Динамика гематологических показателей у больных эритремией при проведении ГТ (после 6 сеанса)

| Данные гематологического обследования больных эритремией до проведения ГТ | | Данные гематологического обследования больных эритремией |
|---|---|---|
| Нв | От 175 до 186 г/л<br>В среднем 178 г/л | От 151 до 160 г/л<br>В среднем 156 г/л |
| Эритроциты | От 5,4 до 5,81 $10^{12}$/л<br>В среднем 5,72 $10^{12}$/л | От 5,0 до 5,4 $10^{12}$/л<br>В среднем 5,15 $10^{12}$/л |
| Тромбоциты | От 286 до 410 $10^{9}$/л<br>В среднем 325,5 $10^{9}$/л | От 240 до 300 $10^{9}$/л<br>В среднем 257,5 $10^{9}$/л |
| СОЭ | От 1 до 4 мм/час<br>В среднем 2,3 мм/час | От 2 до 4 мм/час<br>В среднем 2,84 мм/час |

Учитывая, что гематологические показатели после ГТ остаются ниже исходных на протяжении до 14 суток и возвращаются к исходному уровню через 3 месяца (Я.М. Ене, 1998), рекомендовали повторные или поддерживающие курсы ГТ через 3 месяца.

Таким образом, безопасность, доступность и экономичность позволяют рекомендовать гирудотерапию в арсенал традиционных средств лечения гиперкоагуляционного синдрома.

## РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА ТРУДОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО, ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО, ХИРУРГИЧЕСКОГО И ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЙ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

О.Ю.Кузнецова, З.З.Валиуллин, И.И.Балаболкин

Детская стоматологическая поликлиника №4, НИИ педиатрии РАМН
Казань

Несмотря на демографический рост детского населения и высокие экономические показатели в области современной системы здравоохранения дети в возрасте от 3 до 7 лет часто обращаются в детскую стоматологическую поликлинику за неотложной помощью, а не с целью проведения, консультаций и профилактических осмотров.

Проведенные исследования в детской стоматологической поликлинике в течение полугода по опросу обращаемости детского населения к врачу стома-

тологу детского возраста показали, что первым по количеству обращаемости детей к данному специалисту задействовано: терапевтическое отделение (88% случаев), хирургическое отделение (72%), ортодонтическое отделение (68%) и кабинет профилактики кариеса зубов (57%) (рис. 1). В ходе данной экспертизы трудовой деятельности, рассмотренных нами клинических отделений детской стоматологической поликлиники, видно что детское население предпочитает обращаться к стоматологу детского возраста за неотложной помощью в 95% случаев, чем приходить на профилактические беседы, осмотры, проводить различные манипуляции по гигиене полости рта и профилактике кариеса зубов соответственно своему состоянию полости рта.

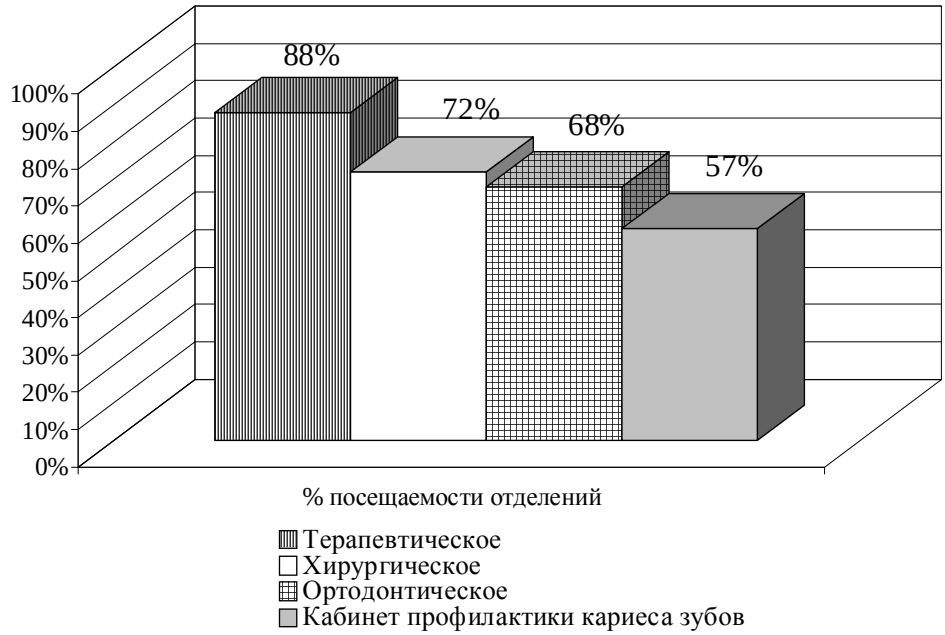


Рис. 1. Показатели обращаемости детского населения по отделениям детской стоматологической поликлиники.

После проведенного скрининга профилактического, терапевтического, хирургического и ортодонтического отделения детской стоматологической поликлиники был рекомендован ряд следующих требований, возникающих в ходе трудовой экспертизы:

- После плановой санации полости рта проводить беседы по гигиене полости рта с данной возрастной группой детей;
- В ходе внеплановой санации полости рта обязательно назначать профилактические осмотры данным детям;
- Расширить кругозор о методах профилактики кариеса зубов у детей в возрасте от 3 до 7 лет и их родителей (в виде познавательных игр и терапевтических данных);
- После проведенной терапии в детских стоматологических поликлиниках назначать общие профилактические препараты детям, учитывая состояние полости рта и индивидуальный подход у данного ребенка, то есть, включая сопутствующие заболевания;

- Проводить в виде игр по профилактике среди детей от 3 до 7 лет и их родителей различные мероприятия о методах борьбы с вредными привычками;
- В период посещения стоматолога детского возраста терапевтического отделения назначать прием в профилактический кабинет, учитывая клиническое течение кариеса зубов у данной возрастной группы детей.

*Резюме.* Результаты скрининга трудовой экспертизы отделений детской стоматологической поликлиники показали, что при полном объеме работы кабинета профилактики кариеса зубов наблюдается более высокий экономический рост труда врача стоматолога детского возраста терапевтического отделения. Сокращается прирост и поток детского населения на прием к детскому стоматологу терапевту и, соответственно, уменьшаются затраты на лечение, так как на первый план выступает экономическая эффективность труда и ресурсов работы терапевтического отделения при рациональном посещении кабинета профилактики кариеса зубов детской стоматологической поликлиники.

## КРИТЕРИИ КАЧЕСТВЕННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК РЕНТГЕНОГРАММ

И.Г.Кузьминых, В.М.Семенов

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
Пенза

Предметом анализа являлось качество рентгенограмм, лучевые параметры которых подбирались эмпирически. Система анализа включала в себя шесть шагов. В первую очередь ортопанрентгенограммы проходили тестирование на соответствие стандарту фотообработки. При этом из 763 рентгенограмм положительный тест имели 743 (97,4%). Отмечено, что с высокой статистической достоверностью ($p < 0{,}001$ критерий Стьюдента и $p < 0{,}01$ критерий Фишера) фотообработка в специализированном проявочном процессоре является наиболее стабильной. Рентгенограммы с отрицательным тестом фотообработки не подвергались дальнейшему анализу, так как ошибка на этом этапе резко снижала качество снимка не зависимо от условий его выполнения, и оценить правильность заданных лучевых параметров не представлялось возможным.

Следующие пять шагов оценивали степень почернения, контрастность, резкость, структурность снимка и правильность укладки пациента при выполнении исследования по трехбалльной системе.

Рентгенограммы выполнялись в прямой и боковой проекции с разными техническими характеристиками. Средний балл первой группы составил 13,3±0,9. В основном рентгенограммы набрали 13 баллов в прямой проекции 26%, в боковой проекции - 20,4%. Средний балл второй группы составил 14,4±0,9. Ортопанрентгенограммы набрали 15 баллов в прямой проекции 29,3%; в боковой проекции 34,4%. При статистическом сравнении двух групп рентгенограммы второй группы статистически превосходили по своим качест-

венным характеристикам снимки первой группы с высокой степенью достоверности ($p < 0,001$ и $p < 0,01$).

Далее в зависимости от возраста анализировались эмпирические лучевые режимы рентгенограмм. В первой группе между возрастными группами статистически достоверные различия ($p < 0,01$) и рекомендованы режимы для обследования. В возрасте 11-20 лет основная группа пациентов обследовалась 50kV - 0,3 сек.; пациентам 21-30 лет рекомендованы режимы 55kV - 0,3 сек. и 55kV - 0,4 сек.; в возрасте 31-40 лет (основная масса больных) 14 человек обследовались с режимом 55kV - 0,3 сек. и 10 человек - 55kV - 0,4 сек.; больные в возрастной группе 41-50 лет обследовались с режимом 50kV - 0,4 сек.; пациенты возрастной группы 51-60 лет осматривались с помощью лучевых параметров 50kV 0,3 сек.; старше 60 лет использовался в основном режим 50kV - 0,2 сек.

Во второй группе статистически достоверные различия ($p < 0,01$), но использование зеленочувствительной пленки со специальными реактивами позволило использовать лучевые параметры 55kV - 0,3 сек. и 55kV - 0,2 сек. во всех возрастных группах.

Таким образом, чтобы получились качественные рентгенограммы, в практической работе на аппарате «Пардус-01» можно рекомендовать следующие режимы:

| Параметры | 1 группа | 2 группа |
|---|---|---|
| 1. Пленка. | Синечувствительная пленка общего назначения. | Специализированная стоматологическая зеленочувствительная пленка. |
| 2. Экраны. | Средней чувствительности, общего назначения. | Специализированный стоматологический. |
| 3. Проявочный автомат. | Общего назначения. | Специальный проявочный автомат для стоматологической пленки. |
| 4. Химия. | Обычная. | Специальная: жидкий концентрат проявителя для автоматической обработки, жидкий концентрат закрепителя для автоматической обработки. |
| 5.Лучевые параметры. | в 11-20 лет 50kV - 0,3 сек.; в 21-40 лет 55kV - 0,3 сек. и 55kV - 0,4 сек.; в 41-50 лет 50kV - 0,4 сек.; в 51-60 лет 50kV - 0,3 сек.; старше 60 лет 50kV - 0,2 сек. | 55kV - 0,3 сек. и 55kV - 0,2 сек. во всех возрастных группах. |

Использование зеленочувствительной пленки, специализированных усиливающих экранов и рекомендованной фотообработки позволяет резко сократить диапазон задаваемых лучевых параметров при улучшенных и стабильных потребительских свойствах получаемого изображения.

# ОПЫТ СОТРУДНИЧЕСТВА ИНСТИТУТА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Е.Р.Кулюцина, Ю.В.Булавкин, А.Н.Бугаев

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МУЗ ПЦРБ
Пенза

Вот уже ровно год МУЗ «Пензенская центральная районная больница» является лечебной базой для сотрудников кафедры клинической лабораторной диагностики (КЛД). Опыт совместной деятельности центральной районной больницы (ЦРБ) и ВУЗа последипломного образования является с одной стороны уникальным, а с другой стороны полезным для обеих сторон. Хотя один год небольшой промежуток времени для того, чтобы делать глобальные выводы, но уже сейчас можно подвести некоторые итоги.

Характерной особенностью районной больницы является то, что деятельность ее весьма многогранна. Сюда относится обслуживание сельского населения как централизованно в больнице (поликлинике и стационаре), так и максимально приближено – по месту жительства во врачебных амбулаториях, фельдшерско-акушерских пунктах. Патология, по поводу которой обращаются пациенты, весьма разнообразна, что особенно важно для совершенствования своих практических навыков. Кроме того, ежедневная плановая работа персонала ЦРБ, совмещена с постоянной экстренностью, так как имеется круглосуточный прием больных по скорой помощи.

Поэтому, лечебная работа сотрудников кафедры КЛД была организована, учитывая все особенности работы ЦРБ. Основной из поставленных задач по улучшению качества лабораторной диагностики была организация преаналитического этапа всех видов исследований. Были составлены, утверждены и внедрены в практику как внутри стационара и поликлиники, так и во врачебных амбулаториях инструкции по преаналитическому этапу паразитологических исследований, микробиологических исследований для выявления микобактерий туберкулеза, цитологического исследования отделяемого женских половых органов в рамках проведения онкоскрининга рака шейки матки. Неоднократно с медперсоналом больницы на сестринских конференциях, собраниях врачей из врачебных амбулаторий, фельдшеров ФАП проводились занятия по сбору, хранению и транспортировке образцов крови для биохимических, гемостазиологических, иммуноферментных исследований. Налажен порядок оформления направлений на исследования, внедрены формализованные согласно нормативных документов бланки на все виды исследований.

Для повышения качества гемостазиологических видов исследований анализы, входящие в коагулограмму, выполняются в максимально короткие сроки. Внедрен ортофенантролиновый тест для диагностики острого ДВС-синдрома, АЧТВ-тест для контроля изменений в гемокоагуляционном гемостазе.

В ряду биохимических исследований внедрено определение микропротеина (микроальбумина в моче) для ранней диагностики развивающейся при сахарном диабете, гипертонической болезни нефропатии. Для экспресс-диагностики острого инфаркта миокарда внедрен метод определения тропонина в сыворотке и цельной крови, отрабатывается метод определения высокочувствительного С-реактивного белка для ранней диагностики атеросклероза. Ежедневно проводится контроль качества биохимических исследований по 15 показателям.

Внедрен метод обнаружения и определения титра аллоантител с помощью 33% полиглюкина.

Совместно с центральной цитологической лабораторией Областного онкологического диспансера отработана и внедрена модифицированная окраска препаратов для цитологического исследования. Особенно это стало важно при организации скрининга по выявлению рака шейки матки. Тесная взаимосвязь с акушерами – гинекологами, как в стационаре, так и во врачебных амбулаториях и акушерками ФАПов, позволила значительно повысить качество мазков и снизить высоких процент неадекватных препаратов до единичных. Для повышения информативности препаратов, получения полноценного биоматериала внедрены цитологические щеточки типа цервекс-браш согласно методическим рекомендациям всероссийских онкологических научных центров им. Блохина и Герцена. Введены стандартные цитологические заключения.

Значительно расширен диапазон иммуноферментных исследований за счет внедрения методов ИФА для дигностики гельминтозов TORCH-инфекций, туберкулеза. Для повышения выявляемости гельминтозов и протозоозов копроовоскопически внедрены методы Като и Фюллеборна. Для количественного определения глюкозы в моче отработан высоко чувствительный и специфичный глюкозооксидазный метод. В целях повышения качества гематологических исследований введен ежедневный контроль по трем контрольным материалам. Врачами, сотрудниками кафедры, описываются мазки периферической крови тяжелых больных.

МУЗ ПЦРБ является центром по микроскопии для выявления микобактерий туберкулеза. Была отработана методика приготовления препаратов мокроты, их окраски, а также проведения внутрилабораторного контроля качества по окраске препаратов по методу Циль-Нильсена. Это позволило полностью исключить сомнительные результаты исследования препаратов, окрашенных по этому методу, повысить его чувствительность специфичность до 100%. Была полностью подготовлена документация по этому разделу диагностики, написаны и утверждены инструкции на каждый его этап.

Проведено оснащение лабораторий во врачебных амбулаториях автоматическими пипеточными дозаторами. Внедрен внутрилабораторный контроль качества по гемоглобинометрии и двум биохимическим показателям.

Сотрудники кафедры участвуют во врачебных утренних конференциях, консилиумах и разборах историй болезни, консультируют врачей по вопросам интерпретации результатов лабораторных исследований, выезжают на экстренные вызовы и на проверку деятельности лабораторий во врачебных амбулаториях.

Кроме того, для сотрудников, как лаборатории, так и всей больницы организовываются занятия на циклах для повышения квалификации непосредственно на рабочих местах, что особенно удобно в условиях отдаленности ЛПУ от института. Важно и то, что на занятиях совместно с сотрудниками больницы разбираются истории болезни пациентов ЦРБ, случаи из практики. Совместно с врачами МУЗ «Пензенская центральная районная больница» сотрудники кафедры КЛД постоянно анализируют свою деятельность, полученные результаты исследований и публикуют их в совместных печатных работах. В перспективе планируется внедрение двух компьютерных программ по ведению внутрилабораторного контроля качества, проведение сертификационного цикла для средних лаборантов врачебных амбулаторий, цикла повышения квалификации для врачей первичного амбулаторно-поклинического звена по вопросам лабораторной диагностики.

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ АНЕМИЙ

Е.Р.Кулюцина, Ю.В.Булавкин, А.Н.Бугаев

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МУЗ ПЦРБ
Пенза

Несмотря на, казалось бы, хорошо изученные и широко обсуждаемые вопросы диагностики и лечения анемий, их актуальность на данный момент не пропала. Еще десять лет назад тяжелые случаи анемии были относительно редки. В современной практике как врачи – клиницисты, так и специалисты по клинической лабораторной диагностике все чаще встречаются с крайне тяжелыми проявлениями различных видов анемий и их полиморфностью. Тяжелая степень анемии говорит о длительном времени, на протяжении которого она развивалась. Естественно, что такие случаи анемического синдрома, принимающих затяжной характер, сопровождаются нарушениями со стороны паренхиматозных органов, развивающихся вследствие дистрофических процессов на почве хронической гипоксии. Зачастую больных госпитализируют уже с крайне низкими показателями красной крови по поводу различной органной патологии, грубых нарушений со стороны реологических свойств крови. К сожалению, тяжелый анемический синдром нередко является случайной находкой. Лечащим врачом недооценивается его роль в течении и развитии осложнений, а иногда и в первостепенности, как основного этиологического фактора.

На современном этапе развития лабораторной диагностики, когда за 60 секунд из небольшой капли можно получить развернутый анализ по 18 и более параметрам, полученная информация зачастую остается невостребованной врачами клиницистами и более того, считается лишней. Мы хотели бы еще раз сказать о современных возможностях диагностики анемий с интерпретацией общего анализа крови (ОАК), проведенного на гематологическом анализаторе, приведя два примера.

Больная Ш., 48 лет, безработная, поступила в больницу с жалобами на общую слабость, периодически возникающий кашицеобразный стул с примесью крови, тяжесть в левом подреберье, снижение зрения на правый глаз, одышку при ходьбе. Со слов пациентки: в течение двух месяцев отмечает кровотечения из геморроидальных узлов. В последние дни беспокоили постоянные боли в левом подреберье, нарастание общей слабости, снижение зрения. Больная была госпитализирована в тяжелом состоянии. При осмотре обращали на себя внимание бледные с желтоватым оттенком кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовогоцвета. При пальпации живота обнаружена увеличенная в объеме печень с выхождением ее границ из-под реберной дуги на 3-4 см. Пальпация селезенки была болезненна. При перкуссии в области сердца левая граница смещена влево на 3 см. Тоны сердца приглушены. При аноскопии выявлены геморроидальные узлы размером 3-4 мм. На ЭКГ – синусовая тахикардия, вертикальное положение ЭОС. На УЗИ органов брюшной полости обнаружены признаки диффузных изменений в печени и поджелудочной железе.

При поступлении в ОАК, отмечено резкое снижение количества эритроцитов (RBC - $1{,}48\times10^{12}$/л), уровня гемоглобина (HGB – 64 г/л), гематокрита (HCT – 14,4%). Причем кроме количественных наблюдались и тяжелые изменения со стороны качественных показателей красной крови, свидетельствующие о развитии мегалобластной (увеличение среднего объема эритроцитов (MCV) до 111 фл, резкое увеличение коэффициента анизоцитоза эритроцитов (RDW) до 21,9%), гиперхромной (увеличение среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH) до 43 пг, средней концентрации гемоглобина в эритроците (MCHC) до 427 г/л) анемии. Лейкоциты оставались в пределах нормы (WBC – $4{,}1\times10^{9}$/л), но было характерное для данного вида анемии снижение тромбоцитов (PLT - $139\times10^{9}$/л), тромбокрита (PCT – 0,09%) и среднего объема тромбоцитов (MPV – 6фл.) за счет старых форм – сдвиг вправо. СОЭ было в норме (7 мм/ч). Отмечалось снижение амплитуды и расширение основания эритроцитарной гистограммы. Гистограмма тромбоцитов была резко уплощена.

При микроскопии мазка периферической крови (ПК), окрашенного по Романовскому-Гимзе на фоне эритроцитов, различных по размеру (от микро- до мегалоформ до 20 мкм при норме 7 мкм в диаметре), различных по форме (овалоцитов, шизоцитов,, ракетковидных, каплевидных и др.), на 80% гиперхромных встречались эритроциты с базофильной пунктацией (до 3 в поле зрения). На 100 лейкоцитов встретилось при микроскопии мазка 3 мегалоформы эритроцита с тельцами Жолли, 7 оксифильных мегалобласта, 2 полихроматофильных мегалобласта, 2 мегалобласта с ядром в виде фигуры «треф», 2 мегалобласта с ядром в виде тутовой ягоды и восьмерки. При подсчете лейкоформулы выявлен сдвиг влево и нейтропения (промиел. – 1, миел. – 3, юные – 1, п/я нейтр. – 3, с/я нейтр. – 24, э – 2, б – 2, мон. – 4, лимф. - 60), гиперсегментация ядер сегментоядерных нейтрофилов.

Другой пример- случай регенераторной стадии железодефицитной анемии (ЖДА) тяжелей степени. Больная Т., 41 года, поступила в больницу в тяжелом состоянии с диагнозом: мозговая кома, ОНМК, медиальное кровотечение.

В ОАК отмечалось резкое снижение гемоглобина (HGB – 65 г/л), гематокрита (HCT – 22,8%), при нормальном количестве эритроцитов (RBC – $4{,}17\times10^{12}$/л). При этом отмечались яркие качественные изменения в клетках красной крови, свидетельствующие о развитии тяжелой гипохромной микроцитарной анемии: снижение ЦП до 0,46, среднего содержания гемоглобина в эритроците до 15,5 пг, средней концентрации гемоглобина в эритроците (MCHC) до 283 г/л, среднего объема эритроцитов (MCV) до 55 фл. Коэффициент анизоцитоза эритроцитов был нерезко повышен в виду наличия в основном микроформ эритроцитов (RDW – 16,4%). Количество тромбоцитов и тромбокрит были в пределах нормы (соответственно PLT - $333\times10^{9}$/л и PCT – 0,25%). Отмечался лейкоцитоз (WBC –$20{,}3\times10^{9}$/л) и незначительное ускорение СОЭ, что говорит о пока еще регенераторной стадии ЖДА. Гистограмма эритроцитов была смещена влево в сторону микроцитоза, а на гистограмме тромбоцитов отмечался подъем правого крыла также за счет микроформ эритроцитов.

В мазке периферической крови, окрашенной по Романовскому-Гимзе отмечалась выраженная гипохромия, микроцитоз эритроцитов и наличие 3 оксифильных нормоцитов на 100 лейкоцитов. В лейкоформуле – сдвиг влево (юные – 1, п/я нейтр. – 18, с/я нейтр. – 68, мон. – 4, лимф. - 9), токсогенная зернистость нейтрофилов – 40%.

Таким образом, оба случая представляют собой примеры тяжелых форм анемий, выявленных при госпитализации, и которые могли быть диагностированы на более ранних стадиях без применения дорогостоящих и трудоемких методов исследования, тем более, что в арсенале поликлинического звена медицины на сегодняшний день имеются высокотехнологичные и информативные методы диагностики, внедренные благодаря национальному проекту «Здоровье».

## РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ

М.Ф.Купцова, Т.В.Карпеева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

РДС - заболевание преимущественно недоношенных новорожденных, обусловлено незрелостью легких и дефицитом сурфактанта. Встречается РДС-синдром у 1% всех живорожденных и у 14% детей, родившихся с массой тела менее 2500 г. Частота РДС достигает 45-80% у недоношенных, родившихся ранее 28 недели гестации (в США ежегодно 40000 новорожденных заболевают РДС).

По данным зарубежных авторов - чем больше гестационный возраст ребенка, тем выше процент выживаемости и нормального психомоторного развития детей.

По данным Санкт-Петербургского центра реанимации новорожденных, частота тяжелых функциональных нарушений среди новорожденных, составляет 15-20% с массой тела 501-1000 г, и только 4% при массе тела 1001-1500 г.

Факторами риска, приводящими к развитию РДС-синдрома, являются все состоянии, обуславливающие внутриутробную и интранатальную гипоксию

плода: гестационный возраст ребенка, сахарный диабет у матери, кровотечения у беременных, кесарево сечение, перинатальная асфиксия. Особое внимание следует обратить на факторы, которым пока убедительных объяснений в литературе нет: мужской пол новорожденного, рождение вторым из двойни.

В патофизиологии РДС-синдрома основную патогенетическую роль играет дефицит сурфактанта, в результате чего снижается комплайнс легких, снижается функциональная остаточная емкость легких, увеличивается анатомическое мертвое пространство, страдает соотношение вентиляции к перфузии, возникает право-левое шунтирование. В клинической картине на первое место выступают явления дыхательной недостаточности: тахипноэ, хриплое дыхание на выдохе, втяжение межреберных промежутков и грудины, цианоз, раздувание крыльев носа.

Четкость и последовательность действий при оказании первичной и реанимационной помощи новорожденным в родзале определяется приказом Миздрава РФ №372 (от 28.12.95г). На основании этого приказа лечение РДС-синдрома включает в себя: респираторную терапию (кислородотерапия, СДППД, механическая вентиляция, заместительная терапия сурфактантом) и поддерживающую терапию (температурный режим, инфузионную терапию, нутритивную поддержку, инфекционный контроль, поддержание гемодинамики).

Одним из методов выбора респираторной терапии является СДППД-принцип его состоит в том, что с постоянным положительным давлением альвеолы остаются раскрытыми в конце выдоха, таким образом уменьшается право-левое шунтирование, увеличивается функциональная остаточная емкость, улучшается соотношение вентиляция/перфузия. Уменьшается частота дыхания и минутная вентиляция без изменения альвеолярной вентиляции.

В современных условиях более высокую эффективность лечения мы достигли благодаря внедрению в практику новых препаратов, таких как сурфактант. Сурфактант можно применять как для лечения РДС по жизненным показаниям, так и с профилактической целью у недоношенных и незрелых детей с высоким риском развития РДС. Сурфактант показан, если новорожденный с диагностированным РДС нуждается в FiO2 больше 0.4.

Основные направления в применении сурфактанта являются: профилактическое введение сурфактанта; лечебное - раннее введение (для детей с экстремально низкой массой тела менее 1000 г в первые 30 минут жизни, остальным новорожденным - в первые 2 часа жизни); повторное терапевтическое введение (применение сурфактанта детям с РДС, находящимся в критическом состоянии).

С профилактической целью сурфактант следует вводить в первые 2 ч жизни, с лечебной - в возрасте 2-24 ч. Важным условием применения препарата является то, что и в первом и во втором случае ребенок должен быть интубирован и ему должна проводиться аппаратная ИВЛ.

Существуют различные техники введения сурфактанта: болюсное введение сурфактанта с использованием ручной ИВЛ мешком Амбу или на фоне аппаратной ИВЛ, инфузия - продолжительное (микроструйное) введение на фоне аппаратной ИВЛ, ингаляция - назначение в форме аэрозоля.

Несмотря на проведенное лечение некоторые дети требуют применения инвазивных методов лечения с интубацией трахеи - механической вентиляции.

Дети, подлежащие переводу на ИВЛ: FiO2 более 0.6 на CPAP при нестабильном состоянии пациента; начальный метод респираторной поддержки, если состояние ребенка критическое и ухудшается; повышенная работа дыхания; частые апноэ; абсолютное показание - стойкое апноэ и прогрессирующая гипоксемия.

Осложнения РДС: **острые** (ранние - синдром утечки воздуха, инфекции, внутричерепные кровоизлияния, перивентрикулярная лейкомаляция, открытый артериальный проток, легочные кровотечения, апноэ недоношенных; **хронические** (поздние) бронхолегочная дисплазия (5-30%), ретинопатия недоношенных (7%<1250 г), поздние неврологические осложнения, (следствие ВЖК, ПВЛ) 10-15%.

Статистические данные (отделение реанимации новорожденных г. Пензы):

2007 г. поступило - 271 чел., из них с РДС – 83 (31%); общая летальность – 17,3%; летальность от РДС - 9,6%.

2008 г. поступило - 398 чел., из них с РДС – 139 (35%); общая летальность – 10,05%, летальность от РДС - 6,4%.

Использование СДППД и применение сурфактанта в лечении РДС позволило:

- уменьшить сроки пребывания детей на аппаратной ИВЛ на 4-5 дней;
- снизить летальность от РДС на 32%.

## ВЫБОР ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

М.Ф.Купцова, Л.А.Филиппова, А.В.Аракчеев, М.Г.Катальшова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Острое желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) - серьезная медицинская проблема во всём мире. Несмотря на совершенствование медикаментозной терапии, хирургической тактики и широкое внедрение методов эндоскопического гемостаза количество рецидивов и летальных исходов при ЖКК в течение последних десятилетий существенно не уменьшается. Отсутствует единая стратегия лечения данной патологии, основанная на принципах доказательной медицины.

Анализ лечения больных с признаками ЖКК в отделении реанимации МУЗ ГКБ СМП им Г.А.Захарьина за период с 2004 по 2008 годы выявил, что частота поступления пациентов с этой патологией возросла в 4 раза, летальность также существенно увеличилась и колеблется в пределах от 13 до 38%. Чаще всего ЖКК являлось осложнением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (28,8%), острых язв желудка (22,5%), синдрома Меллори-Вейса (11,9%), эрозивного эзофагита и гастрита (6,9%). У 50% больных потребовалось хирургическое вмешательство из-за неэффективности консервативной терапии.

В настоящее время в клинике используются различные гемостатические препараты, воздействующие на разные звенья системы гемостаза.

Этамзилат действует главным образом на тромбоцитарное звено гемостаза, увеличивая скорость образования первичного тромба, усиливая его ретракцию, а также повышает резистентность капилляров. Гемостатическое действие этамзилата после внутривенного введения проявляется через 5 – 15 мин, достигая максимума через 1-2 часа. Препарат наиболее оптимален при паренхиматозных и капиллярных кровотечениях, а также кровотечениях на фоне тромбоцитопении и тромбоцитопатии.

Антиферментные препараты (апротинин, гордокс, контрикал, трасилол) оказывают антифибринолитическое, гемостатическое и антипротеолитическое действие. Высокая стоимость, возможность тяжёлых аллергических и анафилактических реакций ограничивает применение этих средств. Основное показание для назначения препаратов данной группы – гиперфибринолитические кровотечения различной этиологии. В клинической практике антиферментные препараты, как правило, включают в комплекс терапии коагулопатических кровотечений, в том числе при ДВС-синдроме, однако активность фибринолиза учитывается далеко не всегда.

Аминокапроновая кислота, амбен, памба, тормозят активацию плазминогена, а в высоких дозах являются неконкурентными ингибиторами плазмина и трипсина. Наряду с антиферментными препаратами они применяются для лечения кровотечений, вызванных чрезмерной активацией фибринолиза. Однако целый ряд авторов приводят доказательства чрезвычайной опасности использования препаратов этой группы при ДВС-синдроме из-за блокады системы микроциркуляции и усугубления ПОН.

Компоненты крови (тромбоцитарная масса, свежезамороженная плазма, криопреципитат) используются строго по «Инструкции по применению компонентов крови». При их использовании сохраняется высокий риск заражения вирусом гепатита В и С, СПИД, CMV, а также риск развития посттрансфузионных осложнений. Для использования данных препаратов необходимо добровольное согласие пациента.

Одним из новых лекарственных средств гемостатического действия является НовоСэвен – рекомбинантный активированный VII фактор свёртывания крови. Препарат первоначально был разработан для остановки спонтанных и связанных с операцией кровотечений у больных гемофилией. В настоящее время НовоСэвен используется как эффективное средство для купирования кровотечений различной этиологии. Его гемостатическое действие обусловлено активацией тромбоцитов, повышением активности фибринстабилизирующего фактора и уменьшением плазминовой деградации сгустка в зоне повреждения ткани.

Новой технологией кровосбережения в хирургии является зарегистрированный в РФ в 2006 году «Транексам» (транексамовая кислота). Транексам – более активная изомер-трансформа аминокапроновой кислоты. Сравнительные исследования эффективности и безопасности показали, что гемостатическое действие транексамовой кислоты сопоставимо с действием апротининов и превосходит действие аминокапроновой кислоты в 20-30 раз. Препарат лишен многих

нежелательных эффектов аминокапроновой кислоты, оказывает более мощное и продолжительное действие в тканях, не обладает тромбогенной активностью. Транексам обладает системной противовоспалительной и противоаллергической активностью, оказывает анальгетическое действие и имеет оптимальное соотношение стоимость/эффективность. Хотя многие вопросы практического применения транексамовой кислоты в хирургии остаются пока нерешенными, появление этого препарата в России можно рассматривать как важный и полезный шаг, расширяющий возможности выбора врачом методов уменьшения кровопотери, снижения потребности в гемотрансфузиях и улучшения результатов лечения больных с кровотечениями.

Выводы:

1. В настоящее время отмечается рост числа больных, причиной критического состояния у которых является ЖКК.
2. У 50% больных с ЖКК консервативная гемостатическая терапия не дает эффекта и требуется хирургическая остановка кровотечения.
3. Для улучшения результатов лечения больных с ЖКК необходима дифференцированная гемостатическая терапия, учитывающая особенности гемостатического действия препаратов, характер исходных нарушений в системе гемостаза и их динамику в процессе терапии.

## АУТОГЕМОТРАНСФУЗИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ

М.Ф.Купцова, Л.А.Филиппова, И.Е.Шитов, С.П.Овсяникова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Достижение оптимального лечебного эффекта при хирургических операциях в значительной степени связано с выбором варианта их трансфузиологического обеспечения. Чаще выбор ограничивается применением донорской крови, однако её переливание несет риск осложнений и повышает стоимость лечения. Альтернативой использования аллогенной крови является аутогемотрансфузия.

Существует четыре варианта выполнения аутогемотрансфузий: предоперационная заготовка; интраоперационное резервирование крови; интраоперационная реинфузия; послеоперационная реинфузия.

Преимущества аутотрансфузии: профилактика гемотрансмиссивных инфекций; нет ошибок трансфузии иногруппной крови; профилактика побочных эффектов трансфузии (аллергических и фебрилъных реакций), болезни «трансплантат против хозяина»; отсутствие необходимости подбора крови для пациентов с множественными аллоантителами; сокращение расходов донорской крови.

Показанием к аутогемотрансфузии являются: операции, сопровождающиеся большой кровопотерей; невозможность подбора донора; риск развития тяжелых по-сттрансфузионных осложнений; редкая группа крови у больного;

осложнённый трансфузиологический анамнез; отказ пациента от трансфузии аллогенной крови.

Противопоказанием к использованию аутогемотрансфузии являются: инфицированные и/или септические раны; повреждения полых органов; хирургия злокачественных опухолей с опасностью диссеминации злокачественных клеток; кесарево сечение; контаминация операционного поля жидкими средами организма; переливание крови, находившейся в брюшной полости более 24 часов; загрязнение крови лекарствами, не предназначенными для внутривенного введения.

Для интраоперационной реинфузии используются следующие технологии: сбор возвращаемой крови для прямой реинфузии и аппаратный сбор крови с автоматической концентрацией и отмыванием возвращаемых клеток.

При использовании методик без отмывания крови, повышается риск коагу-ляции/фибринолиза и гемолиза, она содержит активированные факторы свертывания, свободный гемоглобин, продукты деградации фибрина, повышенное содержание тромбопластина, вазоактивные вещества и микросгустки.

Появление аппаратов типа Cell Saver , что в переводе означает «спасатели клеток крови», повысило интраоперационное использование аутоэритроцитов. Аппарат позволяет собрать излившуюся кровь, отмыть и концентрировать эритроциты. В результате этого процесса обычно формируются отмытые в физиологическом растворе эритроцитов с гематокритом 50-60%. Принципы работы аппарата заключается в разделении цельной крови на её компоненты посредством центрифугирования. Кровь поступает во вращающуюся центрифужную емкость, где ближе к центру собирается плазма, а по краям эритроциты. Когда весь объём заполнен, плазма направляется в мешок для отходов, а эритроциты отмываются физиологическим раствором. После отмывки, чистая эритромасса перегоняется в промежуточный пакет, а оттуда в пакет для крови и вводится пациенту.

За 1-ый квартал 2009 года в ГКБ СМП им Г.А.Захарьина проведенно 10 интраоперационных аутогемотрансфузий: у 2-х больных с сочетанной травмой, у 4-х - с внематочной беременностью, у 2-х - с тупой травмой живота и у 2-х больных в ходе выполнения плановых травматологических операций с большим объемом кровопотери. Аппарат Cell Saver использован в двух случаях.

*Клинический случай*. Больной 30 лет, доставлен бригадой СМП в тяжёлом состоянии в нейрохирургическое отделение ГКБ СМП им Г.А.Захарьина через 2 часа с момента автодорожной травмы с диагнозом: Закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга. Тупая травма живота. Ушиб грудной клетки. Алкогольное опьянение. Через 2-е суток состояние резко ухудшилось, появились боли в животе, общая слабость, беспокойство больного, бледность кожных покровов. Пульс 120 ударов в мин., АД 90 и 60 мм.рт.ст., индекс Альговера-1,3. Консультирован хирургом, состояние расценено как декомпенсированный геморрагический шок, заподозрен разрыв селезенки. Ультразвуковое исследование выявило наличие жидкости в брюшной полости. При экстренной лапаротомии обнаружен двухфазный разрыв селезенки, свежая кровь в брюшной полости. Выполнена спленэктомия. С помощью аппарата для аутогемотрансфузии, кровь была собранна, центрифугированна, эритроциты отмыты

и возвращены больному. Объем крови собранной из брюшной полости - 1600 мл (примерно 30% от объема циркулирующей крови). Объём реинфузии составил 1200 мл. Интраоперационная инфузия кристаллоидных и коллоидных растворов - 2500 мл. Компоненты донорской крови, в послеоперационном периоде не переливались.

Со стороны показателей красной крови отмечалась характерная динамика. При поступлении в стационар отмечалась выраженная гемоконцентрация. Через 2-е суток, на фоне разрыва селезёнки, наросла анемия. После проведения аутогемотрансфузии показатели гемоглобина и гематокрита нормализовались. На 12 сутки больной выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, аутогемотрансфузия является высокоэффективным и безопасным способом трансфузиологического обеспечения хирургических вмешательств, оправдывающая себя при систематическом применении. Так достигается максимальное ограничение использования донорских гемокомпонентов и предотвращение их отрицательного воздействия на организм реципиента.

## ТРАВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ. АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ОРИТ ГКБ СМП им. Г.А. ЗАХАРЬИНА

М.Ф.Купцова, Т.В.Чернова, С.Г.Шитиков

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

По данным ВОЗ, в настоящее время в России в списке причин смерти людей трудоспособного возраста второе место после сердечно-сосудистых заболеваний занимает травма.

Общие и локальные процессы, происходящие при любой травме, необходимо рассматривать в рамках концепции травматической болезни, т.к. эта концепция позволяет избежать изолированного рассмотрения отдельных патологических процессов. Травматическая болезнь – это совокупность общих и местных изменений, приспособительных и патологических реакций, возникающих в организме в период от момента механической травмы до ее исхода.

В патофизиологии развития травматической болезни выделяют: период первичных реакций на травму и ранних осложнений; период травматического шока; период последствий первичных реакций и шока; период поздних осложнений травмы; период реконвалесценции и отдалённых последствий травмы. Определить степень тяжести больных с политравмой можно с помощью: «индекса шока», «шкалы ком Глазго», «Многомерной шкалы для оценки тяжести и исхода травматического шока».

Проведён ретроспективный анализ архивных данных ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина. Выявлено, что за период с 1.01.1998 г. по 31.12.2008 г. в отделении общей реанимации пролечено 593 больных с сочетанной травмой, из них умерло 180 человек (летальность 30,4%).

Отмечается значительный рост поступлений больных с сочетанной травмой в последние годы по сравнению с 1998 г. При этом летальность остаётся примерно на одном уровне (25-35%), что соответствует общероссийским показателям. Значительную долю пострадавших составили мужчины (71%).

Наибольшее количество пострадавшие трудоспособного возраста от 20 до 59 лет. Летальность в этой группе 20–42%. В возрасте до 20 лет - 14%, более 80 лет - 75%.

Наибольшая летальность отмечается в группе с сочетанием ЧМТ, травмы груди, живота и скелетной травмы (56%). Наименьшая летальность в группе с полискелетной травмой - 16%. В остальных группах летальность колеблется в широких пределах - 19–40%.

Тяжесть состояния 75% больных с политравмой требовала проведения реанимационных мероприятий (летальность в этой группе 37,3%), 25% больных требовали проведения интенсивной терапии (летальность в этой группе 10%).

Досуточная летальность - 23%, летальность от декомпенсированного травматического и геморрагического шока на 2-3 сутки - 31%, летальность от ранних осложнений 4-10 сутки - 34%, а от поздних осложнений - 12%.

Подробный анализ историй болезни больных с политравмой за 2008 год показал, что из 69 больных умерли 24 (летальность 35%). Из них 33% составили больные с оценкой по «шкале тяжести и исхода травматического шока» 23-35 баллов (летальность в этой группе 70%), 36% больных с оценкой 13-22 балла (летальность- 20%), 33% больных с оценкой 3-12 баллов (летальность 9,5%).

Основную группу составляют больные с травматическим, геморрагическим шоками, а также с их сочетанием, летальность в этих группах составила соответственно 16%, 11% и 58%.

Успех интенсивной терапии у этой категории больных зависит от выполнения следующих задач:

- стабилизация сердечной деятельности; остановка кровотечений; обеспечение вентиляции легких; восстановление ОЦК;
- выведение из травматического шока (восстановление периферического кровоснабжения, МОК, ОЦК, борьба с ишемией органов и тканей), борьба с эндотоксикозом;
- ликвидация последствий ишемии; восстановление работы органов почек, печени, легких, сердца; ликвидация ДВС-синдрома, восстановительные операции (позвоночник и опорно-двигательный аппарат);
- ликвидация поздних осложнений травмы; восстановление работы ЖКТ, печени, поджелудочной железы, почек, легких.

Выводы:

1. Актуальность проблемы лечения больных с политравмой за последнее десятилетие значительно возросла.
2. Лечение больных с политравмой необходимо рассматривать в рамках концепции травматической болезни.
3. Медицинская помощь на всех этапа лечения больных с политравмой должна осуществляться только высококвалифицированными специалистами в максимально сжатые сроки.

4. Не менее 75% больных с политравмой поступают в ЛПУ в состоянии декомпенсированного травматического и /или геморрагического шока и требуют проведения реанимационных мероприятий.
5. Летальность больных с политравмой от гнойно-септических осложнений и полиорганной недостаточности остаётся на неизменно высоком уровне.
6. Больные, пережившие травматическую болезнь, требуют проведения длительного курса реабилитации.

## АКТИВНОСТЬ ХОЛИНЭСТЕРАЗЫ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПЕНЗЕНСКОМ РАЙОНЕ

Л.В.Курашвили. Ю.В.Булавкин, О.Ф.Фролкина, Г.В.Пантелеев

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МУЗ ПЦРБ
Пенза

Согласно данным отчетов эпидемиологического обследования Пензенского района за 2005, 2006 гг. в почве и воде некоторых населенных пунктов установлено повышенное содержание железа и марганца, которые могут оказывать негативное действие на ряд функций и систем организма. Профилактическое обследование детского населения, направленное на прогнозирование здоровья детей, является важным для своевременного оказания помощи нуждающимся.

Сывороточная холинэстераза выполняет в организме защитные функции. Активность этого фермента является важным диагностическим показателем, с помощью которого можно оценить у пациентов функциональное состояние печени, почек и др. Синтезирующая функция печени одна из первых реагирует на загрязнения окружающей среды (Сусликов В.П.. 2000: Дектева С.А.. Старостина В.К.. 2008)*. Фермент холинзстераза способен осуществлять гидролиз многих отравляющих фосфорорганических веществ и карбоматов. поступающих в организм из вне (Bajgar J.. Bartosova L.. Киса К., el al. 2007; Lenz D.E. Yeung D., Smith J.R.. et al. 2007). наркоточеских и алкогольных продуктов (Gorelick D.A.I997). Имеются сведения, что активность фермента холинэстеразы осуществляет контроль проницаемости мембран клеток и стенок сосудов (Chatonnet A.. Lockrige O.. 1989).

*Целью исследования* явилось изучения активности фермента холинэстеразы для прогнозирования здоровья детей, проживающих на территории Пензенского района.

*Материал и методы*. В исследование были включены 166 детей (девочки и мальчики) в возрасте 8 - 15 лет. проживающие в селах Алферьевка, Золотаревка и Леонидовка. Для оценки белковосинтетической функцию печени исследовали активность фермента ацетилхолин-ацилгидролазы (КФ 3.1.1.8.) или холинэстеразы, синонимом которой является псевдохолинэстераза. в сыворотке крови кинетическим методом. Холинэстераза сыворотки крови катализирует

гидролиз бутирилтиохолина с образованием бутирата и тиохолина, которые превращают ионы феррицианида в ферроцианид, формируя окрашенный комплекс. Скорость уменьшений поглощения реакционной смесью при 405 нм пропорциональна активности холинэстеразы в пробе, с гексацианоферратом калия в качестве хромагена и иодидом бутирилтиохолина в качестве субстрата (фирма «Diasys», Германия). Исследования проводили на полуавтоматическом анализаторе Clima MC -15.

*Полученные результаты.* Проведенное обследование детей Пензенского района показало следующее. Колебания активности фермента холинэстеразы в сыворотке крови у детей в поселке Золотаревка были в пределах от 2020,6 Е/л до 6409 Е/л. В среднем активность фермента у девочек составила 4191,86 ± 220 Е/л, у мальчиков 4015,16±129Е/л, что соответствовало нижней границе нормы этого показателя. Но в то же время необходимо отметить, что снижение активности холинэстеразы в сыворотке крови установлено у 8 обследованных девочек (26,6%) и у 11 мальчиков (36,6%).

В поселке Леонидовка колебания активности фермента в сыворотке крови у девочек были в пределах от 2800 Е/л до 5959 Е/л, у мальчиков от 2280 Е/л до 6100 Е/л. Средняя величина активности холинэстеразы у девочек составила 4729,67±220Е/Л, у мальчиков 4794±193 Е/л. При анализе результатов исследования установили снижение активности фермента в сыворотке крови ниже пределов допустимой нормы у 15% девочек и мальчиков (у 6 девочек и 6 мальчиков).

В поселке Алферьевка колебания показателя холинэстеразы в крови у девочек было в пределах от 3206± 210 Е/л до 7051±288 Е/л, у мальчиков от 2909±210 Е/л до 6450±317 Е/л. Среднее значение активности холинэстеразы у девочек составило 4327,67±220 Е/л и у мальчиков 4591±193,57 Е/л. Падение активности фермента ниже допустимой величины у 17,6% девочек (3) и у 25% мальчиков (2).

В клинической практике наибольшее значение имеют снижение активности холинэстеразы, нежели повышение. Низкая активность фермента холинэстеразы обусловлена снижением белковосинтетической функции печени, что бывает при действии токсических факторов, использовании миелореалоксантов, инфекционной или онкологической патологии за счет депрессии функции гепатоцитов, что характерно для грубых поломок и разрушении последних. Для таких состояний характерны, в первую очередь, снижение концентрации альбумина и протромбина (плазменных факторов свертывания крови), используемых в качестве лабораторных маркеров состояния функции печени.

Согласно результатам наших исследований активность фермента холинэстеразы была снижена как в группе мальчиков, так и в группе девочек. Если учитывать данные литературы подобное влияния могут оказывать фосфорорганические соединения, пестициды и инсектициды (карборфос, севин. пропинет), некоторые сорта грибов, мышьяк, миорелаксанты за счет необратимого ингибирования активности холинэстеразы, то в нашем случае подобное действие

могут оказывать железо и марганец. Острое отравление фосфорорганическими соединениями после прекращения их действия приводит к восстановлению активности холинэстеразы в течение 3-6 недель. За это время происходит синтез новых молекул холинэстеразы в печени. Единичный анализ холинэстеразы имеет ограниченную диагностическую значимость, так как интервал нормальных величин активности фермента холинэстеразы весьма широк (4000-12000 Е/л). Но в тоже время длительное действие патологического фактора, которыми могут быть металлы или ингибиторы активности холинэстеразы, даже при профилактическом обследовании будут свидетельствовать о снижение активности фермента (Паранько Н.М., Белицкая Э.Н., Карнаух Н.Г., 2002; Кудрин А.В., Громова О.А., 2007).

Как видно из сказанного, активность фермента холинэстеразы у подростков колебалась в пределах нижних значений нормы. Диагностическое значение имеет снижение активности фермента в сыворотке крови, а не повышение холинэстеразы.

Таким образом, исследование активности фермента ацетилхолинацилгидролазы (КФ 3.1.1.8.) или холинэстеразы, синонимом которой является псевдохолинэстераза, позволило оценить белковосинтетическую функцию печении, судить об адаптационных возможностях организма, что дало возможность предположить о каком-то токсическом воздействии на подростков.

*Выводы*: 1.Результаты проведенных исследований показали, что для выявления функциональных нарушений печени можно исследовать активность фермента холинэстеразу.

2. В населенных пунктах Пензенского района у 80 % детей установили значения активности ферментов на нижней границе нормы.

## ПОКАЗАТЕЛИ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС

О.А.Левашова, И.Г.Золкорняев, Н.И.Алешина, Н.В.Фирстова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ПГПУ им. В.Г. Белинского
Пенза

Одним из перспективных методов исследования свободнорадикальных процессов является хемилюминесценция (ХМЛ). Он основан на регистрации сверхслабых световых потоков, возникающих при химических и биохимических реакциях, сопровождающихся образованием свободных радикалов.

*Целью настоящего исследования* явилось изучение показателей люминолзависимой хемилюминесценции крови при моделировании неполной ишемии головного мозга крыс линии Вистар (n=53). Окклюзию воспроизводили путем одномоментной перевязки обеих внутренних сонных артерий (ВСА). Животных декапитировали через 2 ч, 1 сутки и 3 сутки после операции. Репер-

фузионное повреждение вызывали снятием клипсы после окклюзии. Декапитацию осуществляли через 1 час после восстановления кровотока, в 1 и 3 сутки. У животных контрольной группы проводилось рассечение кожного покрова, выделение ВСА и наложение шва. Летальность в экспериментальной группе составила 30 %, что согласуется с результатами других исследований.

Люминолзависимую хемилюминесценцию измеряли на аппарате ХЛМ-003. Об интенсивности ХМЛ судили по светосумме, которая соответствовала скорости образования активных форм кислорода, и выражали в относительных единицах. Данные представлены в виде медианы и 25-75 интерквартильного размаха. Сравнение между группами было выполнено с использованием теста Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$. Все статистические расчеты проводились с помощью пакета программ “Statistica 5,5”.

Динамика показателей ХМЛ крови при моделировании ишемии головного мозга крыс (в отн. ед.) представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Уровень ХМЛ при моделировании ишемии головного мозга крыс

| Воздействие на мозг | Время воздействия | | | Контроль |
|---|---|---|---|---|
| | 2 часа | 1 сутки | 3 сутки | |
| Окклюзия | 3,18* (2,37-5,8) | 1,8* (1,5-2,1) | 1,8* (1,53-1,9) | 0,72 (0,32-1,28) |
| Реперфузия | 2,86* (2,63-3,0) | 1,58* (1,33-1,66) | 1,74 (0,86-1,96) | |

*- достоверно по сравнению с группой контроля, $p<0,05$.

Результаты эксперимента свидетельствуют о значении свободнорадикальных процессов в патогенезе ишемического повреждения мозга.

Максимальные значения ХМЛ наблюдались в острейшей фазе ишемического процесса в обеих экспериментальных группах. В последующий сроки эксперимента наблюдалось снижение исследуемых показателей, однако оставались достоверно повышенными по сравнению с группой контроля.

Различия между группами при ишемии и реперфузии оказались недостоверными, что может быть связано с определенной устойчивостью крыс линии Вистар к ишемии, подтверждаемая быстрым регрессом неврологических нарушений.

Изучение показателей ХМЛ при различных патологических процессах, в том числе и ишемии головного мозга, позволяет надежно и адекватно оценить уровень свободнорадикальных процессов. К преимуществам данного метода исследования относится минимальный объем пробы, высокая чувствительность, возможность выявления нестабильных, короткоживущих радикалов, не регистрируемых другими способами.

# РАЦИОНАЛЬНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

М.Ю.Левков, Н.Ю.Левкова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

В последние годы в комплексном лечении больных ишемической болезнью сердца (ИБС) стали успешно использоваться методы рефлексотерапии (РТ). Это обусловлено, прежде всего, тем, что при РТ мы воздействуем на различные стороны деятельности сердечно-сосудистой системы. Это, в свою очередь, ставит перед врачом задачу выбора рационального подхода к составлению акупунктурного рецепта с учетом особенностей заболевания.

*Целью нашей работы* явилось изучение эффективности РТ в комплексном лечении больных с начальными стадиями ИБС. Нами было обследовано 75 больных с ИБС в возрасте 43-55 лет. У всех больных ведущим синдромом заболевания был синдром кардиалгии; у 34 больных – приступы пароксизмальной тахикардии, у 16 – желудочковая экстрасистолия.

Обследование больных проводилось по общепринятой схеме с включением исследования функционального состояния классических меридианов по методу Накатани. При этом у 80% пациентов было обнаружено повышение функциональной активности меридиана перикарда (МС), у 12% - меридиана сердца (С), у 8% - меридиана желчного пузыря (VB). Кроме этого, всем больным была проведена термо- и электрометрия биологически активных точек (БАТ), соответствующих базовой модели заболевания с помощью портативных аппаратов «LASPER CS-306» и «ДИАГ-М3».

Исследования показали, что наибольшие отклонения в показателях электропотенциала были выявлены в БАТ: VB12, VB20, VB23, МС7, МС6, С3, С6 и менее – в других, дисбалансированных патологией меридианов.

Все больные были разделены на 2 группы. В 1-й группе (группе сравнения) пациенты получали только медикаментозную терапию, во 2-й группе была использована комплексная терапия с включением в лечение методов рефлексотерапии. Подбор БАТ в лечебный рецепт акупунктуры осуществлялся по локально-сегментарному принципу с учетом показателей, полученных при электро- и термометрии. Курс рефлексотерапевтического лечения обычно составлял 10-12$\pm$2 процедур, которые проводились ежедневно. При необходимости, назначался повторный курс лечения с интервалом между курсами в 2 недели.

В результате проведенного комплексного лечения, с использованием методов корпоральной РТ, у 82% больных отмечено улучшение общего состояния. При этом, число приступов стенокардии снизилось с 3-х в сутки, в среднем, до 1 раза в неделю. У больных группы сравнения приступы стенокардии уменьшились по частоте в два раза (до 2-х в сутки).

Комбинированный характер предложенной нами терапии (по данным ретроспективного наблюдения обследованных больных в течение 2-х лет), позволил констатировать, что у 29% больных был купирован рецидив заболевания на значительный период времени. У 57% больных нам удалось снизить базовую дозу необходимых лекарственных средств, обычно используемых для лечения стенокардии.

Таким образом, рефлексотерапия является одним из наиболее оптимальных безмедикаментозных методов комплексного лечения болевых синдромов при ИБС. Она почти всегда позволяет получить быстрый и стабильный клинический эффект у больных с начальной стадией заболевания.

## О ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ СВЯЗИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ПАНКРЕОНЕКРОЗА (ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

В.И.Лезина, И.В.Рыбакова, Е.А.Иванов, И.В.Дорогова, В.Н.Талышева, С.В.Чурбанов, К.В.Миронова

ГУЗ «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы»
ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МУЗ «Городская клиническая больница №4»
Пенза

Заболевания поджелудочной железы занимают видное место среди патологии внутренних органов. Острые панкреатиты регистрируются ежегодно до 10 случаев на 100 000 населения, хронические – 4-8 раз чаще. Среди острых заболеваний органов брюшной полости панкреатиты занимают третье место после холецистита и аппендицита. В структуре летальности при различных острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости на первом месте по частоте стоит острый панкреатит, и этот показатель превышает число умерших от гастродуоденальных перфораций и желудочно-кишечных кровотечений, вместе взятых. При панкреонекрозах смертность достигает 80%.

Для понижения числа случаев летального исхода при остром панкреатите большое значение имеет его ранняя диагностика – в донекротический период, на стадии острого отека железы. В связи с этим встает вопрос о факторах, способствующих формированию панкреонекроза, так как при остром панкреатите переход из отечной стадии в некротическую происходит часто в течение суток, а иногда – в часы. Среди условий, способствующих возникновению панкреонекроза, важнейшим представляется наличие у больного хронического панкреатита, но это обстоятельство не всегда должным образом учитывается. Хронический панкреатит чаще всего не рассматривается как постоянная угроза возникновения панкреонекроза. Отчасти причина такой ошибочной трактовки роли хронического панреатита в развитии панкреонекроза кроется в недооценке патогенетической связи острого и хронического панкреатитов.

Целью нашего исследования является подтверждение тесной патогенетической связи формирования хронического и острого панкреатитов, констата-

ция того, что в большинстве случае панкреонекроз возникает на фоне хронического панкреатита.

Были проанализированы результаты вскрытий 29 умерших от панкреонекроза в течение 2 лет (2007-2008 гг) по данным Пензенского областного бюро судебно-медицинской экспертизы. В представленных 29 случаях гибели больных от панкреонекроза преобладали мужчины (23 из 29) в возрасте от 20 до 74 лет. при этом в интервале от 20 до 29 лет отмечено 5 умерших, от 30 до 39 лет – 7 случаев смерти, от 40 до 49 лет – 4 случая, от 50до 59 лет – 3, от 60 до 69 лет – 2 и от 70 до 79 лет – 2 летальных исхода, женщин, погибших от панкреонекроза, было 6 в возрасте от 26 до 83 лет, в том числе от 20 до 29 лет – 1 случай, от 30 до 39 лет – 2, далее по 1 случаю в 54 года, в 69 лет и 83 года. Таким образом, можно отметить, что у погибших от панкреонекроза преобладали мужчины (23 из 29) и, независимо от пола, молодые лица от 20 до 49 лет (19 из 29).

Во всех 29 случаях с летальным исходом от панкреонекроза произведено гистологическое исследование поджелудочной железы. При этом всегда определялись отек стромы, очаги некроза паренхимы железы, полнокровие, тромбирование сосудов и наличие массивных кровоизлияний, что соответствует гистологической картине геморрагического панкреонекроза. Нередко выявлялись некрозы и кровоизлияния в жировой клетчатке, нарушение структуры железистых ацинусов, а иногда – очаги нагноения, некротический детрит, с диффузной лейкоцитарной инфильтрацией и скоплениями гемолизированной крови. Островки Лангерганса в некоторых случаях плохо различимы. Все эти данные позволяют заключить о вовлечении в процесс не только железистой ткани поджелудочной железы, но и клетчатки, о присоединении к панкреонекрозу инфекции, о поражении клеток с эндокринной функцией. То есть речь идет о тяжелейшем поражении всей структуры поджелудочной железы.

Важным фактом в гистологической оценке всех анализируемых случаев панкреонекроза явилась регистрация выраженного разрастания соединительной ткани в поджелудочной железе. Это свидетельство наличия хронического панкреатита у всех 29 умерших от панкреонекроза. По сводным данным Пензенского областного бюро судебно-медицинской экспертизы, в 2007-2008гг от геморрагического панкреонекроза всего скончалось 84 человека, гистологическое исследование проведено в 57 случаях, из которых у 45 (≈80%) обнаружены признаки хронического панкреатита.

На основании изложенного можно сделать вывод о том, что в большинстве случаев панкреонекроз возникает на фоне имеющегося хронического панкреатита. Предполагается, что хронический панкреатит, нарушает тканевую структуру железы, создает условия для формирования панкреонекроза. Имеются публикации, доказывающие условность термина «острый панкреатит», наши данные это подтверждают. Фактически нет принципиальных различий между процессами, обозначаемыми как острый панкреатит и обострение хронического панкреатита. Патологоанатомически и клинически представляется, что речь идет об одном и том же процессе. Поэтому можно констатировать, что обострение хронического панкреатита это реальная угроза панкреонекроза. Учиты-

вая быстротечность перехода острого отека железы в панкреонекроз, необходимо при диагнозе «обострение хронического панкреатита», исключая легкие формы, как при остром панкреатите, уже на догоспитальном этапе, использовать основные средства консервативной терапии: спазмолитики, антиферменты и особенно – ингибиторы секреции поджелудочной железы.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНАФЕРОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

О.Н.Лесина, Н.Д.Макарова, Е.О.Шишова, Л.Р.Искандерова, О.А.Коннова

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

В связи с широким распространением респираторных вирусных инфекций отечественными учеными разрабатываются новые эффективные, безопасные противовирусные препараты. Хорошо зарекомендовал себя гомеопатический препарат анаферон с противовирусным и иммуномодулирующим эффектом, обладающий невысокой стоимостью, широким спектром противовирусной активности, высокой степенью безопасности, возможностью применения с 6-ти месячного возраста.

*Цель исследования:* оценить эффективность анаферона при лечении острых респираторных инфекций (ОРИ) у детей в условиях стационара.

*Материалы и методы исследования.* Под наблюдением находились 32 ребенка (1 группа), поступивших в стационар с лихорадкой и катаральными явлениями в возрасте от 7 месяцев до 16 лет, из них 16 мальчиков и 16 девочек. Всем пациентам проводилось клиническое и стандартное лабораторное обследование, рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Препарат анаферон назначался в зависимости от возраста (детский или взрослый) по 1 таблетке каждые 30 минут в течение первых двух часов еще 3 раза в течение суток, далее по 1 таблетке 3 раза в день 4 дня сублингвально на фоне базовой терапии острых респираторных инфекций (ОРИ). Группу контроля (2 группа) составили 10 пациентов с признаками острых респираторных вирусных инфекций сопоставимых по возрасту, полу (5мальчиков и 5 девочек) и тяжести состояния при поступлении в стационар. Пациентам контрольной группы проводилась только базовая терапия ОРИ.

*Результаты исследования.* Распределение пациентов 1 группы по нозологическим формам ОРИ: острый ринофарингит - 31,3% (10 больных), острый фарингит - 34,4% (11), острый ларинготрахеит - 12,5% (4), острый бронхит - 6,3% (2), острая пневмония - 15,6% (5)

При анализе анамнеза жизни пациентов оказалось, что 9 (28%) из них страдают частыми респираторными инфекциями, у 9 (28%) отмечалась пищевая или лекарственная аллергия, в том числе у одного пациента диагностирована бронхиальная астма, патология почек – у 3 (9,4%) и анемия – у 5 (15,6%) детей.

Установлено, что 19 (59,4%) детей основной группы поступили в стационар в 1-й день заболевания, 6 (18,8%) человек – на 2-3-й день, а у 6 (18,8%) пациентов выявлено позднее поступление в стационар на 5-7-й день заболевания, а следовательно, и позднее начало лечения анафероном. С признаками инфекционной интоксикации поступило 30 (93,7%) детей 1 группы и 8 (80%) человек 2 группы, в том числе в тяжелом состоянии 8 (25%) и 2 (20%) пациента соответственно. Лихорадка отмечалась у всех пациентов: 39-40º - у больных 1 группы в 18,8% (6), 38-39º - у 57,6%, (18), <38º - у 25% (8); у детей 2 группы - 30% (3), 50% (5), 20% (2) соответственно.

Проведен анализ продолжительности основных клинических симптомов ОРИ у пациентов, получавших в комплексной терапии противовирусный иммуномодулирующий препарат анаферон, и детей, получавших только базовую терапию. Из таблицы 1 видно, что при назначении анаферона у пациентов 1 группы (по сравнению с группой контроля), продолжительность основных симптомов респираторных инфекций сократилась: фебрильной лихорадки – на 2,9 дня, субфебрильной – на 1,2 дня; инфекционной интоксикации – на 1,2 дня; симптомов ринита – на 2,7 дня; кашля – на 3,6 дня; воспалительных изменений ротоглотки – на 2,4 дня.

Таблица 1.

Сравнение продолжительности основных клинических симптомов ОРИ на фоне лечения анафероном и без него

| Клинические симптомы | 1 группа | | 2 группа | |
|---|---|---|---|---|
| | Продолжительность (дни) | Кол-во пациентов % (абс) | продолжительность (дни) | Кол-во пациентов % (абс) |
| Лихорадка более 38º | 3,1±0,9 | 75 (24) | 6,0±0,8 | 80 (8) |
| Лихорадка менее 38º | 1,2±0,4 | 25 (8) | 2,4±0,6 | 20 (2) |
| инфекционная интоксикация | 2,6±0,7 | 93,7 (30) | 3,8±0,4 | 80 (8) |
| Симптомы ринита | 3,5±0,7 | 90,6 (29) | 6,2±0,2 | 40 (4) |
| Кашель | 4,2±1,3 | 84,4 (27) | 7,8±1,7 | 80 (8) |
| Гиперемия ротоглотки | 4,6±1,1 | 100 (32) | 7,0±1,2 | 100 (10) |

Побочных реакций на анаферон у пациентов 1 группы не выявлено. При наблюдении за пациентами в течение 2 недель после выписки повторное поступление в стационар в связи с суперинфекцией наблюдалось только у одного ребенка.

*Выводы:* 1) назначение анаферона при острых респираторных инфекциях оказывает положительный эффект и влияет на сокращение длительности болезни 2) анаферон хорошо переносится пациентами с фоновыми заболеваниями, в

том числе аллергической природы 3) рационально включение анаферона в терапию острых респираторных инфекций с целью профилактики внутрибольничного инфицирования.

## ФАРМАКОКОРРЕКЦИЯ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЯВЛЕНИЙ В МИОКАРДЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЭНДОТОКСИКОЗЕ

Н.Ю.Лещанкина, Э.И.Начкина, В.П.Власова

Медицинский институт ГОУ ВПО «МГУ им Н.П.Огарева»
Саранск

*Актуальность*. Проблема коррекции синдрома эндогенной интоксикации остается одной из наиболее актуальных в современной медицине. Доказано, что при эндотоксикозе одной из первых поражается сердечно-сосудистая система, а гемодинамические сдвиги не только инициируют патологический процесс, но и определяют дальнейший ход течения заболевания.

*Цель исследования* – изучить влияние нового препарата метаболического типа действия ремаксола на функционально-метаболические параметры сердечной мышцы при хирургическом эндотоксикозе.

*Методы исследования.* Модели хирургического эндотоксикоза – острый панкреатит, который воспроизводили по способу В.М. Буянова с соавт. (1989), и перитонит по способу А.П. Власова (1991). Животные были разделены на 4 группы: 2 контрольных и 2 опытных. Собакам контрольные сроки (1, 3, 5 суток) животным производили релапаротомию, осуществляли биопсию миокарда, забор крови (при перитоните проводили санацию брюшной полости). Всем животным в послеоперационном периоде проводилась инфузионная и антибактериальная терапия. В опытных группах животным к инфузионной терапии добавляли ремаксол: ежедневно выполняли внутривенные введения препарата из расчета 15 мл/кг массы животного.

В работе применены методики, позволяющие оценить выраженность эндогенной интоксикации, электрофизиологическую активность миокарда, интенсивность процессов ПОЛ, фосфолипазную активность, состояние фосфолипидного бислоя мембран кардиомиоцитов. Полученные цифровые данные обрабатывали методом вариационной статистики, с использованием критерия Стьюдента.

*Результаты исследования.* Экспериментально установлено, что выбранные нами модели оказались вполне адекватны, у животных развивался выраженный синдром эндогенной интоксикации, что подтверждалось значительным повышением содержания в крови гидрофильных и гидрофобных его компонентов, следует отметить, что выраженность эндотоксикоза в группах с перитонитом была существенно выше. Отметим, что на фоне выраженного эндотоксикоза у собак отмечались функционально-метаболические нарушения в сердечной мышце, что проявлялось изменением электрофизиологических показателей (нарушение процессов реполяризации, снижение высоты зубцов, увеличение

ЧСС) и дислипидными явлениями в ткани миокарда с модификацией фосфолипидного компонента биомембран кардиомиоцитов.

Включение ремаксола в терапию острого панкреатита способствовало быстрому снижению выраженности нарушений липидного метаболизма миокарда при хирургическом эндотоксикозе. Так на фоне применения препарата регистрировалось быстрое восстановление количества липидов и нормального соотношения липидных фракций ткани сердечной мышцы: отмечалось увеличение доли суммарных фосфолипидов и эфиров холестерола относительно контрольных данных на 15,2–23,4 и 40,1–47,58 % ($p<0,05$) соответственно, уменьшался удельный вес моноацилглицеролов и лизофосфолипидов относительно контроля на 23,5–35,6 и 35,6–58,9 % ($p<0,05$) соответственно, причем существенный положительный эффект ремаксола отмечался уже с первых суток терапии.

Установлено, что кардиоцитопротекторный эффект препарата коррелировал со снижением интенсивности ПОЛ и повышением антиоксидантной защиты миокарда. Существенный положительный эффект ремаксола отмечался также с первых суток терапии, когда при остром панкреатите содержание диеновых конъюгатов и малонового диальдегида было ниже контроля на 18,2 и 20,5 % ($p<0,05$) соответственно. Активность фосфолипазы $A_2$ уже на данном этапе исследования достоверных отличий от нормы не имела, но была ниже контроля на 29,1 % ($p<0,05$). На фоне апробируемой терапии отмечалось повышение интенсивности супероксиддисмутазной активности, которая превышала контроль на 15,9 % ($p<0,05$). Отметим, что при эндотоксикозе перитонеального генеза положительный эффект препарата отмечался с первых суток терапии, но был менее выражен.

Показано, что на фоне терапии ремаксолом по сравнению с контролем выявлено снижение ЧСС на 11,5–15,9 % ($p<0,05$), восстановление вольтажа зубцов на ЭКГ: зубца Т – на 25,6–70,2 % ($p<0,05$), Q – на 19,6–40,1 % ($p<0,05$), R – на 20,5–52,4 % ($p<0,05$).

Подчеркнем, что на фоне применения ремаксола отмечалось снижение выраженности эндогенной интоксикации. Так, общая и эффективная концентрации альбумина возрастали относительно контроля на 15,6–25,3 % ($p<0,05$), индекс токсичности плазмы снижался на 23,6–58,7 % ($p<0,05$), уровень молекул средней массы был меньше контроля на 27,5–34,6 % ($p<0,05$).

Таким образом, развитие эндогенной интоксикации при острой хирургической патологии сопровождается функционально-метаболическими расстройствами в сердечной мышце. Применение препарата метаболического типа действия при хирургическом эндотоксикозе способствует предупреждению развития биоэлектрических нарушений миокарда, что определялось мембранопротекторной его способностью. Кардиопротекторный эффект ремаксола проявлялся через его липидмодифицирующее действие за счет восстановления липидного спектра мембран кардиомиоцитов, уменьшения в них интенсивности процессов перекисного окисления липидов и активности фосфолипазы $A_2$. Другой механизм благоприятного воздействия ремаксола на тканевые структуры миокарда заключался в снижении выраженности эндогенной интоксикации.

# ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

С.Н.Логинов, М.С.Баженов, О.А.Семисаженов

Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко,
Медицинский институт ПГУ
Пенза

Лечение больных с эмпиемой плевры (ЭП) в настоящее время остается актуальным и довольно сложным процессом. Несмотря на значительные достижения в организации хирургической помощи населению, возникновение острых эмпием плевры происходит достаточно часто, тенденции к уменьшению таких больных нет. Неадекватное лечение приводит к формированию хронической эмпиемы плевры (Цеймах Е.А., Левин А.В., 2008).

Летальность при деструктивных процессах в легких, осложненных эмпиемой плевры, колеблется по данным разных авторов от 10 до 50% (Плеханов А.Н., Цибиков Е.Н., 2008).

Основу лечения составляют мероприятия, способствующие полному и по возможности постоянному дренированию плевральных полостей (Б.А.Королев и соавторы 1980).

В отделении торакальной хирургии Пензенской Областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко, на протяжении многих лет для лечения ЭП применяется лечебно - диагностическая торакоскопия, но на ряду с положительными результатами имеется ряд недостатков в виде дислокаций дренажей, отсутствия контроля за возможными осложнениями и стадией воспаления в плевральной полости.

Мы проанализировали работу отделения за последние 3 года по данной патологии с применением торакоскопии, и учитывая вышеизложенные недостатки, нами предложено выполнение динамической санационной торакоскопии (ДТС).

Всего пролечено с ЭП 292 пациента, в том числе 166 пациентам выполнена обычная и динамическая торакоскопия.

Соотношение больных по полу и месту проживания. Из них 74% мужчины, 26% женщины.

Одним из современных методов лечения эмпиемы плевры является эндоскопическое хирургическое пособие, в том числе динамическая торакоскопия (ДТС). ДТС – это повторная торакоскопия, выполняемая в отсроченном порядке, на основании определенных показаний.

По количеству ДТС:

- две ТС выполнено 24 пациентам, что составило 53%;
- три ТС выполнено 14 пациентам, что составило 30%;
- более трех выполнено 8 пациентам - 17%.

Периодичность выполнения ДТС – 5 - 7 суток.

Для выполнения ДТС нами были определены следующие показания:

- клиническая картина (отсутствие признаков снижения интоксикации и высокий уровень эксудации из плевральной полости);
- лабораторные показатели (признаки воспалительных изменений в анализах крови, без тенденции к их снижению);
- рентгенологическая картина (сохраняющийся гидро – пневмоторакс, признаки осумкования в плевральной полости);
- эндоскопическая картина при предыдущей ТС (выраженность воспалительной реакции плевры, прогнозируемый риск внутриплевральных осложнений).

Осложнения эмпиемы плевры возникшие при ТС и ДТС

| Осложнения | ТС | ДТС |
|---|---|---|
| Кровотечения | 4 | 1 |
| Флегмона грудной стенки | 3 | 2 |
| Всего: | 7 (5,8%) | 3 (6,5%) |

Следует отметить снижение количества осложнений при применении ДТС в абсолютных цифрах, увеличение же в процентном соотношении обусловлено малым количеством пролеченных больных по программе ДТС.

Результаты лечения. Общая летальность при эмпиеме плевры составила 7,2%, из них 4,1% больных, которым выполнена ТС, 0,7% больных с ДТС, оставшиеся 2,4% летальности пришлись на больных, которым проводилось дренирование плевральной полости или пункционный метод лечения эмпиемы плевры.

Полученные результаты позволяют сделать вывод об эффективности и возможности применения ДТС при осложненном течении эмпиемы плевры, а также выполнять эндоскопический, динамический контроль за воспалительным процессом в плевральной полости, адекватно устанавливать дренажи в плевральной полости, выявлять и предотвращать осумкования в плевральной полости.

## ВЛИЯНИЕ СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКИХ ПРОБ НА ФУНКЦИЮ РАВНОВЕСИЯ У БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Т.А.Лопушанская, И.В.Войтяцкая, К.А.Овсянников

ГОУ ДПО СПБМАПО Росздрава
Санкт-Петербург

Существует категория стоматологических больных с сохранным состоянием зубных рядов, предъявляющих жалобы со стороны височно-нижнечелюстного сустава. Лечение больных данной группы, как правило, вызывает затруднения у врачей стоматологов. Не всегда удается получить стойкий результат лечения синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, в ряде случаев у больных развиваются рецидивы. Известно, что состояние зубочелюстной системы взаимосвязано с состоянием опорно-двигательного аппарата(L.Bonnier,1992; Хорошилкина Ф.Я.,1986).Изменение состояния опорно-

двигательного аппарата влияет на проприоцептивную чувствительность височно-нижнечелюстного сустава. Причиной развития стоматологической симптоматики может являться патология опорно-двигательного аппарата.

*Цель исследования.* Оценить влияние стандартных и специальных стоматологических проб на функцию равновесия у больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

*Материалы и методы*. Обследовано 35 больных в возрасте от 18 до 47 лет с симптомами дисфункции височно-нижнечелюстного сустава в виде боли, девиации, шума в суставе при движениях нижней челюсти, изменения амплитуды движения нижней челюсти и сохранными зубными рядами. Из них 12 мужчин и 23 женщины. Использовались следующие методы исследования: клиническое обследование, компьютерная стабилометрия с применением стоматологических проб. Для проведения компьютерной стабилометрии использовался компьютерный стабилоанализатор с биологической обратной связью «Стабилан-01-2» производства ОКБ «Ритм» (г. Таганрог) с соответствующей программой, представляющей собой модель математического расчёта показателей стабилометрического исследования. При проведении обследования применялись стандартные стабилометрические пробы, оценивающие состояние опорно-двигательного аппарата и специальные стоматологические пробы, позволяющие оценить влияние состяния зубочелюстной системы на функцию равновесия. К стандартным стабилометрическим пробам относятся:

1. Проба с открытыми глазами.
2. Проба с закрытыми глазами.
3. Проба с поворотом глаз вправо.
4. Проба с поворотом глаз влево.
5. Проба с поворотом головы вправо.
6. Проба с поворотом головы влево.
7. Проба с поворотом туловища вправо.
8. Проба с поворотом туловища влево.

Стоматологические пробы включают в себя:

1. Проба с закрытыми глазами на мягком коврике.
2. Проба в положении центральной окклюзии.
3. Проба в положении передней окклюзии.
4. Проба в положении с максимально широко открытым ртом.
5. Проба с двусторонним разобщением прикуса.
6. Проба с правосторонним разобщением прикуса.
7. Проба с левосторонним разобщением прикуса.

*Результаты исследования.* По данным компьютерной стабилометрии, из 35 обследованных у 24 больных(68%) выявлено выраженное влияние на состояние функции равновесия проб, провоцирующих опорно-двигательный аппарат, по сравнению с пробами, оценивающими состояние зубочелюстной системы. У 16 обследованных (46%) отмечено наибольшее значение проб с поворотом головы. Эти пробы позволяют оценить состояние мышц шеи, нарушение мышечного тонуса, и влияние этих факторов на функцию равновесия. У 8 па-

циентов(22%) наибольшее отягощающее влияние оказали пробы с поворотом туловища. Эти пробы характеризуют состояние мышц спины, тазобедренных и коленных суставов, а также вклад импульсации с этих зон в общее состояние функции равновесия. Были выявлены пациенты, в равной степени реагирующие на пробы, провоцирующие опорно-двигательный аппарат и зубочелюстную систему(7 обследованных-20%). У 4-х пациентов (12%) преобладали пробы, провоцирующие зубочелюстную систему.

*Выводы:*

1. Компьютерная стабилометрия, являясь объективным и неинвазивным методом исследования, позволяет оценить вклад патологии зубочелюстной системы в общее состояние организма.
2. Выявлена группа стоматологических больных с симптомами дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, сохранным состоянием зубных рядов и выраженным отягощением со стороны опорно-двигательного аппарата.

## СОСТОЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Т.А.Лопушанская, А.А.Симоненко

ГОУ ДПО СПБМАПО Росздрава
Санкт-Петербург

Диагностика и лечение пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава - актуальные задачи ортопедической стоматологии. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава может возникнуть на этапах ортопедического лечения, а также после него. При этом страдает функция жевания. Состояние жевательных мышц имеет особое значение в работе височно-нижнечелюстного сустава. Посредством электромиографического исследования возможно определение биоэлектрической активности каждой мышцы с оценкой симметричности работы правой и левой стороны. Также можно оценить биоэлектрическую активность мышц на стадии отсутствия специфической функции.

*Цель исследования.* Оценка состояния жевательных мышц у пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава по данным поверхностной электромиографии.

*Материалы и методы*. Обследовано 25 пациентов с явлениями болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Болевые ощущения у обследуемых пациентов возникали только с одной стороны при жевании и усиливались при разжевывании твердой пищи. Возраст обследованных пациентов от 45 до 60 лет, мужчин - 8 человек, женщин - 17 человек. Проводилось стандартное клиническое обследование и поверхностная электромиография жевательных мышц с использованием компьютера и аппаратно-программного комплекса, со-

стоящего из четырехканального электромиографа, разработанного ЗАО ОКБ «Ритм» (г. Таганрог), программы анализа «StabMed 2.08». Для жевания применялся тестовый материал, изготовленный по стандартной методике. Перед началом пробы больному подробно объясняли методику проведения исследования. В процессе обследования пациент должен сидеть в удобной для него позе в состоянии физиологического покоя. Во время проведения пробы больному нельзя глотать тестовый материал. Анализировался биоэлектрический потенциал жевательных мышц, как на стадии отсутствия специфической функции, так и в процессе жевания стандартного тестового материала. Биоэлектрический потенциал жевательных мышц представлен в виде электромиограммы на экране компьютера, сравнивая определенные участки которой определялись амплитуда биопотенциала и площадь под кривой электромиограммы. Основной параметр сравнения – симметричность работы жевательных мышц правой и левой стороны. Рассчитывался коэффициент асимметрии по амплитуде и площади.

*Результаты исследования.* По данным поверхностной электромиографии у 25 пациентов определялось повышение биоэлектрической активности жевательных мышц на стороне, противоположной стороне болевой симптоматики. Коэффициент асимметрии по амплитуде составлял от 1.4 до 5.6, коэффициент асимметрии по площади составлял от 1.3 до 4.8, при этом амплитуда и площадь под кривой имели большую величину на стороне, противоположной стороне боли. У всех больных отмечалась асимметричность работы жевательных мышц, проявляющаяся компенсаторным гипертонусом в жевательной мышце на стороне противоположной стороне болевой симптоматики. На стороне боли у этих пациентов наблюдалось «выключение» жевательной мышцы, что характеризовалось низкими амплитудными показателями. При этом клинически выявлена гипомобильность суставной головки на стороне боли по сравнению с противоположной стороной.

*Выводы.* По данным нашего исследования выявлено асимметричное состояние жевательных мышц у больных с синдромом дисфункции височно-нижнечелюстных суставов и проявлением боли в ВНЧС с одной стороны.

## ТЕРАТОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ АЛКОГОЛЯ

Ж.Л.Малахова, А.А.Бубнов, А.В.Клейн, А.Г.Кирпищиков

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»
Екатеринбург

Этиловый алкоголь - наиболее распространенный тератогенный фактор. Центральная нервная система является наиболее подверженной вредным воздействиям, как на ранних этапах эмбриогенеза, так и в перинатальноь периоде.

*Цель нашего исследования*: изучить патологические изменения в центральной нервной системе у крыс, подвергшихся влиянию алкоголя в антенатальный период.

Опыт проведен на 24 беспородных крысах массой 280-300 г, разделенных на 2 группы: 1-я группа – контрольная (12 интактных животных), 2-я группа (12 крыс) – в течение одного месяца до беременности и все время беременности вместо воды получала 15% раствор спирта. Эта концентрация является оптимальной для создания модели хронического алкоголизма и при минимальных затратах времени позволяет добиться добровольного потребления животными максимально больших доз алкоголя, при которых он эффективнее всего оказывает токсическое действие на функцию их органов и систем.

У полученного потомства крыс в возрасте одного месяца для светооптического исследования брали головной мозг, который помещали в 5% нейтральный формалин в объемном соотношении не менее 1:10. После фиксации вырезали блоки мозгового вещества из конвекситальной коры сенсомоторной зоны, гипоталамической области и мозжечка. Проводилась заливка материала в парафин и окраска его гематоксилином-эозином, по Ван Гизон и по Нисслю.

В контрольной группе животных не удалось отметить каких-либо существенных отклонений от нормы. В коре была сохранена четкая стратификация нервных клеток, отмечался легкий периваскулярный отек в виде непостоянного расширения пространства Вирхова-Роден-Снесарева. Это явление, по-видимому, следует рассматривать как результат острой гипоксии, связанной с эвтаназией животных. В ядрах гипоталамической области нервные клетки располагались равномерно, в их цитоплазме можно было увидеть светлые секреторные гранулы, свидетельствующие о сохранности процессов нейрокринии. В коре мозжечка зернистый слой был хорошо выражен, корзинчатые нейроны (клетки Пуркинье) располагались на одном уровне по границе зернистого слоя и белого вещества. Они имели округлые очертания цитоплазмы, четко выраженное ядро и ядрышко.

Во 2-ой группе были найдены выраженные изменения. Кора имела очаги разрежения нервных клеток, чередовавшихся по выраженности и распространенности. Участки разрежения локализовались преимущественно в средних слоях коры, но встречались единичные зоны разряжения, которые шли через все слои. Были выражены дистрофические изменения нейронов, главным образом, в виде хроматолиза в средних слоях и пикнотических изменений в верхних слоях. В ядрах гипоталамуса также отмечалось разрежение нервных клеток и их дистрофические изменения. Преобладали гиперхроматоз и пикнотические изменения, а также субтотальное снижение (иногда полное отсутствие) нейрокринных гранул. В мозжечке имело место истончение извилин. В зернистом слое наблюдались полосы разрежения и резкое уменьшение количества корзинчатых клеток. Сохранные клетки располагались на разных уровнях и неравномерно. В них преобладали гиперхроматоз и пикнотические изменения.

Таким образом, у животных подвергнутых внутриутробно воздействию этилового спирта достоверно отмечаются, как морфологические, так и структурные нарушения в формировании различных отделов головного мозга. Данная модель внутриутробного воздействия алкоголя на развивающийся организм подтверждает значимость строгого воздержания женщин от употребления алкогольных напитков во время беременности для профилактики его тератогенных воздействий на ребенка.

# ОЦЕНКА ГЛУБИНЫ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ С ПОМОЩЬЮ БИСПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА (BIS) ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ В КЛИНИКЕ

В.Н.Маринчев

Госпиталь им. Революции
Сана, Йемен

Одной из главных проблем в современной анестезиологии является управление глубиной общей анестезии. Особую актуальность эта проблема приобретает тогда, когда клинические признаки (зрачковые реакции на свет, конъюнктивальный рефлекс, цвет и влажность слизистых оболочек и кожи, уровень АД, частота пульса и др.) становятся неинформативными. При использовании ингаляционных средств для анестезии на современных анестезиологических аппаратах экспертного класса предусмотрено определение концентрации используемых средств во вдыхаемой и выдыхаемой смеси, но это не означает, что мы знаем что-то о реакции пациента, о реакции ЦНС на эту концентрацию. А как быть при использовании тотальной внутривенной анестезии, которая столь популярна у российских анестезиологов?

Есть ли возможность у анестезиологов определять концентрацию препаратов для анестезии в крови в динамике и на основании этого поддерживать необходимую глубину тотальной внутривенной анестезии? Сегодня нет!

В настоящее время всё шире находит своё применение метод контроля за глубиной анестезии с помощью постоянного биспектрального анализа ЭЭГ.

МЕТОДИКА. Нами использовался прибор «BIS-XP-Aspect». На лоб пациента накладывались 4 электрода, аналогичных тем, что используются для регистрации ЭКГ. Прибор сам проводил калибровку и настройку и давал сигнал о своей готовности. На экране прибора регистрировались: электроэнцефалограмма, миорелаксация в % (по данным электромиографии), величина BIS индекса (обновление каждые 5 секунд) и его тренд, графическое отображение тотальной супрессии и интенсивности качества сигнала. При оценке глубины анестезии величина BIS была основной, мы основывались на следующих рекомендациях рекомендациях: BIS от 100 до 60 - разной глубины седация, BIS от 60 до 40 – рекомендуемый уровень общей анестезии, ниже 40 - опасная депрессия активности ЦНС.

Данная работа основана на анализе анестезий, проведенных у 43 пациентов. Все анестезии были максимально стандартизированы и проводились по следующей методике: индукция - фентанил в/в 1 микрограмм/кг + атракуриум 0,2мг/кг + пропофол 1,5мг/кг, поддержание анестезии - севофлюран в потоке кислорода. Для проведения анестезии и мониторинга использовался аппарат «PRIMUS”-DRAGER» и монитор «DATASCOPE-Expert». Мониторинг: АД сист, дмаст, сред, ЭКГ, SpO-2, концентрация углекислого газа, севофлюрана определялась на вдохе и выдохе автоматически каждые 10 секунд, параметры ИВЛ (в режиме низкого потока). Всем пациентам проведены аналогичные пла-

новые лапароскопические вмешательства (холецистектомия, пластика грыж пахового канала и диафрагмы). Все пациенты были разделены на две группы(1-ая группа 21 и 2-ая группа 22 пациента), первая группа получила мониторинг в обычном объеме, а вторая с использованием BIS. Результаты обработаны статистически, для выявления взаимосвязей между показателями использовался коэффициент парной корреляции (±r).

Анализ полученных результатов позволяет сделать следующие выводы:

- использование BIS мониторинга объективизирует оценку глубины и снижает опасность общей анестезии;
- позволяет ретроспективно оценивать действия врача-анестезиолога;
- этот метод может быть особенно полезен начинающим анестезиологам, а также у пациентов с повышенным риском;
- мониторинг BIS позволяет снизить расход препаратов для общей анестезии, особенно дорогостоящих (пропофол, севофлюран и др) при сравнении 2-х групп($P<0,05$).
- за счёт снижения расхода препаратов для анестезии во второй группе, сократилось время пробуждения на 17±5мин($P<0,05$);
- за счёт снижения расхода препаратов снизилось количество посленаркозной тошноты и рвоты во второй группе;
- простота использования не требует специального инструктажа штата;
- клиническая оценка глубины анестезии только в 2/3 случаев совпадает с BIS, что говорит в пользу объективного метода;
- при анализе коэффициента парной корреляции оказалось, что значение BIS индекса наиболее связан со значением концентрации севофлюрана на выдохе, причём эта связь обратно пропорциональная ($r = -0,71±0,02$);
- по данным литературы, BIS мониторинг при анестезии кетамином, может быть малоинформативным.

Таким образом, BIS мониторинг является ценным и не имеющий аналогов методом объективным оценки глубины общей анестезии.

## ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ЕЖЕДНЕВНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

И.А.Мартыненко, К.Э.Смирнов

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МУЗ «Городская больница №1»
Пенза

Первичная хроническая ежедневная головная боль (ХЕГБ) представляет актуальную проблему практической неврологии. Этой труднокурабельной формой головных болей страдает около 5% населения. В структуре пациентов, обращающихся за медицинской помощью в специализированные клиники головной боли, она достигает 30-40%.

ХЕГБ сочетается с вегетативными нарушениями, соматическими жалобами и, самое главное – обязательно присутствует эмоционально-аффективные

расстройства, чаще депрессивные, часто нарушения сна. Именно пациенты с ХЕГБ обращаются за помощью не только к неврологам, но и к врачам других специальностей в связи с разнообразием соматических жалоб и нарушений в эмоциональной сфере. Отсутствие (на данном этапе) органических причин этого страдания, с одной стороны, и безуспешность фармакологического лечения, с другой, часто вызывает разочарование не только пациента, но и врача. Поэтому ХЕГБ является не только диагностической, но и большой терапевтической проблемой. Большое количество отечественных и зарубежных исследователей (в том числе и S.D. Silberstein, 1994г.) делят ХЕГБ на две составляющие: хроническая головная боль напряжения (ГБН) и комплекс мигрень + головная боль напряжения (ГБН). Частое перекрещивание клинических признаков мигрени и ГБН и их сосуществование, являясь достаточно признанным, остается под вопросом.

Сотрудниками кафедры неврологии ПИУВ и поликлинического отделения МУЗ ГБ №1 проведено открытое сравнительное исследование.

*Цель исследования:* изучение клинической эффективности и переносимости комбинированной терапии ХЕГБ феварином, фенотропилом и мелаксеном (группа А) в сравнении с применением фенотропила и вальдоксана (группа В). Выбор медикаментов для лечения (антидепрессанты, ноотроп со стимулирующим и анксиолитическим действием и мелатонинергические препараты) обусловлен наличием в клинической картине, помимо собственно головных болей, депрессии с нарушением сна и астенизации.

*Дизайн исследования:* были исследованы 2 однородные группы (17 человек в возрасте от 26 до 58 лет) с ХЕГБ. Критерий включения: жалобы на головные боли, соответствующие критериям ХЕГБ, отсутствие органического поражения ЦНС и выраженной сопутствующей соматической патологии, прекращение приема обезболивающих препаратов за 10 дней до включения в исследование. Критерии исключения: выраженные побочные действия или непереносимость применяемых препаратов, выявление сопутствующей соматической патологии, беременность и лактация, самостоятельный прием дополнительных препаратов.

Группа А (8 человек) получали: феварин в дозе 50 мг. в сутки утром однократно первые 7 дней, затем по 100 мг. в сутки утром однократно в течение 7 недель; фенотропил 100 мг. в сутки утром 8 недель; мелаксен в дозе 3 мг. в сутки вечером 8 недель – I схема. Группа В (9 человек) получали: фенотропил 100 мг в сутки утром 8 недель, вальдоксан 25 мг. в сутки 8 недель однократно вечером – II схема. Помимо основной терапии пациенты обеих групп получали бенфолипен по 1 таблетке в день курсами по 14 дней с перерывом 14 дней, элькар по 3 г. в сутки в три приема курсами по 7 дней с перерывами 14 дней. Таким образом, в первой группе применялся ингибитор обратного захвата серотонина с минимальным взаимодействием с серотониновыми, допаминовыми, гистаминовыми м-холино- и адренорецепторами (феварин) и синтетический мелатонин. Во второй группе применялся антагонист серотонина и агонист мелатонина без сродства к гистаминовым, допаминовым, бензодиазепиновым, холино- и адренорецепторам (вальдоксан). В обеих группах применялся ноотроп с мощным стимулирующим и легким анксиолитическим эффектом.

*Методы исследования:* проводилось клинико-неврологическое обследование; МРТ головного мозга для исключения органической патологии. Использовались: визуальная аналоговая шкала (ВАШ), болевой опросник Мак Гилла, оценка состояния психической сферы с помощью теста Спилберга (определение реактивной и личностной тревожности) и качества сна с помощью опросника. После завершения курса терапии проводилось повторное исследование. Клиническая эффективность оценивалась по изменению субъективного самочувствия, динамике показателей тестов. Нежелательное действие лекарственных препаратов регестрировалось путем целенаправленного опроса.

*Результаты*. Интенсивность боли по ВАШ до лечения составлял в 1 группе 5,18 , во 2 группе 5,21; после лечения соответственно 4,1 и 3,6. Динамика показателей опросника Мак Гилла в первой группе выглядела следующим образом: рангоавй индекс до и после лечения 12,7 и 9,4; интенсивность боли соответственно 15,2 и 11,8. Во второй: ранговый индекс 12,8 и 7,85; интенсивность боли 15,31 и 9,85. Показатель реактивной тревожности до лечения: 50,12 в 1 группе и 50,8 во второй. После лечения соответственно: 44,8 и 42,91. Динамика показателей личной тревожности выглядели таким образом: 1 группа 50,8 и 45,47; 2 группа 51,12 и 46,34. Динамика качества сна была примерно одинакова в обеих группах.

*Выводы*. Таким образом, результаты показали обоснованность назначения антидепресссаньов, нооторопов и мелатонинергических средств. На фоне лечения достоверно уменьшаются боли, тревожность, нормализуется сон. Показано, что применение II схемы требует меньшего количества лекарственных средств и дает тотже, а по некоторым параметрам и лучший результат.

Ни в первой, ни во второй группах осложнений от лечения не отмечалось, лечение переносилось хорошо.

Таким образом, комлекс антидепрессант + ноотроп + синтетический мелатонин и комлекс ноотроп+антидепрессант с мелатонинергическим эффектом могут быть рекомендованы для лечения ХЕГБ в поликлиниках и дома.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ГАНГЛИОПАТИИ КРЫЛОНЕБНОГО УЗЛА

Г.И.Мартынова, А.В.Чуракова, Г.Г.Страхов, В.Г.Страхов, И.Ф.Белавцева

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

Тяжелый болевой синдром, обусловленный поражением вегетативных образований лица, нарушает работоспособность и социальную адаптацию человека в обществе. Наиболее часто наблюдается ганглиопатия крылонебного узла (синдром Слудера). Не все неврологи хорошо знакомы с клиникой данного страдания, а отсутствие патогенетической вегетотропной терапии приводит к формированию хронического болевого синдрома, сопровождающегося астено-ипохондрическим или астено-депрессивным состоянием. Трудность диагности-

ки синдрома Слудера объясняется, по-видимому, и тем, что он редко встречается в классическом варианте с приступами длительных многочасовых нестерпимых вегетативных болей за глазным яблоком, у задних отделов среднего носового хода, в лобно-височной области, у задних отделов верхней челюсти, в области придаточных пазух носа, в основном ночных, со слезотечением со стороны поражения, ринореей, синдромом ирритации симпатической иннервации глаза и глазницы Перфюр-Дюпти (расширение глазной щели, зрачка, экзофтальмом), шумом и звоном в ухе, гиперемией конъюнктивы, вегетативными изменениями кожи лица и шеи (бледность или покраснение, гипер- или гипогидроз), болевой точкой у верхневнутреннего угла орбиты (раздражение симпатических рецепторов лобной артерии) болезненностью глазного яблока при пальпации. Чаще констатируются абортивные формы заболевания.

Под нашим наблюдениям в течение 5 лет находились 26 больных в возрасте от 24 до 70 лет (11 мужчин и 15 женщин) с ганглиопатией крылонебного узла. Классический вариант течения Слудеровской ганглиопатии отмечен только у 3 больных (у 1 мужчины и 2 женщины). У остальных 23 больных наблюдались различные варианты абортивного течения заболевания. Чаще (9 больных) болевой синдром сочетался с покраснением конъюнктивы, скудными выделениями из соответствующей половины носа и с наличием болевой точки у верхневнутреннего угла орбиты (I вариант). У 6 больных (II вариант) во время приступа болей отмечался неполный синдром Перфюр-Дюпти – легкое расширение зрачка и глазной щели. В III варианте (5 больных) боль начиналась у задних отделов верхней челюсти, распространялась на область носоглотки и глазницы, не выходя на зону кожной вегетативной иннервации узла. Приступ сопровождался лишь легким покраснением конъюнктивы, неприятными ощущениями при надавливании на глазное яблоко и наличием типичной болевой точки. В IY варианте (3) боль локализовалась только в области глазницы и глазного яблока и возникала лишь при движении глазного яблока в различных направлениях. При надавливании на глазное яблоко отмечались неприятные болевые ощущения. Болевая точка у верхневнутреннего угла орбиты была положительной. Анализируя частоту отдельных симптомов при различных вариантах ганглиопатии крылонебного узла, мы отметили наибольшую частоту приступообразного или перманентного вегетативного болевого синдрома (у 96,2% больных) и наличие болевой точки у верхневнутреннего угла орбиты (95,5%). Следует отметить, что изменился характер вегетативного болевого синдрома. Если в классическом варианте синдрома Слудера они описаны как острые нестерпимые, когда больные характеризуют их эпитетами «жжет», «печет», «проходит электрический ток», и другими, то в наших наблюдениях боли были чаще (82,3%) тупые, но очень неприятные («ноет зуб», «выкручивает нерв»). Приступы возникали в любое время суток. Кожные вегетативные проявления заболевания (покраснение или побледнение, гипергидроз или сухость) в зоне автономной иннервации наблюдались редко (28,5%).

Таким образом, при клиническом обследовании больного и установлении диагноза ганглиопатии крылонебного узла необходимо учитывать варианты ее развития и течения. Согласно патогенезу вегетативной ганглиопатии во время

приступа болей возникает ирритация симпатического отдела вегетативной нервной системы и снижение тонуса ее парасимпатического отдела, в связи с чем проводилась целенаправленная патогенетическая терапия симпатолитиками (α- и β-адреноблокаторы – пирроксан, бутироксан, фентоламин, проксодол, пропранолол) и парасимпатомиметиками (в основном использовались препараты калия). Значительный положительный эффект в виде уменьшения частоты и длительности приступов отмечен у 21 больного. Полное выздоровление при устранении причины поражения крылонебного узла (чаще это синуситы, заболевания зубочелюстной системы верхней челюсти) наблюдалось у 5 больных. При частых и длительных приступах и при постоянных болях возможно снижение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы и повышение парасимпатического. В таких случаях назначались парасимпатолитики (ганглиоблокаторы, платифиллин, бензтропин, бензгексол) и симпатомиметики (кофеин, АТФ, сиднокарб). При выраженном болевом синдроме дополнительно назначалась симптоматическая обезболивающая терапия (трамал, парацеталол, залдиар).

## КОЛОНИЗАЦИОННАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ГЛОТКИ У ДЕТЕЙ В НОРМЕ И ПРИ БРОНХИТАХ И ПНЕВМОНИЯХ

В.А.Метельская, В.А.Алешкин, Е.А.Воропаева, С.С.Афанасьев, О.Г.Гречишникова, А.Л.Байракова, Е.А.Егорова, Ю.Н.Урбан, В.В.Слободенюк

ФГУ НМНИИ Эпидемиологии и Микробиологии
им. Г.Н. Габричевского Роспотребнадзора
Москва

Система защиты макроорганизма, ограничивающая адгезию чужеродных микроорганизмов, определяется как колонизационная резистентность.

Колонизационная резистентность слизистых респираторного тракта зависит от состояния нормофлоры и от соотношения уровней индигенных и условно-патогенных микроорганизмов, формирующих данный биотоп. Она предопределяет возможность адгезии патогенных микроорганизмов, а значит, предопределяет возникновение, тяжесть и длительность течения различных воспалительных процессов в дыхательной системе. Это особенно актуально при респираторной патологии у детей.

*Цель работы:* изучение бактериологических посевов задней стенки глотки (ЗСГ) респираторного тракта у детей в норме и при бронхолегочной патологии.

*Материалы и методы:* Проведено микробиологическое обследование 102 детей 3-7 лет. Образованы 4 группы: 1 - контрольная группа, клинически здоровые дети (30 детей), 2 - с острым бронхитом (51), 3 - с хроническим бронхитом (15), 4 – с пневмонией (6 детей). Для микробиологического анализа исследуемый материал забирали с ЗСГ натощак стерильным тампоном-зондом. Родовую и видовую идентификацию микрофлоры проводили на основании изучения морфологических, культуральных и биохимических свойств с использованием микро-

тестов – систем фирмы «PLIVA- Lachema Diagnostika, s.r.o.», Чешская Республика и согласно приказу МЗ СССР № 535 от 22 апреля 1985 года.

*Результаты и обсуждение:* При проведении оценки микробиоценоза ротоглотки здоровых и больных детей учитывались 4 микроэкологических типа биотопа ЗСГ, которые характеризовались: 1) *нормоценоз* - присутствием в отделяемом: α-гемолитических стрептококков - до $10^5$ - $10^6$ КОЕ/мл, непатогенных нейссерий - до $10^4$ - $10^6$ КОЕ/мл; 2) *промежуточный тип* – нарастанием титров: α-гемолитических стрептококков и непатогенных нейссерий до $10^6$ - $10^7$ КОЕ/мл и появлением условно-патогенной и патогенной микрофлоры в количестве до 3-4 lg КОЕ/мл; 3) *дисбиоз* - повышением: α-гемолитических стрептококков и непатогенных нейссерий до $10^7$ КОЕ/мл и повышением интенсивности колонизации условно-патогенной и патогенной микрофлорой до 4-5 lg КОЕ/мл; 4) выраженный *воспалительный процесс* – значительным повышением: α-гемолитических стрептококков и непатогенных нейссерий до $10^7$ – $10^8$ КОЕ/мл и нарастанием количества условно-патогенной микрофлоры и вирулентных микроорганизмов до 6-8 lg КОЕ/мл.

*Контрольная группа (здоровые дети):* Среднее количество *Streptococcus spp.* при нормоценозе -7,23±3,43x$10^6$ КОЕ/мл, при промежуточном типе 3,85±1,83x$10^7$ КОЕ/мл, при дисбиозе 5,44±2,13x$10^7$ КОЕ/мл, при воспалении 6,9±3,16x$10^7$ КОЕ/мл. Среднее количество *Neisseria spp.* при нормоценозе-7,0±4,0x$10^6$ КОЕ/мл, при промежуточном типе 3,85±1,76x$10^7$ КОЕ/мл, при дисбиозе 5,44±2,67x$10^7$ КОЕ/мл, при воспалении 6,0±2,43x$10^7$ КОЕ/мл. Также выделялись: при промежуточном типе: *E. coli* - 1,0±0,43x$10^3$ КОЕ/мл, *S.aureus* - 2,8±1,48x$10^3$ КОЕ/мл, γ-гемолитический стрептококк - 1,0±0,66x$10^3$ КОЕ/мл, грибы рода *Candida* - 5,5±2,0x$10^3$ КОЕ/мл, *K. pneumoniae* - 1,0±0,45x$10^4$ КОЕ/мл; при дисбиозе: *S.aureus* - 2,3±1,0x$10^5$ КОЕ/мл; при воспалении: *S.aureus* - 8,1±2,26x$10^6$ КОЕ/мл. Частота встречаемости составляла: *S.aureus* – у 33,3%, *E. coli – у* 6,6%, грибов рода *Candida* – у 20,0%, *K. pneumoniae* – у 3,3%, γ-гемолитического стрептококка – у 3,3% детей. Таким образом, из 30 детей контрольной группы у 43,3% наблюдался нормоценоз, у 40,0% промежуточный тип, у 16,7% детей был выявлен выраженный воспалительный процесс.

*Дети с острым бронхитом*: *Streptococcus* высевался при нормоценозе-7,43±3,43x$10^6$КОЕ/мл, при промежуточном типе 4,2±2,15x$10^7$ КОЕ/мл, при дисбиозе 6,03±3,1x$10^7$ КОЕ/мл, при воспалении 6,91±3,36x$10^7$ КОЕ/мл. *Neisseria*-при нормоценозе 7,16±2,0x$10^6$ КОЕ/мл, при промежуточном типе 4,24±2,76x$10^7$ КОЕ/мл, при дисбиозе 5,93±2,47x$10^7$ КОЕ/мл. *S.aureus* при промежуточном типе -7,75±3,25x$10^3$ КОЕ/мл, при дисбиозе 3,75±2,0x$10^5$ КОЕ/мл, при воспалении 9,74±4,3x$10^6$ КОЕ/мл, грибы рода *Candida* -при промежуточном типе 4,42±2,05x$10^3$ КОЕ/мл, при дисбиозе 1,0±0,39x$10^5$ КОЕ/мл, при воспалении 2,37±1,3x$10^6$ КОЕ/мл, *K. pneumoniae* при промежуточном типе - 1,0±0,35x$10^4$ КОЕ/мл, при дисбиозе 1,0±0,59x$10^5$ КОЕ/мл, при воспалении 1,0±0,39x$10^6$ КОЕ/мл, *Enterobacter* - при промежуточном типе -1,0±0,75x$10^3$ КОЕ/мл, при воспалении 3,0±2,39x$10^6$ КОЕ/мл, *Escherichia coli* при промежуточном типе - 1,0±0,65x$10^4$ КОЕ/мл, при дисбиозе 1,0±0,5x$10^5$ КОЕ/мл, *S. Epidermidis*- при дисбиозе 1,0±0,25x$10^4$ КОЕ/мл, *коагулазоотрицательные стафилококки*- при

дисбиозе 1,0±0,7x$10^5$ КОЕ/мл, *P.aeruginosa* при промежуточном типе - 1,0±0,35x$10^3$ КОЕ/мл при воспалении 1,0±0,6x$10^6$. Частота встречаемости у детей с острым бронхитом: *S.aureus* – у 22,2%, грибов рода *Candida* – у 26,4%, *K. pneumoniae* – у 9,72%, *Энтеробактер* – у 4,2%, *Escherichia coli* - у 4,2%, *S. epidermidis* – у 1,4%, *коагулазоотрицательные стафилококки* - у 2,8%, *P.aeruginosa*- у 5,6% детей. Таким образом, из 51 ребенка с острым бронхитом, у 21,6% наблюдался нормоценоз, у 11,8% - промежуточный тип, у 35,3% детей был выявлен дисбиоз, у 31,3% выраженный воспалительный процесс.

*с хроническим бронхитом:* Среднее количество *Streptococcus* при нормоценозе -7,57±2,73x$10^6$ КОЕ/мл, при промежуточном типе 3,96±1,65x$10^7$ КОЕ/мл, при дисбиозе 5,96±2,01x$10^7$ КОЕ/мл, при воспалении 8,0±4,06x$10^7$ КОЕ/мл. *Neisseria*, среднее количество при нормоценозе 7,5±2,6x$10^6$ КОЕ/мл, при промежуточном типе 3,96±1,76x$10^7$ КОЕ/мл, при дисбиозе 5,96±2,27x$10^7$ КОЕ/мл, при воспалении 6,78±3,0x$10^7$ КОЕ/мл. *S.aureus* при промежуточном типе - 3,0±1,25x$10^3$ КОЕ/мл, грибы рода *Candida* при промежуточном типе - 6,0±2,45x$10^3$ КОЕ/мл, при дисбиозе 1,0±0,39x$10^5$ КОЕ/мл, при воспалении 7,0±3,3x$10^6$КОЕ/мл, *K.pneumoniae* - при воспалении 5,0±2,39x$10^6$ КОЕ/мл, *коагулазоотрицательные стафилококки* - при промежуточном типе 1,0±0,7x$10^3$ КОЕ/мл, *P.aeruginosa* - при воспалении 1,0±0,7x$10^6$. Частота встречаемости у детей с хроническим бронхитом: *S.aureus* – у 13,3%, грибов рода *Candida* – у 33,3%, *K. pneumoniae* – у 6,6%, *коагулазоотрицательные стафилококки* - у 6,6%, *P.aeruginosa* - у 6,6% ребенка.Таким образом, из 15 детей с хроническим бронхитом, у 20,0% наблюдался нормоценоз, у 20,0% - промежуточный тип, у 33,3% детей был выявлен дисбиоз, у 26,7% выраженный воспалительный процесс.

*с пневмонией:* Среднее количество *Streptococcus* при нормоценозе составило 7,0±0,73x$10^6$ КОЕ/мл, при промежуточном типе 3,5±1,25x$10^7$ КОЕ/мл, при воспалении 7,53±3,06x$10^7$ КОЕ/мл. *Neisseria*, среднее количество при нормоценозе составило 7,5±2,3x$10^5$ КОЕ/мл, при промежуточном типе 3,8±1,36x$10^7$ КОЕ/мл, при воспалении 6,2±2,79x$10^7$ КОЕ/мл. Грибы рода *Candida* выделялись при промежуточном типе -6,0±2,25x$10^3$ КОЕ/мл, при воспалении 7,0±3,6x$10^6$ КОЕ/мл, *K. Pneumoniae*- при воспалении 5,0±2,41x$10^7$ КОЕ/мл, *γ-гемолитический стрептококк* -при воспалении в количестве 5,0±3,06x$10^7$ КОЕ/мл. Частота встречаемости у больных пневмонией детей: грибов рода *Candida* – у 33,3% детей, *K. pneumoniae* – у 16,6% ребенка, *γ-гемолитический стрептококк* - у 16,6% ребенка. Из 6 детей с пневмонией, у 16,7% наблюдался нормоценоз, у 33,3% - промежуточный тип, у 33,3% детей был выявлен дисбиоз, у 16,7% выраженный воспалительный процесс.

Таким образом, было выявлено большее количество детей, по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$), у которых было обнаружено расширение спектра и увеличение количественного содержания условно-патогенных и патогенных микроорганизмов в ЗСГ. Из 72 больных детей только у 15 (20,8%) не было выявлено микроэкологических нарушений (т.е. был нормоценоз), это объясняется наличием у данных детей вирусных и внутриклеточных патогенов (микоплазм, хламидий), определяющих развитие воспалительного процесса в

ЗСГ. Промежуточный тип был у 11 (15,3%) детей. У 46 детей (63,9%) были обнаружены различные дисбиотические нарушения, проявляющиеся в виде дисбиоза (у 25 детей) – содержание условно-патогенной микрофлоры до 4-5 КОЕ/мл, и (у 21 ребенка) - выраженного воспалительного процесса с высокой степенью дисбиотических нарушений, содержание условно-патогенной микрофлоры до 6-8 КОЕ/мл.

*Вывод:* У детей с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями дыхательных путей, вызванных бактериальными, вирусными и внутриклеточными агентами, наблюдается нарушение колонизационной резистентности биотопа ЗСГ за счет расширения спектра и увеличения количественного содержания условно-патогенных и патогенных микроорганизмов.

## КОНЦЕНТРАЦИЯ АЛЬФА-2-ГЛИКОПРТЕИНА В КРОВИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫБОРА ГОРМОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Н.А.Митрофанов, О.Н.Митрофанова

ГОУ ДПО "Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию"
Новокузнецк

*Актуальность.* Ассоциированнй с беременностью альфа-2-гликопротеин (АБГ) синтезируется в периферических мононуклеарных клетках – лимфоцитах, моноцитах. Биологическая роль белка заключается в значительном подавлении пролиферативной активности лимфоцитов на митогены, а также в смешанной культуре лимфоцитов, подавлении цитотоксичности лейкоцитов. Иммуносупрессивные свойства АБГ проявляются в концентрации в 100 раз меньшей, чем уровни других белков «зоны беременности». Содержание АБГ в крови больных с гиперплазией эндометрия до и во время лечения гормонами практически не изучено. Целью настоящего исследования было изучение динамики изменения АБГ в крови больных с гиперплазией эндометрия при лечении гормонами.

*Материалы и методы.* Нами исследовано содержание АБГ в крови 30 здоровых женщин с овуляторным менструальным циклом, обследованных на 7-10-й дни цикла и 120 больных с гиперплазией эндометрия, обследованных до, во время и после окончания лечения гормональными препаратами. При выборе схемы гормонального лечения учитывали возраст больных, данные гистологического исследования соскоба эндометрия, наличия противопоказаний для приема эстрогенсодержащих препаратов. Больные детородного возраста принимали комбинированные однофазные, высокодозированные (50 мкг этинилэстрадиола) эстроген-гестагенные препараты в течение 6 месяцев. При наличии противопоказаний для приема эстроген-гестагенов больные принимали гестагены: норколут или дюфастон с 16 по 26 дни цикла по10-20 мг/сут, или 17-ОПК

по 250 мг в/м на 14 и 21 дни цикла. При рецидивирующей простой гиперплазии и аденоматозной гиперплазии эндометрия больные получали 17-ОПК в дозе 250 мг 3 раза в неделю в/м в течение 6 месяцев, на курс лечения 18 гр. препарата. Больные переходного возраста, с целью подавления менструальной функции, принимали андрогены – сустанон 250 по 1 мл в/м 1 раз в месяц в течение 3 месяцев. Для определения АБГ использован метод ракетного иммуноэлектрофореза. Антисыворотку к АБГ получали путем иммунизации кроликов сывороткой крови беременных женщин с последующим истощением ее сухой плазмой крови человека. Статистическая обработка полученных данных производилась с использованием пакета прикладных программ медико-биологической статистики InStat 2,0.

*Результаты*. Концентрация АБГ в крови здоровых женщин с нормальным менструальным циклом составила 0,010 ± 0,002 г/л; у больных с гиперплазией эндометрия до лечения гормонами – 0,027 ± 0,002 г/л. Различия в показателях статистически достоверны ($p < 0,05$). У больных женщин в возрасте старше 40 лет и при продолжительности заболевания от 3 до 5 лет и более уровень белка достигал 0,035 ± 0,003 г/л. При лечении больных гестагенными препаратами (норколут, дюфастон, 17-ОПК) и андрогенами концентрация АБГ существенно не менялась и оставалась на уровне 0,026 ± 0,003 г/л. При приеме комбинированных эстроген-гестагенов уровень белка резко возрастал до 0,150 ± 0,018 г/л с индивидуальными колебаниями от 0,050 до 0,50 г/л. Отмечено, что у больных в возрасте от 30 до 40 лет концентрация белка возрастала до 0,192 ± 0,035 г/л, а в других возрастных группах уровень его был значительно ниже: 0,113 ± 0,025 г/л. Различия в показателях достоверны ($p < 0,05$). При приеме больными эстроген-гестагенных препаратов в количестве 1 стандарта уровень АБГ составил 0,087 ± 0,017 г/л, а при приеме 2 и более стандартов препарата концентрация белка возрастала до 0,187 ± 0,047 г/л. При повышении АБГ в крови до 0,30 г/л и более у больных возникали побочные реакции - дискинезия желчевыводящих путей, гипертензия, гиперкоагуляция, что требовало отказа от дальнейшего лечения гормонами. Установлено, что после окончания лечения больных гормонами с положительным эффектом уровень белка снижался до 0,013 ± 0,001 г/л, а при отсутствии положительного эффекта и рецидиве гиперпластического процесса концентрация АБГ остается высокой, в пределах 0,041 ± 0,002 г/л, независимо от выбора гормонального препарата.

*Выводы*. Проведенные исследования позволяют считать, что гестагены не оказывают влияния на уровень АБГ, тогда как эстрогенсодержащие препараты значительно повышают концентрацию данного белка. При этом необходимо учитывать определенную индивидуальность повышения АБГ в крови больных при приеме комбинированных эстроген-гестагенных препаратов. Кроме того, определение данного белка у больных позволяет прогнозировать течение и исход гиперпластического процесса независимо от выбора схемы гормонального лечения.

# ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ МАКРОГЛОБУЛИНОВ В КРОВИ ЖЕНЩИН С ОВУЛЯТОРНЫМ МЕНСТРУАЛЬНЫМ ЦИКЛОМ, У БОЛЬНЫХ С ПРОСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ, ПРЕДРАКОМ И РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ

Н.А.Митрофанов, О.Н.Митрофанова

ГОУ ДПО "Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию"
Новокузнецк

*Актуальность*. К семейству макроглобулинов крови человека относятся ассоциированный с беременностью альфа-2-гликопротеин (АБГ) и альфа-2-макроглобулин (МГ). Установлено, что основным источником АБГ являются В-лимфоциты, хотя ограниченный биосинтез белка обнаружен в Т-лимфоцитах и моноцитах. Синтез МГ осуществляется гепатоцитами, фибробластами, эпителиальными клетками. Установлено, что концентрация МГ в крови растет с увеличением массы раковой опухоли, в последующем возрастает концентрация АБГ. Макроглобулины АБГ и МГ обладают выраженными иммуносупрессивными свойствами и взаимно дополняют друг друга в неспецифической регуляции иммунной системы. Содежание макроглобулинов в крови здоровых женщин и больных с гиперплазией, предраком и раком эндометрия практически не изучено Целью данной работы было изучение содержания макроглобулинов в плазме крови женщин с овуляторным менструальным циклом и больных с простой гиперплазией, предраком и раком эндометрия.

*Материалы и методы*. Исследовано содержание АБГ и МГ в крови 30 женщин с овуляторным менструальным циклом, 120 больных с гиперплазией эндометрия, 10 больных с аденоматозным полипом, 50 женщин с аденокарциномой эндометрия, 15 соматически здоровых женщин в менопаузе. Женщины с нормальным менструальным циклом обследованы на 7-10-й, 19- 24-й дни цикла и в период менструального кровотечения. Больные с гиперплазией эндометрия и аденоматозным полипом были в возрасте от 20 до 55 лет, обследованы до лечения гормональными препаратами. Больные раком эндометрия были в возрасте от 50 до 60 лет, обследованы в динамике: до лечения, после гистерэктомии и через 1 год после комбинированного лечения, включая сочетанную лучевую терапию. Результаты исследования больных раком эндометрия сопоставляли с данными обследования 15 здоровых женщин в менопаузе. Для определения АБГ и МГ использован метод ракетного иммуноэлектрофореза. Антисыворотку к АБГ и МГ получали путем иммунизации кроликов с последующим истощением ее сухой плазмой крови человека. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладных программ медико-биологической статистики InStat 2,0.

*Результаты*. Концентрация АБГ в крови женщин на 7-10-й, 19-24-й дни цикла и в период менструального кровотечения составляла соответственно: 0,010 ± 0,002; 0,021 ± 0,003; 0,022 ± 0,007 г/л. Концетрация МГ в те же периоды менструального цикла составляла соответственно: 2,20 ± 0,16; 1,94 ± 0,15; 1,94 ± 0,17 г/л. Можно предполагать, что повышенный уровень АБГ в 2-й фазе цикла блокирует иммунную систему и обеспечивает вынашивание беременности как чужеродного трансплантата. У больных с простой гиперплазией эндометрия наблюдается значительное повышение АБГ до 0,027 ± 0,002 г/л при неизменном уровне МГ – 2,14 ± 0,08 г/л. Различия в показателях при сравнении с уровнем белка у женщин обследованных на 7-10-й дни цикла статистически достоверны ($p < 0,05$). У больных с простой гиперплазией эндометрия в сочетании с миомой матки уровень АБГ достигал 0,039 ± 0,002 г/л, тогда как у больных с гиперплазией без опухоли матки концентрация белка не превышала 0,024 ± 0,002 г/л. Различия в показателях содержания белка статистически достоверны ($p < 0,050$). Концентрация АБГ и МГ в крови больных с аденоматозным полипом была в пределах 0,017 ± 0,005 и 2,74 ± 0,25 г/л соответственно и не отличается от уровня перечисленных белков у больных с простой гиперплазией в возрасте старше 50 лет, что позволяет отнести последних в группу предрака эндометрия. У больных раком эндометрия наблюдается повышенное содержание в крови АБГ – 0,035 ± 0,003 г/л и выраженное снижение уровня МГ – 1,83 ± 0,11 г/л. В контрольной группе женщин в менопаузе данные показатели составили соответственно: 0,024 ± 0,003 г/л и 2,41 ± 0,23 г/л. Различия в показателях статистически достоверны ($p < 0,005$). При обследовании больных с аденокарциномой эндометрия через 1 год после комбинированного лечения отмечено умеренное снижение в крови уровня АБГ ( 0,031 ± 0,007 г/л ) и значительное повышение концетрации МГ ( 2,43 ± 0,034 г/л ), до уровня белка здоровых женщин в менопаузе.

*Выводы*. Результаты проведенного исследования позволяют считать, что макроглобулины АБГ и МГ играют определенную роль в репродуктивной функции женщин детородного возраста и существенно влияют на процесс формирования и роста доброкачественных и злокачественных опухолей матки. Кроме того, определение в крови АБГ и МГ позволяет диагностировать и прогнозировать течение и исход гиперпластических процессов и рака эндометрия.

## ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ СИЛИКОНОВЫХ КАПП ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Р.А.Михайлик

Санкт-Петербургский государственный университет
Санкт-Петербург

Стоматологическое вмешательство, направленное на создание новых окклюзионных взаимоотношений, вызывает изменение в функционировании мышц и сустава. Эти изменения должны нивелироваться в процессе привыка-

ния к конструкциям и создания нового стереотипа функционирования зубочелюстного аппарата. При этом в ряде случаев после восстановления целостности зубных рядов отмечается вторичное изменение жевательной мускулатуры, что клинически может проявляться в виде явлений гипертонуса, парафункций жевательных мышц.

Парафункции жевательных мышц в следствие постоянных мышечных сокращений могут вызывать локализованное нарушение питания тканей, вследствие спазма кровеносных сосудов, обеспечивающих подачу кислорода и удаление продуктов метаболизма в данном участке. Недостаток кислорода и продуктов обмена вызывают ишемическую боль в мышцах. При расслаблении мышц происходит удаление продуктов обмена, ткани лучше кровоснабжаются и боль уходит.

В настоящее время предлагается много вариантов лечения зубочелюстных дисфункций при помощи лечебных аппаратов или капп. Большинство методик предлагает вариант каппы изготавливаемой из жесткой пластмассы, реже рассматриваются методики с применением силиконовых капп.

*Цель исследования:*

Оценить влияние силиконовых капп на состояние жевательных мышц у больных с явлениями парафункций после ортопедического лечения.

*Материалы и методы:* проведено обследование 54 пациентов в возрасте от 25 до 40 лет после ортопедического лечения. При этом парафункции выявлены в 32 случаях.

Обследование проводилось по схеме, которая включала в себя: сбор анамнеза, осмотр лица и полости рта, электромиографию жевательных мышц.

Для исследования функции жевательной мускулатуры проводили электромиографию собственно жевательных и височных мышц. Биоэлектрическую активность жевательных мышц регистрировали одновременно с двух сторон. Для регистрации электромиограммы использовали поверхностные электроды.

Исследование состояния мышц проводилось по разработанному протоколу, включавшему в себя оценку специфических функций (жевание, глотание, речь).

При анализе электромиограммы (ЭМГ) определяли следующие показатели: амплитуду биоэлектрической активности, площадь под кривой на разных этапах выполнения проб. При последующем анализе определялся коэффициент ассиметрии и синхронность функционирования мышц. Сравнение проводилась до и после наложения каппы, и через час после снятия каппы.

*Результаты:*

Исходно отмечалась асинхронность амплитуды биоэлектрической активности мышц, биоэлектрическая активность мышц при максимальном усилии максимального сжатия челюстей была меньше, чем при жевании тестового материала.

После ношения каппы в течение 1-го часа в сравнении с исходной ЭМГ, происходили следующие изменения:

1. Нормализовался тонус жевательных и височных мышц в покое.
2. Не отмечался гипертонус и парафункциональные всплески активности.
3. Увеличилась и синхронизировалась амплитуда биоэлектрической активности мышц при максимальном усилии сжатия жевательных и ви-

сочных мышц. Нормализовался акт жевания вследствие синхронизации работы мышц.

*Выводы:*

На ЭМГ изменения парафункции проявляются в виде асимметрии, асинхронности функционирования или гипертонуса одной из мышц.

Использование силиконовых капп на этапах адаптации к ортопедическим конструкциям позволяет стабилизировать состояние жевательных мышц и может быть рекомендовано всем ортопедическим больным после наложения протеза.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ЗА ДВАДЦАТЬ ЛЕТ

В.А.Моисеенко, А.В.Салаев, А.Е.Ермошкин

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

*Актуальность вопроса*. Исходы лечения повреждений шейного отдела позвоночника в стационарах нашей области оставляют желать лучшего. Об этом свидетельствует, прежде всего, высокий показатель лечебно-диагностических ошибок, который, по нашим данным, находится в пределах 67,4-71,9% и в настоящее время не имеет тенденции к снижению.

*Материал и методы.* В работе анализирован 20-ти летний опыт лечения 391 пациента, в возрасте от 14 до 79 лет. Повреждения на уровне $C_I$–$C_{II}$ наблюдались у 165 (42,2%). Травмы средне-нижнешейного отдела позвоночника имели место у 226 больных (57,8%). Нейрососудистые осложнения констатированы у 138 из всех 391 пострадавших (34,3%). По характеру причин повреждений превалировали травмы, полученные в результате дорожно-транспортных происшествий – 137 (35,1%); затем - последствия ударов по голове, шее 61 (15,6%) и «ныряльщики» -53 (13,5%). Из всех 391 пострадавших выявлены аномалии развития на шейном уровне позвоночника у 31(7,9%): врожденный блок позвонков - 8 (2,0%); аномалия Киммерле - 8 (2,0%); врожденный вывих атланта – 3 (0,8%); незаращение дуги $C_I$ - 5 (1,3%); дисплазии зубовидного отростка $C_{II}$: гипоплазия – 2 (0,5%), гиперплазия (удвоение зубовидного отростка $C_{II}$) – 1 (0,3%); «зубовидная кость $C_{II}$ » - 2 (0,5%); синдром Клиппель – Фейля - 2 (0,5%).

Сопутствующие заболевания шейного отдела позвоночника диагностированы у 108 больных (27,6%). Среди них: анкилозирующий спондилоартрит - у 5 (1,3%), остеохондроз у - 103 (26,3%).

В результате проводимой на кафедре травматологии и ортопедии ГОУ ДПО «Пензенский ИУВ Росздрава» научно-практической работы, направленной по пути улучшения результатов лечения шейно-позвоночных повреждений, в практику лечения профильных больных, внедрена разработанная в клинике комплексная система лечебно-диагностических мероприятий, включающая в себя пять патентов и свидетельств на изобретение. Защищены кандидатская и

докторская диссертации. Издана монография: «Травматические смещения шейного отдела позвоночника», 2002.

*Результаты*. На этапе диагностики дислокациях шейного отдела позвоночника нами разработан, и успешно используется способ раздельного исследования шейного отдела позвоночника (патент АС 1461412). Рентгеновский луч, при этом, ориентируют на костные образования туловища пациента, симметричные между собой. В результате получают информативные изображения дугоотростчатых суставов. Кроме того, нами уточнена классификация смещений шейного отдела позвоночника по форме деформации позвоночного канала и соответствующим морфологическим особенностям «вывиха, подвывиха шейного отдела позвоночника» и «вывиха, подвывиха шейного позвонка». Описан синдром косой укладки при одностороннем сцепившемся вывихе шейного отдела позвоночника.

При лечении травматических смещений атлантоаксиального отдела позвоночника для обеспечения управляемой репозиции и последующей стабилизации в клинике разработан, и использован у 63 пациентов, способ биполярной галотракции (патент АС 1683711, патент РФ 2044079). Смысл заключается в создании двух блоков, подвижно-стопорящейся системы внеочаговой чрескостной фиксации при этом краниальным блоком фиксирует кости черепа пределах «диплоэ», а каудальным – остистый отросток $C_{II}$.

Показания к методам лечения дислокаций средне-нижнешейного отдела позвоночника определяем согласно выявленной взаимосвязи величины смещения суставных отростков и объема повреждений дискосвязочных структур, а также наличия нейросиндрома. В случаях оперативного метода лечения выполняем передний корпородез аутотрансплантатом (165 больных).

*Осложнения* местного характера наблюдались в 35,8%. По данным литературы - до 39% (Baum J., Hanley E., Pullekines J., 1989). Нагноение мягких тканей в области введения фиксаторов: из 63 оперированных больных - у 7 (11,1%), которые купированы местным введением антибиотиков. Утрата стабилизирующей функции гало-системы: а) усталостные переломы спиц - у 14 из 63 – 22,2%; б) миграция спицы с разрушением наружного слоя черепа: из 63 у 8 – 12,6%. Потребовалось дополнительное укрепление спиц. На исход лечения эти осложнения не повлияли.

При оперативном лечении средне-нижнешейного отдела позвоночника вторичное смещение костного аутотрасплантата наступило у 12 из всех 147 оперированных (8,2%). Данные литературы – 10-15%. Гнойно-воспалительных осложнений не было. Отсутствие регресса нейросиндрома – 6 (4,0%).

*Исходы* лечения изучены у 127 больных (32,5%), в сроки до 10 лет. Больные после перелома зубовидного отростка $C_{II}$, с подвывихом атланта, а так же перелома дуги $C_{II}$ со смещением, приступили к труду через 4,5-8 месяцев. Период реабилитации такой группы больных по данным литературы составляет 6-14 месяцев. Восстановление трудоспособности пострадавших с повреждениями ($C_{III}$-$C_{VII}$)-уровня произошло в сроки 5-12 месяцев в зависимости от регресса нейросиндрома.

Таким образом, разработанная нами система лечебно-диагностических мероприятий, применяемая в клинике в течение последних 20 лет при повреждениях шейного отдела позвоночника, позволяет выбрать рациональный метод лечения и значительно сократить последующий восстановительный период этих больных.

## АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ СЕГОДНЯ

Б.А.Молотилов

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Впервые метод аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ) в классическом варианте был предложен в 1911 году авторами L.Noon и G.Freeman для лечения больных поллинозом, а в дальнейшем он получил широкое распространение в клиниках многих стран и не только для лечения поллинозов, но и других аллергических заболеваний.

В нашей стране использование данного метода связано с именем академика А.Д. Адо и его школы.

Доказано, что АСИТ в отличие от других методов лечения аллергических заболеваний имеет принципиальные преимущества, так как он действует не на симптомы болезни, а на все патогенетические звенья аллергического воспаления.

Многочисленные исследования как зарубежных, так и отечественных авторов свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности метода АСИТ, которая достигает более 80% положительных результатов.

Разумеется, за истекшие десятилетия произошли огромные изменения, касающиеся как самого метода АСИТ, так и аллергенов, используемых в лечебных целях.

Сегодня появляются и новые концепции в понимании механизмов АСИТ, что связано с изучением более тонких аспектов аллергического воспаления. В частности обсуждается роль Т-регуляторных клеток (T-reg) – это новый класс иммунных клеток, к которому растет интерес исследователей аллергии. Становится все более ясным участие этих клеток в аллергическом процессе. Усиление активации Т-регуляторных клеток может вызвать тотальную иммуносупрессию, терапевтическую индукцию IL-10 и/или выработку TGF-β при помощи аллерген-специфических Т-регуляторных клеток, которые оказывают положительные эффекты на аллергию. Полагают, что переориентация аллерген-специфических Т-клеток в Т-регуляторы является важным моментом в контроле нормального иммунного ответа на аллергены после успешно проведенной АСИТ. Т-регуляторы прямо или косвенно оказывают влияние на эффекторные клетки аллергического воспаления (тучные клетки, базофилы или эозинофилы). Имеются доказательства того, что повышение уровня IL-10 и TGF-β снижают выработку IgE при одновременном повышении продукции IgG-4 и IgA-антител.

Долгие годы для проведения АСИТ во всех странах использовались водно-солевые экстракты аллергенов, лечение которыми занимало длительный период и, кроме того, у значительного числа больных эти аллергены вызывали побочные реакции, что в определенной степени сдерживало широкое их применение в клинической практике. Поэтому основное внимание при разработке новых аллергенов было уделено повышению их иммуногенных свойств и снижению побочных эффектов.

Для получения таких аллергенов используются различные технологические способы: полимеризация аллергенов (формальдегидом, глютаровым альдегидом и др.), получение сорбированных форм аллергенов (на L-тирозине, на гидроокиси алюминия). В настоящее время в нашей стране широко применяются полимеризованные аллергены – аллергоиды, которые обладают высокой иммуногенностью и сниженной аллергенной активностью. Это позволяет использовать их в более высоких концентрациях, что значительно сокращает длительность курса лечения и обеспечивает более высокую безопасность. Препараты аллергоидов оказались более эффективными в сравнении с водно-солевыми экстрактами аллергенов.

Следующим очень важным шагом на пути усовершенствования лечебных аллергенов явилось создание конъюгированных препаратов - аллерговакцин.

Данные исследования в нашей стране проводились в ГНЦ Институте иммунологии МЗ РФ.

В качестве моделей для создания конъюгированных препаратов были выбраны аллергены пыльцы из наиболее распространенных в средней полосе растений – этиологически значимых для поллиноза (береза, полынь, тимофеевка). В качестве носителя для конъюгации был избран полиоксидоний, который до этого был всесторонне изучен при различных заболеваниях у человека, разработка конъюгированных аллергенов проводилась в два этапа: получение из пыльцы аллергоида и второй этап – создание конъюгата (аллергоид+полиоксидоний).

При проведении АСИТ на людях была показана их безопасность и более высокая (в сравнении с существующими препаратами аллергенов) иммунологическая эффективность.

Безусловно, большие возможности в получении новых форм аллергенов открываются с развитием генно-инженерной технологии, которая уже нашла свое применение при получении вакцин нового поколения для профилактики и лечения инфекционных заболеваний.

В заключении следует сказать, что наряду с разработкой новых аллергенов, меняются и методы проведения АСИТ. Учитывая, что у больных с аллергопатологией достаточно часто выявляются нарушения в системах иммунитета, многие авторы рекомендуют сочетать АСИТ с иммунокоррекорами. Это позволяет значительно снизить число осложнений от проведения АСИТ.

Большое будущее связано и с внедрением альтернативных методов в проведении АСИТ. Сегодня в стране утверждены чешские аллергены фирмы а.о.«Севафарма» для проведения сублингвальной АСИТ. При широком исполь-

зовании указанных аллергенов доказана их безопасность и достаточно высокая клинико-иммунологическая эффективность. Имеются и отечественные аллергены из клещей домашней пыли (НИИ вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова) для проведения сублингвальной АСИТ.

Внедрение данных аллергенов в широкую клиническую практику значительно снижает риск развития побочных реакций, а удобная форма выпуска позволяет их широко использовать для лечения детей с аллергопатологией.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

О.И.Морозова, Е.В.Коломиец, Р.А.Купаева, А.В.Зайцева, Е.А.Молокова

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

Артериальная гипертензия (АГ) остается одним из самых распространенных заболеваний в мире, являясь значимой причиной инвалидизации и летальных исходов у лиц трудоспособного возраста.

*Целью исследования* было определение эффективности и переносимости комбинированной терапии лозартаном и амлодипином суточного и утреннего подъема АД у больных АГ в амбулаторных условиях.

*Материал и методы исследования.* В исследование было включено 104 человека трудоспособного возраста от 35 до 55 лет с АГ (согласно классификации ВОЗ 1999г). Обследование пациентов проводилось на базе поликлиники МУЗ ГКБСМП им. Г.А. Захарьина, октябрь-январь 2008-2009гг. Среди них было 94 женщины (90,4%) и 10 мужчин (9,6%). Средний возраст составил 46,7 лет. Продолжительность АГ в среднем составила 5,8 лет.

Все пациенты были распределены на 2 группы. Пациенты 1-ой группы в основном с АГ 1 степени (9 мужчин и 23 женщины, средний возраст 46,2 года) в течение 1-го месяца получали лозартан по 100 мг в сутки. Пациентам 2-ой группы с АГ 2 и 3 степени (11 мужчин и 61 женщина, средний возраст 48,4 года) также на протяжении 1-го месяца назначались по 100 мг в сутки лозартан и 10 мг в сутки амлодипин. Длительность заболевания составила в среднем по обеим группам 7,1 года. До начала, а также через 4 недели приема препаратов проведилось СМАД на мониторе «И.П. Телегин» (Россия). Для анализа профиля АД определяли следующие показатели: усредненные значения САД и ДАД, нагрузка давлением в виде индекса времени, вариабельность САД и ДАД, суточный индекс.

К концу месяца терапии лозартаном 100 мг в сутки в первой группе отмечалось статистически достоверное снижение средних показателей АД за сутки, а также значительное уменьшение индексов времени. В дневные часы снизилось: САД с 130 до 119 мм рт ст, ДАД с 80,4 мм рт ст до 75 мм рт ст, ИВСАД с 25% до 2,8%, ИВДАД с 20,3% до 3,8%; в ночные часы: САД с 107,8 до 102,4 мм

рт ст, ДАД с 66 до 62 мм рт ст, ИВСАД с 26,7% до 2,4%, ИВДАД с 31,6% до 2,4%. При анализе суточного профиля на фоне антигипертензивного лечения все пациенты относились к категории dipper.

Во второй группе комбинированная терапия лозартаном и амлодипином привела к достоверному снижению САД, ДАД и индекса времени в течение суток. В дневные часы снизилось САД с 150,4 до 125 мм рт ст, ДАД с 96 мм рт ст до 78,5 мм рт ст, ИВСАД с 67% до 9%, ИВДАД с 57% до 10%. В ночные часы также отмечалось снижение АД: САД с 139 до 111 мм рт ст, ДАД с 82 до 68,5 мм рт ст, ИВСАД с 68% до 9%, ИВДАД с 72,4% до 8,25%.

Утренний гипотензивный эффект при применении терапии в обеих группах был достигнут у подавляющего числа больных (68,75%; 83%). Снижение величины и скорости утреннего подъема АД наблюдалось в обеих группах больных лишь к концу 4-ой недели лечения.

Таким образом, лозартан может быть использован как средства монотерапии больных «мягкой», при «умеренной» и «тяжелой» АГ необходимо применение комбинированной терапии лозартана и амлодипина в дозе 100мг+10 мг в сутки. Комбинированная терапия достоверно снижает среднедневные, средненочные показатели, нагрузки давлением, предотвращает утреннее повышение АД, что сочетается с тенденцией к нормализации суточного профиля АД у больных с АГ.

## ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Я.С.Мохсен

Медицинский институт ГОУ ВПО «МГУ им Н.П.Огарева»
Саранск

В патогенезе полипозного риносинусита важное значение имеют избыточные реакции липопероксидации. Для достижении противорецидивного эффекта необходимо использовать средства, влияющие на антиоксидантный статус и обладающие противовоспалительным эффектом. К веществам подобного рода относится медицинский озон, проявляющий в низких концентрациях антиоксидантный эффект.

*Цель.* Изучение антиоксидантной активности озонированного физиологического раствора в лечении хронического полипозного риносинусита

*Материалы и методы.* Проведено исследование 40 больных хроническим полипозным риносинуситом, разделенных, в зависимости от метода лечения на 2 группы, по 20 человек в каждой. В 1 группе проводилась традиционная (принятая в клинике) терапия, Во второй группе традиционное лечение дополнялось проведением инфузионной озонотерапии. Озонированный физиологический раствор получали путём барботирования 0,9 % раствора NaCl озонокислородной смесью, с помощью озонатора АОН-01-Арз. Концентрация озона в озо-

нокислородной смеси на выходе озонатора составляла 2500 мкг/л, время барботирования – 10 минут. Больные получали 6-7 сеансов озонотерапии. Возраст больных колебался от 15 до 60 лет, мужчин 22, женщин 18.

Оценка эффективности лечения проводилась по восстановлению или улучшению носового дыхания, уменьшению ринореи и реактивного отека слизистой полости носа. В плазме крови определяли уровень малонового диальдегида (МДА) (Конюхова С.Г., 1989). активность каталазы (М.А. Королюк, 1988).

*Результаты*. При поступлении в клинику у больных регистрировалось повышение содержания малонового диальдегида с 3,47±0,21 до 6,68+0,26 мкмоль/л (P<0,05). Уровень каталазы в плазме крови уменьшалось с 0,88±0,06 до 0,26+0,027 мккат/с·л, (P<0,05). Применяемая традиционная терапия оказывала определенный антиоксидантный эффект и способствовала снижению уровня МДА до 4,69+0,49 P>0,05) и одновременно стимулировала выработку каталазы, которая к концу лечения возрастала до 0,28+0,02 (P>0,05). Следует отметить, что после традиционной терапии хотя и наблюдалась коррекция исследуемых показателей, но изменения были недостоверные.

Используемый в комплексной терапии озонированный физиологический раствор способствовал более существенной нормализации антиоксидантного статуса со снижением уровня МДА до 3,85+0,16 мкмоль/л с (P<0,05), и повышением активности каталазы до 0,34+0,03 мккат/с·л (P<0,05), что обосновывало включение озона в комплексную терапию хронического риносинусита. как препарата, влияющего на антиоксидантный статус организма.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что хронический воспалительный процесс вызывает снижение антиоксидантного потенциала организма с активацией процессов перекисного окисления липидов. Озонотерапия, применяемая в комплексной терапии хронического полипозного риносинусита, стимулирует выработку каталазы и способствует ингибированию процессов липопероксидации. Наблюдаемые изменения показателей антиоксидантного статуса дают основание рекомендовать озонированный физиологический раствор для лечения полипозного риносинусита.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК В СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 22 НЕДЕЛИ И БОЛЕЕ

В.Б.Мысяков, С.В.Горбачева, П.Н.Осокин, С.В.Евстигнеев, М.В.Евстигнеева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
Пенза

Одним из наиболее частых осложнений преждевременных родов является преждевременный разрыв плодных оболочек, который наблюдается у 38 - 51% женщин с преждевременными родами. В настоящее время при недоношенной беременности и преждевременном разрыве плодных оболочек

придерживаются выжидательной тактики с контролем за возможным развитием инфекции. Выжидательная тактика является более предпочтительной, чем меньше срок гестации, т.к. при удлинении безводного промежутка отмечается более ускоренное созревание сурфактанта легких плода и снижение частоты болезни гиалиновых мембран.

В Перинатальном центре ГУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова» принята следующая тактика при ведении беременности с преждевременным разрывом плодных оболочек

При поступлении в стационар производится осмотр шейки матки в зеркалах. Перед осмотром беременная должна 20 минут полежать на спине. Вначале осмотривается задний свод влагалища. Если околоплодных вод нет, беременную просят покашлять. При преждевременном разрыве плодных оболочек в момент кашля из наружного зева вытекают околоплодные воды.

Влагалищное исследование не проводят (во-избежании инфекционных осложнений).

Амнитест: экспресс-тест определения плацентарного альфа-1 микроглобулина в отделяемом из влагалища.

При сомнительных результатах диагностики преждевременного разрыва плодных оболочек проводится динамическое 3-х кратное микроскопическое исследование влагалищных выделений.

Если воды не обнаружены, а амниотические и клинические данные указывают на преждевременный разрыв плодных оболочек, проводят УЗИ для определения индекса амниотической жидкости.

План ведения беременной с преждевременным разрывом плодных оболочек и недоношенной беременностью должен быть следующим:

1) Строгое соблюдение санитарно-эпидемиологического режима: госпитализация в палату, обрабатываемую по графику с 3-х кратным ежедневным кварцеванием; ежедневная смена белья; смена стерильных подкладных 4-6 раз в день.
2) Методы контроля за состоянием беременной: оценка характера влагалищных выделений; ежедневная клинико-лабораторная оценка симптомов системной воспалительной реакции (термометрия, частота пульса, АД, определение количества лейкоцитов и формулы); микробиологическое исследование посева «С» канала с определением чувствительности к антибиотикам в динамике каждые 5 - 7 дней; микроскопическое исследование влагалищного мазка каждые 5 - 7 дней.
3) Контроль за состоянием плода: измерение окружности живота и высоты дна матки; ежедневный мониторинг; ежедневная допплерометрия кровотока в артерии пуповины; ежедневная оценка индекса амниотической жидкости; проведение фетометрии 1 раз в 14 дней.

Токолитическая терапия назначается пациенткам с преждевременным разрывом плодных оболочек в случае угрожающих и начинающихся преждевременных родах для проведения профилактики синдрома дыхательных расстройств на

48 - 72 часа, затем токолитическая терапия отменяется и продолжается наблюдение. В случае начала родовой деятельности она больше не подавляется.

Для токолиза применяются гинипрал (100 мк/400,0 физиологического раствора 20 - 25 кап/мин, затем 50 мкг/400,0 физиологического раствора 10 - 15 кап/мин) и магнезии сульфат (15 - 20 гр/400,0 физиологического раствора 3 гр/час).

Для профилактики синдрома дыхательных расстройств новорожденного назначают глюкокортикоиды в сроке гестации от 27 до 34 недель беременности. Повторные курсы проводят с интервалом в 7 суток в/м: 4 мг 5 раз через 6 часов (20 мг); 6 мг 4 раза через 12 часов (24 мг).

Антибактериальная терапия показана при истмико-цервикальной недостаточности, анемии, хронических инфекциях урогенитального тракта.

Препараты цефалоспорины 2-го и 3-го поколения. Длительность курса не более 7 суток. Смена или повторный курс антибактериальной терапии проводится с учетом характера микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам.

Такая тактика ведения беременных с преждевременным разрывом плодных оболочек проводится пока не развивается спонтанная регулярная родовая деятельность или пока не появляются признаки инфекции (хориамнионит). В этом случае отказываются от выжидательной тактики и начинают родовозбуждение на фоне антибактериальной терапии .

Частота преждевременных родов в Пензенской области составляет 4% от общего количества родов.

За 4 месяца 2009 г. в Перинатальном центре произошло 8,9% преждевременных родов от общего количества, из них родов с преждевременным разрывом плодных оболочек и длительным безводным периодом - 24, что составило 24,5%. Средний срок гестации - 33 недели.

Безводный период, при котором произошли роды, от 1 суток до 12 суток. Средний безводный промежуток составляет 3 дня.

В 29% случаев применялись токолитические средства при начавшихся преждевременных родах. С применением токолитиков родовая деятельность преостановлена от 1,5 суток до 4 суток.

Из 24 родов (8,3%) закончились операцией кесарево сечение по поводу рубца на матке.

1 роды - родовозбуждение по поводу хориамнионита (4%).

Оценка состояния ребенка по Апгар от 6 - 7 баллов до 8 - 9 баллов. Средняя оценка - 7 - 8 баллов. По Сильверману - от 1 балла до 6 баллов. Средняя оценка - 3 балла.

Вес недоношенных детей: от 1000,0 до 1499,0 - 1; от 1500,0 до 1999,0 - 7; от 2000,0 до 2499,0 - 13; больше 2500,0 (2600,0) - 3. Средний вес - 2130,0.

Из всех родившихся детей 1 ребенок умер от врожденного сифилиса.

Перинатальная смертность - 41,6‰.

Остальные дети живы, переведены на второй этап выхаживания и выписаны после долечивания из стационара.

*Выводы:* Принятая тактика ведения преждевременных родов при преждевременном разрыве плодных оболочек в Перинатальном центре ГУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова» позволяет пролонгировать беременность до созревания легких плода, бережно родоразрешить с проведением необходимых реанимационных мероприятий в первые минуты жизни новорожденного, перевести на второй этап выхаживания, повышая тем самым выхаживаемость недоношенных детей.

## ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

В.Б.Мысяков, С.В.Евстигнеев, М.В.Евстигнеева, О.В.Чижова, П.Н.Осокин

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
Пенза

По определению ВОЗ, преждевременными считаются роды, произошедшие на сроке от 22 до 37 нед беременности (154–259 дней беременности, считая от первого дня последней менструации).

В нашей стране преждевременными родами принято считать роды, произошедшие с 28-й по 37-ю неделю беременности (с 196 по 259 дней от первого дня последней менструации).

Частота преждевременных родов составляет 6–10% от всех родов, различается в зависимости от срока беременности: в период с 22 до 28 нед беременности (5–7% от всех случаев преждевременных родов), в период с 29 до 34 нед беременности (33–42%), в период от 34 до 37 нед беременности (50–60%).

В 25–38% случаев преждевременным родам предшествует ПРПО.

Высокая частота перинатальной заболеваемости и ПС (от 30 до 70%) при преждевременных родах обусловлена низкой массой тела новорождённого, его незрелостью и сопутствующим внутриутробным инфицированием плода.

Проанализированы исходы преждевременных родов, их влияние на перинатальную смертность за 5 лет (2004 — 2008 гг.). До 2004 г. преждевременные роды проходили преимущественно по поступлению женщин в лечебные учреждения I и II уровня оказания медицинской помощи без перевода в Перинатальный центр (III уровень).

С 2004 г. с момента открытия Перинатального центра на базе ГУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова» по 2008 г. количество преждевременных родов в этом учреждении увеличилось в 2,5 раза с 112 до 279 (т.е. произошла их концентрация в учреждение III уровня), а перинатальная смертность за этот же период снизилась на 33% с 13 до 8,7.

Таким образом, правильная организация медицинской помощи беременным и их родоразрешение при преждевременных родах в Перинатальном центре позволили намного качественнее проводить бережное родоразрешение. Недоношенные дети рождаются в лучших условиях, в первые минуты жизни проходят все реанимационные мероприятия, их своевременно переводят в отделение реанимации и интенсивной терапии с последующим вторым этапом выхаживания, что в итоге способствует снижению перинатальной смертности.

# ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С ТЯЖЕЛЫМИ ГЕСТОЗАМИ

В.Б.Мысяков, С.В.Евстигнеев, М.В.Евстигнеева, О.В.Чижова, П.Н.Осокин

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
Пенза

Гестоз - синдром полиорганной функциональной недостаточности, патогенетически связанный с беременностью, характерезующийся генерализованным сосудистым спазмом и перфузионными нарушениями в жизненно важных органах и плаценте.

За последние годы частота гестоза увеличилась, и колеблется от 7 до 22%. Гестоз остается основной причиной заболеваемости новорожденных (640 - 780%о) и перинатальной смертности (18 - 30%о). В структуре материнской смертности по РФ гестоз стабильно занимает 3-е место, составляя 11,8 - 14,8%. По данным ВОЗ, у каждого 5-го ребенка, родившегося у матери с гестозом, происходит нарушение физического и психоэмоционального развития. Поэтому организация медицинской помощи беременным с тяжелым гестозом имеет очень важное значение для снижения возможных осложнений у матери и новорожденного.

Проанализирована работа по организации оказания медицинской помощи беременным с тяжелыми гестозами и их влияние на показатели перинатальной смертности за 5 лет (2004 — 2008 гг.).

До 2004 г. медицинская помощь беременным с тяжелым гестозом преимущественно оказывалась в лечебных учреждениях I и II уровня (Центральные районные больницы, Межрайонные центры), т.е. беременные не вывозились для лечения и родоразрешения в Перинатальный центр. С момета создания

Перинатального центра на базе ГУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова» было принято решение об эвакуации всех беременных с тяжелыми гестозами. За период с 2004 по 2008 г. число беременных с тяжелыми гестозами, родоразрешенных в Перинатальном центре возросло в 3 раза с 11 до 34.

Перинатальная смертность с 2004 г. по 2008 г. снизилась на 33% с 13 до 8,7 что свидетельствует о правильном выборе тактики оказания медицинской помощи данной категории беременных.

Организация медицинской помощи беременным с тяжелыми гестозами на III уровне оказания медицинской помощи (Перинатальный центр) способствует более качественному оказанию медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным, которые в большинстве случаев требуют реанимационных мероприятий, и непосредственно влияет на снижение перинатальной смертности.

## ПОКАЗАТЕЛИ ДОППЛЕРЭХОКАРДИОГРАФИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ

Е.И.Науменко, Т.С.Тумаева, О.А.Пиксайкина

ГУЗ ДРКБ №1, Медицинский институт
ГОУ ВПО «МГУ им Н.П.Огарева»
Саранск

В настоящее время гипоксия плода занимает одно из ведущих мест среди показаний к операции кесарева сечения. Гипоксия плода может являться основным, единственным показанием к абдоминальному родоразрешению или быть одним из сочетанных показаний. Успехи неонатологии в выхаживании недоношенных детей способствуют появлению показаний для кесарева сечения в интересах недоношенного плода. Наличие перенесенной гипоксии отрицатель-

но влияет на процессы адаптации и может привести к ряду патологических состояний. В клинике единственным доступным неинвазивным методом исследования гемодинамики является допплер-эхокардиография (Д-ЭХОКГ), позволяющая оценить как структурные отклонения, так и нарушения функции. Критерием дезадаптации сердечно-сосудистой системы, сопряженной с синдромом дыхательных расстройств, что особенно значимо у недоношенных детей, является нарушение систолической функции миокарда желудочков, недостаточностью атриовентрикулярных клапанов.

Проведен анализ результатов 47 Д-ЭХОКГ исследований недоношенных новорожденных детей, рожденных путем проведения операции кесарева сечения, в первые 7 дней после рождения, в зависимости от степени тяжести гипоксически-ишемических поражений головного мозга, с учетом гестационного возраста. Исследование проводилась на ультразвуковых сканерах «ALOKA-4000», «Sono Site TITAN» секторным фазированным мультичастотным датчиком 5-7,5 МГц с применением режимов импульсноволнового, постоянноволнового, цветового допплеровского картирования.

Сроки гестации обследованных детей: до 31 недели-25,5% детей (n=12), 32-36 неделя-59,5% (n=28), более 36 недель-15%. Средний вес при рождении 1983,9±100,7гр. Оценка по шкале Апгар при ЦИ 1степени на 1 мин 7±0,556, на 5 мин 7,46±0,2; при ЦИ 2 степени - на 1 мин 6,47±0,153, на 5 мин 7,095±0,072, при ЦИ 3 степени на 1 мин 5,2±0,582, на 5 мин 5,9±0,477 баллов. Церебральная ишемия (ЦИ) 1степени установлена у 13 (27,6%), 2 степени – у 23 (49%), 3 степени у 11(23,4%) детей.

При оценке систолической функции левого желудочка (ЛЖ) значения фракции выброса (ФВ) в пределах нормы (69±0,9%) диагностированы у 20 (42%) новорожденных, причем показатели обратно пропорциональны степени ЦИ, так при 1степени у 60% (n=9), при 2степени у 41% (n=9), при 3степени у 9%; более чем у половины детей (58%, n=28) показатели отличались от нормы: снижение ФВ менее 60% (46-54%, 50,85±2) установлено у 8% новорожденных при ЦИ 2 и 3 степени (13,6% и 9% соответственно); гораздо чаще отмечалось повышение ФВ (75-90%, 79,4±0,9) - у 50% (n=24), показатели прямо пропорционально степени ЦИ, так, при 1 степени у 30%, при 2 степени у 45%, при ЦИ 3 степени у 82% недоношенных новорожденных. При оценке сократительной способности миокарда нормальные показатели 30-40% (35,7%±0,675) установлены у 42% (n=20), снижение (23,4±1,37) у 25%, повышение (45,5%±0,856) у 57,7% (n=41).

Диастолическая функция более чувствительна к гипоксии миокарда, ее расстройство может появиться раньше нарушения систолической функции, свидетельствуя о вовлечении миокарда в патологический процесс. Особенно значимы данные нарушения для недоношенных детей. Характерным для этой группы является задержка формирования диастолической функции миокарда для обоих желудочков в виде длительного сохранения высокой скорости кровотока в фазу систолы предсердий по сравнению с фазой раннего диастолического наполнения. Данные изменения могут сохраняться на протяжении всего первого года жизни, являясь фактором риска быстрой декомпенсации сердечной деятельности при неблагоприятных воздействиях. Диастолическая дисфункция

выявлена у большинства недоношенных (65%, n=31): изолированно правого желудочка (ПЖ) у 27% (Е/А ПЖ 0,767±0,0129); чаще (33%) сочетанно ПЖ и ЛЖ (Е/А ПЖ 0,74±0,014, Е/А ЛЖ 0,825±0,015).

Значимая регургитация на трикуспидальном клапане до 2(+) установлена у 44,6% (n=21) новорожденных: одинаково часто при ЦИ 1 степени (53,8%) и ЦИ 3 степени (54,5%), несколько реже при ЦИ 2 степени (36%); у 19% трикуспидальная недостаточность до 3(+), при ЦИ 3 степени у 36%, у 23% при ЦИ 2 степени, не зарегистрирована при ЦИ 1 степени. Расчетное давление в ПЖ более 28мм рт.ст. (29-40мм рт.ст., 33,36 ±0,5) выявлено у 66% детей: при ЦИ 1 степени у половины (54%), при ЦИ 2 степени у 14 (63,6%), при ЦИ 3 степени у большинства (91%) недоношенных новорожденных.

Характерным признаком транзиторной легочной гипертензии является повышение скорости кровотока в стволе легочной артерии более 1,6 м/с и градиента давления более 10мм рт.ст. Показатели в пределах нормы (<10мм рт.ст.) зарегистрированы у трети детей (32%), преимущественно при ЦИ 1 степени (46%), реже у детей с ЦИ 2 степени (36%) и только у 9% при ЦИ 3 степени; повышение градиента давления >10мм рт.ст. (11-23мм рт.ст., 15,6 ±0,58) – неонатальная транзиторная легочная гипертензия-установлена у 66% детей (n=31), почти у всех новорожденных с ЦИ 3 степени (91%), немного реже при ЦИ 2 степени (63,6%) и при ЦИ 1 степени (53,8%). Только у 13% недоношенных новорожденных детей не выявлены фетальные коммуникации, у половины выявлены открытый артериальный проток (ОАП) в сочетании с межпредсердными сообщениями (МПС), у 33% - изолированные МПС, у 2% ОАП изолированные.

Таким образом, изменение показателей внутрисердечной гемодинамики у недоношенных детей зависят от степени ЦИ, наличия функционирующих фетальных коммуникаций.

## МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЛЕГКИХ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Э.И.Начкина, А.П.Власов, Т.И.Григорьева, Н.В.Егорова

Медицинский институт ГОУ ВПО «МГУ им Н.П.Огарева»
Саранск

*Актуальность*. Важной проблемой современной хирургии является острый панкреатит, при котором нередко развивается выраженный синдром эндогенной интоксикации с дальнейшим формированием полиорганной недостаточности, что и определяет высокую летальность при данной патологии. Известно, что легкие выступают главной "мишенью" эндотоксинов и факторов тканевого повреждения и испытывают на себе прямое воздействие повреждающих агентов, инициируя выброс в кровоток биологически активных веществ, продуктов извращенного метаболизма, что зачастую способствует прогрессированию заболевания и подчеркивает значимость коррекции данных нарушений.

*Методы исследования.* В основу работы положены хронические эксперименты на взрослых беспородных собаках (n=15), которым моделировали острый панкреатит по способу В.М. Буянова (1989). Животным под общим обезболиванием (тиопентал-натрия 0,04 г/кг массы) производили верхнюю срединную лапаротомию, пунктировали желчный пузырь с последующим лигированием места пункции. Желчь вводили в паренхиму поджелудочной железы в пяти точках. В контрольные сроки (1, 3, 5 суток) животным производили релапаротомию, биопсию легких, осуществляли забор крови. В послеоперационном периоде проводилась инфузионная терапия. В опытной группе животным дополнительно ежедневно внутривенно вводился 5% раствор этоксидола (2-этил-6-метил-3-идроксипиридинийгидроксибутан-диоат) из расчета 10 мг/кг. В работе применены методики, позволяющие оценить выраженность эндогенной интоксикации, функциональное состояние легких, интенсивность процессов ПОЛ, фосфолипазную активность, состояние фосфолипидного бислоя мембран клеточных структур легких. Полученные цифровые данные обрабатывали методом вариационной статистики, с использованием критерия Стьюдента.

*Результаты исследования.* Экспериментально установлено, что развитие острого воспаления поджелудочной железы при выбранной модели заболевания сопровождалось формированием синдрома эндогенной интоксикации: эффективная концентрация альбумина (ЭКА) в динамике заболевания снижалась на 14,3–25,6 % ($p<0,05$), резерв связывания альбумина (РСА) падал на 23,6–39,5 % ($p<0,05$), индекс токсичности плазмы (ИТ) повышался на 85,2–198,3 % ($p<0,05$), содержание молекул средней массы (МСМ) увеличивалось на 30,6–52,1 % ($p<0,05$), уровень ТБК-активных продуктов повышался на 52,4–149,6 % ($p<0,05$). Следует отметить значительное увеличение ферментативной активности плазмы крови.

Формирование выраженного интоксикационного синдрома сопровождалось развитием функционально-метаболических расстройств со стороны легких. Установлено, что нарушение дыхательной функции легких отразилось на газовом составе крови и состоянии ее буферных систем и было тесно сопряжено с выраженными качественными и количественные изменения липидного состава в тканевых структурах органа. В свою очередь нарушение липидного гомеостаза легочной ткани сопровождалось интенсификацией процессов перекисного окисления липидов, снижением антиоксидантного энзимного потенциала, повышением активности фосфолипазы $A_2$.

Изучение фармакодинамических эффектов этоксидола при эндотоксикозе выявило высокий детоксикационный эффект препарата: наблюдалось уменьшение выраженности эндогенной интоксикации, что проявлялось снижением молекул средней массы, индекса токсичности и возрастанием эффективной концентрации и резерва связывания альбумина.

Важно отметить, что регистрировалось положительное влияние этоксидола на жидкостный обмен в легких, функционально-композиционное состояние сурфактанта, начиная проявляться с третьих суток терапии, а к пятым – достигая существенной выраженности. Положительная динамика показателей функционального состояния сурфактанта и жидкостного обмена в легких на

фоне применения препарата была тесно сопряжена с коррекцией нарушений кислотно-основного состояния и газового состава крови.

Следует отметить, что при использовании терапии этоксидолом восстановление функционального состояния легких коррелировало с коррекцией нарушений липидного обмена легочной ткани. Так, было выявлено по отношению к контрольным данным существенное повышение содержания моно- и триацилглицеролов, эфиров холестерина и суммарных фосфолипидов на 19,42–139,71 % соответственно, причем в спектре последних было зафиксировано значительное снижение фракции лизоформ на 27,23–69,91 % ($p<0,05$), а количество фосфатидилхолина, фосфатидилсерина и фосфатидилинозита повышалось на 24,39–115,32 % ($p<0,05$). Уровень свободных жирных кислот снижался по отношению к контролю на 25,36–42,28 % ($p<0,05$).

Восстановление липидного спектра тканевых структур легкого было тесно сопряжено со снижением интенсивности липопереокисления и ферментативной активности. На фоне применения апробируемого препарата отмечалось уменьшение интенсивности процессов свободно-радикального окисления, что проявилось падением содержания ТБК-активных продуктов на 20,39–31,87 % ($p<0,05$). Активность фосфолипазы $A_2$ была меньше контроля на 31,14–48,22 % ($p<0,05$), а супероксиддисмутазы – увеличивалась на 19,41–48,32 % ($p<0,05$).

Таким образом, применение этоксидола при остром панкреатите обусловливает существенный терапевтический эффект. Использование препарата приводило к восстановлению детоксикационной способности легких, патогенетической основой чего явилось мембранопротекторное действие, что и определило быструю коррекцию функционально-метаболического статуса органа, которая также реализовалась за счет повышения толерантности фосфолипидного бислоя мембран тканевых структур к действию повреждающего фактора.

## ОСТЕОМА ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ

В.Г.Недоваров, А.И.Иманяева

МУЗ ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина
Пенза

Остеома – опухоль, исходящая из костной ткани, отличающаяся медленным ростом. Она может развиться практически в любой части черепа, но чаще локализуется в околоносовых пазухах, из которых наиболее часто поражается лобная пазуха, решетчатый лабиринт, реже гайморова пазуха. Среди доброкачественных опухолей околоносовых пазух на первом месте по частоте стоят остеомы. Данных о злокачественном перерождении остеомы нет.

Гистогенез остеом до конца не ясен. Существует периостальная теория развития остеом, которая была обоснована в 1931 году в результате всестороннего клинического и патологоанатомического изучения сравнительно большого материала исследователем А.Г. Фетисовым. Основные выводы его исследований: остеомы чаще всего развиваются в результате метаплазии фиброзной тка-

ни в костную в центральных отделах опухоли, где и располагается спонгиозная ткань, т.е. костеобразование происходит по типу эмбрионального развития из соединительной ткани; развитие остеомы в результате деятельности остеобластов надкостницы наблюдается реже; наряду с костеобразовательным процессом, в остеоме наблюдается процесс рассасывания кости, обусловленный деятельностью остеокластов. Гистологически эта опухоль отличается от нормальной кости тем, что периферия ее представляется в виде уплотненной кости, центральный же отдел - в виде спонгиозной. В большинстве случаев остеома имеет широкое основание.

В клиническом течении заболевания различают 2 периода: латентный и явный. Продолжительность латентного периода может составлять несколько лет и зависит от скорости роста и локализации опухоли. Явный период отличается постепенным и неуклонным нарастанием симптоматики.

Если опухоль развивается на задней стенке лобной пазухи, то увеличение ее роста может вызвать повышение внутричерепного давления, сопровождающееся головными болями, судорогами в конечностях, эпилептическими припадками. При локализации опухоли на нижней стенке лобной пазухи, в клетках решетчатой кости, в гайморовой пазухе появляется выпячивание глазного яблока, на что больной и обращает внимание. В редких случаях имеет место прорастание опухоли и в полость носа, в результате чего возникает аносмия и затруднение носового дыхания.

Лечение остеом только хирургическое. В случае бессимптомного течения и небольших размеров опухоли считают целесообразным лишь динамическое наблюдение.

Приводим собственное наблюдение случая остеомы левой гайморовой пазухи.

Больной Р.,45 лет, поступил в ЛОР-отделение ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина 11.03.09.

При поступлении жалоб не предъявлял.

Из анамнеза заболевания выяснено, что при проведении амбулаторного обследования состояния лор - органов рентгенологически выявлено новообразование левой гайморовой пазухи больших размеров.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Состояние внутренних органов без отклонений от нормы. Передняя риноскопия: слизистая носовой полости розовая, отека нет, свободного отделяемого в носовых ходах не отмечается.

Результаты лабораторных общеклинических исследований без особенностей.

На рентгенограмме (рис. 1) околоносовых пазух от 2.03.09 определяется субтотальное затемнение левой гайморовой пазухи костной плотности, произрастающее из альвеолярного ряда.

Клинический диагноз: остеома левой гайморовой пазухи.

12.03.09 произведена операция: удаление новообразования левой гайморовой пазухи.

Рис. 1. Остеома левой гайморовой пазухи.

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия.

Гистологическое исследование содержимого левой гайморовой пазухи № 2884: остеома левой гайморовой пазухи.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Выписан 18.03.09 в удовлетворительном состоянии с выздоровлением.

Особенностью данного наблюдения явились редкая локализация остеомы и отсутствие клинической картины при больших размерах образования.

## ПРИМЕНЕНИЕ ДИМЕКСИДА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Н.И.Нестеренко, И.А.Левина

МУЗ «Пензенская городская клиническая больница № 5»
Пенза

**Димексид** (диметилсульфоксид) – местноанестезирующее, противовоспалительное и антимикробное средство. Хорошо проникает в ткани, проводит другие препараты в ткани, растворяет элементы крови – гематомы.

**Показания к применению:**

ушибы, растяжения связок, воспалительные отеки, артриты, вертеброгенные и дискогенные радикулиты, миозиты, невралгии, а также кожные заболевания – экземы, трофические язвы, гнойничковые заболевания кожи.

В дневном стационаре заболевания опорно-двигательного аппарата занимают первое место по нозологии. Среди данной категории больных у многих противопоказания к физиолечению и массажу (высокая степень гипертониче-

ской болезни; миомы, мастопатии у женщин, ДГПЖ у мужчин; анемия неясного генеза, патологии щитовидной железы). Поэтому кроме лекарственной терапии нами активно назначаются компрессы с димексидом. Можно использовать 25-50%-ый раствор димексида. Чаще применяется 33%-ый раствор (100%-я концентрация данного препарата имеет тератогенные свойства).

**K = k · S** – количество димексида, необходимое для лечения больного

**k** – коэффициент материала, используемого для компресса (0,1 – k для марли);

**S** – площадь для нанесения компресса.

Если **S** равна 300 кв.см (15 х 20 см), то 0,1 х 300 = 30 мл 33%-ого раствора димексида.

**Технология наложения компресса.**

Проверяем чувствительность к димексиду. На обезжиренную спиртом кожу предплечья прикладываем тампон, смоченный 33%-ым раствором димексида на 30 минут. Если через это время гиперемия выходит за пределы тампона, то использовать димексид не нужно (возможна аллергическая реакция). Если же диаметр гиперемии не превышает размеры наложенного тампона, использовать можно. 3-4-хслойную марлю, смоченную однократно в растворе накладывают на место для воздействия, накрывают целлофаном, утеплителем. Время воздействия компресса 2 часа (при сокращении срока лекарство «работает» в эпидермисе, при сроке более 2-х часов – проникает в кровь).

**Побочное действие:**

возможны легкое жжение, небольшие кожные высыпания, зуд.

**Противопоказания:**

беременность, тяжелые поражения паренхиматозных органов, стенокардия, коматозное состояние, инфаркт миокарда, выраженный атеросклероз, инсульт.

Препарат используется для компрессов и в виде смесей:

- димексид 100% - 10,0 мл,
- новокаин 0,5% - 16,0 мл,
- витамин В12 1000γ – 1,0 мл,
- анальгин 50% - 2,0 мл,
- ганглерон – 1,0 мл;
- димексид - 100,0 мл,
- новокаин 0,5% - 100 мл,
- ортофен 3,0 мл – 5-7 ампул,
- витамин В12 – 400 - 500γ – 20 ампул,
- алоэ 1,0 мл – 20 ампул,
- димексид - 100,0 мл,
- новокаин 0,5% - 100 мл,
- суспензия гидрокортизона ацетата 2,5% - 2,0 мл,
- баралгин 5,0 мл – 5 ампул,
- платифилин 0,2% - 2,0 мл;
- димексид - 10,0 мл,
- новокаин 0,5% - до 30 мл,

- преднизолон 30 мг – 1 ампула,
- суспензия гидрокортизона ацетата 2,5% - 2,0 мл,
- трентал – 5,0 мл.

В 2008 году из пролеченных больных неврологического профиля (всего 699 человек) первое место занимают больные заболеваниями опорно-двигательного аппарата: остеохондроз позвоночника (вертеброгенные и дискогенные процессы) – 366 чел, что составляет 52,3%.

А из пролеченных больных терапевтического профиля (всего 421 человек) третье место занимают больные с заболеваниями опорно-двигательного аппарата - 62 чел. (14,7%). Из них: ДПОА – 44 чел. (71%), ревматоидный и другие полиартриты, спондилоартрит, периартрит - 18 чел. (29%).

Из общего количества больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата компресс с димексидом применялся у 37% больных.

При использовании раствора димексида отмечено:

- уменьшение болевого синдрома;
- уменьшение местного отека тканей;
- противовоспалительный эффект в месте воздействия;
- улучшение качества жизни;
- хорошая переносимость лечения (всего у двух человек отмечалась аллергическая реакция в виде резкой гиперемии кожных покровов и зуда).

Положительный эффект в виде уменьшения болевого синдрома, уменьшения местного отека тканей наблюдался у 88% больных; 12% больных особого эффекта от компрессов смесями с димексидом не отмечали.

Таким образом, практический результат данного вида лечения считается хорошим и рекомендуется в комплексном лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата, а также миозитов, невралгий, нейропатических болей.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ СОТРУДНИКОВ ОВД С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В.М.Николаев, С.В.Евстигнеев, С.А.Секерко, М.Г.Сарайкина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МСЧ УВД Пензенской области
Пенза

Артериальная гипертензия является одной из наиболее распространенных патологий и рассматривается как фактор риска развития атеросклероза, обострения сердечно-сосудистых заболеваний, основой для развития опасных для жизни осложнений – инсульта, инфаркта миокарда, внезапной смерти, почечной недостаточности. За последние годы отмечается рост сочетания артериальной гипертензии с психовегетативными расстройствами. Поэтому вопросы терапии и реабилитации больных с данными расстройствами являются достаточ-

но значимыми и актуальными, так как они зачастую приводят к формированию более тяжелых и затяжных соматических и психических заболеваний.

*Целью* настоящего исследования явился поиск наиболее оптимального подхода к лечению и реабилитации данной группы пациентов.

*Материалы и методы исследования*: исследование проводилось клиническими и клинико-психопатологическими методами. Нами проводилось динамическое наблюдение в течении 14-21 дня 34 стационарных пациентов (21 мужчин и 13 женщин) в возрасте от 24 до 45 лет с гипертонической болезнью I и II степени. В исследование не включали больных с симптоматической артериальной гипертензией, нестабильной стенокардией, перенесших инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения. Всем больным проводилось ЭКГ исследование, ЭХО-КГ, в отдельных случаях Холтеровское мониторирование ЭКГ. Проводились психологические методы исследования СМИЛ, MMPI, уровень тревожных и депрессивных расстройств оценивался с помощью шкал Гамильтона HARS и HDRS.

В преморбиде у 47% обследованных имели место психологические особенности личности в виде тревожной мнительности, сензитивности, ипохондричности не достигающие степени акцентуации характера. Гармонический склад личности отмечался у 53% пациентов.

Основными клиническими проявлениями психовегетативных нарушений являлись аффективные расстройства с тревогой, подавленностью, чувством внутреннего напряжения, диссомнические, соматовегетативные, ипохондрические феномены.

Соматовегетативные расстройства проявлялись тахикардией, аритмией, чувством «замирания», «остановки», «перебоев сердца», давлением, жжением, «распиранием» в области сердца, чувством удушья, «нехватки воздуха», комом в горле, общей дрожью, тремором рук, ног, головы, ознобом, беганьем мурашек, приливами жара, потливостью, мышечной слабостью.

Эти расстройства могли проявляться в виде четко очерченных вегетативных кризов с преобладанием симпатоза, парасимпатоза или смешанных.

В некоторых случаях формировались кардиофобические расстройства со страхом внезапной смерти от остановки сердца, инфаркта, «сосудистого спазма», «остановки циркуляции крови», «остановки сердца во сне».

По своему психопатологическому содержанию данные расстройства в большинстве случаев были достаточно структурно простыми и не сопровождались формированием развернутого обсессивно-фобического синдрома с ограничительным поведением и ритуалами. Отмечалась ипохондрическая фиксация на деятельности сердца, сосудов, носящая характер реакции на болезнь с поисками причины заболевания, привлечением дополнительных новейших инструментальных и лабораторных методов обследования, современных методик лечения, консультациям у «авторитетных» специалистов.

С учетом данной симптоматики нами использовались на различных этапах лечения следующие схемы терапии: гипотензивные препараты (эналаприл, анаприлин, тенорик), транквилизаторы (атаракс, ксанакс, реланиум), антиде-

прессанты (феварин, паксил, коаксил) в средних терапевтических дозировках и различных комбинациях. Для оптимизации лечебного процесса, выработки положительной установки на лечение, дополнительного седативного и гипотензивного эффекта применялась аромафитотерапия в креслах-капсулах психологической разгрузки КВТК 941582.002-01ПС с использованием натуральных аромамасел.

Данные подходы к терапии позволили достигнуть хороших клинических результатов с нормализацией цифр АД и купированием психовегетативных нарушений.

## ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, ФОРМИРУЮЩИЕ ПРЕМОРБИДНЫЙ ФОН У ПАЦИЕНТОВ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Ю.К.Новиков

Медицинский центр «Эскулап»,
Пенза

*Введение.* На сегодняшний день вновь появился интерес к изучению психологического статуса больных с эректильной дисфункцией (ЭД). К сожалению, даже на фоне убедительных успехов, достигнутых в лечении ЭД с использованием ингибиторов ФДЭ-5 нельзя отрицать, что существует достаточно большой процент пациентов, резистентных к терапии вышеуказанными препаратами. В ряде случаев это связано не только с выраженными изменениями в сосудистом русле, но и с психологическими особенностями личности пациентов. Соответственно вызывают интерес как базисные особенности личности, которые формируют преморбидный фон, так и ситуационно обусловленные изменения психики пациента, включающиеся в общую картину заболевания.

*Материалы и методы.* В настоящем исследовании приняли участие 94 человека, из них 49 человек с ЭД (больные) и 45 человек в контрольной группе (здоровые). Обе группы обследованы с использованием следующих тестов:

1. МИЭФ – 5, для выявления ЭД и определения ее степени. Лица, набравшие от 21 до 25 баллов, оценивались как здоровые, с показателями от 20 баллов и ниже составили группу больных с ЭД.
2. СМИЛ (MMPI) в модификации Л.Н. Собчик. В данной методике мы использовали не только базисные, но и дополнительные шкалы для уточнения и изучения некоторых характеристик. Дополнительные шкалы были представлены следующими: 36 «Соперничество», 41 «Чистая депрессия», 42 «Субъективная депрессия», 49 и 50 «Доминирование», 53 «Депрессивные реакции», 56 «Мягкая депрессия», 57 «Зависимость», 72 «Предипохондрическое состояние», 80 «Чистая ипохондрия», 147 «Семейная дисгармония», 183 «Эмоциональное отчуждение» и 205 «Толерантность к стрессу».

Мы отказались от интерпретации результатов обследования в виде простого механического суммирования Т-баллов и выведения «усредненного профиля личности». При таком подходе во внимание, зачастую, принимаются лишь показатели <30Т или >70Т, которые чаще всего свидетельствуют о дезадаптации субъекта, о наличии клинически выраженной психоневрологической патологии, но не отражают потенциальной возможности развития изолированных (психогенных) или сочетанных (органо-психогенных) эректильных дисфункций. Однако из практики известно, что в той же «среднестатистической норме» существуют различные варианты, которые и формируют индивидуальный характер и влияют на особенности реагирования индивида в тех или иных ситуациях. Поэтому с учетом рекомендаций автора СМИЛ мы рассматривали коридор нормы в виде следующих диапазонов:

- 30Т-45Т ослабленные характерологические тенденции;
- 46Т-55Т конкордантная норма;
- 56Т-66Т усиленные, ведущие черты личности;
- 67Т-75Т акцентуированные черты.

Возрастной состав, распределение больных по степеням тяжести заболевания представлены в таблице №1. В настоящем исследовании для статистической верификации данных мы использовали угловое преобразование Фишера **φ***, которое позволяет определить, насколько отличается изменение признака в каждом из диапазонов у мужчин с ЭД от мужчин контрольной группы.

Таблица 1

Возрастной состав лиц с ЭД и контрольной группы,
распределение по тяжести заболевания

| **Возраст** | **Больные с ЭД** | | | **Здоровые** | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Степень тяжести ЭД | Всего | В процентах (%) | Всего | В процентах (%) |
| 18-20 | Легкая (16-20 баллов) | 1 | 2 | | |
| | Средняя (11-15 баллов) | | | | |
| | Тяжелая (5-10 баллов) | | | | |
| Всего | | 1 | 2 | | |
| 21-30 | Легкая (16-20 баллов) | 7 | 14.2 | 13 | 29 |
| | Средняя (11-15 баллов) | 3 | 6.1 | | |
| | Тяжелая (5-10 баллов) | | | | |
| Всего | | 10 | 20.4 | | |
| 31-40 | Легкая (16-20 баллов) | 4 | 8.1 | 13 | 29 |
| | Средняя (11-15 баллов) | 5 | 10.2 | | |
| | Тяжелая (5-10 баллов) | | | | |
| Всего | | 9 | 18.3 | | |

Продолжение таблицы 1

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 41-50 | Легкая (16-20 баллов) | 7 | 14.2 | 9 | 20 |
| | Средняя (11-15 баллов) | 7 | 14.2 | | |
| | Тяжелая (5-10 баллов) | 3 | 6.1 | | |
| Всего | | 17 | 34.6 | | |
| 51-60 | Легкая (16-20 баллов) | 3 | 6.1 | 10 | 22 |
| | Средняя (11-15 баллов) | 5 | 10.2 | | |
| | Тяжелая (5-10 баллов) | 2 | 4 | | |
| Всего | | 10 | 20.4 | | |
| 61-70 | Легкая (16-20 баллов) | | | | |
| | Средняя (11-15 баллов) | 1 | 2 | | |
| | Тяжелая (5-10 баллов) | 1 | 2 | | |
| Всего | | 2 | 4 | | |
| **Всего** | | 49 | 100 | 45 | 100 |

*Результаты и обсуждение.* Статистически значимые результаты исследования содержатся в таблице 2. Те данные, достоверность которых не соответствует принятым в научных работах уровням статистической значимости (1.64 ($p \leq 0.05$) и 2.31 ($p \leq 0.01$)) нами не рассматривались.

Таблица 2

Статистически значимые различия базисных характеристик профиля личности у мужчин с ЭД и контрольной группы

| **Шкала** | **Диапазон** | **$\varphi^*_{эмп}$** | **Уровень статистической значимости** |
|---|---|---|---|
| Шкала 2 «Пессимистичность» | 67Т – 75Т | 1.951 | $p \leq 0.05$ |
| Шкала 3 «Эмоциональная лабильность» | 67Т – 75Т | 1.976 | $p \leq 0.05$ |
| Шкала 5 «Мужественность – женственность» | 56Т – 66Т | 3.981 | $p \leq 0.01$ |
| Шкала 205 «Толерантность к стрессу» | <30Т | 2.266 | $p \leq 0.01$ |

*Выводы.* Нами подтверждены вполне ожидаемые различия (до уровня акцентуаций), по двум из трех шкал входящих в т.н. «невротическую триаду» (2 и 3 шкалы), что характеризуется в стрессовых ситуациях сочетанием эмоциональной неустойчивости с функциональными физиологическими расстройствами (психосоматическими заболеваниями), сублимацией сексуальной активности. Эти положения подкрепляются крайне низкой стрессоустойчивостью (205 шкала). Поэтому при органической ЭД данная предиспозиция может способствовать развитию сочетанных ее форм.

Однако наибольший интерес представляет умеренное (56Т-66Т) повышение показателей по шкале 5 «Мужественность-женственность», что говорит о снижении влияния маскулинных черт характера на поведение мужчин с ЭД. Это имеет значение в межличностных отношениях, так как элемент инфантилизма, который вносит такой мужчина в брачный союз, может явиться причиной сексуальной дезадаптации в этом союзе. Наиболее вероятна такая дезадаптация при одновременном повышении показателей по 2 и 3 шкалам, так как в этом случае высокий уровень притязаний (на лидерство в половом союзе, на высокий уровень сексуальной активности), одновременно с высокой сенситивностью, ранимостью субъекта, не реализуется в семье, что может служить причиной дезадаптации по депрессивному или невротическому типу. Наши данные позволяют строить эффективную психотерапевтическую работу у мужчин с ЭД с учетом необходимости выработки «правильного» маскулинного поведения.

## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД У ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАТУРАЛЬНЫЙ АМФЕТАМИН КАТ (CATHA EDULIS)

М.Нузейли, В.Н.Маринчев, Я.Хурейби

Госпиталь им. Революции
Сана, Йемен

Кат – вечнозелёное дерево, растущее в большинстве стран Восточной Африке и Юго-Восточной Азии, в том числе и в Йемене. Сегодня несколько миллионов людей ежедневно используют кат, который обладает стимулирующими свойствами. Основная цель, ради которой жуют кат - получение удовольствия, повышение настроения и жизненного тонуса. Потребители ката испытывают чувство бодрости и прилива сил. Возбуждение, полученное от употребления ката, снижает чувствительность к социальным запретам, повышает коммуникабельность и делает человека более разговорчивым.

Катин (источник псевдоэфедрина) и катинон (источник амфетамина) являются главными химическими соединениями, оказывающими стимулирующее действие на ЦНС. Системами-мишенями для ката являются - психика, сердечно-сосудистая и симпатическая нервная системы, а выражается это в виде повышения АД и тахикардии, изменениях психики (возбуждение, эйфория, гиперактивность, бессонница, агрессивность и т.п.), которые зависят от длительности и интенсивности употребления ката.

Влияние ката на ЦНС и сердечно-сосудистую систему не может не сказаться на течении ближайшего послеоперационного периода у пациентов, которые регулярно его употребляют.

Нами проведено анкетирование 190 пациентов в дооперационном периде с целью определить их степень зависимости от действия ката. Затем пациенты были сгруппированы следующим образом: 1 группа – слабозависимые, 2 группа - среднезависимые, 3 группа - сильнозависимые от действия ката. Пациенты, не употребляющие кат были объединены в котрольную группу. Все группы паци-

ентов, в основном, были идентичны по возрасту, полу, массе тела, выполненным операциям. Для премедикации использовались диазепам или мидозолам.

Всем пациентам проведены плановые и экстренные операции на органах брюшной полости (холецистэктомии, гистерэктомии, грыжесечения) или на нижних или верхних конечностях (остеосинтез) и др. Для обезболивания применялся комбинированная эндотрахеальная анестезия (индукция – пропофол или тиопентал), поддержание (фентанил (дробно), севофлюран или галотан в кислородно-закисной смеси). Мониторинг и анестезия осуществлялись «Drager-Primus», «Siemens-SC-7000», «Kion-Siemens», «Datascope-Expert» и др.

Через 30 минут после окончания операции, все пациенты 3-х групп были обследованы по специальному протоколу, с целью оценить особенности восстановительного периода, внутри групп.

Полученные результаты можно представить следующим образом:

1. наибольшую проблему для анестезиолога представляют пациенты 3-ей группы, сильнозависимые от действия ката;
2. если пациент употребляет кат ежедневно по 3–4 часа на протяжении 25–30 лет, то его можно с большой вероятностью отнести к группе наиболее зависимых от действия ката;
3. у пациентов 2 и 3 групп следует использовать для премедикации мидазолам с фентанилом, увличивая дозировки в 1,2-1,5 раз против обычных;
4. течение ближайшего послеоперационного периода во многом зависит от средств, используемых для общей анестезии. Следует полностью отказаться от применения кетамина у пациентов, сильно зависимых от ката;
5. пациенты, наиболее зависимые от ката, нуждаются в больших дозировках препаратов для общей анестезии, что является одной из причин более длительного восстановительного периода, только 60% могли выполнять простейшие команды через 30 минут после окончания операции у 30% пациентов 3-ей группы была отмечена тошнота и рвота оценка послеоперационной боли с использованием визуально-аналоговой шкалы показала, что у пациентов 3-ей группы была 6,5±0,1 против 9,2 ±0,3 у пациентов 1–ой группы ($P<0,05$);
6. у пациентов 3-ей группы у каждого пятого пациента развивается возбуждение, у 40% - головная боль, у 60% - озноб и тремор у пациентов 3-ей группы после операции развиваются признаки коронарной недостаточности у 65%, у 1/3 всех пациентов АД было не стабильным, у половины пациентов снижался диурез;
7. у 10-15% пациентов снижалась оксигенация, что подтверждалось SpO-2;
8. весьма характерной особенностью послеоперационного периода у лиц, употребляющих кат является задержка мочеиспускания и стойкий послеоперационный парез кишечника;
9. осложненное течение ближайшего послеоперационного периода у пациентов 3-ей группы, наиболее зависимой от действия ката, потребовало госпитализацию в ОРИТ у трети пациентов, что существенно удорожило лечение, но позволило избежать смертельных исходов.

Таким образом, пациенты хирургического профиля, употребляющие кат требуют особого подхода для выбора препаратов и их доз для премедикации, индукции и поддержания анестезии. Особое внимание следует оказать этим пациентам в послеоперационном периоде вследствие более частого развития осложнений.

## РЕНАЛЬНЫЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ КРОВОТОК У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Е.В.Осипова, Л.В.Мельникова, Л.Ф.Бартош, О.А.Гречишкина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МУЗ «Городская больница №3»
Пенза

*Цель исследования.* Изучение состояния кровотока в междолевых почечных артериях у больных с разной степенью артериальной гипертензии.

*Материал и методы исследования.* Для достижения поставленной цели исследовали 32 человека (19 женщин и 13 мужчин) с эссенциальной артериальной гипертензией.

Пациентов распределили на три группы по степени артериальной гипертензии (национальные рекомендации по артериальной гипертензии 2008г.). С первой степенью артериальной гипертензии исследовали 9 пациентов (средний возраст 44,3±11,6), группу со второй степенью артериальной гипертензии составили 14 человек (средний возраст 45,1±8,6), в группу с третьей степенью артериальной гипертензии вошли 9 больных (средний возраст 54,1±3,7).

*Критериями исключения являлись:* неудовлетворительная ультразвуковая визуализация почек и почечного кровотока, стенозы почечных артерий, острые и хронические (в терминальной стадии) заболевания почек.

Средняя продолжительность артериальной гипертензии в группе наблюдения составила 11,9±5,6 лет.

Ультразвуковое исследование междолевых почечных артерий производилось на аппарате Vivid 7 Dimension (фирма General Electric) после 10-ти минутного отдыха пациента. При дуплексном сканировании междолевых почечных артерий измерялась пиковая систолическая скорость кровотока (Vps - peak systolic velocity), для оценки состояния периферического сопротивления в исследуемом сосудистом бассейне определялся пульсационный индекс (PI - pulsatility index).

*Результаты исследования.* При анализе данных проведённого исследования были выявлены некоторые закономерности.

Достоверных различий пиковой систолической скорости кровотока в междолевых почечных артериях у лиц первой 27,7±8,1м/с и второй 29,2±6,5м/с групп не было выявлено ($p>0,05$). Но наблюдалось увеличение этого показателя от 27,7±8,1м/с у пациентов первой группы до 40,4±8,0м/с у больных третьей группы ($p=0,004$). Также отмечалось достоверное изменение пиковой систоли-

ческой скорости при сравнении лиц со второй 29,2±6,5м/с и с третьей степенью артериальной гипертензии 40,4±8,0м/с (p=0,001).

Пульсационный индекс у больных первой 0,9±0,12 и второй 0,98±0,23 групп существенно не отличался (p>0,05). Однако отмечалось достоверное увеличение от 0,9±0,12 у лиц с первой степенью артериальной гипертензии до 1,17±0,13 у пациентов третьей группы (p=0,03). Кроме того выявлены различия этого параметра у лиц со второй 0,98±0,23 и третьей 1,17±0,13 степенью артериальной гипертензии (p=0,0003).

*Обсуждение.* В этой работе было проанализировано состояние ренального паренхиматозного кровотока (в междолевых почечных артериях) у пациентов с разной степенью артериальной гипертензии. Наибольшие значения пиковой систолической скорости кровотока и пульсационного индекса отмечались у лиц третьей группы. Полученные результаты могут свидетельствовать о повышении периферического сопротивления в исследованном сосудистом бассейне у пациентов с третьей степенью артериальной гипертензии.

*Выводы.*

Выявлено существенное увеличение скоростных характеристик кровотока и пульсационного индекса в междолевых почечных артериях у больных с третьей степенью артериальной гипертензии по сравнению с пациентами первой и второй степени.

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

И.Н.Пиксин, В.Н.Паркина, Н.А.Чапаев

Медицинский институт ГОУ ВПО «МГУ им Н.П.Огарева»
Саранск

Современный период хирургии гастродуоденальных язв характеризуется переоценкой вопросов тактики, показаний к операциям, выбора объёма оперативного вмешательства с учётом изменившихся в последние годы взглядов на этиопатогенез язвенной болезни. В течение последнего десятилетия отмечается устойчивая тенденция к уменьшению количества плановых хирургических вмешательств по поводу язвенной болезни, что подтверждает несомненные успехи консервативного лечения.

Проблема хирургического лечения гастродуоденальных язв и оценка ее результатов в наше время имеет большое медицинское и социально-экономическое значение, поскольку необходимость прогнозирования исходов операций очевидна для последующей научно-обоснованной организации профилактических и лечебных мероприятий.

Поскольку традиционные критерии адекватности лечебных мероприятий, отражающих изменения физического состояния, не дают полного представле-

ния о жизненном благополучии больного, целесообразно разработать простые и точные методы оценки эффективности способа операции и прогнозирования результатов хирургических вмешательств.

В практике здравоохранения методология исследования качества жизни расширяет возможности стандартизации методов лечения, обеспечивает индивидуальный мониторинг состояния больного с оценкой ранних и отдаленных результатов лечения, разработки прогностических моделей течения и исхода заболевания и др. Применяемые в настоящее время методы прогнозирования исхода лечения язвенной болезни являются или неточными, или исключают возможность их применения в условиях диспансерного наблюдения. Общим их недостатком является отсутствие математической модели прогноза.

*Целью работы* явилось провести оценку качества жизни, прогностического критерия выздоровления и уровня предотвращенной потери здоровья пациентов после различных операций при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

*Материалы и методы.* Качество жизни изучено у 183 оперированных по поводу язвенной болезни желудка и 109 больных, оперированных по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, с использованием специального опроса-анкетирования, разработанного сотрудниками кафедры госпитальной хирургии, и обследования пациентов в стационаре или в амбулаторных условиях.

Для детального изучения данных провели анализ сопряжённости индекса качества жизни с вычислением показателя отношения исхода хирургического лечения язвенной болезни с помощью кластерного анализа. Расчёт показателя отношения шанса (прогностического критерия выздоровления) и уровня предотвращенной потери здоровья проводили, используя теорию вероятностей.

*Результаты исследования и их обсуждение.* Качественная оценка результатов хирургического лечения язвенной болезни желудка проведена у 183 больных: после резекции желудка (РЖ) по Billroth I - у 52 пациентов, после резекции по Billroth II в модификации Hoffmeister-Finsterer - у 26, после пилоросохраняющей резекции желудка (ПСРЖ) по А. И. Горбашко - у 79 и после ПСРЖ по J. Mikulicz - у 26 пациентов. Наибольшее число отличных и хороших отдаленных результатов выявлено после ПСРЖ - 60,95 %. После РЖ по Billroth II отмечалось большее число удовлетворительных и неудовлетворительных результатов - 65,38 %, которое объясняется наличием разнообразных постгастрорезекционных синдромов в данной группе. После РЖ по Billroth I отдаленные результаты хирургического лечения занимали промежуточное положение между двумя предыдущими методиками, но приближались к пилоросохраняющим резекциям желудка. Наиболее часто пострезекционные синдромы отмечались после РЖ по Billroth П.

Отдаленные результаты резекций желудка при дуоденальной язве изучены у 63 больных: после дистальной РЖ по Billroth I - у 6 (9,52 %), после резекции по Billroth II - у 46 (73,02 %), после антральной РЖ в комбинации со стволовой ваготомией (СтВ) - у 11 (17,46 %) больных. Число отличных и хороших

результатов после дистальной резекции желудка по Billroth I составило 66,66 %. После РЖ по Billroth II отмечалось большее число (58,70 %) удовлетворительных и неудовлетворительных результатов. После стволовой ваготомии с антральной резекцией желудка отдаленные результаты практически не отличались от результатов после резекции по Billroth П.

Качественная оценка результатов органосохраняющих с дренирующими желудок и без них операциями изучены у 46 оперированных пациентов: после СтВ с пилоропластикой по Heineke-Mikulicz и Judd - у 18 (39,13%), после СтВ с гастродуоденоанастомозом (ГДА) по Jaboulay - у 3 (6,52%), после СтВ с гастроэнтероанастомозом (ГЭА) - у 5 (10,87%), после изолированной селективной проксимальной ваготомии (СПВ) - у 5 (10,87%), после СПВ с пилоропластикой по Heineke-Mikulicz и Judd - у 4 (8,70%), после СПВ с ГДА по Jaboulay - у 9 (19,57%), после СПВ с ГЭА - у 2 (4,35%) пациентов. Лучшие отдаленные результаты отмечены после СПВ с гастродуоденопластикой или гастродуоденостомией. Результат СПВ с наложением ГЭА был несколько хуже. Отдалённые результаты СтВ с ДЖО уступали результатам СПВ, имелись неблагоприятные отдалённые результаты после СтВ с пилоропластикой по Heineke-Mikulicz и Judd. После СПВ и СПВ с дренирующими желудок операциями (ДЖО) получены существенно лучшие результаты, отличные и хорошие исходы отмечались в 1,45 раза чаще и более чем в 5,38 раз сократилась частота удовлетворительных исходов и не отмечено неудовлетворительных результатов операции.

В последнее время немаловажную роль стали отводить микробному фактору, особенно в патогенезе воспалительных процессов культи желудка, а ряд авторов делают предположение о возможном участии микроорганизма в развитии различных послеоперационных осложнений (Robles-Campos R. et al., 1993).

Санационный эффект резекционных способов лечения оценен у 51 пациента, которые до операции были инфицированы Helicobacter pylori. Способ комплексной оценки инфицированности Helicobacter pylori слизистой оболочки желудка выявил хеликобактериоз у 80,3% пациентов с резецированным желудком. В клинической картине у 11 пациентов с отрицательными тестами на Helicobacter pylori отмечалось благоприятное течение раннего послеоперационного периода. У больных, инфицированных Helicobacter pylori, частыми жалобами являлись болезненные ощущения в эпигастральной области и различные диспепсические расстройства.

Проведённый количественный (балльный) анализ отдалённых результатов хирургического лечения язвенной болезни желудка у 183 пациентов показывает, что органощадящие операции являются высокоэффективными методами лечения желудочных язв. Оптимальными показателями качества жизни считали уровень до 125 баллов. Средний показатель эффективности ПСРЖ по А. И. Горбашко составил 597,37 баллов, ПСРЖ по J. Mikulicz - 735,41 баллов. «Классические» резекции желудка уступали различным видам ПСРЖ как по функциональным результатам, так и по качеству жизни больного. Средний показатель эффективности различных «классических» резекционных способов

лечения желудочных язв составил: после резекции по Billroth I - 1019,58 баллов, после РЖ по Billroth II - 1527,52 баллов. Количественный анализ отдалённых результатов хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у 109 пациентов показывает, что органосохраняющие операции также являются высокоэффективными методами лечения дуоденальных язв. Средний показатель эффективности стволовой ваготомии составил 757,75 баллов, селективной проксимальной ваготомии с дренирующими желудок операциями и без них - 510,41 баллов. Резекции желудка уступают различным видам ваготомии как по функциональным результатам, так и по качеству жизни больного, однако превосходят их по надёжности - риск развития пептической язвы в отдалённом послеоперационном периоде ниже, чем после ваготомии. Средний показатель эффективности различных резекционных способов лечения дуоденальных язв составил 1044,70 баллов.

Эффективность хирургического лечения язвенной болезни проводилась с позиции качественной и количественной оценки результатов и оценки «уровня предотвращенной потери здоровья».

Обследование больных после хирургического лечения язвенной болезни позволило ранжировать операции по величине среднего балла индекса качества жизни в следующей последовательности. При язвенной болезни желудка: пилоросохраняющая резекция желудка по А.И. Горбашко (597,37 баллов) → пилоросохраняющая резекция желудка по J. Mikulicz (735,41 баллов) → резекция желудка по Billroth I (1019,58 баллов) → резекция желудка по Billroth II (1527,52 баллов); при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: селективная проксимальная ваготомия с гастродуоденоанастомозом по Jaboulay (166,65 баллов) → стволовая ваготомия с гастродуоденоанастомозом по Jaboulay (299,97 баллов) → селективная проксимальная ваготомия с пилоропластикой по Heineke-Mikulicz или Judd (325,00 баллов) → селективная проксимальная ваготомия с гастроэнтероанастомозом (750,00 баллов) → изолированная селективная проксимальная ваготомия (800,00 баллов) → стволовая ваготомия с пилоропластикой по Heineke-Mikulicz или Judd (972,53 балла) → антральная резекция желудка в комбинации со стволовой ваготомией (972,63 балла) → дистальная резекция желудка по Billroth I (983,47 баллов) → стволовая ваготомия с наложением гастроэнтероанастомоза (1000,00 баллов) → резекция желудка по Billroth II (1177,99 баллов). Средние значения общего уровня качества жизни после всех видов операций достоверно различаются с величиной индекса качества жизни у здоровых лиц.

Все проявления болезней оперированного желудка оказывали негативное воздействие на величину индекса качества жизни.

При наличии рецидива язвы у больных уровень качества жизни ухудшался на 76,49 балла по сравнению с пациентами без рецидива. Негативный эффект других пострезекционных синдромов был несколько меньшим.

*Заключение.* Таким образом, часть больных после ПСРЖ по А. И. Горбашко, ПСРЖ по J. Mikulicz, СПВ с ДЖО, СтВ с ГДА по Jaboulay и антральной РЖ в комбинации со СтВ имеет больше реальных шансов достичь «хороших» и «отличных» значений общего уровня качества жизни, чем пациенты, перенесшие операции другого типа. Минимальную вероятность такого исхода лечения можно прогнозировать после резекции желудка по Billroth II. Для этих пациентов характерны такие же общий уровень и значения компонентов индекса качества жизни, как и у неоперированных больных при агрессивном течении заболевания.

Обобщение опыта хирургического лечения язвы желудка, накопленного в клинике госпитальной хирургии ГОУВПО «МГУ им. Н. П. Огарёва», опыта российских и зарубежных клиник, в течение многих лет занимающихся лечением язвенной болезни, позволяет из большого арсенала оперативных вмешательств, рекомендовать при желудочной язве I типа пилоросохраняющие методики, а при стенозе - резекцию желудка по Billroht I; при дуоденальной язве - расширенную селективную проксимальную ваготомию, СПВ без пилоропластики, а при стенозе - с дуоденопластикой или пилоропластикой, а среди резекционных способов - антральная резекция желудка в комбинации со стволовой ваготомией.

## ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ГЕМОКОРРЕКЦИИ ПРИ ДИФФУЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ

И.Н.Пиксин, Е.И.Шибанова, А.В.Вилков, Н.А.Чапаев, В.Н.Паркина

Медицинский институт ГОУ ВПО «МГУ им Н.П.Огарева»
Саранск

Лечение больных диффузным токсическим зобом (ДТЗ) остается актуальной проблемой клинической эндокринологии ввиду большой распространенности этой болезни, трудности предоперационной подготовки и частоты послеоперационных осложнений.

При ДТЗ наблюдаются выраженные гормонально-метаболические нарушения, страдает функция органов и систем. Как показали наши исследования у пациентов ДТЗ развивается разной степени эндотоксикоз, связанный с непосредственным воздействием тиреоидных гормонов, нарушением перекисного окисления липидов.

В патогенезе ДТЗ важную роль играют иммунологические сдвиги, снижение общей резистентности организма, сопутствующие заболевания, снижающие эффективность лечения больных. Существует группа больных, у которых традиционное лечение оказывается неэффективным или сопровождается токсико-аллергическими осложнениями.

Повышение содержания свободного тироксина в плазме (интоксикация тиреоидными гормонами), нарушение состава сывороточных белков, явления ли-

пидного дистресс синдрома, аутоимунных сдвигов с повышенной концентрацией циркулирующих иммунных комплексов и продуктов белковой деградации клеток, сопутствующие заболевания послужили патофизиологическим обоснованием для включения в лечебный алгоритм ДТЗ экстракорпоральных методик.

*Целью работы* явилось обоснование эфферентно-квантовых методов гемокоррекции для улучшения результатов лечения больных диффузным токсическим зобом.

*Материалы и методы*. **В** клинике госпитальной хирургии Мордовского государственного университета имени Н. П. Огарева при лечении ДТЗ применяются: АУФОК, дискретный плазмаферез, малообъемный плазмаферез с отмыванием аутоэритроцитов физиологическим раствором и низкомолекулярным поливинилпирролидоном (МПА с АОЭ), крипреципитатаферез с аутотрансфузией фотомодифицированных эритроцитов (КПА с АФЭ).

Под нашим наблюдением с 1999 по 2004 год находилось 140 больных ДТЗ в возрасте от 15 до 72 лет, среди которых 6 человек имели рецидивный тиреотоксикоз.

В зависимости от способа лечения, всех пациентов разделили на четыре группы. Первой группе (34 больных) проводили фармококоррекцию тиреотоксикоза с применением мерказолила, второй (36 больных) дополнительно использовали дискретный плазмаферез (ДПА), третьей (35 больных) КПА с АФЭ, четвертой (35 больных) МПА с АОЭ.

Хирургическое лечение проводили у больных с третьей и четвертой степенью увеличения щитовидной железы на фоне тириотоксикоза средней и тяжелой степени. Экстракорпоральные методы гемокоррекции проводили через 1-2 дня общим количеством 3-5 сеансов на одного больного.

Критериями, подтверждающими эффективность лечения, являлись клинические, гемодинамические, биохимические, а также клинико-экономические показатели.

*Результаты и обсуждение*. Исследования показали, что при ДТЗ тяжелого течения после КПА с АФЭ имеют преимущества над ДПА. Комбинация эфферентных методов с фотомодификацией аутоэритроцитов оказалось более эффективной для предоперационной подготовки и уменьшения числа послеоперационных осложнений, по сравнению с классическим плазмаферезом.

Среди всех методов экстракорпоральной гемокоррекции лучшие результаты получены при применении МПА с АОЭ. В этой группе больных отпала необходимость хирургического вмешательства у 67,7%, в то время как в третьей и второй лишь у 37,7% и 38,9% соответственно, а после традиционной фармакотерапии в 14,7%.

*Заключение*. Таким образом, исследования показали, что включение в лечебный процесс эферентно-квантовых методов гемокоррекции позволяет сократить сроки стационарного лечения больных ДТЗ и число послеоперационных осложнений. У ряда пациентов отпадает необходимость хирургического вмешательства, уменьшаются удельные эффективные затраты на лечение.

# ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

О.Л.Пихур, Э.А.Калмыкова

ГОУ ДПО СПБМАПО Росздрава
Санкт-Петербург

В настоящее время одной их наиболее значимых проблем стоматологии являются нарушения психологической адаптации стоматологических больных, возникающих в силу различных причин и обстоятельств и влияющих на результат проводимого лечения.

*Цель исследования* – оценить психологическую составляющую адаптационных возможностей стоматологических больных с патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

*Материалы и методы*. Обследовано 86 пациентов в возрасте от 20 до 59 лет (22 мужчины и 64 женщины) со вторично сниженным прикусом вследствие кариеса и его осложнений, хронического пародонтита, некариозных поражений зубов, проходящих лечение на кафедре ортопедической стоматологии СПбМАПО. В 23, 2% случаев пациенты имели верифицированный диагноз – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. При проведении плановых комплексных обследований по оценке адаптационных возможностей пациентам предлагалось тестирование, включающее в себя анкеты оценки уровня невротической астении, интегративный тест тревожности, анкету, оценивающую влияние стоматологического заболевания на качество жизни пациента, и краткий общий опросник оценки статуса здоровья (SF-36). Комплексное обследование проводилось на этапах лечения пять раз (до начала лечения, в день сдачи лечебного аппарата или протеза, через неделю после наложения протеза, через 3 недели ношения протеза, через 3 месяца ношения протеза). 35,6% пациентов проходили лечение по поводу сопутствующей патологии ЖКТ. На основе полученных данных проводили анализ и интегральную оценку психологического статуса: возможности психологического статуса к адаптации сохранены, снижены и резко снижены.

*Результаты исследования.* По данным психологического тестирования перед началом стоматологического лечения в группу с сохранным психологическим статусом отнесены 39,4% больных, в группу сниженного психологического статуса – 35,4%, в группу с резко сниженным статусом – 25,2% ($p<0,05$). После стоматологического лечения число пациентов, проходивших лечение по поводу сопутствующей патологии ЖКТ, с резко сниженным психологическим

статусом уменьшилось в 1,42 раза, а пациентов со сниженными психологическими возможностями в 1,85 раз, относительно пациентов, не наблюдавшихся у гастроэнтеролога, уменьшилось в 1,15 и 1, 60 раз соответственно.

*Выводы*. Психологическое тестирование в составе диагностического комплекса, используемого для оценки адаптационных возможностей стоматологических больных, позволяет выявить состояние психологической дезадаптации и проследить динамику психологического состояния пациента с заболеванием ЖКТ в процессе лечения.

## ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОМ ЛЕГКИХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ ИНДУЦИРОВАННОМ ОПУХОЛЕВОМ РОСТЕ

Н.А.Плотникова, С.В.Харитонов, С.П.Кемайкин, Т.В.Харитонова, О.Н.Куликова, Е.В.Кириченко, И.В.Пашкевич

Медицинский институт ГОУ ВПО «МГУ им Н.П.Огарева»
Саранск

*Целью нашего исследования* являлось изучение морфогенеза аденом легких при экспериментальном опухолевом росте, индуцированном уретаном.

Для решения поставленной задачи выполнены эксперименты на 100 нелинейных белых мышах массой 18-20 граммов. Животные находились в стандартных условиях содержания вивария.

Моделирование опухолей легких производилось путем однократного внутрибрюшинного введения животным уретана в дозе 1 мг/кг. Через 6 месяцев со дня начала эксперимента животных забивали гильотинным методом. Материалом исследования являлись легкие белых мышей.

На фоне введения уретана у мышей возникали множественные мультицентричные аденомы легкого. Среднее количество аденом в тотальном препарате у одного животного составило 22,0±3,2.

Аденомы представляли мелкие (до 2 мм в диаметре), серые полупрозрачные узелки округло-овальной формы, располагались диффузно. Несмотря на отсутствие в них капсулы, новообразования были довольно четко отграничены от окружающей легочной ткани.

При микроскопическом исследовании легких мышей контрольной группы, новообразования характеризовались разнообразием и неоднородностью строения. Опухолевая ткань была представлена железистыми, трабекулярными, сосочковыми, микрокистозными, солидными и альвеолярными структурами, состоящими из клеток различных размеров и формы. В аденомах с железистой дифференцировкой преобладали мономорфные клетки, кубической формы, с небольшим количеством цитоплазмы и округлыми ядрами.

В отдельных очагах выявлялись правильно сформированные аденомы железисто-солидного строения, образованные опухолевыми клетками цилиндрической формы.

Некоторые опухолевые узлы характеризовались наличием трабекул, тяжей, солидных скоплений клеток призматической формы, с овальными ядрами, занимающими большую часть цитоплазмы.

Встречались опухоли, представленные солидными или солидно – альвеолярными пластами, состоящими из клеток округлой или полигональной формы со светлой цитоплазмой и пузырьковидным ядром.

В некоторых комплексах одновременно наблюдались железисто - подобные структуры, выстланные значительно более мелкими клетками с темным гомогенным ядром.

Большая часть аденом характеризовалась мономорфностью строения, однородностью клеточного состава. При этом обнаруживали опухоли с преобладанием тубулярных структур в виде железистых просветов . Выявляли аденомы преимущественно солидного строения с наличием отдельных тяжей и комплексов, имеющих базалиоидное строение периферического слоя опухолевых клеток . Преобладали клетки небольших размеров.

Стромальный компонент в аденомах представлен тонкими соединительнотканными прослойками, в отдельных очагах тяжами более плотной фиброзной ткани.

Отмечали новообразования мономорфного строения, имеющие солидно – альвеолярную, солидно – трабекулярную, тубулярную, трабекулярную, аденоматозную дифференцировку с обильной васкуляризацией.

Более того в мономорфных аденомах наблюдалось формирование папилярных структур и кистозных полостей, выстланных вытянутыми веретеновидными клеточными элементами.

В ряде аденом тубулярного строения, клетки приобретали призматическую форму и образовывали цилиндрические ходы. Подобная железистая дифференцировка выявлялась преимущественно в центральной части новообразования, на периферии обнаруживались опухолевые клетки без формирования аденоматозных структур.

Стромальный компонент в мономорфных опухолевых узлах выражен слабо. В ряде случаев обнаруживали структуры с папиллярной дифференцировкой и наличием кистозных полостей.

Наличие большого количества опухолей с сосочковой дифференцировкой и микрокистозными изменениями свидетельствует о высокой пролиферативной активности клеток бронхиального эпителия при воздействии уретана. Папиллярная дифференцировка аденом является неблагоприятным прогностическим признаком, предполагающим возможность развития дисплазии и малигнизации.

# ОЦЕНКА КОМПЛАЕНСА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Н.В.Позднякова, Е.В.Коломиец, Р.А.Купаева, А.В.Зайцева, И.П.Татарченко

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ФГУЗ «Медико-санитарная часть №59» ФМБА России, МУЗ ГКБ СМП имени Г.А. Захарьина
Пенза

Термин "комплаенс" можно определить как соблюдение режима приема лекарственного препарата пациентом. На комплаенс влияют как нежелательные реакции на препарат, так и необходимость изменять свое поведение или привычки при проведении терапии.

*Целью нашего исследования* был анализ результатов работы «Школы Здоровья для пациентов с артериальной гипертонией», функционирующей на базе поликлиники МУЗ ГКБ СМП имени Г. А. Захарьина, для оценки возможности обучения пациентов с АГ в улучшении приверженности к лечению данного заболевания.

*Материалы и методы.* За период с октября 2008 по январь 2009гг в школе прошли обучение 157 человек ГБ в возрасте от 35 до 55 лет (средний возраст 46,7 лет). Длительность АГ колебалась от 1 до 10 лет и в среднем составила 5,8 лет. Группа состояла из 140 женщин и 17 мужчин. По своему социальному положению больные распределились следующим образом: 141 (89%) – работающие люди, остальные – безработные.

Обучение проводили в группах по 6-8 человек. Вся программа обучения была рассчитана на 5 занятий по 2 академических часа. Занятия проводили еженедельно. Форма занятия – семинар в виде свободного диалога с пациентами. Группы сформированы по случайному принципу. Занятия в «школе Здоровья» вели врачи – кардиологи. Полный курс прошли 152 человека (97%). Остальные прекратили посещение занятий, мотивируя отсутствием свободного времени. В обучаемой группе больных в основном присутствовали лица с множественными факторами риска АГ. Регулярное лечение до обучения получали лишь 6,3% пациентов, при этом большинство больных не лечились. Основными причинами нерегулярности лечения были отсутствие у пациентов представлений о необходимости постоянного лечения при АГ, боязнь развития осложнений лечения (развитие заболеваний печени, ЖКТ, легких, почек при приеме препаратов), отсутствие денежных средств на приобретение препаратов (особенно при применении комбинированной терапии).

*Результаты.* При анализе повышения образования больных по отдельным разделам программы было выявлено, что лучше всего усваиваются знания в отношении модификации образа жизни. Значительно менее утешительными были результаты обучения по разделу лекарственной терапии, что можно объяснить относительной сложностью материала. При этом практические навыки

по измерению АД сохранялись и после обучения в школе и существенно совершенствовались у тех больных, которые регулярно измеряли АД.

При анализе эффективности обучения больных в реальном изменении их образа жизни были получены следующие результаты. 3 из курящих пациентов отказались от данной вредной привычки (в основном женщины). Приблизительно половина пациентов уменьшило употребление алкоголя, жирной, соленой и жареной пищи, отметили снижение питья жидкости. После обучения в школе приверженность к лечению возросла на 30%. Приблизительно 58% стали регулярно получать комбинированную антигипертензивную терапию. Все пациенты регулярно контролировали, самостоятельно ведя дневник, АД в течение суток.

Таким образом, анализ результатов работы «школы Здоровья» для пациентов с АГ продемонстрировал ее высокую эффективность в плане повышения уровня знаний больных, что сопровождалось увеличением доли больных, получающих регулярную антигипертензивную терапию и производящих самоконтроль АД. В то же время данная программа обучения не создает у пациентов устойчивой мотивации на соблюдение рекомендаций по снижению лишнего веса и отказу от курения.

## КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕЛМИСАРТАНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ НАРУШЕНИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Н.В.Позднякова, А.Г.Мордовина, Е.А.Молокова, Р.А.Купаева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ФГУЗ «Медико-санитарная часть №59» ФМБА России, МУЗ ГКБ СМП имени Г.А. Захарьина
Пенза

У больных сахарным диабетом велик риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Повышение их частоты является следствием кардиоваскулярных нарушений, в основе которых лежат патогенетические факторы: метаболические нарушения в кардиомиоцитах, микроангиопатия коронарных сосудов. Сочетание сахарного диабета 2 типа (СД) и артериальной гипертонии (АГ) несет в себе угрозу преждевременной инвалидизации и смерти больных от сердечно-сосудистых осложнений.

*Цель работы* - оценить эффективность гипотензивной терапии блокаторами ангиотензиновых рецепторов (БАР) телмисартана у больных АГ и СД 2 типа.

*Материал и методы исследования:* больные - 59 человек АГ I-II ст при сопутствующем сахарном диабете 2 типа длительностью не более 10 лет с момента установления диагноза, средний возраст - 57,3+4,5 лет. В качестве гипотензивного средства использовали телмисартан (микардис, средняя доза по группе в течение первых недель – 80 мг/сут, в последующем средняя доза у 35 пациентов - 40мг/сут, у 24 пациентов - 80 мг/сут). Комплекс обследования: общеклиническое и лабораторное исследование, ЭКГ в 12 отведениях, эхокардиография (ЭхоКГ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

*Результаты:* при анализе исходных данных СМАД отмечено повышение среднесуточных САД и ДАД при выраженном индексе времени гипертензии: соответственно, 78,5 + 5,2% и 80,4 + 5,3%. При оценке суточного ритма АГ патологический профиль выявлен у 24 больных, из них в 20 случаях - категория "нон-дипперов", в 4 - с преимущественно ночной гипертензией. По данным ЭхоКГ сократительная способность ЛЖ была сохранена у всех обследуемых пациентов: фракция выброса (ФВ) - 55,0±2,9%. Анализ данных относительной толщины стенок левого желудочка (ОТС ЛЖ) и индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) позволил определить наличие концентрического ремоделирования ЛЖ (увеличение ОТС и отсутствие повышения ИММЛЖ) у 47,5% больных, концентрической гипертрофии ЛЖ (увеличение ОТС и повышение ИММЛЖ) - у 52,5% больных. При оценке трансмитрального диастолического потока выявлен вариант диастолической дисфункции ЛЖ по I типу (аномальной релаксации) у 48 из 59 больных (81,35%), по II типу (псевдонормализация) - у 11 (18,65%). Стабильный гипотензивный эффект с поддержанием целевого уровня АД был получен к 3 недели у всех пациентов, достоверное снижение САД на 25,6% и ДАД на 19,4% при хорошей переносимости препарата. Отмечено уменьшение массы миокарда левого желудочка, соответственно: с 189,6+4,5г до 172,6+5,8г, улучшение диастолической функции левого желудочка: увеличение соотношения пика Е к пику А трансмитрального диастолического потока (Е/А) от 0,61+0,17 до 1,09+0,16, уменьшение IVRT от 115+3,8мс до 89,3+2,4мс, при $p<0,05$.

Таким образом, курсовая терапия телмисартаном через 6 месяцев обеспечивает, помимо эффективного контроля САД и ДАД с нормализацией суточного профиля в 87,5% наблюдений от числа пациентов с патологическим циркадным ритмом, улучшение показателей диастолической функции ЛЖ, не угнетая сократительную способность миокарда. Телмисартан у больных АГ наряду с выраженным гипотензивным действием доказал наличие органо-протективных эффектов, что наряду с удобным способом приема и отличным спектром переносимости делает его препаратом выбора у больных СД 2 типа.

## ВАЗОМОТОРНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ И БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

Н.В.Позднякова, А.Г.Мордовина, С.А.Секерко, А.В.Зайцева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
ФГУЗ «Медико-санитарная часть №59» ФМБА России
Пенза

Сахарный диабет (СД) является независимым фактором риска ишемической болезни сердца (ИБС), при этом Американская кардиологическая ассоциация с учетом высокого риска сосудистых осложнений при СД типа 2 причисляет его к сердечно-сосудистым заболеваниям.

*Цель исследования:* изучить значимость функционального состояния эндотелия в оценке ишемии у больных СД типа 2.

*Материал и методы:* 93 больных (52 мужчины и 41 женщины), средний возраст - 58,3 + 4,8 лет. В I группу вошли 47 пациентов с ИБС и СД типа 2. II группу составили 46 больных ИБС без нарушения углеводного обмена. Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, основным факторам риска. Комплекс обследования, кроме клинико-лабораторных исследований, включал электрокардиографию в 12 отведениях, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), велоэргометрию (ВЭМ), ультразвуковую оценку эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии (ЭЗВД ПА).

*Результаты:* в I группе (ИБС+СД) эпизоды ишемии миокарда (ИМ) регистрировались у 44 (93,6%) больных, в 8 случаях суточная продолжительность эпизодов ИМ (СИМ) превышала 60 мин (72,6+3,1 мин). У 31 (66%) пациента отмечены периоды безболевой ишемии миокарда (БИМ), при чем у 24 больных выделены как болевые эпизоды ИМ (БЭИМ), так и эпизоды БИМ. Средняя глубина депрессии ST сегмента существенно не отличалась у пациентов обеих групп, однако максимальная глубина снижения ST в I группе превышала аналогичный показатель во II группе (ИБС), $p<0,05$. У пациентов I группы объем выполненной работы, двойное произведение и пороговая мощность оказались достоверно ниже, чем у пациентов II группы. При позднем появлении приступа стенокардии во время ВЭМ вероятность возникновения бессимптомных эпизодов депрессии ST велика, и это согласуется с данными холтеровского мониторирова-ния ЭКГ. В I группе больных (ИБС+СД) соотношение БИМ/БЭИМ составило 1,1 и превысило аналогичный показатель во II группе (ИБС) - 0,57($\chi^{2=}$3,84, $p<0,05$).

Снижение вазомоторной функции эндотелия, индуцированной напряжением сдвига, отмечено у пациентов I группы: диаметр плечевой артерии после снятия манжеты увеличился лишь на 7,2% от исходного значения. У 64% больных данной группы значение ЭЗВД ПА - не более 5,4%.У больных ИБС без нарушения углеводного обмена показатель ЭЗВД ПА составил 12%, только у 8 (17,4%) из 46 пациентов II группы значение ЭЗВД ПА не превышало 8%. Корреляционный анализ показал достоверную отрицательную взаимосвязь между дисфункцией эндотелия и количеством эпизодов БИМ ($r= -0,48$, $p=0,099$), продолжительностью эпизодов БИМ ($r= -0,59$, $p=0,018$), временем запаздывания болевого синдрома по отношению к ишемической депрессии ST ($r= -0,59$, $p=0,019$).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о снижении эндотелийзависимой вазодилататорной реакции у больных СД типа 2, что связывают с воздействием гипергликемии на атерогенез в сосудистой стенке через развитие генерализованной дисфункции эндотелия сосудов, с усилением окислительного стресса. Нарушения функции эндотелия коронарных артерий проявляется снижением коронарного резерва, неспособностью сосудов к адекватному расширению при повышении потребности миокарда в кислороде, играет значимую роль в возникновении и прогресировании ишемии.

# АНТИИШЕМИЧЕСКИЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ИВАБРАДИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИБС, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Н.В.Позднякова, О.И.Морозова, С.А.Секерко, М.В.Бирюченко,
Е.В.Коломиец, Р.А.Купаева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ФГУЗ «Медико-санитарная часть №59»
ФМБА России, МУЗ ГКБ СМП имени Г.А. Захарьина
Пенза

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) по-прежнему остается одним из самых распространенных, тяжелых и прогностически неблагоприятных осложнений всех заболеваний сердечно-сосудистой системы. По данным исследований SOLVD и «Эпоха ХСН», ишемическая болезнь сердца (ИБС) является наиболее частой причиной развития ХСН, ее вклад в структуру этиологии заболевания составляет 60-68%, выживаемость больных с ишемической этиологией на 2-15% ниже, чем пациентов с неишемическим генезом заболевания.

*Цель исследования* - оценка клинической эффективности ивабрадина в составе комбинированной терапии у больных ИБС с ХСН П-П1 функционального класса (ФК).

*Материал и методы исследования:* 59 больных с ХСН I - III ФК по классификации NYHA, средний возраст - 58,3+4,5 лет. Больные 1-й группы (n=30) получали комплексную базовую терапию: ингибиторы АПФ, мочегонные, аспирин, статины, при необходимости нитраты. Пациентам 2-й группы (n=29) к базовой терапии дополнительно включали ивабрадин (препарат «Кораксан», средняя доза - 7,5 мг). Комплекс обследования включал электрокардиографию в 12 отведениях, холтеровское мони-торирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), эхокардиографию (ЭхоКГ), анализ вариабельности ритма сердца (ВРС).

*Результаты:* В конце периода наблюдения в 1-й группе лишь 23,3% пациентов отметили улучшение переносимости физических нагрузок, уменьшение приступов стенокардии и количества потребления нитроглицерина, 66,7% больных указывали на отсутствие каких-либо изменений в субъективном состоянии. На фоне терапии кораксаном 90% больных отмечали увеличение двигательной активности при достаточно хорошей её переносимости, уменьшение приступов стенокардии, количество применяемого короткодействующего нитроглицерина снизилось с 8,8+2,7 таблеток за неделю до 1,2+0,5. Включение кораксана у больных 2 группы привело к снижению ЧСС до 62,6 + 4,7 уд/мин. В группах при исходном ХМ ЭКГ суточная продолжительность ишемии (СИМ), общее количество эпизодов болевой (БЭИМ) и безболевой ишемии миокарда (БИМ) сопоставимы. При повторных исследованиях наибольшее уменьшение СИМ - в группе с кораксаном: с 36,2 + 3,3 до 10,3 + 2,1 мин, $p<0,05$. В 1 группе при стандартной терапии количество БЭИМ и БИМ осталось без значимой динамики, а у 2 пациентов отметили увеличение СИМ до

46,6 + 3,4 мин. Количество БЭИМ и БИМ, СИМ преобладали в 1 группе при сравнении с аналогичными показателями у больных, получавших кораксан. У больных 2 группы комплексная терапия с кораксаном позволила увеличить фракцию выброса (ФВ) до 9% от исходного значения, $p<0,05$, при этом отмечено улучшение 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 $p<0,05$. Мощность высокочастотной составляющей спектра ВРС в конце курса терапии ивабрадином увеличилась с 4,5% ± 1,5% до 11,5%± 1,5%, что сопровождалось уменьшением отношения LF/HF, отражая изменение баланса эфферентной активности симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы в сторону повышения активности последнего.

Таким образом, включение ивабрадина в состав комбинированной терапии больных ИБС с дисфункцией левого желудочка улучшает качество жизни, уменьшает степень тяжести ХСН, обеспечивает должный антиишемический эффект: уменьшение суточной ишемии миокарда и количества эпизодов болевой и безболевой ишемии, оказывает положительное влияние на показатели систолической и диастолической функций сердца, вегетативный баланс.

## КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА

А.А.Прибытков, Н.В.Прибыткова, Р.Н.Лемясова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МЦ «Новая клиника»,
ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»
Пенза

С целью изучения клинических особенностей психосоматических нарушений и разработки подходов к их лечению было проведено сплошное обследование 98 пациентов, наблюдающихся по поводу болезни Меньера. Основным методом изучения психической сферы был клинико-психопатологический. С целью стандартизированной и объективной оценки уровня депрессии применялась шкала Гамильтона (HDRS). Выраженность тревоги оценивалась с помощью шкалы Спилбергера (STAI). Для изучения динамики состояния пациентов в процессе лечения и эффективности терапии использовалась Шкала глобальной клинической оценки (CGI). Психические расстройства пограничного уровня выявлены у 32 больных (32,7% наблюдений), которые были включены в основную группу. Контрольную группу составили 28 пациентов, страдавших болезнью Меньера без признаков психических нарушений. С целью оценки достоверности динамики состояния пациентов в процессе проводимой терапии применялся t-критерий Стьюдента для зависимой выборки.

Особенности психопатологической симптоматики у пациентов с болезнью Меньера позволили выделить два характерных типа нарушений: тревожно-депрессивное расстройство (24 случая – 75% наблюдений) и агорафобия с паническим расстройством (8 случаев – 25% наблюдений).

Все больные, включенные в исследование, получали лечение по поводу болезни Меньера: бетагистин (бетасерк) в дозе от 24 до 48 мг/сут (средняя суточная доза 34,4 мг), ноотропы, препараты, улучшающие мозговое кровообращение, дегидратационную терапию, физиотерапию. С целью коррекции психосоматических расстройств применялась психофармакотерапия и психотерапевтические методики (суггестивная и когнитивно-бихевиоральная психотерапия).

В группе больных с тревожно-депрессивными расстройствами назначался флувоксамин (феварин) в дозе от 100 до 200 мг/сут (в среднем 119 мг/сут). Продолжительность терапии составила 8 недель. Препарат применялся однократно вечером, дозы 200 мг/сут (2 наблюдения) распределялись на два приема.

В группе больных, психический статус которых определялся агорафобией с паническим расстройством, был назначен флувоксамин (феварин) в суточной дозе от 100 до 250 мг (в среднем 143,8 мг/сут). Препарат применялся однократно вечером, дозы свыше 150 мг/сут (2 наблюдения) распределялись на два приема. Продолжительность терапии составила 8 недель. В дальнейшем пациентам рекомендовалась поддерживающая терапия флувоксамином. Кроме того, в данной группе назначался алпразолам в суточной дозе от 0,75 до 2 мг (в среднем 1,25 мг/сут). Алпразолам больные получали в течение трех недель с последующей постепенной отменой.

Достоверное обратное развитие депрессивных симптомов у больных с тревожно-депрессивным типом расстройств (оценка по шкале Гамильтона) начиналось на 2-й неделе лечения ($p < 0,05$) и становилось все более выраженным на фоне дальнейшей терапии с непрерывным улучшением показателей вплоть до последней (8-й) недели ($p < 0,001$). Аналогичные результаты получены при исследовании уровня тревоги по шкале Спилбергера. Достоверное улучшение состояния отмечено на второй неделе терапии ($p < 0,01$) с последующей положительной динамикой в течение всего курса лечения. К окончанию исследования выраженность тревожных и депрессивных расстройств у пациентов первой группы значимо не отличалась от показателей контрольной группы ($p > 0,05$). Динамика состояния больных в процессе лечения также оценивалась по Шкале глобальной клинической оценки (CGI). Пациенты с показателем «выраженное улучшение» и «существенное улучшение» по шкале CGI отнесены к респондерам. К моменту завершения исследования клинически значимое улучшение (респондеры) зафиксировано у 19 из 22 пациентов (86,4% наблюдений).

У больных с преобладанием фобических расстройств и панических атак в процессе лечения имела место неуклонная редукция тревожных расстройств и к концу исследования выраженность тревоги (оценка по шкале Спилбергера) не отличалась от таковой в контрольной группе ($p > 0,05$). Достоверное уменьшение тревожных расстройств отмечено уже к концу первой недели терапии ($p < 0,05$) что субъективно оценивалось пациентами, как положительная динамика состояния. Однако, значимое клиническое улучшение («выраженное» и «существенное» улучшение по шкале CGI) констатировано лишь на четвертой неделе лечения. Полученные результаты можно объяснить быстрой редукцией тревоги в результате применения транквилизатора (алпразолам). При этом агорафобия и панические атаки, определявшие клиническую картину психосоматических на-

рушений, оказались относительно резистентными симптомами. Указанная динамика психопатологических расстройств позволяет рекомендовать достаточно длительные курсы лечения – не менее 8 недель, с последующим переходом на поддерживающую терапию.

Таким образом, для лечения тревожно-депрессивных нарушений у пациентов, страдающих болезнью Меньера, целесообразно применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флувоксамин) в сочетании психотерапевтическими методиками. При наличии агорафобии с паническим расстройством показана комбинация селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флувоксамин) с транквилизаторами (алпразолам), а также психотерапия. Комплексный подход к лечению психосоматических нарушений при болезни Меньера, включающий психофармакотерапию и психотерапевтические техники, позволяет достичь существенного клинического улучшения в 86,7% случаев.

## КОРТЕКСИН В ТЕРАПИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Л.Г.Радченко, В.И.Струков, М.Н.Гербель, М.Н.Максимова, Н.В.Агеева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
Медицинский институт ПГУ, ГУЗ ПОДКБ им.Н.Ф.Филатова
Пенза

Перинатальные поражения нервной системы (ППНС) – большая, этиологически разнообразная группа неврологических нарушений, наиболее часто встречающихся у детей первого года жизни. В последнее десятилетие в связи с достижениями новейших медицинских технологий (экстракорпоральное оплодотворение, пролонгирование патологической беременности, реанимация новорожденных), особую актуальность приобрела проблема повышения качества жизни детей с ППНС (В.М.Студеникин, 2006).

Ведущую роль в патогенезе перинатального гипоксического поражения головного мозга у детей имеют изменения кровотока мозговых сосудов, следствием чего является церебральная ишемия, внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК), степень тяжести которых зависит от гестационного возраста ребенка, массы его тела при рождении (А.Н.Весева, 2007).

Учитывая большой удельный вес ППНС среди причин заболеваемости, смертности детей в неонатальном периоде, инвалидизации в последующие годы, перед нами была поставлена задача провести анализ особенностей терапии ППНС у детей первого года жизни, включая новый отечественный препарат Кортексин.

Кортексин создан в Российской военно-медицинской академии по отечественным технологиям, представляет собой нейропептидный препарат для перинатального (внутримышечного) применения. Дифференцированное воздействие кортексина на клетки нервной системы позволяют ему оказывать церебропротекторное, ноотропное, нейротрофное, нейрометаболическое, стимули-

рующее, антиоксидантное, противосудорожное и иммунорегуляторное действие (Г.А.Рыжак и др., 2001). Кортексин выпускается во флаконах по 10 мг, перед употреблением содержимое флакона растворяют в 1-2 мл. 0,5% раствора новокаина, или воды для инъекции, или 0,9% раствора NaCl. Детям с массой тела до 20 кг. кортексин назначают из расчета 0,5 мг/кг/массы в сутки, с массой более 20 кг – 10 мг. в сутки (Л.А.Пак и др., 2008). Новорожденным в остром периоде ППНС и детям в раннем восстановительном периоде гипоксически-ишемических поражений ЦНС, последний назначают в дозе 1-2 мг/кг/сутки (К.В.Ватолин, 2007).

На базе педиатрического отделения для новорожденных и детей первого года жизни ПОДКБ им.Н.Ф.Филатова обследовано 87 детей в возрасте от 14 дней до 6 месяцев жизни с клиническими признаками церебральной ишемии. Из 87 детей – 60 человек доношенные, 27 – недоношенные (8 из которых с экстремально низкой массой тела). Церебральная ишемия I степени отмечалась у 60 детей (68%), II степени - у 23% (19 детей) и у 8 детей (9%) выявлена церебральная ишемия III степени. На естественном вскармливании находилось 33 ребенка (38%), на смешанном – 25 детей (33%) и искусственном – 29 человек (16%). Отягощенный акушерский анамнез (гестоз, угроза прерывания, анемия I-II степени тяжести, ОРВИ) определялся у 72% матерей наблюдаемых детей. При обследовании детей использованы: клинические, лабораторные и инструментальные (нейросонография, компьютерная томография, МРТ) методы исследования.

Все исследуемые дети были распределены в две группы:

I (контрольная) – 20 человек, получали базисную терапию ППНС (церебральная ишемия), а именно, витамины группы В – $B_1$,$B_6$,$B_{12}$; сосудолитики – кавинтон, циннаризин, никотиновая кислота; ангиопротекторы – актовегин; нейропротекторы – глицин, пантогам, ноотропил; электрофорез с эуфиллином и папаверином на шейный отдел позвоночника по поперечной методике; лазеротерапия, синусоидально-модулированные токи на межлопаточную область с 3-х месяцев жизни; ЛФК, массаж; парафиновые и озокеритовые аппликации.

II группа (основная) – 67 детей, получавших помимо базисной терапии, ноотроп нового поколения – кортексин, из расчета 0,5 мг/кг/сутки, курсом 10 дней. Терапевтическое действие кортексина оценивали клинически (сроки исчезновения патологических симптомов, неврологический и психоэмоциональный статус, моторика, аппетит, сон, прибавка массы тела) и по результатам УЗИ головного мозга (до назначения кортексина, в динамике и в конце курса терапии).

Анализируя полученные результаты, можно отметить, что в основной (II) группе, на фоне приема кортексина, отмечалась более выраженная положительная клиническая динамика (уменьшение гипертензионного синдрома, вегито-висцеральных дисфункций; улучшение развития моторики, черепно-мозговой иннервации; нормализация мышечного тонуса в дистальных отделах конечностей; повышение аппетита, улучшение сна) по сравнению с контрольной (I) группой, получавшей только базисную терапию. Необходимо указать на хорошую переносимость кортексина и отсутствие побочного эффекта у наблюдаемых детей.

Инструментальные исследования в динамике (нейросонография) показали более быстрое (на 5-7 дней) исчезновение патологических изменений во II группе, по сравнению с контрольной, где исследуемые дети не получали кортексин.

Заключая, можно сделать выводы:

- представленные результаты подтверждают терапевтическую эффективность отечественного препарата кортексин в лечении детей с ППНС;
- кортексин, хорошо переносим, не вызывает побочных эффектов, совместим с другими лекарственными средствами, используемыми в лечении с ППНС.

## ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ С ИСПОЛЬЗОАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ МАТЕРИАЛОВ В РАБОТЕ ТРАВМПУНКТА №2 г. ПЕНЗЫ

В.А.Раскачкин, А.К.Ховрачев, А.А.Осипов

МУЗ «Пензенская городская клиническая больница №5»
Пенза

Гипсовые повязки, применяющиеся до настоящего времени при лечения переломов, были предложены голландскими врачами Матиссеном и Вандерлоо в 1852 году. Н.И. Пирогов, ссылаясь на работу голландских коллег, в 1854 году опубликовал статью о применении гипсовых повязок при повреждениях костей в военно-полевых условиях.

В Пензенской губернской больнице гипсовая иммоболизация внедрена старшим врачом Э.К. Розенталем (1865-1874). Э.К.Розенталь при лечении открытых, осложненных переломов применил циркулярную повязку.

Таким образом, история использования гипсовых повязок насчитывает более 150 лет. За эти годы такой способ иммобилизации применяли как в амбулаторных, так и в стационарных условиях, как в мирное, так и в военное время, при лечении как закрытых, так и открытых переломов. Особую значимость гипсовая иммобилизация приобрела в военное время при лечении огнестрельных переломов как самый дешевый и самый простой в использовании способ.

Однако, несмотря на простоту, этот способ лечения переломов имеет свои недостатки:

- Вероятность вторичного смещения отломков в гипсовой повязке. Это оказывается актуальным при лечении неопорных переломов (косые, винтообразные, мало- и многооскольчатые).
- Вероятность нарушения венозного оттока, а также и артериального кровоснабжения в поврежденном сегменте из-за нарастания отека и компрессии мягких тканей Из-за нарушения артериального кровоснабжения тканей и нервных стволов формируется синдром Зудека или даже контрактуры Фолькмана смежных суставов.

- Местная гипокинезия поврежденной конечности в гипсовой повязке является причиной тромбоза с возможным развитием тромболии легочной артерии.
- Атрофия мышц и развивающаяся контрактура суставов нередко приводит к длительной реабилитации.

В связи с этим лечение переломов гипсовыми повязками нужно отнести к нефункциональным методам лечения, поэтому травматологи все реже и реже прибегают к гипсовым повязкам.

Взамен традиционных средств иммобилизации сегодня пациентам доступны готовые ортопедические изделия, в которых воплощены инновационные технологии и использованы современные материалы в лечении и реабилитации больных с патологией опорно-двигательного аппарата.

Использование новых медицинских изделий будет способствовать профилактике постиммобилизационных осложнений при лечении и травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата, а также позволит сократить период реабилитации, устранить чувство дискомфорта при иммобилизации поврежденных конечностей, и повысить качество жизни пациентов при минимальном объеме осложнений, связанных с длительной иммобилизацией.

В травмпункте №2 за период 2005-2008 г.г. ортопедические изделия применялись у 305 пациентов. И них:

- при травмах шейного отдела позвоночника – 4;
- переломах грудо-поясничного отдела позвоночника – 20 (корсеты);
- пывихах плечевого сустава – 30;
- переломах лучевой кости в типичном месте -60;
- переломах надколенника, гемоартрозах, повреждение связок коленного сустава – 90;
- переломах лодыжек – 120;
- переломах пяточных костей – 81(стельки супинаторы применяются во всех случаях).

Определенный наш опыт применения новых средств иммобилизации позволяет сделать вывод об эффективности использования их по сравнению с традиционными методами реабилитации, т.к. при применении изделий не получено ни одного осложнения, которые имели место при наложении гипсовых повязок.

Для реализации мероприятий по лечению и реабилитации больных с травматологической патологией с применением вышеуказанных изделий необходимо:

- организовать продажу ортопедических изделий в муниципальных аптеках по доступным ценам;
- шире пропагандировать и рекламировать через СМИ, радио и телевидение применение ортопедических изделий при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата;
- расширить диапазон применения ортезов при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата.

# РЕАЛИЗАЦИЯ ОБЛАСТНОЙ ПРОГРАММЫ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ НА ТЕРРИТОРИИ ПЕНЗЕНСКОГО РЕГИОНА

С.Б.Рыбалкин, И.П.Баранова, Л.Н.Афтаева, Л.И.Краснова, М.В.Никольская, Г.П.Рожкова, Ф.Ш.Еникеева, Т.Ф.Чернова

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

Государственное учреждение здравоохранения «Пензенский областной центр специализированных видов медицинской помощи» (ГУЗ ПОЦСВМП) участвует в реализации Областной долгосрочной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2009-2012 годы)» и является организационно-методическим центром по оказанию медицинской помощи больным парентеральными вирусными гепатитами. Областная целевая Программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2009-2012 годы)» разработана в соответствии с Концепцией Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)».

Целью программы является снижение заболеваемости, инвалидности и смертности населения от социально значимых заболеваний, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни больных, страдающих этими заболеваниями. В задачи ГУЗ ПОЦСВМП входит организация работы «Областного медицинского центра диагностики, лечения и профилактики вирусных гепатитов» (Центр), совершенствование и внедрение современных методов диагностики, лечения и профилактики вирусных гепатитов (ВГ) и эпидемиологического надзора. В состав Центра включены следующие подразделения: боксированный круглосуточный стационар (40 коек); дневной стационар (14 коек); кабинет инфекционных заболеваний, кабинет ультразвуковой диагностики с аппаратом УЗИ 1-го класса «Logik-5» и аппаратом «Фиброскан» для неинвазивной эластометрии печени; эндоскопический кабинет; кабинет рентгенографии; клинико-диагностическая лаборатория - с возможностями постановки ИФА, ПЦР с проведением генотипирования на аппарате «Термоциклер» и определением вирусной нагрузки РНК HCV или ДНК HBV. В работе Центра принимает участие как специалисты базового ЛПУ (ПОЦСВМП), так и сотрудники кафедры инфекционных болезней ГОУ ДПО «ПИУВ Росздрава». Центр координирует свою деятельность с кафедрой инфекционных болез-

ней Государственного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования Пензенского института усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

Основными направлениями деятельности Центра являются: 1. Клиническая деятельность; 2. Деятельность по эпид.мониторингу за вирусными гепатитами; 3. Организационно-методическая деятельность; 4. Образовательная деятельность; 5. Научно-исследовательская деятельность. В Областных и районных ЛПУ в настоящее время на диспансерном наблюдении состоит 3422 пациента с вирусными гепатитами, из них в г.Пензе – 1477 больных (43%), в Пензенской области – 1945 (57%). При углубленном обследовании верифицирован хронический гепатит С (ГС) у 327 больных, диагноз подтвержден методом ПЦР. С целью верификации вирусного гепатита В (ГВ) в Центр обратились 98 больных. В результате дообследования у 92 больных (94%) диагностирован хронический ГВ. В регистре состоят 23 пациента с хроническим микст-гепатитом «В+С», с циррозом печени в исходе ГС – 6 пациентов, с циррозом печени в исходе ГВ – 1 пациент. С момента реализации областной подпрограммы «Вирусные гепатиты» в лаборатории ПОЦСВМП проведено исследований методом ПЦР – 1326 (760 лиц), определение генотипа HCV – 389 (312 пациентов), исследований методом ИФА – 16858 (12288 пациентов), исследований методом ИФА различных маркеров HBV и HCV – 1326. На базе Центра осуществляется лечение больных в зависимости от этиологии вирусного гепатита и согласно стандартам медицинской помощи. В лист ожидания в настоящее время для противовирусного лечения включены 200 больных с ХГС и 50 больных с ХГВ. С 2008г. проводится противовирусная терапия 72 пациентам, из них 11 медработников (15%); 54 (75%) больных с хроническим ГС, 18 (25%) больных с хроническим ГВ (из них 4 ребенка). Закончили противовирусное лечение 24 пациента с хроническим ГС, в том числе у 22 (92%) - достигнута авиремия по окончании терапии, рецидив отмечался у 2-х пациентов.

Таким образом, Программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2009-2012 годы)» является важнейшим компонентом региональной политики в сфере здравоохранения и действенным механизмом решения проблем, связанных с социально значимыми заболеваниями. Организация «Областного медицинского центра диагностики, лечения и профилактики вирусных гепатитов», финансирование и реализация целевой областной подпрограммы «Вирусные гепатиты» позволяют качественно, на современном уровне и в рамках существующих федеральных стандартов оказывать диагностическую (клиническую и лабораторно-инструментальную) и лечебную помощь.

# ПРИМЕНЕНИЕ В НЕОНАТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ ФЛЮОРЕСЦЕНТНОГО ИММУННОГО АНАЛИЗА И РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Р.П.Савченко, В.С.Иванова, О.В.Филиппова, Е.В.Шелкова, Л.В.Ланцова

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

На основании приказа МЗ РФ №316 от 30.12.1993 (с изменениями от 20.04.2001 и 05.10.2003) «О дальнейшем развитии медико-генетической службы » и приказа МЗ РФ №185 от 22.03.2006 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания» в лаборатории клинико-диагностической ГУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф.Филатова» были внедрены методы флюоресцентного иммунного анализа на выявляемость у новорожденных наследственных заболеваний фенилкетонурии (ФКУ), муковисцидоза, галактоземии, врожденного гипотиреоза (ВГ) и адреногенитального синдрома (АГС).

В 2007 году по национальному проекту «Здоровье» получено оборудование (многофункциональная автоматизированная комплектная лаборатория, Wallac 1420 Multilabel Counter (Victor-2)) и тест-системы (PerkinElmer; ООО «Инновационные биотехнологии»), позволяющее проводить данные исследования.

Анализируя материалы исследования 2008 года, было установлено, что за год родилось 14 174 ребенка, а выявляемость наследственной неонатальной патологии составила 0,04% (табл.1).

Таблица 1.

Результаты медико-генетических исследования новорожденных Пензенской области за период 2008 года

| Наименование заболевания | Обследовано детей | Выявлено больных |
|---|---|---|
| ФКУ | 13 705 | - |
| ВГ | 13 431 | 2 |
| АГС | 13 432 | 2 |
| Муковисцидоз | 13 431 | 2 |
| Галактоземия | 13 433 | - |

Показатели наследственной неонатальной патологии не превышают среднестатистические по Российской Федерации. Однако на учете Пензенской МГК уже состоят и получают лечение 35 детей с ФКУ, на учете эндокринолога состоят и получают лечения 76 детей (от 0 до 17 лет) с ВГ и 23 ребенка с АГС, на учете пульмонолога и гастроэнтеролога - 8 детей с муковисцидозом. Без своевременного профилактического лечения эти заболевания существенно снижают

жизнеспособность и приводят к инвалидности. Таким образом, применение программы массового обследования новорожденных выявляет заболевание на доклинической стадии и вовремя способствует организации правильного лечения детей.

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ СТЕРЖНЕВГО АППАРАТА

А.В.Салаев, В.А.Моисеенко, А.Е.Ермошкин

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Травматизм в России находится на достаточно высоком уровне. Факт тот, что около12% населения страны ежегодно получают травмы, без тенденции к снижению, данная проблема обозначается как одна из социально значимых.

Особая сложность при лечении складывается в случаях политравмы, летальность при этом достигает 40% (Гуманенко Е,К., 1993). У оставшихся в живых, более чем у 40% пациентов, формируется длительная нетрудоспособность и инвалидность (Ревенко Т.А.и соавт., 1984).

Травматический шок в случаях политравмы развивается у 11-86% пострадавших, что составляет 25-30% всех несчастных случаев.

По данным литературы у 50% пациентов с политравмой, поступивших в стационар в состоянии шока отмечается его декомпенсированная фаза. (Котельников Г. П., Миронов С. П., 2008).

При лечении травматического шока одной из первоочередных мероприятий является иммобилизация перелома. Применение гипсовых повязок в этих случаях порою не показано из-за наличия ран на поврежденном сегменте. Погружные конструкции требуют длительного времени установки и сопровождаются дополнительной кровопотерей при обнажении фрагментов кости.

Исходя из изложенного, оптимальным оказывается применение аппаратов внеочаговой фиксации. При анализе группы подобных конструкций в остром периоде травмы оптимальным оказывается применение стержневых или спице-стержневых аппаратов. В сравнении с методом Г.А. Илизарова, эта методика менее трудоемкая в исполнении и короче во времени.

При лечении травматического шока одним из первоочередных мероприятий является иммобилизация перелома. Применение гипсовых повязок в таких случаях порою не возможно из-за наличия ран на поврежденном сегменте. Погружные конструкции требуют длительного времени установки, при этом при обнажении фрагментов кости происходит дополнительная кровопотеря.

Исходя из изложенного, при политравме оправдано применение аппаратов внеочаговой фиксации. При анализе группы подобных конструкций в остром периоде травмы оптимальным вариантом оказывается использование

стержневых или спицестержневых аппаратов. В сравнение с методом Г.А. Илизарова, эта методика менее трудоемкая в и короче во времени исполнения.

Для стабилизации диафизарных переломов длинных трубчатых костей в составе политравмы нами разработан и применен в клинике оригинальный вариант конструкции стержневого или спицестержневого аппарата (приоритетная справка от 30.01.2009).

Описание методики: во фронтальной плоскости с одной стороны в отломки длинной трубчатой кости устанавливают четыре винта Шанца (два в проксимальный отломок и два в дистальный). Затем в каждый из отломков примерно в середину между двумя установленными винтами Шанца фронтальной плоскости устанавливают еще по одному винту Шанца в плоскости ближе к сагиттальной (от 45 до 90 градусов к фронтальной) с учетом топографии сосудисто-нервного пучка. Четыре винта Шанца, установленные во фронтальной плоскости, фиксируют в аппарате, состоящим из продольного резьбового стержня, четырех поперечных стержней, которые соединяются с продольным стержнем с помощью универсального шарнира, с помощью этого же шарнира соединяют винты Шанца с поперечными резьбовыми стержнями. Производят репозицию отломков узлами аппарата с помощью средства для контроля репозиции по данным предварительных рентгенограмм. После репозиции с помощью разрезного универсального шарнира к продольному стержню крепятся поперечные стержни, а к ним винты Шанца, проведенные в сагиттальной плоскости.

Приведенная методика фиксации отломков длинных трубчатых костей с помощью стержневого аппарата оригинальной конструкции относительно несложна для реализации, поэтому может быть использована в отделениях травматологии и хирургии различных уровней ЛПУ. Двухплоскостная фиксация позволяет добиться хорошей стабилизации отломков, а наличие репозиционно-фиксирующих узлов позволяет репонировать отломки как во время операции, так и в послеоперационном периоде. При использовании средства для контроля репозиции в аппарате позволяет значительно сократить количество контрольных рентгенограмм.

Методика внедрена нами в лечебную практику отделений травматологии и хирургии кисти ГК БСМП им. Г.А. Захарьина, а также в отделении травматологии городской больницы № 1 г. Пензы при переломах длинных трубчатых костей в составе политравмы с 2007 года у 8 больных. Во всех случаях получены положительные результаты: достигнут положительный эффект стабилизации, репозиции. Наступило сращение перелома костей, в сроки приемлемые для соответствующих сегментов. Характерно значительное уменьшение количества случаев постиммобилизационных контрактур в сравнение с методикой Г.А Илизарова, либо другими вариантами остеосинтеза.

Заключение. Показанием к применению предложенного варианта конструкции стержневого или спицестержневого аппарата с двухплоскостной фиксацией является политравма, в составе которой имеются переломы длинных трубчатых костей. В таких случаях данная методика целесообразна как лечеб-

но-транспортная иммобилизация для профилактики и лечения травматического шока, а также дальнейшего лечения переломов.

Кроме того, предложенная конструкция аппарата показана при изолированных и открытых переломах длинных трубчатых костей, как один из вариантов внеочагового чрескостного управляемого остеосинтеза.

## ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

А.И.Сафронов, М.В.Кокашкин, Д.В.Осинькин

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

В настоящее время, среди эндоскопических вмешательств значительное место занимает лапароскопическая холецистэктомия. Пациенты, требующие хирургического вмешательства, подлежат детальному анестезиологическому осмотру с последующим анестезиологическим пособием. Особое внимание следует уделять пациентам с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией.

*Цель работы:* определить минимальный объем анестезиологического пособия, выполняемого при лапароскопической холецистэктомии у больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией.

*Материал и методы:* Проанализировано 155 историй болезней пациентов, лапароскопически оперированных с января 2007 по январь 2008 гг. по поводу патологии желчного пузыря (хронического калькулезного холецистита – 98,4%; обострения хронического холецистита и острого холецистита – 1,6%). Подавляющее большинство среди оперированных составили женщины (88,2% наблюдений). Возраст больных колебался в пределах от 16 лет до 81 года. Лица старше 60 лет составили 27,4%. 36 (23,4%) из этих больных имели сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы, которая влияла на выбор анестезиологического пособия. Из них с ГБ II ст. страдало 23 пациента, ГБ III ст. – 13 больных. Только 11 пациентов принимали гипотензивные препараты до настоящего стационарного лечения в плановом порядке. Средний возраст больных с данной патологией составил 53 года. Среди больных, которым планировалась лапароскопическая холецистэктомия, имели ИБС 19 больных (средний возраст 61 год). 17 из них имели сочетанную сердечно-сосудистую патологию (ИБС и ГБ).

Основными критериями в выборе анестезиологического пособия были возраст и сопутствующая патология. Методом выбора был эндотрахеальный наркоз, дающий возможность быстро осуществлять интраоперационную коррекцию состояния пациента.

Премедикация выполнялась за 30 мин. до оперативного вмешательства и включала в себя: Sol.Promedoli 2% – 1ml в/м; Sol.Dimedroli 1% – 1ml в/м; Sol.Atropini sulfatis 0,1% – 1ml п/к.

Вводный наркоз проводился с предварительной седацией производными бензадиазепинов, в основном Sol.Sibasoni 0,5% - 2ml в/в.

Анализ наркозных карт показал, что из анестетиков большее предпочтение отдавалось барбитуратам (тиопентал натрия) - 63%, кетамину – 29%, рокофолу – 8%. Аналгезия достигалась наркотическими аналгетиками, в частности фентанилом.

В ходе проведения анестезиологического пособия проводилась ИВЛ закисно-кислородной смесью в соотношении 2/1 в режиме нормовентиляции, с учетом индивидуальных параметров пациента. Миорелаксация достигалась путем введения деполяризующих миорелаксантов короткого действия (листенона) с предварительной прекураризацией, с дальнейшим переходом на недеполяризующий миорелаксант ардуан.

В ходе анестезиологического пособия в ряде случаев у больных, ранее не принимавших гипотензивные препараты, либо переставшие их принимать в раннем предоперационном периоде, для коррекции гемодинамики в виду гипертензии включались нейролептики.

*Анализ полученных результатов:* В результате анализа выявлено, что в большинстве случаев гемодинамика корригировалась на операционном столе в ходе оперативного вмешательства. Профилактика нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы у данной категории больных (в т.ч. и при заболеваниях сердца), ограничивалась преимущественно «стандартной премедикацией». Объем анестезиологического пособия зависел от наличия доступных средств, препаратов и методов мониторинга за состоянием пациента.

В ходе проведения исследования выявлено, что основным средствами при проведении анестезии у больных с сердечно-сосудистой патологией являются:

- компоненты премедикации – промедол, димедрол и атропин за 30 мин. до оперативного вмешательства в вышеуказанных дозировках;
- вводный наркоз – сибазон, тиопентал натрия, фентанил;
- поддержание анестезии – тиопентал натрия, фентанил, закисно-кислородная смесь в соотношении 2/1;
- миорелаксация – листенон на интубацию, ардуан.

При проведении данного анестезиологического пособия в ходе выполнения лапароскопической холецистэктомии отмечены: склонность к гипотонии после вводного наркоза, особенно после интубации трахеи с переходом на ИВЛ, наложения карбоксиперитонеума, перевода в Фовлеровское положение. У больных с ГБ III ст., ранее принимавших гипотензивные средства, но по разным причинам переставших их употреблять, возникает гипертензия и нарушения ритма, трудно поддающаяся коррекции.

*Выводы:*

1. Больные с осложненным кардиологическим анамнезом, которым планируется выполнение оперативного вмешательства в условиях карбоксиперитонеума, должны рассматриваться анестезиологом как группа с высоким потенциальным риском осложнений.

2. Коррекция гемодинамики и ритма сердца должны проводиться до планируемого оперативного вмешательства согласно виду сердечно-сосудистой патологии и раннего лечения.
3. Применение «стандартного» анестезиологического пособия у данной категории лиц, особенно с ГБ с высоким риском, без предварительной консультации кардиолога небезопасно.

## ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ

А.И.Сафронов, И.А.Хадж, А.Ю.Шилов

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

В настоящее время убедительно показано, что чрезмерная боль во время родов является далеко не безобидной и может приводить к серьезным осложнениям как у матери, так и у плода. Особое место среди методов обезболивания родов занимает эпидуральная анестезия (ЭА). Это связано с появлением современных местных анестетиков, техническим переоснащением (современные иглы, катетеры и другие расходные материалы), что значительно повысило безопасность методов ЭА для матери и плода.

К особенностям эпидурального пространства у рожениц относятся**:** уменьшение объема эпидурального пространства (вследствие расширения эпидуральных вен), синдром аорто-кавальной компрессии (синдром нижней полой вены).

Показания со стороны матери: преэклампсия тяжелой степени, сильный болевой синдром, объективно определяемая гипервентиляция. Относительным показанием для ЭА является гестоз.

Адекватная аналгезия является главным компонентом лечебно-охранительного режима, обеспечивает стабильную гемодинамику, улучшает почечный и плацентарный кровоток, лечит дискоординацию родовой деятельности, артериальная гипертензия любой этиологии, патология сердечно-сосудистой системы. ЭА снижает нагрузку на сердце и снижает риск осложнений и декомпенсации заболеваний, высокий риск кесарева сечения, роды у женщин с экстрагенитальной патологией, юный возраст роженицы (моложе 18 лет), аномалии родовой деятельности, необходимость проведения родостимулирующей терапии, преждевременные роды**.**

Показания со стороны плода: внутриутробная гибель плода при отсутствии нарушений гемостаза, двойня, недоношенность и гипотрофия. ЭА благотворно действует на таких детей.

Противопоказания для проведения ЭА делятся на абсолютные и относительные. К абсолютным относятся: судорожный синдром, эклампсия, аллергия на местный анестетик, тяжелая ИБС, пороки сердца, гнойничковые высыпания и воспалительные процессы на кожных покровах в области предполагаемой

пункции и прилегающих областях, сепсис, острая гиповолемия – отслойка плаценты, геморрагический шок, гипотоническое маточное кровотечение, отказ пациентки, острые органические заболевания ЦНС инфекционной и неинфекционной природы, нарушения системы регуляции агрегатного состояния крови, выявляемая клинически, лабораторно или анамнестически коагулопатия (ПТИ меньше 50%, тромбоциты меньше 100*10*9/л, фибриноген меньше 1 г/л, время кровотечения больше 10 минут), проводимая антикоагулянтная терапия гепарином или аспирином за 12 часов до манипуляции.

Относительные противопоказания: тяжелый дистресс плода (критический кровоток в артерии пуповины, синдром задержки плода 3 степени, длительная брадикардия), выраженная симптоматика аорто-кавальной компрессии, предполагаемая большая кровопотеря при операции (предлежание плаценты, миома матки.), деформация позвоночника, заболевание ЦНС, повышенное внутричерепное давление, эпилепсия, менингит, полиомиелит, сосудистые заболевания мозга, упорные головные боли, остеохондроз с корешковым синдромом, клинические признаки обострения хронических инфекций или острые инфекционные заболевания, гипертермия в родах (температура выше 37,5С).

Для обеспечения безопасности проведения ЭА необходимо наличие реанимационного оборудования и специального инструментария (специальный шприц для эпидуральной пункции, позволяющий выполнение идентификации эпидурального пространства методикой «утраты сопротивления», наличие современного анестетика).

Методика проведения ЭА заключается в правильном положении роженицы (используется срединное положение) и профилактике аорто-кавальной компрессии путем подкладывания валика под правый бок. Для оценки в родах используется визуально аналоговая шкала, по которой оценивается болевой рефлекс в баллах. При оперативном вмешательстве (операция Кесарево сечение) используется Шкала Bromage.

Следует учитывать возможные осложнения: сердечно-сосудистая недостаточность (гипотония, брадикардия, асистолия), высокий блок, дыхательная недостаточность, токсическая реакция на местные анестетики, инфекционно-септические осложнения, постпункционный синдром, аллергия, головная боль.

Анализ проведенных анестезий в отделении анестезиологии-реанимации №2 ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова за период с 2007 по 2008 г показал, что увеличение числа родов и увеличение количества анестезий привело к увеличению регионарных методов обезболивания при Кесаревом сечении и ведения родов ЭА и СА. За 2008 год проведено 712 ЭА. Отмечены осложнения: в 20 случаях выявлена головная боль, в 15 случаях - недостаточность блока с переходом на другой вид анестезии.

Таким образом, ЭА оптимальна для обезболивания родов и операции Кесарева сечения, она имеет малый процент осложнений (менее 3%). Основным условием для качества ЭА является современные материалы, адекватное техническое оснащение и высокий уровень владения методикой.

# ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ В ПОСЛЕВУЗОВСКОМ ОБРАЗОВАНИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Ю.С.Семакова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

С позиции системного подхода учебно-методический процесс можно рассматривать как единое целое, оценивая соответствие целей обучения другим компонентам системы подготовки – учебной программе, составу преподавателей, методам и средствам обучения. Современный этап научно-технического прогресса характеризуется широким использованием экономико-математических методов и моделей, вычислительных средств и новых методических подходов.

В ГОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию" проводятся циклы различных видов – профессионально-должностные (общие и тематические) и проблемно-ориентированные (междолжностные, межпрофессиональные). Различные цели проведения циклов требуют различных подходов к методам обучения. В ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава в зависимости от типа циклов меняется и применяемая технология подготовки, организации и проведения учебного процесса.

Общие и тематические циклы по своей форме достаточно просты. При проведении занятий на этих циклах в основном используются стандартные программы обучения, определенные для конкретных категорий слушателей. В связи с чем эффективность профессионально-должностных циклов зависит, во многом, от степени однородности состава слушателей. Главная задача при подготовке и проведения циклов такого рода – это строгое соответствие всему технологическому процессу обучения – «совокупность целей – состав преподавателей – совокупность методов и средств».

Технология проведения проблемно-ориентированных циклов значительно отличается от профессионально-должностных. При подготовке таких циклов следует, прежде всего, сформулировать проблему, разложить ее на составные части (субпроблемы), установить цели обучения и определить состав слушателей. Затем выбираются критерии (категории слушателей, учебные программы, преподавательский состав, доступные технологии и методы обучения), по которым уже подготавливается учебный материал. Для того, чтобы обрисовать круг вопросов и проблем, которым требуется уделить наибольшее внимание, занятия следует начинать с определения уровня подготовленности слушателей. Важно помнить, что при проведении проблемно-ориентированных циклов большую роль играет такой компонент учебного процесса, как обратная связь

(в виде промежуточного и итогового контроля, а также анкетирования слушателей). Это позволяет уточнить состав менее освещенных и интересующих слушателей субпроблем и вопросов и существующие недостатки в методах преподнесения материала.

На схеме ниже представлен алгоритм учебной программы для проблемно-ориентированных циклов:

Таким образом, проведение проблемно-ориентированных циклов требует от преподавателей высокого профессионального уровня как специалистов в своей области, так и в области педагогики. Проведение циклов такого рода требует определенных знаний в области методологии системного анализа, поскольку такие курсы являются динамическими системами с обратной связью. Учебно-методический процесс должен быть гибким, содержание циклов может меняться в зависимости от возникновения тех или иных проблем, требующих проблемно-ориентированного обучения. Поэтому развитие и разработка проблемно-ориентированных циклов имеют особое значение для настоящего времени. Несмотря на это, необходимо все же подчеркнуть, что на каждой кафедре должно быть оптимальное сочетание организационного профиля проблемно-ориентированных и профессионально-должностных циклов.

# АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЭРОЗИЙ И ЯЗВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ ТРУБКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ГЕМОРРАГИЕЙ

К.И.Сергацкий, А.В.Климашевич

Медицинский институт ПГУ

Пенза

*Актуальность проблемы.* Результаты лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) еще весьма далеки от желаемого уровня (Шапкин Ю.Г. и соавт., 2007). Среди причин кровотечений из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) острые эрозии и язвы (ОЭиЯ) составляют от 10 до 30% (Тверитнева Л.Ф., 2008).

Анализ литературы показывает, что однозначно решить проблему тактики хирурга при ОЭиЯ, осложненных кровотечением, невозможно по нескольким причинам. Во-первых, это связано с трудностями диагностики, вследствие которых хирург не может установить правильный диагноз. Во-вторых, даже при наличии мотивированного диагноза тяжелое состояние больного, обусловленное тяжелой сопутствующей патологией, массивной кровопотерей, не всегда позволяет сразу решиться на операцию (Михайлов А.П. и соавт., 2004). Кроме того, остаются спорными вопросы лечебной тактики, показаний к оперативному лечению, сроков и объема их выполнения (Курыгин А.А. и соавт, 1996; Чернов В.Н. и соавт., 1999).

*Материалы и методы.* Начиная с 2000 года, во втором хирургическом отделении ОКБ им. Н.Н. Бурденко г. Пензы используется активно-индивидуальная тактика при ведении пациентов с ЯГДК. Она основана на выделении групп больных с прогнозируемым высоким риском рецидива кровотечения (РК).

Проведен ретроспективный анализ историй болезней 50 пациентов с ОЭиЯ, осложненными кровотечением за 2003 – 2007 гг. Из них мужчин было – 36 (72%), женщин – 14 (28%). Возраст пациентов колебался от 16 до 78 лет. Диагноз кровоточащей ОЭиЯ гастродуоденальной зоны (ГДЗ) устанавливали на основании данных анамнеза, клинической картины и результатов эндоскопического исследования (отсутствие периульцерозного воспалительного вала, характерного для хронической язвы), проводимого при поступлении больного в лечебное учреждение, либо при появлении клинической картины геморрагии у пациентов, находящихся на лечении в стационаре.

*Результаты.* Согласно данным ФЭГДС наиболее частой локализацией эрозивно-язвенного процесса был желудок – 27 (54%) наблюдений. Изолированные ОЭиЯ в двенадцатиперстной кишке (ДПК) обнаружены в 19 (38%) случаях, у остальных 4 (8%) пациентов выявлено различное сочетание поражений пищевода, желудка и ДПК. Среди 50 больных с ОЭиЯ в 39 (78%) случаях они оказались одиночными и в 11 (22%) множественными (от 2 до 9). Размеры изъязвлений колебались от 2 до 20 мм.

Количество больных, которым проводилось консервативное лечение, составило 43 (86%). Наиболее часто в качестве антисекреторной терапии использовали комбинацию $H_2$-блокаторов и ингибиторов протонного насоса, целесообразность которой при лечении больных с ЯГДК доказана (Климашевич А.В. и соавт., 2006). Оперативному лечению подверглись 7 (14%) пациентов, из которых одному было выполнено 2 хирургических вмешательства. Хирургическая активность составила 14%. В 4 случаях показанием для операции послужило продолжающееся кровотечение из острых повреждений слизистой оболочки ГДЗ при неэффективности инициального эндогемостаза и консервативной терапии. В 2 наблюдениях больные были прооперированы в связи с РК из ОЭиЯ установленной ранее локализации в одном наблюдении и из выявленных ранее изъязвлений при сочетании с новообразовавшимися кровоточащими острыми дефектами слизистой во втором (в первом случае больной был прооперирован в экстренном порядке повторно на 8 сутки после первого вмешательства по поводу профузного кровотечения, во втором - вмешательство проведено на 3 сутки с момента первого эпизода геморрагии). У 1 пациента оперативное вмешательство было предпринято по поводу перфоративно-кровоточащей язвы. Один больной был оперирован превентивно в связи с высоким риском РК. У 1 пациента с РК причиной отказа от операции был категорический отказ больного от вмешательства, еще в 3 случаях – тяжесть состояния пациента в сочетании с тяжелой сопутствующей патологией и высокой степенью операционно-анестезиологического риска при успешной попытке остановки кровотечения консервативными мероприятиями, включая эндоскопический гемостаз.

Из 8 оперативных вмешательств, выполненных по поводу ОЭиЯ, осложненных кровотечением, в 7 (87,5%) случаях была выполнена гастро- или/и дуоденотомия с прошиванием кровоточащего сосуда в дне язвы, при этом, в 1 наблюдении операция была дополнена стволовой ваготомией, еще в 1 - наложением гастоэнтероанастомоза. У одного пациента выполнено ушивание перфоративно-кровоточащей язвы ДПК.

Из всех больных с кровоточащими ОЭиЯ слизистой оболочки ГДЗ рецидив геморрагии был отмечен у 6 пациентов (12%).

*Обсуждение.* Выбор объема и способа операции у больных с острыми изъязвлениями слизистой ГДЗ, осложненными развитием кровотечения, должен быть индивидуализированным, зависимым от степени устранения фактора провоцирующего изъязвление, интенсивности кровотечения, степени кровопотери, возраста больных, опыта хирурга. Также значение в выборе способа операции при гастродуоденальном кровотечении имеет ее сравнительная простота и переносимость больными (Панцырев Ю.М. и соавт., 2003).

По данным наших наблюдений наиболее часто оперативное пособие в случае кровотечения из острых симптоматических эрозий и язв ГДЗ сводилось к прошиванию кровоточащего сосуда, что представлялось оправданным, учитывая тяжелое состояние пациентов, которое было обусловлено, в том числе сопутствующей патологией, особенно у пациентов пожилого возраста.

РК у 6 пациентов с ОЭиЯ верхнего отдела ЖКТ возник, несмотря на применение в лечение больных принципов активно-индивидуальной тактики, эф-

фективность которой при лечении пациентов с кровотечением из хронических язв доказана (Климашевич А.В. и соавт., 2008).

*Выводы:*

1. Эффективность активно-индивидуальной тактики при ОЭиЯ гастродуоденальной области, осложненных кровотечением, не доказана.
2. Тяжелое состояние пациента, сопутствующая патология, высокая степень операционно-анестезиологического риска, особенно у больных пожилого возраста с кровотечением их ОЭиЯ, не всегда позволяет решиться на большое по объему оперативное вмешательство, как и не всегда позволяет решиться на операцию даже при рецидивном кровотечении.
3. Ведущую роль в оперативном лечении осложненных ОЭиЯ желудка и ДПК играют органосохраняющие вмешательства.
4. Хирургическая тактика при кровоточащих ОЭиЯ в полной мере не определена.

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

М.Ю.Сергеева-Кондраченко

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Вопрос относительно остеопороза при сахарном диабете (СД) остается спорным, тем не менее, логично предположить, что больные СД 1 типа с абсолютной инсулиновой недостаточностью, несмотря на молодой возраст, более подвержены остеопорозу, нежели больные СД 2 типа.

*Цель работы:* оценить минеральную плотность костной ткани (МПКТ) у больных СД 1 типа в зависимости от длительности заболевания и компенсации углеводного обмена и влияние препарата Кальций $Д_3$-Никомед-форте на МПКТ и показатели фосфорно-кальциевого гомеостаза.

*Материалы и методы:* 97 больным сахарным диабетом 1 типа проводилось исследование на компьютерном денситометре ДТХ – 100 методом рентгеновской количественной абсорбциометрии в периферических отделах лучевой и локтевой костей. Контрольной группой послужили 95 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. Достоверных различий по вышеуказанным показателям в сравниваемых группах выявлено не было.

После проведенной денситометрии, больным СД 1 типа была рекомендована диета, богатая кальцием и препарат Кальций-Д3-Никомед-форте по 1 таб-

летке 1 раза в день. Вышеуказанная терапия проводилась на протяжении года, после чего денситометрическое обследование было сделано повторно.

*Результаты*. Выявлено, что у больных СД 1 типа с продолжительностью заболевания до 5 лет уже отмечаются изменения, свидетельствующие о наличии у них остеопении II степени, что является прогностически неблагоприятным фактором, свидетельствующим о необходимости начала терапии, направленной на повышение МПКТ.

При продолжительности СД 1 типа от 5 до 10 лет отмечаются более выраженные изменения минеральной плотности костной ткани по сравнению с предшествовавшей группой больных, хотя значения Т-критерия свидетельствуют о наличии у них остеопении II степени. Таким образом, данной группе больных необходимо назначение фармакологических препаратов с целью коррекции изменений костной ткани.

У больных СД 1 типа с продолжительностью заболевания более 10 лет выявляются изменения практически по всем показателям, характеризующим состояние костной ткани, определяемым на компьютерном денситометре ДТХ–100. МПКТ у данной группы больных, оцениваемая по Т – score, свидетельствует о наличии у них остеопении III степени, так как показатели Т – score (distal BMC percent of reference age), Т – score (distal BMD percent of reference age) и Т – score (ultra BMD percent of reference age) составили: - 2,26±0,08, - 2,21±0,10 и – 1,74±0,10 - соответственно.

Группа больных СД 1 типа, получавших в течение года диету, богатую кальцием и препарат Кальций-Д3-Никомед-форте по 1 таблетке 1 раз в день, была неоднородна по компенсации углеводного обмена, поэтому пациенты были разделены на две подгруппы: первая – больные на фоне компенсации углеводного обмена и вторая – на фоне субкомпенсации. В группу сравнения для пациентов, прошедших вышеуказанную терапию в течение года, кроме больных СД 1 типа до лечения и здоровых, вошли пациенты с компенсацией углеводного обмена, не получавшие вышеуказанную терапию.

Было выявлено, что только компенсация углеводного обмена у больных СД 1 типа повышает содержание костного минерала по показателю BMC distal: 2,26±0,08 г и 2,56±0,05 г – соответственно до лечения и только при компенсации углеводного обмена в течение года ($p<0,05$). Кроме этого, отмечается снижение остеопении со II до I степени, что наглядно демонстрируют показатели Т – score.

У больных СД 1 типа, получавших в течение года диету, богатую кальцием и препарат Кальций-Д3-Никомед-форте по 1 таблетке 1 раз в день и строго компенсирующих состояние углеводного обмена в течение года по значениям Т – score можно говорить о нормальной минеральной плотности костной ткани. В группе больных СД 1 типа, у которых на фоне лечения отмечалась субкомпенсация углеводного обмена в течение года, к концу лечения остеопения со II степени снизилась до I, что так же было отмечено в группе пациентов с компенсацией углеводного обмена, которые в течение года дополнительное лечение, направленное на повышение минеральной плотности костной ткани не получали. Эти группы достоверно отличались только по показателю BMC distal, который составил: 2,56±0,05 г и 2,35±0,07 г – соответственно только при ком-

пенсации углеводного обмена и на фоне лечения с субкомпенсацией углеводного обмена, а у здоровых лиц он равнялся 3,18±0,15 г.

*Выводы*. Таким образом, у больных СД 1 типа состояние МПКТ зависит от продолжительности заболевания: с ростом продолжительности заболевания состояние МПКТ усугубляется. Необходимо иметь в виду то, что при продолжительности заболевания до 5 лет уже имеются изменения МПКТ, нуждающиеся в фармакологической коррекции, что обязательно необходимо учитывать, подбирая терапию больным СД 1 типа, тем более, что в этот период обычно отсутствуют клинические проявления нарушений МПКТ.

Только назначение диеты и препарата, как и только строгая компенсация углеводного обмена без дополнительного вышеуказанного лечения не могут привести к нормализации МПКТ, хотя степень остеопении снижается. Таким образом, необходима строгая компенсация углеводного обмена и назначения препаратов, повышающих МПКТ с момента выявления сахарного диабета с целью предотвращения развития переломов и инвалидизации больных СД 1 типа.

## РОЛЬ БЕРЛИПРИЛА В КОРРЕКЦИИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА

М.Ю.Сергеева-Кондраченко

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

*Цель работы:* определить структуру нарушений внутрисердечной гемодинамики у больных сахарным диабетом (СД) 1 типа и оценить влияние препарата берлиприл на параметры внутрисердечной гемодинамики.

*Материалы и методы*. Для решения поставленной цели у 125 больных СД 1 типа (средний возраст – 38,5±4,5 лет, 65 мужчин и 60 женщин, все больные без артериальной гипертензии и сердечной недостаточности в анамнезе) определяли параметры трансмитрального потока крови из левого предсердия в левый желудочек (ЛЖ) во время диастолы, время изоволюметрического расслабления миокарда. Группу сравнения составили 95 здоровых добровольцев сравнимых по полу и возрасту.

*Результаты и их обсуждение.* У больных СД 1 типа достоверно изменялись практически все определявшиеся показатели, отражающие состояние внутрисердечной гемодинамики. Так, время изоволюмического расслабления миокарда (IVRT) у больных СД составило 0,081±0,003 сек., а у здоровых лиц – 0,062±0,002 сек. ($p<0,05$). Средняя величина максимальной скорости раннего пика (Ve) у больных СД 1 типа равнялась 0,63±0,03 м/с, у здоровых лиц – 0,78±0,02 м/с ($p<0,05$). В то же время, у больных СД происходит увеличение максимальной скорости позднего (предсердного) пика трансмитрального диастолического потока крови (Va) до 0,49±0,02 м/сек, а у здоровых эта величина составила

0,43±0,02 м/сек (p<0,05). Величина Ve/Va у здоровых лиц была равна 1,81±0,01 отн. ед., а у больных СД 1 типа – 1,29±0,02 отн. ед. при p<0,05. Таким образом, как видно из приведенных данных, у больных СД 1 типа происходят довольно выраженные нарушения внутрисердечной гемодинамики, которые обусловлены в первую очередь ухудшением диастолической функции миокарда.

Всем обследуемым больным был назначен препарат берлиприл в дозе 5 мг/сут. Через 1 год берлиприл в вышеуказанной дозе продолжали принимать 117 больных, 8 человек выбыло из исследования по разным причинам. Изменения дозы препарата за год лечения не потребовалось. У больных СД 1 типа были оценены показатели диастолической функции миокарда через год на фоне постоянного приема препарата. При сравнении показателей больных СД 1 типа до лечения и после приема на протяжении одного года берлиприла в дозе 5 мг/сут., очевидно, что показатель IVRT на фоне лечения достоверно снизился до 0,069±0,003 сек. Кроме этого, Ve/Va на фоне лечения повысилось до 1,69±0,03 отн.ед. Максимальная скорость раннего пика диастолического трансмитрального кровотока на фоне приема препарата также не отличалась от показателей здоровых лиц. На фоне постоянного приема берлиприла в течение 1 года значительно снизились и максимальная скорость позднего диастолического потока крови, и конечный диастолический объем ЛЖ, но эти данные не были достоверны.

*Вывод.* Таким образом, постоянный прием берлиприла в течение одного года в дозе 5 мг/сут. приводит к нормализации большинства показателей диастолической функции ЛЖ, что необходимо учитывать в лечении больных СД 1 типа, так как все из них, не зависимо от продолжительности заболевания и компенсации углеводного обмена, имеют в большей или меньшей степени выраженную диастолическую дисфункцию ЛЖ.

## ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ КОМПЕНСАЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА РАЗВИТИЕ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА

М.Ю.Сергеева-Кондраченко, В.И.Струков

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Диабетическая остеопения представляет важную проблему диабетологии и играет непосредственную роль в развитии синдрома диабетической стопы. Диагностировать диабетическую остеопению на ранних сроках развития позволяют специальные неинвазивные методы исследования костной ткани, к которым относится денситометрия. Денситометрическое измерение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) помогает уже на ранних стадиях остеопороза выявить снижение минерализации костей и, следовательно, определить риск развития переломов.

*Цель работы:* оценить минеральную плотность костной ткани и показатели фосфорно-кальциевого гомеостаза у больных сахарным диабетом (СД) 1 типа в зависимости от длительности заболевания и компенсации углеводного обмена.

При изучении состояния костной системы 117 больным СД 1 типа (средний возраст – 37,9±5,7 лет, 58 мужчин и 59 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 1 типа по сравнению с группой здоровых лиц выявлено не было.

При проведении денситометрии оценивались: площадь проекции исследуемого участка (Area, $см^2$), содержание костного минерала (BMC, МСК, грамм), вычислялась проекционная минеральная плотность костей (BMD, 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 $p<0,05$.

С целью оценки влияния компенсации углеводного обмена на изменения МПКТ у больных СД 1 типа, все больные были разделены по степени компенсации на субкомпенсированных и декомпенсированных в зависимости от продолжительности заболевания. Больных, находящихся в состоянии компенсации углеводного обмена, среди обследуемых пациентов не было.

Все обследуемые больные были разделены на 3 группы: 1-я – больные СД 1 типа с продолжительностью заболевания до 5 лет (без осложнений СД) – 37 человек (18 – субкомпенсированных и 19 – декомпенсированных), 2-я группа – продолжительность заболевания от 5 до 10 лет (с проявлениями микроангиопатии и нейропатии) – 39 больных (20 – с субкомпенсацией углеводного обмена и 19 – с декомпенсацией углеводного обмена) и 3-я группа – СД 1 типа с продолжительностью заболевания более 10 лет (с проявлениями микро-, макроангиопатии и нейропатии) – 41 больной (20 больных - субкомпенсированных и 21 больной – декомпенсированный).

У больных СД 1 типа с продолжительностью заболевания до 5 лет, находящихся в состоянии субкомпенсации углеводного обмена, показатели мине-

рального содержания костей, площади проекции исследуемых участков не отличались достоверно от показателей здоровых лиц (p>0,05). Значения, полученные по T–score, свидетельствовали об остеопении I степени.

Данные, полученные по показателю T–score, у больных СД 1 типа с продолжительностью заболевания до 5 лет, находящихся в состоянии декомпенсации углеводного обмена, выявили остеопению 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 T–score у больных СД 1 типа с продолжительностью заболевания от 5 до 10 лет, находящихся в состоянии субкомпенсации углеводного обмена, свидетельствовали об остеопении II степени.

В группе больных СД 1 типа с продолжительностью заболевания от 5 до 10 лет, но находящихся в состоянии декомпенсации углеводного обмена, были выявлены изменения, характерные для остеопении III степени, что еще раз подчеркивает необходимость назначения больным СД 1 типа, особенно находящимся в состоянии декомпенсации углеводного обмена, лекарственных средств, повышающих МПКТ.

У больных СД 1 типа с продолжительностью заболевания выше 10 лет при субкомпенсации углеводного обмена значения T–score свидетельствовали об остеопении III степени, а при декомпенсации углеводного обмена - об остеопорозе I степени.

Таким образом, у больных СД 1 типа на изменения МПКТ влияют длительность заболевания и компенсация углеводного обмена, и у субкомпенсированных больных эта зависимость более выражена, по сравнению с группой декомпенсированных (табл. 1).

Таблица 1

Изменения МПКТ в зависимости от длительности СД 1 типа и компенсации углеводного обмена

| Степень остеопении или остеопороза | Продолжительность СД 1 типа и степень компенсации углеводного обмена | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | до 5 лет | | 5 – 10 лет | | более 10 лет | |
| | субкомпенсация | декомпенсация | субкомпенсация | декомпенсация | субкомпенсация | декомпенсация |
| | остеопения I степени | остеопения III степени | остеопения II степени | остеопения III степени | остеопения III степени | остеопороз I степени |

Следовательно, больным СД 1 типа с целью поддержания нормальных значений МПКТ, необходимо строго следить за компенсацией углеводного об-

мена и применять препараты, повышающие МПКТ, практически с момента развития заболевания не зависимо от такого в состоянии субкомпенсации или декомпенсации находится больной.

## ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТОФЛАВИНА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ)

В.В.Серов, Г.В. Жуковский

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Чрепно-мозговая травма (ЧМТ) сопровождается размозжением мозговой ткани, натяжением и скручиванием длинных аксонов, их отеком и разрывом. При этом происходит спазм и разрывы мелких сосудов с развитием множественных мелких кровоизлияний и ишемией мозга (Д.Р. Штульман, О.С.Левин – «Нервные болезни» - М.2000).

Ишемия мозга сопровождается гипоксией, приводящей к нарушению окислительного фосфорилирования, снижению уровня АТФ, фосфокреатинина, нарастает количество АДФ, молочной кислоты и аммиака. Отмечается нарушение ионного обмена с изменением клеточных потенциалов, поляризации мембран нейронов, нарушение осмотических отношений в клеточном и межклеточном пространствах; нарушение жирового, белкового, углеводного обмена. Это приводит к формированию отека (набуханию) мозга, которое усиливает нарушение гемоциркуляции и ликвородинамики, что усугубляет гипоксию нервных клеток (Г.И. Мчедлишвили, 1986). Гипоксия является ведущим фактором формирования необратимых изменений физиологических функций, не способных спонтанно коррегироваться путем саморегуляции, что требует частичной коррекции или полного замещения функций (Г.А. Рябов, 1988).

Ранее в пособии для врачей: «Применение цитофлавина при токсической и постгипоксической энцефалопатии» (Г.А. Ливанов и др., 2004) указывалось о положительном эффекте со стороны ЦНС при назначении этого препарата у больных перенесших поражение головного мозга вызванного отравлением ядами нейротоксического действия. При токсическом поражении ЦНС, как и при ЧМТ ведущим механизмом в патогенезе является – развитие гипоксии.

Цитофлавин представляет собой сбалансированный комплекс из двух метаболитов (янтарная кислота, рибоксин) и двух коферментов-витаминов - рибофлавина-мононуклеотида (витамин В2) и никотинамида (витамин РР).

Рибофлавин оказывает антигипоксическое действие, что обусловлено восстановлением уровня макроэргов – АТФ и креатинфосфата, а также антиоксидантное действие, обусловленное восстановлением окисленного глутатиона. (H. Boxles, 1997). Рибофлавин стимулирует утилизацию сукцината, стимулируя транспорт дикарбоновых кислот цикла Кребса, а янтарная кислота повышает трансмембранный потенциал, стимулируя транспорт рибофлавина через клеточную мембрану. Никотинамид активирует NAD- зависимые ферменты ней-

ронов, в том числе и антиоксидантные системы убихиноновых оксиредуктаз, защищающих мембраны клеток от разрушения радикальными частицами (T. Kishi и др., 1999). Никотинамид является селективным ингибитором, образующегося при ишемии, фермента поли-АДФ-рибозилсинтетазы, приводящего к дисфункции внутриклеточных белков и последующему апоптозу клеток (C. Thiermermann и др., 1997). Антиокисдантное действие рибоксина реализуется посредством: 1) активации синтеза NAD в митохондриях из никотинамида; 2) стимуляцией анаэробного гликолиза с образованием лактата и NAD+; 3) подавлением радикальных процессов (В.В.Дунаев и др., 1989).

Учитывая механизм действия цитофлавина, мы применили этот препарат в комплексном лечении у больного В. с диагнозом: «Тяжелая ЧМТ. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Эпидуральная гематома в левой теменно-затылочной области. Посттравматическая заместительная гидроцефалия». Терапия проводилась в подострый период ЧМТ. Клиническая картина определялась выраженным интеллектуально-мнестическим дефектом, выраженной аспонтанностью. Наблюдались явления амнестической дезориентировки, ложные узнавания, больной оставался в пределах постели в позе эмбриона, самостоятельно не питался, наблюдалось нарушение ночного сна, резкое снижение массы тела, мышечный гипертонус, дизартрия. Самостоятельно не передвигался. Отмечались стойкие, однообразные речевые обороты, резкое снижение защитных сил организма с развитием застойно-воспалительных процессов в легких. Прогноз оставался неблагоприятным.

При включении в терапию препарата «цитофлавин» в суточной дозировке до 10 мл на протяжении 20 дней, отмечалась выраженная положительная динамика в психическом, неврологическом и соматическом статусе. После первого курса, состоящего из десяти внутривенных инфузий, наблюдалось моторное оживление, появление интереса к окружающему, начал следить за действиями персоналом, появились адекватные высказывания. Купировались воспалительные явления со стороны дыхательных путей, нормализовались показатели крови (лейкоциты, СОЭ). В ходе дальнейшего лечения больной начал самостоятельно передвигаться, питаться, уменьшились проявления гипертонуса, стал более опрятным, появилось дифференцированное отношение к персоналу, вспомнил родственников, переживал по поводу болезни матери. Восстановилась ориентировка в месте, во времени. Отмечалась выраженная положительная динамика в восстановлении интеллектуально-мнестической деятельности. Также отмечалась положительная динамика со стороны трофических функций ЦНС (восстановился тканевой тургор, больной быстро стал набирать массу тела). Однако в дальнейшем на фоне приема цитофлавина, у больного, наблюдалось состояние неупорядоченного поведения с повышенной раздражительностью, что купировалось через 2-3 дня после отмены препарата, без дополнительных медикаментозных назначений.

В инструкции по применению препарата «цитофлавин» указаны показания к его назначению: 1) острое нарушение мозгового кровоснабжения; 2) сосудистая и токсическая энцефалопатия.

В настоящем наблюдении нами получен положительный эффект применения препарата «цитофлавин» в подостром периоде ЧМТ. В связи с чем, считаем необходимым дальнейшее изучение его применения у данной категории больных, разработать более четкие критерии его назначения в зависимости от особенностей проявления клинической картины при этой нозологии.

## ПРИМЕНЕНИЕ СЕРТИНДОЛА В ТЕРАПИИ ДЕФИЦИТАРНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

В.В.Серов, Е.Н. Куканова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Современная стратегия применения нейролептиков при шизофрении нацелена на подбор таких средств, при которых у больного происходит редукция психопродуктивной симптоматики, уменьшается выраженность расстройств негативного спектра и наименее ярко проявляются симптомы нейролепсии, метаболические расстройства, что в итоге призвано способствовать адаптации пациента в социуме. В настоящее время этой цели соответствует применение так называемых атипичных нейролептиков. В повседневную практику широко вошло применение препаратов: рисперидона, кветиапина, оланзапина. Сравнительно новым в лечении шизофрении является применение атипичного нейролептика – «сертиндол» (сердолект).

Основным показанием назначения этого препарата является наличие дефицитарной симптоматики, формирующейся в процессе развития шизофрении. В литературе сообщалось о положительном эффекте применения сертиндола в комбинированной терапии при резистентности в лечении депрессивного состояния (/А.Н. Чомский //, Жур. «Психиатрия и психофармакотерапия».- 2008.- № 2).

Механизм действия препарата обусловлен селективной блокадой дофаминергических и серотонинергических рецепторов головного мозга, в результате чего происходит увеличение содержание дофамина, что приводит к уменьшению выраженности негативных расстройств и симптомов когнитивного дефицита.

Нами проведено исследование по изучению эффективности применения препарата – «сертиндол» у больных, обнаруживающих дефицитарные расстройства при шизофрении.

Наблюдалось 7 больных, среди них 2 - женщины и 5 - мужчин. Возраст больных от 40 до 50 лет. Средняя продолжительность заболевания - 20 лет. Все пациенты наблюдались по поводу параноидной формы шизофрении. У двоих из них заболевание имело приступообразно-прогредиентное течение, у остальных течение заболевания носило непрерывный характер. Препарат назначался на протяжении трех месяцев в суточной дозировке от 16 до 20 мг в сутки.

В ходе исследования, уже к концу первого месяца применения препарата, в психическом статусе больных наблюдалась положительная динамика. Отме-

чалось уменьшение выраженности эмоциональной дефицитарности и апатических расстройств. Больные начали следить за своим внешним видом, были более опрятными. Пациенты отмечали улучшение общего самочувствия, «прилив сил», стали более коммуникабельными, начали включаться в трудовые процессы. Улучшились отношения с родственниками. Больные проявляли интерес к семейным проблемам, интересовались здоровьем близких. Обнаруживали установки на трудоустройство после выписки из больницы. Проявляли внимание по отношению к лицам противоположного пола, двое из больных приняли решение о регистрации брака.

У больных появилась потребность поделиться своими переживаниями. Так, например, одна из пациенток до начала проводимого исследования находилась на лечении в стационаре более 2 месяцев, при применении стандартной терапии, какой-либо положительной динамики не обнаруживала. Оставалась крайне аутичной и формальной в общении. Имела высокую задолженность перед банком, но данным вопросом не интересовалась; оставалась безучастной к проблемам дочери, которая в это время была направлена детский дом. На фоне приема «сертиндола» пациентка стала достаточно активно общаться с медицинским персоналом, делилась своими переживаниями, более живыми стали мимические реакции, появилась критика к болезни. Стала предпринимать реальные действия для погашения долгов перед банком и возвращению дочери домой.

У больных отмечалась положительная динамика и со стороны когнитивных функций, улучшились качественные характеристики мышления, памяти, внимания.

Также больные и их родственники отмечали улучшение и восстановление сексуальных функций организма.

В период назначения препарата – «сертиндол» каких-либо побочных эффектов не наблюдалось.

На основании проведенного исследования сделан ряд выводов: препарат «сертиндол» - способствует снижению интенсивности проявления негативной симптоматики в эмоционально-волевой сфере у больных шизофренией, как при непрерывном, так и при шубообразном течении эндогенного процесса. По мере редукции дефицитарной симптоматики отмечается улучшение фона настроения, прилив бодрости, улучшаются социальные связи, формируются волевые установки; улучшаются характеристики когнитивных показателей; нормализуется процессы сексуальной деятельности. На фоне приема препарата проявлений нейролепсии и метаболических расстройств не отмечалось. Рецидива психопродуктивной симптоматики не наблюдалось. Учитывая, что препарат обладает активирующим действием, его применение показано у больных в период отсутствия психопродуктивной симптоматики. Препарат предназначен для длительного применения, в амбулаторных условиях.

Применение препарата «сертиндол» оказывает положительный эффект в проведении комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на ресоциализацию больных при шизофрении.

# СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

М.Л.Сиротко, Н.А.Кириченко, В.А.Аббакумов

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» Самара

В настоящее время одним из актуальных вопросов практической медицины является диагностика состояния пациента, поступающего в многопрофильный стационар по экстренным показаниям.

В соответствии с приказом № 231 от 06.06.2008 года Управления здравоохранения. Клиники Самарского государственного медицинского университета дежурят по городу, обеспечивая экстренную медицинскую помощь по таким направлениям как абдоминальная и торакальная хирургия, гнойная хирургия, травматология, оториноларингология, челюстно-лицевая хирургия, стоматология, терапия, что, в свою очередь, требует соответствующего оснащения приемного отделения.

Приемное отделение расположено на первом этаже терапевтического корпуса и имеет отдельный вход. Важным разделом работы администрации больницы и заведующего приемным отделением является организация и управление потоками и перемещениями: поступающих экстренных и плановых больных (ожидающих оформления в специализированное отделение), сотрудников, студентов, обеспечение работы врачей-консультантов и пр. Установлено, что длительность пребывания больных в приемном отделении зависит не столько от медицинских, сколько от мероприятий организационного характера: регистрации, объема и времени диагностического обследования, проведения экстренных консультаций, санитарно-гигиенической обработки и т.д.

С целью улучшения организации экстренной госпитализации в состав приемного отделения включен кабинет по оказанию неотложной помощи (оснащенный аппаратом для снятия ЭКГ, дефибриллятором, электроотсосом, кислородным аппаратом Боброва). В приемном отделении работает бригада для оказания неотложной помощи, состоящая из врача и фельдшера. Требуют решения вопросы штатного расписания, оснащения более современной аппаратурой, улучшения материально-бытовых условий работы всего персонала приемного отделения.

С целью снижения случаев необоснованной госпитализации в приемном отделении применяется широкий спектр диагностических методов, что позволяет наиболее точно установить диагноз в кратчайшие сроки – общеклинические анализы крови, мочи, биохимические показатели крови, ЭКГ, УЗИ, ФГДС, R-графия; осмотр различными врачами специалистами – терапевт, кардиолог,

хирург, инфекционист, ЛОР, травматолог, стоматолог, реаниматолог. По данным 2008 года в приемном отделении выполнены общеклинических анализов крови – 3180, ЭКГ – 2691, УЗИ внутренних органов – 820, ФГДС – 251 исследование. Все диагностические исследования проводятся в одном корпусе, что позволяет сократить время транспортировки больного.

В 2008 году в Клиники ГОУ ВПО «СамГМУ Росздрава» было госпитализировано 21 011 больных, что на 4 869 больных больше, чем в 2007 году. Экстренных больных было госпитализировано 11 772 человека или 56% (из них в хирургические отделения направлены 6714 человек, в терапевтические - 5058 человек), плановых больных - 9239 человека или 44% (из них в хирургические отделения направлены 5414 больных, в терапевтические - 3825 больных).

Обеспечивая решение главной задачи приемного отделения – прием больных, постановка предварительного диагноза и решение вопроса о необходимости госпитализации - в настоящее время особенно необходимо учитывать экономическую составляющую этого начального этапа лечебно-диагностического процесса не в ущерб качеству и результативности оказания медицинской помощи. Достичь эффекта в данном случае возможно при выполнении следующих условий: госпитализации только тех больных, которые действительно нуждаются в стационарном лечении и круглосуточном медицинском наблюдении, обеспечении своевременной госпитализации и постоянного взаимодействия с амбулаторно-поликлиническим звеном.

## ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ГРАЖДАН В СИСТЕМЕ ОМС ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Н.В.Сопина, Е.А.Аксенова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ТФОМС Пензенской области
Пенза

Переход России от централизованного планирования к рынку, в том числе и в здравоохранении, поднимает важную проблему ответственности медицинской организации и медицинского работника перед пациентом. Растет требование населения к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи, отмечается рост правовой грамотности самих граждан. При отсутствии своевременного и качественного оказания медицинской и лекарственной помощи населению возможно возникновение конфликтов, для разрешения которых существует досудебный и судебный способы. Возмещение вреда (ущерба) осуществляется в добровольном порядке и по решению суда. Досудебный порядок разрешения конфликтов имеет ряд преимуществ: отсутствие публичности, экономичность, быстрота, концентрация внимания на разрешении ситуации и др. Обращение с жалобой не исключает прав застрахованного одновременно обратиться с иском в суд по такому же поводу. В статье представлены некоторые результаты по защите прав застрахованных ТФОМС Пензенской области.

Таблица 1

| Годы | Обращение граждан с ТФОМС и СМО | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Общее число обращений | Нарушение прав и законных интересов граждан | | | | | | | |
| | | Всего жалоб | % от общих обращений | Обеспечение полисами | | Отказ в медицинской помощи | | Взимание денежных средств | |
| | | | | всего | % | всего | % | всего | % |
| 2006 | 11 343 | 318 | 2,8% | 17 | 5,3% | 32 | 10,1% | 19 | 6% |
| 2007 | 22 511 | 787 | 3,5% | 134 | 17,5% | 68 | 8,7% | 58 | 7,4% |
| 2008 | 82 406 | 765 | 0,9% | 343 | 44,8% | 97 | 12,7% | 64 | 8,4% |

В 2008г. отсутствует тенденция к снижению общего количества жалоб. Возрастает количество обоснованных жалоб (90,2%.).При этом наиболее массовым является досудебный способ разрешения конфликтов (жалоб). В структуре обращений сохраняется такой показатель, как отказ от медицинской помощи.

Обращает на себя внимание активная деятельность экспертов. Увеличивается количество ЭКМП (экспертиза качества медицинской помощи), которую проводят эксперты ТФОМС и СМО. Основная функция СМО – реализация постановления Правительства Пензенской области от 23.12.2008г. №911-пП «О программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Пензенской области в 2009г.», в части защиты прав застрахованных в системе ОМС. По результатам ЭКМП к ЛПУ применяются финансовые санкции. Из данных, приведенных ниже, можно отметить, увеличение нарушений по оказанию медицинской помощи ненадлежащего качества, снижение нарушений по оформлению медицинской документации. Медицинская помощь ненадлежащего качества ухудшает ряд показателей: главное – состояние больного, исход лечения, увеличение сроков лечения для достижения результата, снижение поступления денежных средств на счет больницы из-за применения штрафных санкций.

Таблица 2

| годы | Количество ЭКМП | Выявлено нарушений | Основные нарушения, выявленные при ЭКМП | | | | Недоплата счетов СМО, по результатам контр. | Возврат средств на оплату мед. услуг. в % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Ненадлежащая МП | Нарушения при оформл. мед. док. | Приобретение медикаментов | Другие наруш | | |
| 2006 | 85607 | 29576(34%) | 33% | 37,2% | 1,4% | 28% | 66млн | 98% |
| 2007 | 91963 | 40237(43%) | 38% | 38% | 1% | 23% | 47млн | 97% |
| 2008 | 102103 | 50725(50%) | 41% | 18% | 1% | 40% | 40млн | 75% |

Задача руководителя ЛПУ стремиться привлечь денежные средства для повышения качества лечения пациентов, используя при этом все возможные правовые рычаги, в том числе создание в ЛПУ отделения (функционального) по управлению качеством медицинской помощи.

В целях изучения мнения пациентов за степенью удовлетворенности доступностью и качеством оказания медицинской помощи, ТФОМС с 2007г внедрено анкетирование пациентов. Средние показатели: удовлетворены - 75%, не в полной мере – 19%, неудовлетворенны – 4%.

В соответствии с законом РФ «О медицинском страховании граждан в РФ», граждане имеют право на предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации (СМО), медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба. Безусловно, для снижения количества конфликтов, необходимо повышение качества оказания медицинской помощи, её доступности, повышение профессионализма персонала, совершенствование организации работы ЛПУ. При возникновении конфликта (досудебного, судебного) и решении его в пользу пациента, страдает и финансовая и этическая составляющая в работе ЛПУ.

Отношение «пациент – система здравоохранения» переведена из сферы административного права в сферу гражданско-правового регулирования. Законодательно-правовые акты способствуют повышению правовой защищенности пациента, совершенствуют механизм реализации прав, косвенно направлены на повышение качества оказании медицинской помощи.

Анализ данных о состоянии защиты прав застрахованных в Пензенском регионе позволяет сделать вывод, что по данному направлению ведётся активная работа, увеличиваются объемы контроля, разработан и применяется целый ряд мер, направленных на обеспечение, реализацию и защиту прав граждан в системе ОМС.

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ – ВИД ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОГО ВРАЧА)

Н.В.Сопина, Э.В.Маркелов, Н.М.Прокофьева, Н.А.Черняева

ГОУ ДПО Росздрава, МУЗ «Городская клиническая больница №1»
Пенза

Одним из основных направлений деятельности врачей общей практики/семейных врачей (ВОП/СВ) является постоянный мониторинг за здоровьем населения, профилактика важнейших социально-значимых заболеваний, рациональное использование ресурсов и обеспечение качества медицинской помощи, критерием которого служат показатели здоровья населения. Профилактическая помощь включает в себя: укрепление здоровья населения – возможность повысить контроль за факторами, определяющими здоровье для населения участка; первичная профилактика-предупреждение заболеваний медицинскими и немедицинскими методами; вторичная профилактика – меры, направ-

ленные на раннее выявление и предупреждение заболеваний; реабилитация – устранение или компенсация ограничений жизнедеятельности и утраченных, вследствие заболеваний, функций.

Динамику и результативность профилактической работы, эффективность внедрения современных форм профилактики, представлены на примере МУЗ ГБ №1, г Пензы. При проведении анализа предпочтение отдано некоторым разделам 2-го и 3-его уровней профилактики, которые являются наиболее информативными, результативными и современными. Иммунизация – раздел первичной профилактики, проводится ВОП/СВ. Анализ иммунизации за 4 года, с учетом влияния программы «Здоровье», представлен в табл. 1.

Таблица 1.

| Показатели/ годы | Численность нас. у ВОП/СВ | Иммунизация в соответствии с национальным календарем прививок | | | | | | Заболеваемость, с учетом нозологий, подлежащих прививкам | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Грипп | | Краснуха | | Гепатит | | Грипп | Краснуха | Гепатит |
| | | абс | % | абс | % | абс | % | | | |
| 2005г (до Нацпроекта) | 5130 | 481 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 71 | 7 | 6 |
| 2006г. | 5085 | 510 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 9 | 2 |
| 2007г. | 9600 | 2880 | 30 | 960 | 10 | 864 | 9 | 3 | 0 | 2 |
| 2008г. | 19890 | 5967 | 30 | 1990 | 10 | 1100 | 11 | 3 | 0 | 2 |

Увеличение охвата вакцинацией населения (грипп от 9 до30%, краснуха, гепатит от 0 до 10%) ведёт к возможности предупредить болезни, что влияет на качество жизни граждан и экономическую эффективность в здравоохранении, т.к. финансовые затраты на лечение заболевания значительно превышают затраты на проведение вакцинации.

К разделам вторичной профилактики, относятся, в том числе, дополнительная диспансеризация работающего населения, которая проводится в течение 3х лет и позволяет своевременно выявить вероятные заболевания на ранних стадиях, представлена в табл. 2.

Таблица 2.

| Годы | Осмотрено по программе ДД | Выявлено заболеваний | | Выявлено пациентов с факторами риска | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Всего | % от осмотренных | Всего | % от осмотренных |
| 2006 | 2184 | 850 | 39% | 472 | 21,7% |
| 2007 | 5466 | 3193 | 58% | 1710 | 31,3% |
| 2008 | 7009 | 2013 | 29% | 1210 | 17,3% |
| Итого | 14 659 | 6056 | 42% | 3382 | 24% |

Всем пациентам с выявленной патологией проведено лечение по показаниям, организовано диспансерное наблюдение. Группа «риска развития заболеваний» – 24%. – случаи, когда болезнь в перспективе можно отдалить или пре-

дотвратить. При этом, группа «здоровые» составляет, в среднем – 18%. Активная позиция медиков ведет к некоторому росту показателей заболеваемости за счет повышения выявляемости. Ранняя диагностика это своевременное проведение лечения или профилактические мероприятия, что влияет на улучшение демографических показателей.

В течение последнего года в регионе внедряется система проведения скрининговых исследований по ряду социально-значимых заболеваний. Метод требует внимания и четкого выполнения, не заменяет клинического подхода, дополнительной диспансеризации, профилактических осмотров.

Таблица 3.

| Название метода обследования | Проведено всего обследований | Выявлено заболеваний | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Абсолютный показатель | | % | |
| | | Всего | Из них – онкопат. | Всего | Из них – онкопат. |
| ПСА (предст. железа) | 469 | 50 | 14 | 11 | 28 |
| Цитол. иссл. (шейка матки) | 1254 | 256 | 3 | 20,4 | 1,2 |
| СССЗ | 666 | 168 | - | 25 | - |
| Маммография | 3800 | 1329 | 14 | 40 | 1 |
| ФГ | 32230 | 1948 | 11 | 7 | 0,5 |

Метод эффективный, экономичный, требует дальнейшего расширения и повсеместного внедрения, позволяет рассчитывать на своевременное проведение лечения и хирургической коррекции.

За счет заболеваний, выявленных на ранней стадии, и «группы риска», число диспансерных пациентов у ВОП/СВ, возросло до 336 или на 15%. Обоснованность профилактических мер, потребность и мотивация населения в этой помощи, ведет к постоянному совершенствованию организации общеврачебной практики, улучшению состояния здоровья населения.

## ВЛИЯНИЕ ПРЯМЫХ ОККЛЮЗИОННЫХ РЕСТАВРАЦИЙ НА СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Ю.С.Соснина

ГОУ ДПО СПБМАПО Росздрава
Санкт-Петербург

Известно, что адекватное формообразование окклюзионных поверхностей зубов способствует равномерному распределению жевательного давления и защищает ткани пародонта от функциональных перегрузок. Функциональные возможности пародонта во многом определяются состоянием гемодинамики.

*Цель исследования:* Оценить состояние гемодинамики пародонта зубов с пломбами на окклюзионной поверхности.

*Материалами исследования* являются 62 больных с прямыми реставрациями в полости рта в возрасте от 18 до 35 лет, с ортогнатическим прикусом, сохраненными зубными рядами. Качество прямых реставраций оценивались клинически, а также методом окклюдограмм и путем функционального анализа моделей челюстей в артикуляторе. Состояние микроциркуляции интактных и пломбированных зубов исследовали методом лазерной допплеровской флоуметрии с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока ЛАКК-02. Исследования проводили у пациентов в положении сидя в стоматологическом кресле после 30-минутного отдыха в течение 5 мин. при комнатной температуре. Зонд устанавливали перпендикулярно поверхности слизистой оболочки десны без давления на сосуды. Точка измерения – альвеолярная десна (АД) в области зуба с реставрацией, интактного зуба. Величину перфузии оценивали по показателю М – средняя перфузия в микроциркуляторном русле за определенный промежуток времени исследования. Также оценивали показатели σ и Kv. Показатель σ определяется как среднеквадратическое отклонение величины перфузии. Показатель Kv отражает адекватность модуляции кровотока при изменении условий функционирования пародонта. Дополнительно проведен спектральный Вейвлет-анализ, по результатам которого оценены миогенный тонус сосудов (МТ), нейрогенный тонус сосудов (НТ) и показатель шунтирования (ПШ) микроциркуляторного русла тканей пародонта.

*Результаты исследования:* Установлены три варианта контактов после реставрации окклюзионных поверхностей зубов: 1 – удовлетворительные окклюзионные контакты ; 2 –частичные контакты; 3 – супраконтакты. Удовлетворительные контакты с помощью пломб воссозданы в 6,5% случаев; частичные – в 58,6% и супраконтакты – в 34,9% клинических наблюдений.

По результатам анализа всей выборки наблюдается увеличение показателя М (величина перфузии) в зубах с пломбами на окклюзионной поверхности с нарушением окклюзионных контактов по сравнению с интактными зубами – 24,82±2,01 и 20,91±0,56 соответственно ($p<0,01$), что указывает на развитие застойных явлений в микроциркуляторном русле пародонта и является признаком воспаления. Показатель σ в пародонте пломбированных зубов с нарушением окклюзионных соотношений достоверно возрастает до 1,97±0,61 по сравнению с интактными зубами, где он равен 0,79±0,22 ($p<0,05$). Показатель Kv, достоверно возрастает в пломбированных зубах и зубах-антагонистах (11,06±3,9) по сравнению с интактными зубами (5,39±1,48 ($p<0,05$)). У пломбированных зубов с частичным окклюзионным контактом достоверно снижается миогенный тонус сосудов пародонта по сравнению с интактными зубами – 2,58±0,53 и 3,65±0,43 соответственно ($p<0,05$), что является компенсацией организма в ответ на возрастание величины перфузии. В случае супраконтакта этот показатель возрастает (4,69±0,27 ($p<0,05$)). Нейрогенное влияние на изменение потока крови в капиллярном русле снижается при наличии частичных контактов по сравнению с интактными зубами – 2,09±0,61 и 3,55±0,51 соответственно ($p<0,05$), и возрастает при наличии супраконтактов - 4,19±0,13 ($p<0,05$). Показатель шунтирования в тканях пародонта достоверно не изменялся в зубах с пломбами на окклюзионной поверхности.

По данным спектрального Вейвлет-анализа, в пародонте интактных зубов амплитуда частотного спектра кровотока преобладает в диапазоне 0,06-0,15 Гц, что характеризует миогенный механизм регулирующий приток крови. Также наблюдается увеличение пульсовой волны в диапазоне 0,8-1,6 Гц. Преобладание данных механизмов регуляции кровотока характерно для лиц молодого возраста. В пародонте зубов с пломбами на окклюзионной поверхности наблюдаются изменения механизмов регуляции характерные для влияния местных факторов воздействия на ткани. Увеличение дыхательной волны в диапазоне 0,15-0,4 Гц указывает на застойные явления в венулярном звене вследствие ухудшения оттока крови из микроциркуляторного русла. Увеличение нейрогенного компонента в диапазоне 0,02-0,05 Гц указывает на снижение периферического сопротивления артериол с последующим увеличением кровотока. Увеличение действия миогенного компонента по сравнению с пульсовой волной является реакцией в ответ на болевую чувствительность. Больные не предъявляли жалоб на боли в области зубов с пломбами на окклюзионной поверхности и зубов-антагонистов во время проведения исследования, однако данные микроциркуляции свидетельствуют о воспалительных реакциях в пародонте, что является доклиническим симптомом возникновения локализованного воспаления.

*Резюме:* В 22,1% наблюдений прямые реставрации жевательной поверхности зубов сопровождаются окклюзионными нарушениями, функциональной перегрузкой и возрастанием риска развития локализованных воспалительных процессов в пародонте реставрированных зубов. После проведения прямых реставраций происходит достоверное нарастание величины перфузии в тканях пародонта, что влечет за собой перестройку механизмов контроля кровенаполнения и оттока из микроциркуляторного русла. Однако, учитывая однонаправленность изменений нейрогенного и миогенного механизмов регуляции тонуса сосудов, дополнительные шунтирующие сосуды не открываются, что свидетельствует о хронизации процесса. Нарушение гемодинамики является предпосылкой развития локализованных воспалительных процессов в тканях пародонта.

## ИЗУЧЕНИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНАЦИИ ВЕРАПАМИЛА И МЕКСИКОРА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

С.А.Суроткина, А.А.Котляров, Н.М.Селезнева, Е.Н.Ефремова

Медицинский институт ГОУ ВПО «МГУ им Н.П.Огарева»
Саранск

Легочная гипертензия и ее прямое следствие – хроническое легочное сердце (ХЛС) – являются наиболее частыми и прогностически неблагоприятными осложнениями хронических заболеваний бронхо-легочной системы. ХЛС занимает второе место в структуре общей смертности больных хронической обструктивной болезнью легких, уступая лишь дыхательной недостаточности.

Одним из факторов, ухудшающих прогноз больных с ХЛС, является сопутствующая сердечно-сосудистая патология, включающая ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь и нарушения ритма сердца (НРС). Поэтому важной задачей лечения таких пациентов является поиск новых эффективных средств, комплексно влияющих на данные нозологии. В последние годы в рамках медикаментозной коррекции сердечно-сосудистых заболеваний все большее значение придается миокардиальной и эндотелиальной цитопротекции. Все более перспективным становится использование препаратов метаболического типа действия, которые приводят к восстановлению метаболизма кардиомиоцитов и, как следствие, уменьшению ишемии сердечной мышцы и нормализации электрофизиологических функций миокарда.

*Цель исследования:* изучение антиаритмической и гемодинамической эффективности комбинации верапамила и мексикора у пациентов с ХЛС по данным холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ-ЭКГ) и эхокардиографии (ЭхоКГ).

*Материалы и методы:* в исследование включен 21 пациент в возрасте 40–79 лет с ХЛС в стадии компенсации, развившимся на фоне длительно протекающих заболеваний бронхо-легочной системы (хронический обструктивный бронхит и бронхиальная астма). Пациентам I группы (n=10) проводилась базисная терапия бронхо-легочной патологии (ингаляционные бронхолитики; метилксантины; отхаркивающие средства; системные, пероральные и ингаляционные гормональные препараты; диуретики; антибактериальные средства) в сочетании с верапамилом в дозе 80–240 мг в сутки в течение 10 дней. II группе пациентов (n=11) назначали верапамил в дозе 80–240 мг в сутки и мексикор внутривенно по 300 мг/сут в течение 10 дней дополнительно к базисной терапии. ХМ-ЭКГ и ЭхоКГ проводили при поступлении больного в стационар и через 10 дней лечения.

*Результаты исследования.* В I группе 10 человек (7 мужчин, 3 женщины), средний возраст пациентов 63±12 лет, давность бронхо-легочной патологии в среднем составила 23±16 лет. Во II группе 11 человек (8 мужчин, 3 женщины), средний возраст – 66±10 лет, давность бронхо-легочной патологии – 18±10 лет. Давность возникновения ХЛС в среднем составила 5±1,8 лет.

При поступлении в стационар в ходе 24-х–часового динамического ЭКГ – мониторирования у всех обследуемых больных были зарегистрированы разнообразные НРС (100%). Для оценки эффективности терапии желудочковых аритмий (ЖА) использовали критерии L. Horovitz–B. Lown. В I группе у 8 (80%) пациентов наблюдались наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы (НЖЭ и ЖЭ), у 1 (10%) – только НЖЭ, у 1 (10%) – ЖЭ, у 5 (50%) – пароксизмы наджелудочковой тахикардии (НЖТ). На фоне лечения наблюдалось недостоверное снижение минимальной частоты сердечных сокращений (ЧСС) с 56,5±3,8 до 52,1±3,3 уд. в мин ($p>0,05$), максимальной ЧСС со 122,9±7 до 118,2±6,8 уд. в мин ($p>0,05$), средней ЧСС с 85,4±3,7 до 84,6±3,4 уд. в мин ($p>0,05$). Выявлено недостоверное снижение количества аритмий: число одиночных НЖЭ уменьшилось на 8% ($p>0,05$), групповых – на 36% ($p>0,05$), частота аллоритмий по типу бигеминии и тригеминии уменьшилась на 25% ($p>0,05$). Пароксизмы НЖТ исчезли у 4-х больных из 5-ти, у одного пациента

их количество сократилось на 67% (p<0,05). У больных с ЖА наблюдалось уменьшение общего количества одиночных ЖЭ со 150,8±64,1 до 74,6±42,6, что составило 51% (p>0,05). Парные ЖЭ исходно выявлены у 2 пациентов. На фоне лечения у одного больного их количество уменьшилось на 67% (p>0,05) и не изменилось у второго; на фоне терапии также наблюдалось появление парных ЖЭ у одного пациента. Пароксизмы желудочковой тахикардии (ЖТ) исходно были выявлены у 1-го пациента, через 10 дней лечения их количество уменьшилось на 70% (p>0,05). Эффективность лечения не достигнута ни по одному критерию L. Horovitz–B. Lown.

Во II группе у 10 (91%) больных выявлены НЖЭ и ЖЭ, у 1 (9%) – только НЖЭ, у 6 (55%) – пароксизмы НЖТ. На фоне приема верапамила и включения в схему лечения мексикора выявлено достоверное снижение максимальной ЧСС со 132±7,4 до 107,4±2,9 уд. в мин (p<0,05), минимальной ЧСС – с 61,5±5,1 до 48,5±1,8 уд. в мин (p<0,05), средней – с 93,8±6 до 75,1±2,3 уд. в мин (p<0,05). Установлено достоверное снижение общего количества НЖЭ на 61% (p<0,05), парных НЖЭ – на 53% (p<0,05), групповых НЖЭ – на 46% (p<0,05). Наблюдалось исчезновение пароксизмов НЖТ у 2 (33%) пациентов из 6-ти, у остальных количество эпизодов НЖТ уменьшилось на 45% (p<0,05). Отмечено достоверное уменьшение экстрасистолий по типу бигеминии на 45% (p<0,05) и тригеминии на 56% (p<0,05). Общее количество ЖЭ достоверно снизилось с 847,7±741,9 до 231,2±180,8, что составило 73% (p<0,05). У 3-х из 4-х больных наблюдалось полное исчезновение парных ЖЭ, у одного их количество сократилось на 50% (p=0,05), тем самым эффективность по 2 критериям L. Horovitz–B. Lown достигнута у 3 (27%) из 11 больных с ЖА. Сочетание НЖЭ и ЖЭ уменьшилось на 42% (p<0,05).

По данным ЭхоКГ у пациентов I группы на фоне лечения верапамилом через 10 дней показатели внутрисердечной гемодинамики достоверно не изменились (табл. 1).

Таблица 1.

Изменение параметров ЭхоКГ на фоне лечения

| Показатель | До лечения | Через 10 дней | До лечения | Через 10 дней |
|---|---|---|---|---|
| | I-я группа | | II-я группа | |
| КДРЛЖ, см | 5,01±0,18 | 5,03±0,13 | 5,26±0,23 | 5,01±0,17* |
| КСРЛЖ, см | 3,35±0,18 | 3,46±0,15 | 3,32±0,23 | 3,14±0,24* |
| ФВ, % | 59±2,1 | 58,4±1,7 | 62,5±3,2 | 69±3,1* |
| ПЖ, см | 3,06±0,1 | 3,06±0,11 | 3,18±0,16 | 3,03±0,1 |
| Рра, мм рт. ст. | 29,5±1,2 | 28,8±1,2 | 34,8±1,4 | 28,2±1,3* |

Примечание: *- достоверность различий в сравнении с исходными при p<0,05.

У пациентов II группы после курсового лечения, включавшего применение верапамила и мексикора, конечный диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ) уменьшился на 4% (p<0,05), конечный систолический размер левого желудочка (КСР) ЛЖ– на 6% (p<0,05), величина фракции выброса (ФВ)

ЛЖ увеличилась на 11% ($p<0,05$). Размеры правого желудочка (ПЖ) сократились на 0,15 см (4%, $p>0,05$). Выявлено достоверное уменьшение давления в легочной артерии (Ppa) в абсолютных (с 34,8±4,3 до 28,2±4,2 мм рт. ст.) и в относительных значениях (на 19%, $p<0,05$) (табл. 1).

Выводы:

1. Применение мексикора в дозе 300 мг/сут дополнительно к базисной и кардиотропной терапии у больных с ХЛС сопровождается достоверным снижением ЧСС, эпизодов возникновения наджелудочковых и желудочковых нарушений ритма, в том числе частых групповых НЖЭ, экстрасистол по типу аллоритмии и полным исчезновением парных ЖЭ, тем самым, усиливается антиаритмическая активность верапамила.
2. Включение в схему лечения мексикора у данной категории больных приводит к улучшению показателей внутрисердечной гемодинамики, увеличению сократительной функции миокарда левого желудочка (уменьшению систолического и диастолического размеров сердца, росту фракции выброса левого желудочка), уменьшению давления в легочной артерии и уровня легочной гипертензии.

## ПОДГОТОВКА ОЖОГОВЫХ РАН К АУТОДЕРМОПЛАСТИКЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭМОКСИПИНА

Е.Ю.Тезина

Медицинский институт ГОУ ВПО «МГУ им Н.П.Огарева»
Саранск

По современным представлениям термический ожог вызывает избыточную реакцию свободнорадикального окисления. В связи с этим актуальным является исследование действия синтетических антиоксидантов на процессы регенерации в ожоговой ране и методы их применения в комплексной терапии тяжелообожженных.

*Цель исследовании.* Изучение влияния местного применения эмоксипина на течение раневого процесса и время подготовки ожоговых ран различной (до 10%) площади к аутодермопластике.

*Материалы и методы исследования.* Обследовано 24 человека с глубокими локальными ожогами. В зависимости от площади ожога и лечения, исследуемые больные были разделены на три группы. Первая группа (8 человек) – больные с локальными ожогами площадью до 10%, им проводилась местная и общая стандартная терапия. Вторая группа (8 человек) – больные с площадью ожога до 5% и третья группа (8 человек) – с площадью ожога до 10%, у которых в дополнение к традиционному лечению местно применялся 1% раствор эмоксипина.

Эмоксипин применялся по следующей методике: в условиях перевязочной на ожоговую рану наносился 1% раствор эмоксипина (5 мл на 1% площади

раны). Больным с площадью ожога 5% и локализацией на конечностях, он применялся в виде смоченной раствором повязки, а с площадью до 10% - наносился непосредственно на ожоговую рану с последующей перевязкой с полиэтиленовой пленкой и сухой марлевой повязкой, 1 раз в день в течение 14 дней перед предполагаемой аутодермопластикой.

В процессе исследования определялось: содержание общего белка крови, количество лейкоцитов в периферической крови, скорость и степень очищения ожоговой раны.

Полученный результаты оценивались на момент поступления больных, в конце второй, третьей недели лечения и непосредственно за один – два дня перед операцией.

Результаты: До начала применения 1% раствора эмоксипина (при поступлении и на второй неделе) течение раневого процесса и гематологические показатели во второй и третьей группах, не отличались от таковых в первой группе. К третьей неделе уровень белка в группе с площадью до 5% постепенно увеличивался и к моменту операции разница с 3 группой составила 7% ($p < 0,05$) (рис. 1). Уровень лейкоцитов во 2 группе (рис. 2) снизился на 24,5% ($p < 0,05$) по сравнению с 3 группой. Степень очищения ран и их готовность к аутодермопластике оценивалась визуально, во время ежедневных перевязок. Сроки оперативного вмешательства в значительной мере зависели от общего состояния больного и скорректированности гематологических показателей. Во 2 группе сроки готовности ожоговых ран к кожной пластике сократились в среднем на 2- 3 дня -18,3% ($p < 0,05$), по сравнению с 3 группой.

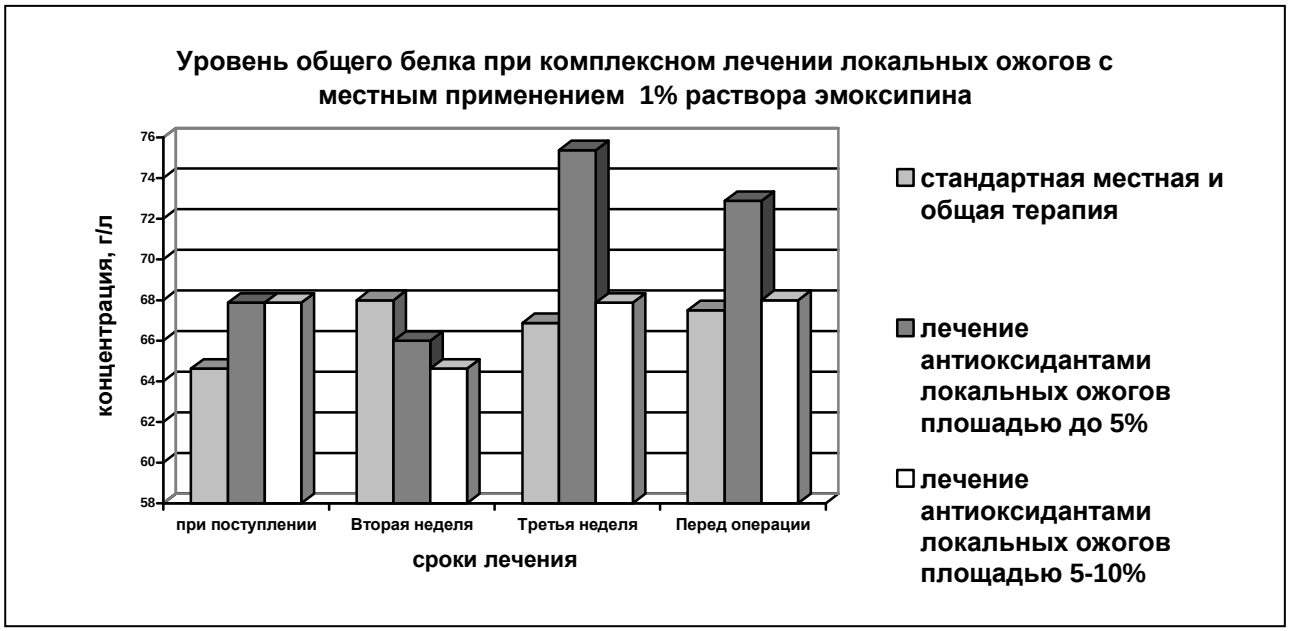


Рис. 1 Уровень общего белка при комплексном лечении локальных ожогов с местным применением 1% раствора эмоксипина

*Заключение.* Местное применение 1% раствора эмоксипина, при глубоких ожогах площадью до 5% в период подготовки ожоговых ран к кожной пластике, по сравнению с ранами до 10%, является более предпочтительным, так как на меньшей площади происходит более раннее восстановление исходной ак-

тивности клеток кожи. Это в свою очередь, ведет к ускорению процессов регенерации и, вследствие этого, - уменьшению времени подготовки ожоговых ран к аутодермопластике.

## ИЗМЕНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Н.Г.Токарева

Медицинский институт ГОУ ВПО «МГУ им Н.П.Огарева»
Саранск

Цель исследования: изучение выраженности нарушений когнитивных и эмоциональных сфер больных эпилепсией.

Материал и методы. Проведен анализ 50 историй болезни пациентов с генерализованной формой эпилепсии, находившихся на стационарном лечении в Эпилептологическом центре Мордовии . Длительность заболевания - от 1 года до 40 лет, частота приступов - от 3раз в день до 8 раз в месяц,.Среди больных 30 мужчин и 20 женщин. Средний возраст больных 37,4 года. Начальное образование имели 6 человек, незаконченное среднее-8, среднее-10, среднеспециальное – 21, высшее – 5 человек. Нетрудоспособны - 42 обследуемых (из них 28% - III, 48% - II, 8% - I группы).

Использовался клинико-психологический метод, включавший анамнестическую беседу, наблюдение и психологические методики по диагностике памяти, мышления, внимания, эмоционального фона. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета программ Excel.

Результаты и обсуждение. Снижение памяти наблюдалось у 40 исследованных больных, причем в 58% случаев она снижена умеренно, в 14%- выявлено выраженое и в 8% случаев -легкое снижение.

Снижение памяти коррелирует со степенью нетрудоспособности пациентов. Умеренное снижение наблюдалось в 75% случакв у больных со II гр.инв. и в 79% случаев у пациентов с III гр.инв. У трудоспособных больных в 50% случаев память не изменена, либо снижена незначительно. Выраженное снижение памяти выявлено у вех больных с I гр.инв., в 5 раз реже (21%) оно встречается у больных II гр.инв., в 14 раз реже (7%) у больных III гр.инв.

Прослеживается взаимосвязь длительности заболевания и изменений памяти: так, при продолжительности эпилепсии до 10 лет в 57% случаев она остается сохранной, в 57% случаев – наблюданется легкое снижение памяти, и в 7% - снижается умеренно. При длительности заболевания 11-20 лет в основном преобладает умеренное (в 27,5%) и выраженное (в 90% случаев) снижение памяти.

Подобные корреляции обнаруживаются при сопоставлении нарушений памяти с частотой припадков. Так, при наименьшей частоте приступов до 4 раз в месяц в 86% случаев память остается неизменной, у остальных наблюдается её легкое снижение. При частоте приступов от 3 раз в день до 4 раз в неделю преобладает выраженное (в 70%) и умеренное (в 31%) снижение памяти.

Таким образом, чем продолжительнее болезнь и выше частота приступов, тем более негативным будет влияние на память и тем более выраженными станут её нарушения. А так как память лежит в основе любого психического явления, то без включения её в акт познания будут искажаться не только процессы развития и обучения, но и в целом, ориентировка в мире, его познание станут невозможными.

Когнитивные расстройства нарушения мышвыявлены у исследованных в 90% случаев. Было отмечено замедление, обстоятельность, тугоподвижность мышления.

Нарушение внимания также наблюдалось в 90% случаев характеризуются его сужением в объеме, трудной переключаемостью, неустойчивостью.

Нарушение внимания и мышления четко коррелирует со степенью нетрудоспособности пациентов: они наблюдаются у всех больных лиц с I гр.инв., в 96% случаев при II гр.инв., в 93% при III гр.инв. и в 62,5% случаев при трудоспособности больных.

Для всех больных вне зависимости от трудоспособности, длительности заболевания и частоты приступов характерна эмоциональная лабильность. Чаще всего (72%) отмечается раздражительность среди эмоциональных расстройств. Данный вид нарушения наиболее характерен для трудоспособных пациентов и для лиц с III гр.инв. (в 87,5% и 93% соответственно). В изученной выборке 16% случаев встречается гипотимия и в 12% случаев дисфория.

Дисфория присуща преимущественно пациентам с I гр.инв. и наблюдается у них в 75% случаев. В 6 раз реже (в 12,5%) она встречается у больных со II гр.инв.и отсутствует у больных с III гр.инв. и у трудоспособных лиц. Обнаружена связь встречаемости тех или иных эмоциональных расстройств с длительностью заболевания. Так, при продолжительности болезни до 10 лет у всех больных отмечается только раздражительность, отсутствуют гипотимия и дисфория. По мере увеличения продолжительности болезни, к раздражительности присоединяются гипотимия и дисфория: при длительности болезни 11-20 лет - в 57% случаев имеют место раздражительность, в 36% - гипотимия и в 7% - дисфория; при длительности болезни 21-30 лет указанные расстройства встречаются в 68,5%, 10,5% и 21% соответственно; при длительности болезни свыше 30 лет - по 82%, 9% и 9%.

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РАННЕГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У РЕБЁНКА 4 ЛЕТ 9 МЕСЯЦЕВ

О.А.Трефилова, Н.С.Карташева, С.Л.Тузов, Т.Н.Булыгина

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

Преждевременным (ранним) половым развитием (ППР) называют симптомокомплекс, характеризующийся появлением вторичных половых признаков до 9 лет у мальчиков и до 8 лет у девочек. От 1 до 3% девочек в возрасте до

8 лет имеют признаки раннего полового развития. Среди мальчиков заболевание встречается значительно реже.

Появление признаков ППР обусловлено преждевременной секрецией половых гормонов и связано с первичной локализацией патогенетического процесса в системе: гипоталамус-гипофиз-гонады-надпочечники.

Выделяют истинные, или центральные формы заболевания, патогенез которых обусловлен преждевременной активностью гипоталамо-гипофизарной системы. Повышение секреции половых стероидов гонадами в данном случае является следствием стимуляции гонад гонадотропинами гипофиза. У девочек активация гонадной функции может носить кратковременный характер, и обусловлена нестабильностью процессов подавления гипоталамо-гипофизарной активности в период детства (изолированное телархе, персистенция фолликулярных кист яичников). В последние десятилетия в генезе истинного ППР определена роль новообразований ЦНС, расшифрован механизм активации при так называемых гонадотропиннезависимых формах заболевания.

Ложные, или периферические формы ППР обусловлены преждевременной секрецией половых гормонов опухолями половых желёз или надпочечников, независимой от секреции гонадотропинов.

Наиболее частой причиной ложного ППР является врожденная дисфункция коры надпочечников, приводящая к повышению уровня адреналовых андрогенов вследствие ферментативного дефекта биосинтеза кортизола. Дефект двух ферментных систем: 21-гидроксилазы и 11в-гидроксилазы приводит к снижению уровня кортизола и значительному повышению 17-гидроксипрогестерона (предшественника кортизола, идущий на избыточную продукцию андрогенов).

При всех формах заболевания, как истинного, так и ложных определяются все основные характеристики прогрессирующего раннего пубертата: появление вторичных половых признаков, увеличение объёма гонад и полового члена, ускорение роста и созревания.

Половые стероиды оказывают системные влияния на организм ребёнка, влияют на скорость закрытия эпифизарных зон, поэтому по состоянию зрелости костей можно судить об андрогенной активности.

Приводим клиническое наблюдение случая раннего полового развития у ребенка 4 лет 9 месяцев.

Мальчик К. обратился в сентябре 2008 года, с жалобами на появление вторичных половых признаков (оволосение лобка), ускорение линейного роста (за 8 мес. вырос на 12 см).

Анамнез: ребёнок от 1 беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 4-5 недель. Роды срочные, масса при рождении 3740 г, длина - 55 см. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Неонатальный скрининг на адрено-генитальный синдром в роддоме не проводился.

В первые годы жизни отмечались частые простудные заболевания (до 4-5 раз в год), ОРВИ носили длительный, затяжной характер, протекали с резкой слабостью, с повышением температуры до 39 градусов.

Объективно: макросоматотип, физическое развитие выше среднего, гармоничное. Масса тела - 20 кг, длина - 120 см (+ 2,5 сигмы). Половое развитие по Tanner: Ax0P1-2, яички в мошонке допубертатных размеров, половой член - 7 см. Щитовидная железа не увеличена. Кожа обычной окраски, с жирным блеском, на лице ache vulgaris. По системам отклонений не выявлено.

Предварительный диагноз: ППР.

Проведено обследование:

- Rg-графия кистей рук - костный возраст соответствует 10 годам.
- МРТ головного мозга: органической патологии не выявлено.
- УЗИ пахово-мошоночной области - без патологии.

Содержание гормонов в сыворотке крови: гонадотропные гормоны гипофиза в пределах возрастной нормы (ЛГ - 0,22 мме/л, ФСГ - 0,67 мме/л), пролактин - 159 мме/л (при норме-24,5-467 мме/л),

- ТТГ - 1,1ммоль/л (при норме-0,65-4,2 ммоль/л), св Т4 - 15,8 нмоль/л.
- Тестостерон - 2,5 нмоль/л (при норме - 0,07-0,87 нмоль/Л),
- Кортизол - 167,8 ммоль/л (при норме - 50-660 ммоль/л),
- 17 ОНП - 17,7 нг/мл (при норме-0,5-2,1 нг/мл),
- Содержание в суточном количестве мочи 17 КС - 48,3 мкм/сут (при норме - 6,2-39,2 мкм/сут).

Учитывая клиническую картину преждевременного полового развития, опережение костного возраста (+5 лет), снижение уровня кортизола и повышение содержания тестостерона и его предшественника 17 ОНП в крови и в суточной моче (17 КС) установлен диагноз: Врожденная дисфункция коры надпочечников. Вирильная форма.

С целью восстановления функции надпочечников назначен глюкокортикоидный препарат-кортеф в суточной дозе 20 мг/м кв. курсом - постоянно.

На фоне лечения через (1 мес.) отмечается нормализация в крови уровня тестостерона - 0,3 нмоль/л, уменьшение 17 ОНП до 11,1нг/мл.

Объективно: мальчик стал активнее, повысилась устойчивость к стрессовым факторам (респираторным инфекциям), дальнейшего прогрессирования полового развития не отмечалось.

В приведенном наблюдении первичная локализация патогенетического процесса в системе гонады-гипоталамус-гипофиз-надпочечники была выявлена со стороны надпочечников (ложная форма ППР).

Врождённая дисфункция коры надпочечников способствовала избыточному образованию в них андрогенов, которые стимулировали преждевременное половое развитие ребёнка.

Назначение препарата - кортеф способствовало нормализации функции коры надпочечников и гормонального фона, предупредив прогрессирование заболевания. Ребенок требует постоянного приёма кортефа, дальнейшего наблюдения и контроля за гормональным фоном. По заболеванию оформлена инвалидность. Представленный случай из практики показывает, что своевременное выявление и гормональная коррекция дисфункции коры надпочечников позволяют остановить прогрессирование клинических проявлений болезни, улучшить состояние и качество жизни больного ребенка.

# КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПЕНЗЕНСКИХ ШКОЛЬНИКОВ

С.Л.Тузов, А.В.Котовский, И.А.Бекетова, Г.М.Гришанович,
Н.А.Куликова, Л.А.Кучма, Е.С.Сазонова, Л.С.Этингер

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

Школа выводит ребенка во взрослую жизнь, когда ему потребуется выбирать профессию. Влияют ли годы школьного обучения на здоровье учащихся, то есть на возможность выбрать профессию? Недавно проведенные исследования этой проблемы показали, что 60–80% подростков имеют медицинские ограничения и противопоказания при выборе профессии, хотя здоровыми приходят в школу около 80% детей (И.К.Рапопорт, 2000).

В связи с этим, изучение здоровья школьников г. Пензы актуально. В г. Пензе 38852 обучающихся, за здоровьем которых в 77 школах города следят 44 врача-педиатра и 47 фельдшеров-медсестер (на 31.12.2008).

Известно, что комплексную оценку состояния здоровья школьников получают, относя каждого ребенка к определенной группе здоровья (ГЗ) по результатам профилактических осмотров (Приказ МЗ России № 621 от 30.12.2003 «О комплексной оценке состояния здоровья детей»). Сравнивая ежегодные изменения в ГЗ с учетом срока обучения можно объективно определить периоды, требующие максимально интенсивных превентивных вмешательств.

Анализ 3-летних результатов (2006-2008 гг.) распределения школьников по ГЗ показал следующее.

Часть детей, отнесенных к I ГЗ, осталась фактически прежней (12,3 и 11,9% соответственно). При этом достоверно уменьшилась часть школьников, отнесенных к III группе здоровья (20 и 16,9% соответственно), что показывает определенные успехи в профилактике хронических заболеваний. Процент детей II группы здоровья несколько увеличился (с 66,1 до 69,7% соответственно). IV ГЗ была определена у 1,7 и 1,5 % соответственно в 2006 и 2009 г. Процент детей-инвалидов остается за анализируемый период прежним – 1,6-1,5.

Изучая изменение групп здоровья в различные периоды обучения, установлено следующее.

За время обучения в 1 классе в численности 1 ГЗ особых изменений нет: 14,5 – 13.8%. К 4 классу I ГЗ уменьшается до 12, к 8 классу – до 10,4 и 9,1% у выпускников. Значительно со временем обучения увеличивается часть детей с III ГЗ: 12,6% в начале школьной жизни, 16,7 и 19,6% - к 4 и к 8 классам соответственно. К выпускному балу дети с III ГЗ составляют 21,5% от числа школьников (следует заметить, что за предыдущий отчетный период 2005–2007 динамика роста III ГЗ была более выражена: 12.2% в начале школы и к завершению – 24,9%). Процент детей, отнесенных ко II и IV ГЗ, остается без существенной динамики за время школьного обучения.

Принято считать, что уровень физического развития ребенка, наличие детей с недостатком или избытком массы тела также характеризует здоровье детской популяции.

Анализ уровня физического развития школьников показал, что часть детей с нормосомией и гипосомией в 2006 и 2008 г. незначительно снизилась (83,7 и 82,6% с нормосомией и 4,7 и 4,3% с гипосомией соответственно). Напротив, часть детей с гиперсомией увеличилась с 11,6 до 13% соответственно. Несколько увеличилась частота среди школьников избыточной массы тела: 6,5 и 7,6% соответственно. При этом в анализируемые годы замечен рост распространенности ожирения (1,76 и 1,95% соответственно) и сахарного диабета (0,1 и 0,12% соответственно). Часть детей с дефицитом массы тела уменьшилась: 5.3 и 4,3% соответственно.

Считается аксиомой, что достаточная физическая активность (не менее 30 минут физических упражнений ежедневно, помимо 2 уроков физкультуры в неделю) необходима для нормального роста и развития ребенка. У школьников Пензы остается значимой часть не получающих даже на уроках физкультуры необходимого кинетического компонента жизни: 16,1 и 13,6% соответственно в 2006 и 2008 г. не занимались на уроках физкультуры. Только в 9 из 77 школ функционируют ФОКи. Школьные спортивные секции посещает стабильно невысокая часть – 32% учащихся.

Вышеизложенное позволяет сформулировать определенное заключение.

Указанные результаты (10% школьников здоровы) подтверждают неотложную, законодательно закрепленную необходимость усиления профилактической работы среди школьников, начиная с момента поступления ребенка в школу. Проводимые школьными медицинскими кадрами в настоящих экономических условиях лечебно-оздоровительные мероприятия - уменьшение части детей с III ГЗ, показывают возможности достижения большего положительного эффекта.

Очевидно, что внедрение горячего питания в школьных столовых не только для детей первых, но 10-11 классов, оптимизация меню, денежных затрат на питание будет играть положительную роль в увеличении части школьников с нормосомией. Заметим, что рост части детей с гиперсомией может быть обусловлен как улучшением питания населения, так и устареванием стандартов физического развития школьников.

Неудовлетворительные показатели физической активности школьников прямо указывают направление превентивного вмешательства: повышение физической активности детей школьного возраста. В решении этой части проблемы здоровья школьников необходимо совершенствование материально-технической базы для физического воспитания. Следует заметить, что данное направление профилактики хронической неинфекционной патологии получает поддержку в правительстве Пензенской области – продолжается строительство новых ФОКов, школьных бассейнов.

Необходимо поддерживать и поощерять школьных педагогов, использующих при ведении обучения детей и подростков здоровье сберегающих технологий обучения и индивидуально-дифференцированный подход к школьникам.

# СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Т.С.Тумаева, Е.И.Науменко, И.Ю.Рязина, О.А. Пиксайкина

ГУЗ ДРКБ №1, Медицинский институт ГОУ ВПО
«МГУ им Н.П.Огарева»
Саранск

Проведен анализ результатов 28 допплерометрических исследований сосудов головного мозга новорожденных детей в первые 7 дней после рождения (15 доношенных и 13 недоношенных), рожденных путем проведения операции кесарева сечения, в зависимости от степени тяжести гипоксически-ишемических поражений головного мозга, с учетом гестационного возраста. Исследование проводили с помощью аппаратов «ALOKA-4000», «TITAN» конвексными датчиками 5 и 7 МГц во время естественного безмедикаментозного сна методом импульсной допплерографии. Индекс резистентности (RI), максимальная систолическая скорость кровотока (ССК) и диастолическая скорость кровотока (ДСК) определялись в передней, средней и задней мозговых артериях, а также оценивалась полноценность венозного оттока.

По результатам исследования церебральная ишемия (ЦИ) 1 степени диагностирована у 11 детей (39%): 55% доношенных и 45% недоношенных. ЦИ 2-3 степени диагностирована у 61% детей: 9 доношенных (53%) и 8 недоношенных (47%).

При оценке состояния мозгового кровотока получены следующие результаты: у детей с ЦИ 1 степени значения RI в пределах нормы (0,68-0,72) выявлены у половины (55%) детей: 83% доношенных и только 17% недоношенных ($p>0,05$). Отклонения от допустимой нормы установлены у 46% новорожденных: у 80% - повышение, у остальных - снижение. Повышение RI в 3 раза чаще регистрировалось у недоношенных (75%). Снижение RI до 0,65 установлено только у 1 недоношенного ребенка. Значения ССК в пределах нормы (28-35см/с) выявлены у 4 детей (36%), преимущественно у доношенных (75%) и у 25% недоношенных. У 64% детей (n=7) отмечалось снижение ССК: незначимо преобладают недоношенные дети (57% и 43% соответственно). Значения сниженной ССК у доношенных детей колебались от 27,2см/с до 12,6см/с (20,03±4,31см/с); у недоношенных детей от 29 см/с до 17,6см/с (22,22±2,45см/с). Значения ДСК в пределах нормы (7,6-11,6см/с) выявлены у 45% детей (n=5), преимущественно у доношенных (80%). У 55% детей (n=6) отмечалось снижение ДСК: у 33% доношенных и 67% недоношенных. Значения сниженной ДСК у доношенных детей колебались от 6,6см/с до 3,3см/с (5,48±1,12см/с); у недоношенных детей от 6,6см/с до 4,85см/с (5,6±0,47см/с). Венозный отток в пределах нормы (4-6см/с) наблюдался более чем у половины детей (63,6%), преимущественно у доношенных (71%), гораздо реже у недоношенных (29%). Ускорение венозного оттока

диагностировано у 4 детей (36,4%), в 3 раза чаще у недоношенных (75%). Значение повышенного венозного оттока у доношенного ребенка не превышало 8,3см/с, у недоношенных детей от 7,8 до 8,6см/с.

В группе детей с ЦИ 2-3 степени значения RI в пределах нормы выявлены у 23,5% детей: 2 доношенных (50%), 2 недоношенных (50%). Отклонения от допустимой нормы были у 76,5% новорожденных: повышение у 5 (38%), снижение у 8 (62%). Повышение RI чаще имели недоношенные дети (80%), а снижение чаще доношенные (75%). Значения ССК в пределах нормы выявлены у 41% детей, а изменения показателей ССК установлены более чем у половины обследованных (59%): у 10% повышение, у 90% - снижение. Снижение ССК наблюдалось у 55,5% доношенных и 44,5% недоношенных новорожденных. Значения сниженной ССК у доношенных детей колебались от 27 см/с до 12,6 см/с (20,46±2,26см/с); у недоношенных детей от 24,2см/с до 17,6 см/с (22,6±1,8см/с, t=0,759). Повышение ССК до 40 см/с отмечалось у недоношенного ребенка на фоне отека структур головного мозга. Значения ДСК в пределах нормы выявлены у 10 детей (59%): 8 доношенных (80%) и 2 недоношенных (20%). У 41% новорожденных показатели ДСК были за пределами нормальных значений: у 86% (n=6) снижение и у 1 - повышение. Снижение ДСК чаще регистрировалось у недоношенных (83%), чем у доношенных (17%). Значение сниженной ДСК у доношенного ребенка составило 3,3см/с, у недоношенных детей от 7,2см/с до 4см/с (5,7±0,52см/с). Повышение ДСК до 17см/с отмечалось у недоношенного ребенка на фоне отека структур головного мозга в сочетании с повышенной ССК. Венозный отток в пределах нормы наблюдался у 10 детей (59%), чаще у недоношенных (60%), его ускорение установлено у 7 детей (41%), чаще у доношенных (71%). Значения повышенного венозного оттока у доношенных от 7 до 11см/с (8,6±0,8см/с), у недоношенных детей от 7,2 до 8см/с (7,5±0,29см/с, p>0,05).

Таким образом, у доношенных новорожденных с ЦИ 1 степени показатели церебральной гемодинамики мало отличаются от допустимых норм. Небольшое снижение линейных скоростей кровотока, стабильность венозного оттока свидетельствуют об относительной сохранности ауторегуляции мозговой гемодинамики, что отражает обратимость выявленных нарушений. В группе недоношенных с ЦИ 1 степени выявлены более значимые изменения: повышение RI, снижение ССК и ДСК, ускорение венозного оттока являются маркерами более значимого влияния даже незначительных ишемических воздействий на незрелые структуры головного мозга недоношенных детей. При ЦИ 2-3 степени показатели церебральной гемодинамики у доношенных детей свидетельствуют об относительном ее повышении в ответ на воздействие ЦИ, тогда как у недоношенных детей преобладало значительное повышение RI при нормальной или сниженной ССК и, что особенно значимо, значительном снижении ДСК, венозный отток оставался в пределах допустимых норм. Данный тип нарушения мозговой гемодинамики при падении ДСК свидетельствует о резком снижении церебральной перфузии и нарастании ишемии мозга. Анализ показателей свидетельствует о срыве механизмов ауторегуляции мозгового кровотока при ЦИ 2-3 степени, особенно у недоношенных новорожденных.

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ МЕСТНОГО САНАТОРИЯ «ДУСЛЫК»

Р.М.Файзуллина, Ф.М.Аглиуллина, Э.Т.Хусаинова, Л.М.Насибуллина, Г.Х.Терегулова, И.Ф.Аскарова, Ф.М.Мазитова, О.В.Брюханцева

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ и СР РФ, Детский санаторий «Дуслык» МЛПУ ГО Уфа

Одним из основных этапов медицинской реабилитации детей является санаторно-курортное лечение. Это способствует предупреждению развития заболеваний, сокращению числа рецидивов при хронических заболеваниях, тем самым решая вопросы первичной и вторичной профилактики.

Развитие санаторно-курортной системы в Республике Башкортостан находится под пристальным вниманием Правительства и Президента Республики. Основные направления развития отрасли изложены в «Концепции развития санаторно-курортной системы РБ», утвержденной в 2000 году, и в «Программе развития санаторно-курортной системы РБ до 2010 года», принятой в Республике в 2002 году.

Оптимальным для обеспечения санаторно-курортным лечением детского населения является развитие сети местных лечебно- оздоровительных учреждений. Эффективность лечения в местных санаториях при многих заболеваниях зачастую превосходит эффективность лечения в отдаленных курортах. При этом исключается отрицательное воздействие адаптационной перестройки организма, что особенно выражено у детей младшего возраста.

Детский санаторий «Дуслык» располагается в зеленой зоне столицы и предназначен для оздоровления детей в возрасте от 5 до 11 лет.

*Целью настоящей работы* была оценка эффективности реабилитации детей в условиях местного детского санатория.

*Материал и методы.* Под наблюдением находилось 552 ребенка в возрасте от 5 до 7 лет, получивших повторное оздоровление в санатории с интервалом 6-8 мес. Оценка эффективности проводилась методом объективного осмотра детей и анкетирования родителей, через 1 год после повторного курса реабилитации ребенка в санатории.

*Обсуждение и результаты исследования.* Все исследуемые дети по состоянию здоровья соответствовали общепринятым в педиатрии критериям «Часто болеющие дети». В санатории дети получили комплекс лечения, который включал лечебно- охранительный режим, полноценное шестиразовое питание, кумысолечение, кислородный коктейль, массаж грудной клетки и ЛФК, лечение в галокамере.

Изучение отдаленных результатов эффективности оздоровления детей проводилось путем анкетирования родителей через 1 год после выписки из са-

натория и путем анализа истории развития ребенка (ф.112). Анкета содержала следующие вопросы:

1. Каков был эффект от пребывания Вашего ребенка в санатории? Варианты ответов: (+++), (++), (+), (0).
2. Улучшилась ли самочувствие ребенка (аппетит, настроение, поведение)?
3. Изменилось ли частота заболеваемости ОРВИ?
4. Посещает ли ребенок детский коллектив?
5. Какова частота оформления листов нетрудоспособности в год по причине заболеваемости ребенка?

В 92.2% (509) случаев в анкетах родители отметили высокую эффективность пребывания их ребенка в санатории, у 5,4% детей (30) эффект был незначительный (+), в 1.4% (8) случаев – эффекта не было, в 0,9% случаев ответ не был получен. В анкетах большая часть родителей (96%) отметили, что их ребенок стал более спокойным, нормализовались сон и аппетит, ребенок стал более бодрым и активным. С удовлетворением родители так же отмечали, что ребенок стал более самостоятельным, освоил гигиенические навыки, умение. Частота заболеваемости ОРВИ, как и частота оформления листков нетрудоспособности родителям резко сократилась после второго курса реабилитации до 2-3-х раз в год и дети были стали посещать детские коллективы с большим удовольствием и меньшими пропусками.

Таким образом, у значительного количества детей (92,2%), получивших повторный курс реабилитации в условиях местного городского детского санатория по отдаленным результатам оздоровления были отмечены положительные результаты в состоянии здоровья. Кроме того, были отмечены положительные изменения в психологического характера и признаки социальной адаптации в детском коллективе, и поведение ребенка в семье. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности практики повторной реабилитации детей в условиях детского санатория «Дуслык» с целью первичной профилактики хронических заболеваний и повышения психологического и соматического статуса ребенка.

## ЦИТОКИНЕМИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Л.В.Фатеева, С.А.Аленькина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МУЗ ПЦРБ

Пенза

Воспалительные заболевания в гинекологии остаются одной из актуальных проблем на протяжении многих десятков лет и имеют высокую медико-социальную значимость. Особенности течения и исхода воспалительных забо-

леваний внутренних половых органов у женщин во многом определяются иммунологическим состоянием организма.

В настоящее время перспективным представляется определение некоторых иммунологических показателей, таких как цитокины, при воспалительных заболеваниях у женщин с целью обоснованного применения различных методов терапии в зависимости от наличия дисбаланса в иммунной системе, оценки эффективности и качества лечения и ускорение сроков выздоровления.

*Цель исследования*. Изучить особенности цитокинемии при инфекционно-воспалительных заболеваниях органов малого таза у женщин репродуктивного возраста.

*Материалы и методы исследования*. На базе гинекологического отделения МУЗ «Пензенская ЦРБ» за период 2005-2007г. проведено комплексное проспективное исследование течения воспалительного процесса органов малого таза у 98 женщин, которые были разделены на 2 группы. 1-ая группа с острым сальпингоофоритом - 65 пациенток (средний возраст 23,4±5,8 лет). 2-ая группа - 33 женщины с обострением хронического эндометрита (средний возраст 34,3±5,3 года). 3-я группа (контрольная) представлена 40 здоровыми женщинами репродуктивного возраста (средний возраст 28,3 ± 5,7 года).

В динамике до лечения и после проведенного лечения изучалась клиническая картина заболевания, общие клинические лабораторные показатели, а также в сыворотке периферической крови определялось содержание интерферонов γ и α (ИНФ-γ, ИНФ-α), фактора некроза опухоли α (ФНО-α), интерлейкина-4( ИЛ-4), интерлейкина-8 (ИЛ-8) методом ИФА с использованием полуавтоматического програмированного плашечного фотометра"Старт- Факс-2100"и набора фирмы " Вектор-Бест".

*Результаты исследования*: Анализ клинической картины показал, что в 1-й группе боли внизу живота были разной интенсивности, во 2-й группе – пациентки жаловались на ноющие незначительные боли внизу живота. Отмечалось повышение температуры тела в 1-й группе от $37^0$ - до $39^0$, во 2-й группе от $37^0$ - до $38^0$, ЧСС 80-96 ударов в 1 минуту и 80-90 ударов в 1 минуту соответственно. Нарушение менструального цикла по типу мено-метроррагий имелось у 63,7% женщин с обострением хронического эндометрита.

При бимануальном обследовании в 1-й группе определялась болезненность в области придатков матки, во 2-й группе – болезненность тела матки и движение за шейку матки.

В клиническом анализе крови лейкоцитоз в 1-й группе составил 13,6±0,3 * $10^9$ г/л, во 2-й группе 10,30±0,3* $10^9$ г/л. Содержание цитокинов до лечения в 1-й группе с острым сальпингоофоритом по сравнению с контрольной группой (здоровыми женщинами) составило: ИЛ-4 - 33,34±5,08 пг/мл (группа сравнения -16,19±1,10), ИЛ-8-81,58±6,33пг/мл (группа сравнения – 32,35±1,83), α-ФНО-115,60±9,64 пг/мл(группа сравнения 24,60±2,03), α- ИНФ 19,84±1,37 пг/мл(группа сравнения-7,58±0,90), γ- ИНФ 45,94±4,73пг/мл(группа сравнения-21,58±1,96). То есть при остром сальпингоофорите отмечено повышение со-

держания ИЛ-4 в 2,1 раза; ИЛ-8 в 2,5 раза; ФНО-α в 4,7 раза, α- ИНФ в 2,6 раза; γ- ИНФ в 2,1 раза.

Уровень цитокинов во 2-й группе при обострении хронического эндометрита ИЛ-4 - 26,50±4,17 пг/мл(группа сравнения -16,19±1,10), ИЛ-8-84,56±2,04пг/мл(группа сравнения – 32,35±1,13), α-ФНО-119,67±6,78 пг/мл (группа сравнения 24,62±2,03), α- ИНФ 18,58±1,38 пг/мл (группа сравнения-7,58±0,9), γ- ИНФ 49,69±2,36пг/мл(группа сравнения-21,58±1,96). При обострении хронического эндометрита отмечено повышение содержания ИЛ-4 в 1,6 раза; ИЛ-8 в 2,6 раза; ФНО-α в 4,8 раза, α- ИНФ в 2,5 раза; γ- ИНФ в 2,3 раза.

После лечения уровень цитокинов снизился, но не достиг показателей здоровых женщин: ИЛ-4 снизился на 66 %, ИЛ-8 снизился на 57%, γ- ИНФ на 97%, ФНО-α на 80% соответственно; уровень цитокинемии у α- ИНФ не только не снизился, а увеличился по сравнению с группой сравнения. Наиболее значимое снижение уровня ФНО-α, произошло снижение в 2,2 раза, но всё же не достигло уровня здоровых женщин. Быстрее всего восстановился γ- ИНФ.

Таким образом, определение особенностей системной продукции цитокинов позволяет прогнозировать характер течения воспалительного процесса в малом тазу у женщин репродуктивного возраста. Наиболее значимыми показателями, характеризующими цитокинемию при остром сальпингоофорите и обострении хронического эндометрита являются ФНО, γ- ИНФ.

Отставание восстановления уровня цитокинов до уровня здоровых женщин после клинического выздоровления, свидетельствует об необходимости дальнейшей реабилитации женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза.

## ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Л.В.Фатеева, Н.Н.Бисерова, О.П.Виноградова, С.Н.Шибитова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

За последние годы частота артериальных гипертензий и гестозов на фоне артериальных гипертензий увеличилась и колеблется от 7% до 22%. Гестоз остается одной из главных причин материнской летальности и одной из главных причин заболевания и смерти новорожденных.

*Цель исследования:* изучить течение беременности у женщин с гипертонической болезнью, гестозом на фоне артериальной гипертензии и состояния здоровья их новорожденных.

*Материалы и методы:* на базе МУЗ роддома №1 проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов и состояния новорожденных у 51 беременной в возрасте от 15 до 41 года со сроком гестации от 23 до 40 недель. Всем беременным проводилось в динамике суточное мониторирование (СМАД) артериального давления, УЗИ, допплерометрия и КТГ плода.

*Полученные результаты:* из 51 беременной - у 35 диагностирован сочетанный гестоз различной степени тяжести на фоне артериальной гипертензии, у 16 - гипертоническая болезнь

Гестоз легкой степени тяжести отмечен в 27(77,1%) случаях, средней степени – в 6(17,1%), тяжелой - в 2(5,7%) случаях. Достоверными признаками гестоза явились: отеки у 24(82,6%) беременных, протеинурия у 35(100%) (суточная потеря белка с мочой от 0,099 до 11,65 г/л), артериальная гипертензия у 35(100%)женщин, из них в 15(42,8%) случаях артериальная гипертензия впервые диагностирована во время беременности.

Цифры АД по данным СМАД колебались в пределах 133–187 и 88–115 мм рт. ст., причем у 31(88,6%) беременной имелся положительный эффект на фоне лечения сульфатом магния и допегитом с коррекцией дозы препарата у 4 (11,4%) пациенток.

У 33(94,3%) беременных окулистом выявлена гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки. При исследовании коагулограмм у этих беременных выявлено укорочение времени свертывания, ускорение тромбинового времени (10-13”), укорочение АЧТВ (до 30”), повышение количества фибриногена (до 7,4г/л), протромбинового индекса (103-123%), появление РКФМ(до 6,0).

Течение беременности на фоне гестоза в 16(45,7%)случаях осложнялось угрожающим выкидышем на ранних сроках, в 9(25,7%) - ранним токсикозом. Признаки фетоплацентарной недостаточности (преждевременное “старение” плаценты) обнаружены у 10(28,6%) беременных. При допплерометрическом исследовании нарушения маточно-плацентарного кровотока IA степени диагностированы в 8(22,8%)случаях, нарушение плодово-плацентарного кровотока IБ степени - в 2(5,7%)случаях. В 6(17,1%) случаях визуализированы признаки внутриутробной задержки роста плода I – II ст. (симметричная форма). Оценка состояния плодов по данным КТГ по Фишеру в модификации Кребса свидетельствует о нормальном состоянии плодов у 30 (83,3%) беременных (8баллов), начальные нарушения (7баллов) выявлены у 6 (16,7%) беременных.

Осложнения в родах: дородовое излитие вод - 16(45,7%)случаев, отсутствие эффекта от родовозбуждения и родостимуляции 8(22,8%)случаях. Кесаревым сечением родоразрешены 18(51,4%) беременных. По результатам СМАД артериальное давление в послеродовом периоде восстановлено до 113- 124 и 78- 84мм рт. ст. на 3 – 5сутки.

Дети рождались в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8- 8(9)баллов. Все случаи закончились рождением живых доношенных детей, из них 3(8,33%) детей с признаками задержки внутриутробного роста, 9(25%) с признаками морфофункциональной незрелости, 5(14%) – с церебральной ишемией. На II этап выхаживания в состоянии средней степени тяжести переведены 4(11,1%) ребенка.

С гипертонической болезнью наблюдались 16 пациенток, из них 5(38,3%) являлись первородящими, 11(68,7%) - повторнородящими, причем лишь у 6(37,5%) из них ГБ впервые диагностировали во время настоящей беременности. На учете у кардиолога состояли всего 4(25%) женщины с диагнозом гипертоническая болезнь Iст., 2(12,5%)- гипертонической болезнью IIст. СМАД про-

водилось при первичном исследовании (142 - 186 и 89 -123 мм рт. ст.) и на фоне антигипертензивной терапии. Артериальная гипертензия была скорригирована в 15 (93,8%)случаях, в 1(6,2%)случае беременность закончилась прерыванием по медицинским показаниям в сроке 24 недели на фоне злокачественного течения гипертонической болезни. При исследовании коагулограмм выявлено незначительное ускорение тромбинового времени(13”- 14”), АЧТВ (36”- 44”), фибриноген (4,4-4,8 г/л), протромбиновый индекс (100-105%).

Течение беременности на фоне гипертонической болезни в 9(56,3%)случаях осложнилось угрожающим выкидышем на ранних сроках, в 7(43,8%)- ранним токсикозом беременных. Признаки фетоплацентарной недостаточности (преждевременного “старения” плаценты) имелись в 3(18,8%) случаях, внутриутробная задержка роста плода I ст.диагностирована у 4(25%) беременных. При проведении допплерографии в 1(4,2%) случае определялось критическое состояние кровотока в сроке 23 недели при гипертонической болезни II стадии. Оценка состояния плодов по данным КТГ у 5(31,3%) беременных свидетельствовало об их нормальном состоянии(8 баллов), у 11(68,8%)-7баллов, что свидетельствовало о начальных нарушениях.

Осложнения в родах имелись у 16 беременных, из них 12(75%) случаев дородового излития вод, 4(25%)-отсутствие эффекта от родовозбуждения и родостимуляции. Кесаревым сечением родоразрешены 4(25%) беременных. Артериальное давление по результатам СМАД в послеродовом периоде - 128- 136 и 86-94 мм рт. ст.

Дети рождались в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8- 8 баллов. У 4(26,7%)новорожденных имелись признаки легкой перенесенной гипоксии мозга, у 6(40%)- признаки задержки внутриутробного роста, у 2(13,3%) признаки морфофункциональной незрелости.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о неблагоприятом влиянии гестоза, даже легких форм, на состояние новорожденных. Гипертоническая болезнь как самостоятельное заболевание оказывает более существенное влияние на течение беременности, родов, состояние плода. Поэтому, врачам-терапевтам, акушерам-гинекологам, врачам общей практики необходимо уделить особое внимание реабилитации родильниц с гипертонической болезнью и после перенесенного гестоза, на фоне артериальной гипертензии , своевременному выявлению данной патологии у женщин репродуктивного возраста с целью тщательной подготовки к последующей беременности.

*Заключение:* На основании проведенного анализа обменных карт, историй родов, карт развития новорожденных можно сделать вывод о том, что, несмотря на высокую оперативную активность при гестозе - 14% новорожденных родились с признаками неврологической патологии, из них 11,1% переведены на II этап выхаживания, что, возможно, связано с тяжелой плацентарной недостаточностью. Гипертоническая болезнь как самостоятельное заболевание оказывает более существенное влияние на течение беременности, родов. Следовательно, необходимо обратить внимание на своевременное выявление групп риска и профилактику данного состояния.

# ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПОСЛЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Г.М.Хасанова, Э.Р.Исхаков

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава»
Уфа

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) занимает ведущее место в краевой патологии республики Башкортостан (РБ). Заболевают в основном лица молодого, трудоспособного возраста. После перенесенной ГЛПС в 29% определяется артериальная гипертония, у 42% наблюдаются нарушения фильтрационной функции почек в течение 6 месяцев после заболевания. На фоне хронической гепатобилиарной патологии (в 35% случаев) регистрируются общеклинические признаки гепатита, синдром цитолиза, синдром неполного холестаза. У 100% перенесших тяжелую и у 70,6%-среднетяжелую форму ГЛПС в течение 3 месяцев после болезни наблюдается синдром постинфекционной астении. Одним из главных составляющих данной астении является снижение физической работоспособности.

Учитывая большую заболеваемость ГЛПС в РБ, высокую частоту остаточных явлений у перенесших данное заболевание и в ряде случаев формирование хронической патологии была поставлена цель: разработать образовательную программу для перенесших ГЛПС с целью проведения эффективной индивидуальной программы реабилитации.

Образовательная программа для перенесших ГЛПС включала теоретические и практические занятия. На практических занятиях проводилось измерение роста и веса, рассчитывался индекс Кетле и индекс Брокка, проводился опрос по анкете изучения фактического питания и определения индивидуальной потребности в белках, жирах и углеводах, обучение методам аутогенной тренировки. На теоретических занятиях освещались темы рационального питания при заболеваниях почек в том числе при ГЛПС, фитотерапия, биологическая роль белков, жиров и углеводов, минеральные вещества и их роль в жизнедеятельности организма, влияние курения на работу почек и организм в целом.

Занятия проводились в поликлиниках городских больниц №15 и №13 г. Уфы 3 раза в неделю. Продолжительность образовательной программы составила 3 недели. Эффективность обучения оценивалась по опроснику частоты потребления пищевых продуктов и блюд, с расчетом фактического питания, по опроснику оценки качества жизни, а также оценивался уровень знаний о рациональном питании сразу после прохождения обучения и через 3 месяца. Проводилось психологическое тестирование для выявления астении. Больные обучались методам психологической коррекции в домашних условиях.

Оценка эффективности образовательной программы проводилась в течение всего периода диспансеризации реконвалесцентов. Оценивался уровень знаний, приверженность к соблюдению здорового образа жизни, наличие астении, проводилось клинико-функциональное исследование.

Образовательную программу прошло 47 человек. Выживаемость знаний через 3 месяца составила 89%, через 6 месяцев 75%, через 9 месяцев 68%, через 12 месяцев 64%. Приверженность к соблюдению здорового образа жизни у исследуемой группы составила 82%, а в контрольной группе 48%. Астенический синдром достоверно реже встречался у исследуемой группы, чем в контрольной.

Таким образом, образовательная программа для больных ГЛПС показала эффективность в комплексе реабилитационных мероприятий у пациентов, перенёсших геморрагической лихорадку с почечным синдромом.

## ПРИМЕНЕНИЕ ЭСМЕРОНА В НЕЙРОАНЕСТЕЗИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ

Я.Хурейби, И.Горовенко, А.Горовенко

Госпиталь им. Революции
Сана, Йемен

Гидроцефалия занимает значительное место среди заболеваний и поражений центральной нервной системы среди детей (1-3) на 1000 живых новорождённых по данным Steward D.J.,1990). Частота возникновения её возрастает вследствие родовой и черепно-мозговой травмы, при опухолях головного мозга у детей. Состояние проявляется признаками повышения внутричерепного давления: головной болью в первую очередь, тошнотой, рвотой, нарушением различных функций. А это, в свою очередь, приводит к тому, что дети, страдающие гидроцефалией отстают от своих сверстников в психо-моторном развитии, у них наблюдается дефицит массы тела на 30% и более, признаки гипотрофии, умственная отсталость. Широкое применение сукцинилхолина у детей ограничено из-за его неблагоприятных побочных эффектов, особенно у детей раннего возраста и в осложненных случаях.

В настоящее время в анестезиологической практике, и в частности, у детей раннего возраста, стал широко применяться новый миорелаксант Эсмерон (рокурония бромид ) – быстродействующий недеполяризующий миорелаксант промежуточного действия, обладающий всеми фармакологическими эффектами (кураreподобными), характерными для данного класса препаратов. Это единственный недеполяризующий миорелаксант, который начинает действовать так же быстро как, и сукцинилхолин, что делает его препаратом выбора для быстрой последовательной индукции, а средняя продолжительность действия Эсмерона аналогична таковой у векурония и атракурия.

Нами были проанализированы 34 анестезии с применением Эсмерона у детей с гидроцефалией в возрасте от 1 до 18 месяцев, антропометрические дан-

ные у этой группы детей не соответствовали их возрасту. В основном это были дети с массой тела от 2-х до 6-7 кг, с задержкой роста. Всем детям были произведены ликворошунтирующие операции. У всех детей отмечались проявления дыхательной недостаточности в виде тахипноэ, признаки гипотрофии и водно-электролитных нарушений, (снижение массы тела на 30 и более %, яркие и сухие кожные покровы и видимые слизистые, кожа собирается в складки ). В анализах крови отмечались полицетемия, гипопротеинемия, гипокалиемия, анемия (гемоглобин в пределах 8-10 мг/дл ).

Дозу Эсмерона подбирали индивидуально для каждого ребенка, принимая во внимание метод общей анестезии, предполагаемую продолжительность операции, возможное взаимодействие с другими препаратами, вводимыми до или во время анестезии, общее состояние ребёнка. В среднем эта доза составляла 0.3 – 0.4 мг / кг массы тела.

Премедикацию осуществляли внутривенным введением атропина в дозе 0.01 мг/кг. Индукция и поддержание анестезии проводилась ингаляционными анестетиками (севофлюран или изофлуран). ИВЛ проводилась аппаратом “Drager”- Primus. Концентрация севофлюрана или изофлурана на выдохе 1.7-1.2 об.%. Дыхательный объем из расчета 10мл/кг, ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции (по контролю СО-2 на вдохе и выдохе). Соотношение вдоха к выдоху 1:2. Использовались ректальные свечи с парацетамолом -30-50 мг/кг. Инфузионная терапия включала кристаллоиды, консервированную донорскую кровь (поскольку практически все дети были с анемией ) из расчета 10 – 20 мл / кг массы тела.

Течение анестезии отмечалось стабильностью гемодинамики на всех её этапах. Гипердинамических сдвигов кровообращения в ответ на интубацию трахеи зарегистрировано не было. Продолжительность апноэ у 31 из 34 детей при этом возрастала до 1 часа и более.

Всех детей после операции переводили в палату интенсивного наблюдения, до полного восстановления сознания и адекватного для данного заболевания поведения, осуществлялся мониторинг аппаратом “Philips”, “Diascope G2”, включающий регулярное измерение артериального давления, пульса, ЭКГ, SpO-2. Обязательно контролировался диурез, поэтому всем детям до операции была производилась катетеризация мочевого пузыря. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений со стороны анестезии.

Заключение.

При необходимости выполнения быстрой интубации трахеи Эсмерон может служить как альтернатива сукцинилхолина.

Такие состояния как гипокалиемия, гипермагниемия, гипокальциемия, гипопротеинемия, обезвоживание, кахексия, наблюдающиеся практически у всех детей с тяжелой формой гидроцефалии, усиливают эффект Эсмерона. В связи с этим, тяжелые нарушения баланса электролитов, pH крови, дегидратация должны быть, по возможности, скорректированы до начала планового оперативного вмешательства.

# ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГАЛИТОЗА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

А.В.Цимбалистов, Г.Б.Шторина, И.Е.Бачуринская

ГОУ ДПО СПБМАПО Росздрава
Санкт-Петербург

*Введение.* В настоящее время успех человека во многом определяется его имиджем и межличностными связями. Именно поэтому в последние годы галитоз рассматривается как социальная проблема. Он может являться причиной общественной изоляции, препятствием в создании семьи и карьерном росте. Галитоз – очень распространенное явление: в США, например, 60 млн. человек считают свое дыхание неприятным, 72% бизнесменов Японии недовольны запахом изо рта, хотя регулярно посещают стоматолога. Галитоз (соматодисодия, озостомия) - термин, используемый для обозначения устойчивого неприятного запаха воздуха, выдыхаемого человеком.

*Цель исследования.* Изучение особенностей лечения галитоза различной этиологии.

*Материалы и методы исследования:* обследовано 45 больных в возрасте от 20 до 67 лет, 15 мужчин и 30 женщин. Сформировано 3 группы исследования. В первую группу включены 23 стоматологических пациента (51,1% наблюдений) с жалобами на неприятный запах изо рта. Вторую группу составили 12 больных (26,7% случаев) хроническим тонзиллитом с аналогичными жалобами. Третью контрольную группу составили 10 человек (22,2%), которые не предъявляли жалоб на неприятный запах изо рта, но имели стоматологические заболевания.

Коррекция галитоза проводилась в двух группах обследуемых по следующему плану: *в группе № 1* профессиональная гигиена и обучение навыкам индивидуального ухода за зубами и языком. Через 2-3 недели, если показатели не приходили в норму, назначались дополнительные препараты: ополаскиватель «President», зубная паста и ополаскиватель «Air-lift»,проводилась санация полости рта и лечение у врача-пародонтолога. В *группе № 2* курс лечения хронического тонзиллита у врача-оториноларинголога и, по показаниям, дополнительно проводены стоматологические мероприятия, описанные для группы № 1.

*Результаты исследования.* Установлено, что в *первой группе* после проведения начальных мероприятий социально приемлемый уровень концентрации летучих сернистых соединений достигнут только у 4 пациентов (8,9%), остальные 19 больных (42,2%) нуждались в более полном стоматологическом лечении, а так же использовании дополнительных препаратов. *Во второй группе* 12 пациентов (26,7%) после проведения курса лечения у врача-оториноларинголога произошло снижение концентрации летучих сернистых соединений в выдыхаемом воздухе, что, однако, оказалось недостаточным для достижения социально приемлемого уровня. Добавление в комплекс лечебных мероприятий стоматологической коррекции снизили галиметрические показатели до нормальных значений.

*Выводы*. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что в решении проблемы галитоза существует ряд особенностей. Поэтому как на диагностическом, так и на лечебном этапах необходим комплексный подход. Только совместные действия врачей стоматологов всех специальностей, а также оториноларингологов дает долгосрочный положительный результат.

## УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

В.И.Цокуренко

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Сегодня существенно трансформируются формы, методы, организационно-правовые структуры управления всеми звеньями системы здравоохранения.

На смену организационно-распорядительному управлению приходит более «мягкое» экономическое управление деятельностью государственного сектора и государственное регулирование функционирования негосударственного сектора посредством ограничений, лицензий, льгот, кредитов и т.д.

Преобразование всех сфер жизни нашего общества выдвинуло на первый план проблему управленческого профессионализма.

Управление здравоохранением является функцией системы здравоохранения, обеспечивающей её динамическое и пропорциональное развитие.

Основными задачами, стоящими перед наукой управления в здравоохранении являются:

1. Обеспечение эффективности проводимых мероприятий и связанное с этим улучшение здоровья населения.
2. Обеспечение высококвалифицированной медицинской помощи различным группам населения с учётом их специфики и характера местных условий.
3. Широкое внедрение и эффективное использование достижений науки и техники в практике здравоохранения.
4. Совершенствование подхода, сокращение управленческого аппарата, самоуправление, (экономические формы управления, управление маркетингом и бизнес-планирование).
5. Рациональное использование сил и средств в здравоохранении, чёткая преемственность в работе поликлиники и стационара.
6. Активное вовлечение населения в решение проблем здравоохранения.

За выполнением основных задач стоят эффективные управленческие решения, но в современном здравоохранении, характеризующимся достаточно большим разрывом между технологическими и финансовыми возможностями отрасли, принятие эффективных управленческих решений является крайне сложной проблемой.

На стадии подготовки и принятия управленческих решений проводится анализ ситуации, включающий сбор и обработку информации, а также формулируются цели и задачи, требующие решения.

При реализации решения применяется системный подход, осуществляется контроль за ходом его выполнения, вносятся необходимые коррективы и даётся оценка полученного результата.

Процесс принятия решения предполагает разработку определённого алгоритма действий, направленных на достижение поставленной цели, а в здравоохранении такой целью является здоровье граждан.

Правильность принятого решения руководителем лечебно-профилактического учреждения зависит от его управленческого профессионализма, а именно от умения пользоваться системным методом, маркетинговыми исследованиями и бизнес-планированием, т.е. теми инструментами, которыми сегодня располагает наука управления.

Управление в здравоохранении осложняется рядом факторов, которые необходимо учитывать:

- сложность определения качества и измерения результатов работы;
- высокая специализация деятельности, которая часто имеет срочный и неотложный характер;
- отсутствие права на неопределённость и ошибку;
- высокая квалификация сотрудников, которые стремятся к самостоятельности и проявляют лояльность прежде всего по отношению к пациентам.

Экономические методы управления предусматривают заинтересованность всех звеньев в системе выполнить свои обязанности лучше и с меньшей затратой сил и средств. Это в равной степени касается деятельности как отдельных представителей здравоохранения, так и целых учреждений и их организации на уровне как самостоятельного региона, так и всей страны.

Для обеспечения высокого качества медицинского обслуживания необходимы эффективные и вспомогательные службы, активно участвующие в процессе оказания медицинской помощи.

Система здравоохранения должна соответствовать как нуждам и требованиям современной медицины, так и ожиданиям, потребностям пациентов.

И в значительной степени это определяется формами и методами управления, профессионализмом главных врачей лечебно-профилактических учреждений и руководителей других уровней системы здравоохранения.

На кафедре организации здравоохранения и общественного здоровья уже на протяжении ряда лет слушателям предлагаются для рассмотрения вопросы современного управления. Это и системный подход с практикой его применения, вопросы маркетинга в здравоохранении и возможности бизнес-планирования. Эти проблемы вызывают у слушателей достаточно большой интерес, который постоянно возрастает.

Применение современных подходов к управлению здравоохранением приближает нас к главной цели модернизации российского здравоохране-

ния – повышению доступности и качества медицинской помощи для широких слоёв населения.

## ПОЖИЛОЙ ВОЗРАСТ В МЕДИЦИНЕ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Т.В.Чернова, А.И.Сафронов, М.Ф.Купцова, А.В.Нестеров

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

Наблюдение последних лет демонстрирует увеличение числа пациентов пожилого возраста, поступающих в ОРИТ ГКБ СМП им Г.А.Захарьина. Физиологические изменения у больных данной категории предполагают специфику лечебно-диагностических мероприятий.

Ургентная патология, как правило, сопровождается сопутствующей, что приводит к синдрому взаимоотягощения.

Нами проведен ретроспективный анализ 256 историй болезней за 1987 и 2007гг. (68 и 188 соответственно). Отмечено, что увеличение поступления больных произошло в 2,8 раза, средний возраст составляет 75 лет 11 месяцев, сохраняется тенденция по преобладанию женщин в 2,6 раза. Необходимость в проведении реанимационных мероприятий (в т.ч. ИВ Л) возросла с 20% до 54,3%.

Таблица 1

Характеристика группы больных старше 70 лет в ОРИТ (1987 и 2007 гг.)

| Показатель | 1987г. | 2007г. |
|---|---|---|
| Мужчины | 20 | 69 |
| Женщины | 50 | 130 |
| Всего | 70 | 199 |
| Средний возраст | 75,2 | 75,9 |
| Летальность | 27,1% | 26,6% |
| Реанимационная группа | 20% | 54,3% |
| Повторное поступление | 2 | 11 |

Таблица 2.

Причина госпитализации пациентов старше 70 лет в ОРИТ (1987 и 2007 гг.)

| Патология | 1987г. | 2007г. |
|---|---|---|
| Травма | 5 | 15 |
| Хирургическое заболевание | 42 | 83 |
| Онкологический процесс | 10 | 43 |
| Терапевтическое заболевание | 7 | 23 |
| Сосудистая патология (ЦВП, ОИМ, ОНМеК) | 8 | 37 |

По причине госпитализации в ОРИТ больные распределены на 5 групп. Преобладают пациенты, нуждающиеся в хирургическом лечении. Сопутст-

вующая сердечно-сосудистая патология в 2007г отмечена в 83,9% случаев, эндокринная в 12,1% (в l987 r. - 58,8% и 7,1% соответственно). Таким образом, увеличилось число геронтологических больных, госпитализируемых в экстренном порядке и требующих реанимационной помощи.

Резервные возможности данной категории больных значительно ограничены преимущественно состоянием сердечно-сосудистой и нейроэндокринной системы.

## КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АНАЛИЗА ЛИКВОРА

А.Н.Шелудько, Г.А.Смольянинова, Т.М.Глебова,
О.В.Бобрышева, А.И.Аничкина, В.С.Иванова

ГУЗ ПОДКБ им.Н.Ф.Филатова, ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Исследование ликвора имеет важное диагностическое значение при заболеваниях ЦНС и мозговых оболочек, таких как энцефалиты (воспаление головного мозга), менингиты (воспаление мозговых оболочек), арахноидиты (воспаление паутинной оболочки), нарушение мозгового кровообращения, опухоли и травмы. В практике детских болезней анализ ликвора чаще всего проводится при внутрижелудочковых кровоизлияниях (ВЖК), при подозрении на менингит, нейротоксикозы, при длительной гипертермии.

Общеклиническое исследование ликвора включает исследование его физико-химических свойств и клеточного состава. Показатели исследования ликвора позволяют оценить динамику течения болезни.

За период 2008 года в ГУЗ ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова произведено 478 люмбальных пункций у детей с вышеуказанной патологией, и сделано 1912 исследований ликвора, которые проводятся по стандартам диагностики заболеваний. Анализ динамики показателей ликвора при менингитах свидетельствует о том, что его санация наступает в тяжелых случаях в течении 2-х недель- 1 месяца. Осложнением и исходом гнойных минингитов в некоторых случаях является развитие вентрикулита, а затем гидроцефалия.

На примере исследования ликвора у ребенка А (возраст 1 неделя) с гнойным менингитом и вентрикулитом представлены динамика показателей на фоне противоинтоксикационной и антибактериальной терапии в таблице 1.

Из таблицы следует, что диагноз гнойного менингита подтверждается выраженным цитозом с первых дней заболевания. Положительные глобулиновые реакции, резко повышенный показатель белка в ликворе дает основания заподозрить вентрикулит. К 20 дню пребывания в стационаре показатели ликвора у больного отражали положительную динамику на фоне комплексной терапии, в том числе антибактериальной. Через месяц у ребенка, как осложнение перенесенного заболевания (диагноз гнойный менингит с вентрикулитом) развилась гидроцефалия. Микробиологические исследования не позволили выявить возбудителя.

Таблица 1.

Динамика показателей ликвора больного ребенка А, возраст 1 неделя, диагноз гнойный менингит, вентрикулит

| День исследован. / Показатели | Поступление в стационар | На 2-й день поступления | 4-е сутки | 10-е сутки | 15-е сутки | 20-е сутки |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Количество, мл | 1,5 | 1,0 | 5,0 | 1,2 | 0,8 | 3,0 |
| pH | 6,0 | 7,0 | 7,0 | 7,0 | 6,0 | 6,5 |
| Цвет, прозрачность | Желтоватый, мутный | Ксантрохромия, мутный | Эритрохромия, мутный | Бесцветная, прозрачная | Бесцветная, прозрачная | Бесцветная, прозрачная |
| Белок, г/л | 3,3 | 1,65 | 1,65 | 0,396 | 0,33 | 0,33 |
| Цитоз, х $10^6$/л | Большое количество | 420 | 82 | 66 | 56 | 23 |
| Сегментоядерные нейтрофилы/ лимфоциты, % | 97/34 | 62/38 | 80/20 | 52/48 | 65/35 | 70/30 |
| Эритроциты | - | Неизм. | Неизм. | Неизм. | - | - |

Таким образом, исследования ликвора в процессе диагностики первичных и вторичных менингитов дают возможность лечащим врачам уточнить диагноз, оценить динамику течения заболевания и выявить осложнения нейроинфекции.

## ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Н.А.Шнайдер, Е.А.Бахтина, М.М.Петрова, О.Б.Курумчина

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», ГОУ ВПО «Красноярский государственный торгово-экономический институт Федерального агентства по образованию»
Красноярск

*Актуальность.* Сахарный диабет (СД) – самое распространенное из эндокринных заболеваний, которое характеризуется хронической гипергликемией и глюкозурией вследствие абсолютной или относительной недостаточности ин-

сулина, приводящей к нарушению обмена веществ, поражению сосудов, нервов и к патологическим изменениям в различных органах и тканях. СД 2 типа – это гетерогенный синдром, обусловленный относительным дефицитом инсулина, который вначале вызывает нарушение углеводного обмена, а затем всех видов обмена веществ, что, в конечном итоге, приводит к поражению всех функциональных систем организма. Наиболее грозным и инвалидизирующим осложнением СД является диабетическая нейропатия (ДН), которая в ряде случаев возникает за несколько лет до установления диагноза. Выделяют диабетическую периферическую (ДПН) и диабетическую автономную (ДАН) нейропатию. ДАН - это поражение вегетативных нервных волокон, узлов (ганглиев) и сплетений, приводящее к нарушению функции различных внутренних органов и систем (желудочно-кишечного тракта - ЖКТ, сердечно-сосудистой системы - ССС, мочевыделительной и половой систем). В целом, распространенность ДАН варьирует от 0,6% до 90% случаев.

Основные клинические формы ДАН: кардиоваскулярная автономная нейропатия (КАН), гастроинтестинальная автономная нейропатия (ГИАН), урогенитальная автономная нейропатия (УГАН), судомоторная (с преимущественным нарушением потоотделения).

Показано, что ДАН является одной из ведущих причин смерти, а также основным фактором поражения ЖКТ у больных СД. По данным популяционных исследований с использованием радиоизотопных технологий показано, что ГИАН регистрировалась у 50% больных СД, не имеющих выраженных клинических симптомов ДАН (ассимптомная ДАН) и в 76% случаев с наличием симптомов (симптомная ДАН), включая тошноту и рвоту после приема пищи, тяжесть в эпигастрии, диарею. Но в клинической практике диагностике и лечению ГИАН уделяется недостаточно внимания, что побудило нас к проведению настоящего исследования.

*Цель*. Изучить характер поражения ЖКТ у больных СД 2 типа.

*Материалы и методы*. Исследование проводилось на базе Лаборатории нейрофизиологии кафедры медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО КрасГМУв 2008 г. при поддержке внутривузовского гранта. Общая выборка (86 человек) была распределена на 2 группы наблюдения. Контрольная группа наблюдения - 35 здоровых добровольцев, без поражения ЖКТ, в возрасте от 19 до 30 лет, средний возраст 21,5 ± 3,11 [95% ДИ: 19-23] лет. Распределение по полу и возрасту: мужчины – 51,4% (средний возраст – 22,3 ± 3,66 [95% ДИ: 19-24] лет), женщины – 48,6% (средний возраст – 20,7 ± 2,18 [95% ДИ: 19-20] лет). Перед проведением исследования проводился тщательный отбор и неврологический осмотр добровольцев для исключения неврологической патологии и патологии ЖКТ. Сопоставимая группа – 51 больной СД 2, находящиеся на стационарном лечении в отделении эндокринологии МУЗ ГБ № 6 им. Н.С. Карповича г. Красноярска. Возраст от 28 до 77 лет, средний возраст 54,5 ± 8,7 [95% ДИ: 48-59] лет. Распределение по полу и возрасту: мужчины – 45% (28/51), женщины 45 % (23/51). Длительность СД варьировала от 1 месяца до 23 лет (средняя длительность 8,1 ± 5,7 [95% ДИ: 4,2-12,1] года).

*Результаты.* Сочетание ДПН с диабетической автономной нейропатией (ДАН) отмечено у 23/51 пациентов (43%), из них: кардиоваскулярная форма - у 15 (29%) больных, гастроинтестинальная – у 2 (4%), кардиоваскулярная и гастроинтестинальная – у 5 (10%), кардиоваскулярная и урогенитальная форма – у 1 (2%).

У 49 пациентов (96%) в сопоставимой группе, по данным комплексного неврологического обследования, диагностирована ДН, из них: в 17,1% выявлена ДАН. Изолированные случаи ДАН без ДПН в исследуемой выборке не зарегистрированы. В контрольной группе ДПН и ГИАН выявлено не было, а в сопоставимой – ГИАН с орофарингеальной дисфагией верифицирована у 2/23 (4%) больных. Выявлены поражения различных отделов ЖКТ: желудка - у 17 больных (33%), печени - у 22 (43%) и поджелудочной железы - у 12 человек (23%).

*Выводы.*

1. Частота встречаемости ГИАН у больных СД 2 типа составила 5%.
2. По характеру поражения ЖКТ при СД 2 типа преобладало поражение печени – у 22 (43%) человек. Частота встречаемости орофарингеальной дисфагии у больных с ГИАН составило 4%.
3. Тяжесть ГИАН коррелировала с тяжестью и компенсацией СД 2 типа.

## ПРОФИЛАКТИКА ПОСТРАВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИНВАЛИДИЗАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ АВТОАВАРИЯХ ПУТЕМ ОРГАНИЗАЦИИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.Н.Шубкин, М.В.Шубкин

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»
Красноярск

Отдел экономических и социальных проблем ООН в 2005г. опубликовал новые прогнозы демографической ситуации в мире на период до 2050 года. Эксперты предрекают, что число жителей России заметно уменьшится - со 143 млн. до 112 млн. человек. К естественной убыли населения приводят два процесса: снижение рождаемости и увеличение смертности. Не только пули, бомбы и болезни могут угрожать жизни, но и травмы, где не последнюю роль играет травматизм на дорогах. Травматизм на дорогах – глобальная угроза общественному здоровью и развитию. По данным европейского региона ВОЗ ежегодно в автомобильных авариях погибает 127 тыс.человек, что эквивалентно численности населения Норильска. Ещё примерно у 2.4 млн. человек, получивших травмы, происходит дальнейшее ухудшение здоровья.

Установлено, что при дорожно-транспортных происшествиях преобладают сочетанные, множественные и несовместимые с жизнью травмы: черепно-мозговые, опорно-двигательного аппарата, повреждения органов брюшной и грудной полостей. Они составляют 35,4% всех видов травм. В Красноярском

крае по данным скорой медицинской помощи на автодорогах региона в 2002 году зарегистрировано 5223 случаев ДТП, в которых имелись пострадавшие (в них погибло 291 человек и ранено 6250); в 2005 году – уже 5446 (погибших – 338, ранено – 6737).

Опыт показывает, что жизнь пострадавших нередко зависти от того, какая им будет оказана помощь в первые минуты после аварии, еще до прибытия бригад скорой помощи. Время от момента травмы до оказания первой медицинской помощи (ПМП) необходимо сократить до минимума. Сделать это могут лица, оказавшиеся на месте происшествия (водители транспортных средств, сотрудники милиции, ГИБДД, пожарные, пассажиры, прохожие и др.), которые, как правило, не имеют медицинского образования.

Если первая помощь, после осмотра и диагностики повреждений, оказана неправильно или задерживается по времени выполнение догоспитального этапа, то резко снижается эффективность последующих этапов оказания медицинской помощи в лечебном учреждении. При этом значительно возрастают сроки и стоимость лечения, падает его результативность, ухудшается социальный прогноз и реабилитация выживших. Нами проведено исследование путем социологического анкетного опроса 600 водителей г. Красноярска с целью: изучить насколько подготовлены и готовы ли водители к оказанию первой помощи на месте ДТП. Средний возраст участников исследования составил 37 лет, из них 31% - молодые люди старше 18лет; в 51,7% - автолюбители. Более половины (62%) сами получали травмы. Становились участниками ДТП 68% водителей, и только 6,6% готовы оказать первую помощь, 35% - вызовут скорую помощь, 58,4% предпочтут быть сторонними участниками. Вообще не обучались навыкам первой помощи 39%.

Проанализированы и систематизированы данные 200 актов вскрытий судебной экспертизы, которые позволили предварительно получить доказательную базу эффективности лечебных мероприятий, в том числе первой медицинской помощи и выявить такие данные как время наступления летального исхода от исходного времени после ДТП, объем и время начало оказания первой медицинской помощи, алгоритм действия по спасению и транспортировки пострадавших. Обращалось внимание на следы взаимопомощи как на объективный критерий владения участниками ДТП навыкам первой медицинской помощи. Выявлено, что 75,3% случаях погибшими были мужчины и в 24,7% - женщины; 52% - в возрасте 15-44 года. Среди них более половины (54,5%) – пешеходы, следовательно, помощь им могли оказать в основном участники ДТП (водители и свидетели). На месте ДТП погибло 74,3%, при транспортировке - 3,7% в лечебных учреждениях - 21,9% пострадавших. Установлено, что 47,0% пострадавших находились в алкогольном состоянии, из них - 15,8% с тяжелой степенью опьянения. Наиболее тяжелыми последствиями характеризовались происшествия, имевшие место в июле, августе (тяжесть последствий составила (11,8), июне (11,2), а минимальными – в феврале (2,8), январе (4,5) и марте (5,1). Самым «аварийноопасным» в течение дня был период с 18 до 21 часа.

В 46% случаев пострадавшие не получили помощи до приезда медицинских работников. 75% водителей считают необходимым восстановить свои зна-

ния, но по новой системе обучения с использованием в тренинга (4%), наглядных пособий и видеоматериалов (96%). В «цепи выживания» - этап первой помощи является одним из наиболее важных и наиболее уязвимых. Считаем, что своевременно оказанная первая медицинская помощь обеспечит в значительном мере выживаемость, снизит тяжесть посттравматических заболеваний и сократит сроки реабилитации.

Обучение практическим навыкам «не медиков» должны проводить врачи профессионалы. Выявление и устранение недостатков при оказании первой помощи позволит повысить её эффективность, снизит смертность, инвалидность, сроки временной утраты трудоспособности, уменьшит затраты на лечение и реабилитацию пациентов.

## НАЛИЧИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА

О.В.Щербина, А.С.Ивачев, В.В.Солдатов, Н.А.Ивачева, И.А.Щербина

МУЗ Бессоновская центральная районная больница,
ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Лечение больных с психоневрологическими заболеваниями представляют определенную трудность. Особенность лечения заключается в отсутствии у большинства больных классических жалоб и симптомов, а также в особенности послеоперационного периода. За последние 5 лет (2004-2008 гг.) из психоневрологического диспансера Бессоновского района оперировано 84 больных по поводу различных хирургических заболеваний. Госпитализированные больные были старше 30 лет (от 32 до 81 года). Заболевания, по поводу которых больные находились в диспансере, были шизофрения, олигофрения и органическое поражение головного мозга. В экстренном порядке оперировано 50 больных по поводу: травмы селезенки – 5, острого калькулёзного холецистита – 2, кровоточащей язвы желудка – 4, ущемленной первичной вентральной грыжи – 4, острого мезентериального тромбоза – 1, острой спаечной непроходимости – 1, острого аппендицита – 5, постъинъекционных абсцессов – 10, флегмон конечностей из-за расчесов и на фоне рожи – 9, атеросклеротической гангрены н/конечности – 7, панариций и гидраденитов – 9. В плановом порядке оперированы 34 больных по поводу: желчнокаменной болезни – 1, первичных и послеоперационных вентральных грыж – 33.

Наиболее важный этап в лечении хирургических больных является послеоперационный период, когда могут появиться осложнения, своевременное диагностирование и лечение которых во многом определяют исход болезни. У больных из психоневрологического диспансера отмечены определенные особенности в этом периоде.

Больные с травмой селезенки, оперированные на фоне перитонита и анемии (Hb менее 80 г/л при поступлении и менее 75 г/л после операции в течение первых

2-х суток) не отмечали жалоб на слабость. Несмотря на умеренную гипотонию и тахикардию, больные на 2-3 сутки самостоятельно ходили по отделению.

Больные с деструктивным процессом в брюшной полости (острый холецистит и аппендицит) по сравнению с аналогичной категорией больных со 2-3 суток не акцентировали свои жалобы на боли в животе, были активнее в постели и раньше встали с постели.

У больных мезентериальным тромбозом и спаечной болезнью каких-либо особенностей после операции не отмечено.

Определенная особенность выявлена у больных с гнойно-воспалительным процессом мягких тканей. После вскрытия гнойных очагов у 25 больных (89,3%) в течение первых 24 часов жалобы на боль в зоне очага значительно уменьшились. В половине наблюдений первые перевязки не вызывали у больных болевых реакций. В трех случаях из-за возбужденного состояния больных перед процедурой были использованы седативные препараты. У остальных больных смена наклейки и ревизия раны сопровождались умеренной болевой реакцией. У 7 больных (25%) во время перевязки через сутки после вскрытия приходилось дополнительно выполнять некрэктомию поверхностных тканей, промывание антисептическим раствором гнойных полостей глубиной до 5-7 см. Данные манипуляции не сопровождались субъективными жалобами и эмоциональной реакцией больного.

Количество используемых анальгетиков в послеоперационном периоде значительно меньше по сравнению с категорией больных без сопутствующих заболеваний головного мозга. Максимальная суточная доза наркотического анальгетика у больных с лапаротомией не превышала 3 мл.

Таким образом, больные с хроническими психоневрологическими расстройства в послеоперационном периоде имеют слабо выраженный болевой сидром, что отражается на ранней активности больных и меньшей потребности в приеме анальгетиков.

## ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КИШЕЧНОГО ЛИПОПОЛИСАХАРИДА ПРИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Е.В.Юревич, Ю.В.Булавкин, Н.В.Чижиков, О.Н.Опарина, Э.А.Меняшева

Пензенская ЦРБ, Медицинский институт ПГУ, ПГПУ
Пенза

*Цель исследования:* изучить интегральные показатели концентрации кишечного липополисахариа у больных с ХИНК и ДАЭ атеросклеротического генеза с когнитивнымии нарушениями.

Основой данной работы являются результаты исследования 214 больных с проявлениями хронической ишемии нижних конечностей (ХИНК) и ДАЭ ате-

росклеротического генеза. Среди наблюдаемых мужчин было 201 и женщин - 13 в возрасте от 60 до 89 лет. Группу сравнения (госпитального контроля) составил 21 пациент без клинических признаков ХИНК и других проявлений атеросклероза. Для сравнения мы использовали также показатели 30 условно здоровых волонтеров в возрасте 30-40 лет.

Концентрацию ЛПС в системном кровотоке определяли с помощью «Микро-ЛАЛ-теста» в EU/мл (международная единица активности).

Длительность течения атеросклеротического процесса с развитием клинических симптомов ХИНК и ДАЭ более 10 лет и преобладает в возрастной группе от 75 лет и старше.

Согласно представленным данным только 28,4% больных имели ХИНК, которая превалировала в возрасте 70-79 лет включительно. Остальные 71,6% пациентов имели хроническую критическую ишемию нижних конечностей, из них около 50% - IIIA степень преимущественно в возрасте 70-74 лет. Наименьшую группу составили 10,9% больных с IY степенью заболевания. Наиболее часто она отмечена в возрастной группе 70-79 лет.

В у больных в неврологическом статусе отмечали увеличение частоты нарушений черепной иннервации с дисперсией от 61,1 до 91,6%. В два раза чаще выявляли нарушения мышечного тонуса (19,4%) в виде пластической или смешанной гипертонии, псевдобульбарный (5,5%) и пирамидный синдромы (5,5%). У 8 больных имела место гемигипестезия. Отмечена тенденция к увеличению частоты диагностики амиостатического (11,1%) и вестибуло-атактического (83,3%) синдромов, которые нередко сочетались.

По шкале Е.И. Гусева и В.И. Скворцовой неврологический дефицит в группе ХИНК+ДЭ I стадии составил 20 баллов (при норме 26 баллов), в группе ХИНК+ДЭ II стадии – 16 баллов, и в группе ХИНК+ДАЭ III степени – 12 баллов. Нарушения соответственно оценивались как легкие умеренные и значительные. При нейропсихологическом тестировании больных с ХИНК+ДАЭ I степени выявляются легкие признаки когнитивных нарушений в виде снижения выполнения проб на динамический праксис, реакцию выбора, кинестетическую организацию речи и оптико-пространственную деятельность. Для больных ХИНК+ДАЭ II степени заболевания характерны умеренные расстройства с понижением как регуляторных (контроль за деятельностью, ее программирование и произвольная регуляция), так и операционных составляющих (динамический праксис, кинестетическая организация речи и оптико-пространственная деятельность) психической деятельности, а также с нарушением беглости речи, реакции выбора, которые отражают симптомы лобной дисфункции, усиливающиеся с возрастом в 1,2-2 раза. У больных ХИНК+ДАЭ III степени – старческая деменция.

При исследовании кишечного ЛПС установлено, что условно здоровые волонтеры и госпитальный контроль практически не различались по частоте эпизодов обнаружения эндотоксина и содержанию эндотоксина в плазме крови ($p>0,05$). В то же время ЛПС обнаружен практически у всех больных с ХИНК+ДАЭ независимо от возраста. Содержание эндотоксина в плазме при этом было очень высоким (более 80 EU/мл).

Таблица 1

Содержание эндотоксина в плазме крови обследованных в группах сравнения и у больных ХИНК в сочетании с ДАЭ до лечения по данным ЛАЛ-теста

| Группы обследованных | Количество случаев выявления эндотоксина, n / % | Содержание эндотоксина в плазме крови, EU/мл, M±m |
|---|---|---|
| Условно здоровые волонтеры, n=30 | 9 / 30±8,4 | 0,18±0,05 |
| Госпитальный контроль, n=21 | 8 / 38,1±10,6 | 0,19±0,06 |
| Больные ХИНК+ДАЭ<74 лет, n=84 | 83 / 98,8±1,2 | 86,39±4,43 |
| Больные ХИНК+ДАЭ>74 лет, n=76 | 76 / 100 | 81,88±3,04 |

Таким образом, больные ХИНК+ДАЭ различной степени характеризуются высоким содержанием ЛПС в плазме крови. Определение концентрации кишечного ЛПС в сыворотке крови у больных с ХИНК+ДАЭ является диагностическим критерием сосудистых когнитивных нарушений и может использоваться для оценки эффективности лечения этой патологии препаратами группы ноотропов, которые могут обладать эндотоксинсвязывающей способностью.

## КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХАСТЕНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

А.С.Ялдыгина

ГУЗ «Пензенская областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова»
Пенза

До настоящего времени с момента становления учения о психастении (П. Жане, 1890 г.) не сформировалось единое воззрение о клинической структуре психастенической психопатии. Структура психопатий слагается из совокупности всех свойств личности, «сцепленных между собой теми или иными патохарактерологическими и конституционально-генетическими связями» (Б.В. Шостокович, 2005). Если П. Жане переоценивал значение симптома навязчивости, практически отожествляя понятие психастения и навязчивость, то А.С. Суханов (1907) указывал на тревожно-мнительный характер больных со склонностью к размышлениям. Другие авторы отдавали предпочтение симптомам болезненных сомнений и опасений как ведущим проявлениям психастенического рас-

стройства личности (М.Е. Бурно, 2006). Б.В. Шостокович (2005) выделял «простую» структуру психопатии, не выходящую за пределы облигатных, постоянно присущих аномальных черт личности и «сложную», в случаях присоединения к основному ядру других радикалов, образуя сложный психопатический синдром, как например, обсессивно-компульсивные расстройства в структуре психастенической психопатии. В Международную классификацию 10-го пересмотра психастеническая психопатия не включена и шифруется как ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности:F-60,5.

Четкие нозологические границы психастенической психопатии были описаны П.Б. Ганнушкиным (1933), патофизиологическое обоснование проявлений дано И.П. Павловым: аномальные черты личности формируются на базе слабого второсигнального (мыслительного) типа высшей нервной деятельности (Павловские клинические среды, М-Л., 1954).

У психастенической личности в связи с утрированным преобладанием **рассудочной деятельности над чувственно-конкретной** ведущим клиническим проявлением выступает склонность к болезненному **анализу**: анализ суждений, впечатлений, ощущений, переживаний, событий, взаимоотношений, установок, слагающихся в беспрерывный самоанализ. Рациональный подход к любым проблемам возникает по малейшему поводу, носит спонтанный характер и личность не в состоянии самостоятельно прервать или прекратить анализ и самоанализ. На этом фоне возникает склонность к мучительным сомнениям, опасениям, постоянной неуверенности в выборе и принятии решения, озабоченность конечными результатами своей деятельности, углубленный самоконтроль. Отсутствие внутренней уверенности и трудность выбора, озабоченность при планировании своей деятельности и чрезмерные сомнения настолько поглощают больного, что выливается в углубленный **анализ самого анализа**, достигая клинического феномена **«мыслительной или умственной жвачки».**

Сомнения и опасения рождаются при проведении скрупулезного и углубленного анализа в результате столкновения различных суждений. Отсюда нерешительность, неуверенность, трудность выбора, что порождает своеобразный стиль поведения, когда личность оказывается не в состоянии ни сделать шаг к исполнению, ни отказаться от выполнения требуемого. В силу ригидности, пунктуальности и педантизма, склонности к застреванию развиваются навязчивые идеи, которые осознаются личностью как неправильные, болезненные, и личность тяготиться ими. Возможно формирование обсессивно-компульсивного синдрома.

В отдельных случаях психастенической психопатии встречается бóльшая степень выраженности тех или иных симптомов, позволяющих различать варианты с преобладанием тревожной мнительности, сомнений или навязчивостей и обсессивно-компульсивных расстройств. Объясняется это тем, что эндогенные предпосылки и внешние (средовые) факторы к формированию психопатии могут находится в различных качественных и количественных соотношениях, что ведет к определенным различиям в клинических вариантах проявления расстройства личности.

Таким образом:

1. Структура психастенической психопатии формируется из особенностей и свойств мыслительного (второсигнального) типа высшей нервной деятельности, что определяет клиническую картину расстройства личности: утрированный анализ и самоанализ, утрировано - рациональный подход к любым проблемам, в том числе и малозначимым, трудность выбора и нерешительность, постоянная склонность к сомнениям и опасениям, неуверенность в себе и сделанном выборе, с возможным включением дополнительных радикалов – навязчивости и обсессивно - компульсивного синдрома.
2. Ананкастное расстройство личности и психастеническая психопатия понятия не тождественные.

## СОДЕРЖАНИЕ

*А.И.Кислов, В.А.Типикин*
ИНТЕРАКТИВНОЕ ОБУЧЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ ..... 3

*Р.В.Абрамочкин, С.И.Дегтярь, П.С.Дегтярь, Е.В.Загуменнова, В.М.Готовщиков*
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ ..... 6

*Р.В.Абрамочкин, А.М.Рахманкулов, Д.Р.Абрамочкина*
ПРИЧИНЫ АКТУАЛИЗАЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ..... 8

*Д.Ж.Акжигитов, А.В.Салаев, В.А.Моисеенко*
ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНИКИ МАЛОИНВАЗИВНОГО НАКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА..... 10

*Л.Ю.Акулова*
ОЦЕНКА КАРДИОТОКОГРАММ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПОТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНСЕРЦИОННО-ДЕЛЕЦИОННОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ..... 11

*О.Г.Акулович, А.В.Акулович*
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДАМ УСТРАНЕНИЯ ДИСКОЛОРИТОВ ЗУБОВ..... 12

*С.А.Аленькина, Л.В.Фатеева, О.П.Виноградова*
ОСОБЕННОСТИ ОСТРОФАЗНОГО ОТВЕТА ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ..... 14

*М.И.Алешаев*
ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ ..... 16

*В.А.Андреев, А.С.Ивачев, Ю.Н.Беляков, А.А.Бабичев*
ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ АБДОМИНОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ..... 18

*Ю.А.Антропов*
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВОЗРАСТНОГО ПАТОМОРФОЗА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ..... 19

*Н.В.Антропова*
РЕФЕРАТИВНЫЙ ПЕРЕВОД – ШАГ К ПОНИМАНИЮ..... 21

*Л.О.Артемьева, Н.С.Карташева, С.Л.Тузов, Н.А.Куликова*
КОМПЬЮТЕРНЫЙ МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЯ – ПУТЬ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ШКОЛЬНИКОВ ..... 23

*А.Н.Астафьева, Р.Т.Галеева, Г.В.Долгушкина, Р.Р.Измайлов*
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИМУНОРИКСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ..... 25

*И.В.Балакина, Е.Н.Голованова, И.В.Пигеева*
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕНАТИПА..... 26

*Г.А.Баранова, А.А.Карелина*
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ..... 27

*И.П.Баранова, Л.Н.Афтаева, Л.И.Краснова, М.В.Никольская*
ПРИМЕНЕНИЕ ИНГАРОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С (ХГС) ..... 29

*И.П.Баранова, Ж.Н.Керимова, О.Н.Лесина*
ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ..... 31

*И.П.Баранова, О.А.Коннова, О.Н.Лесина, М.В.Никольская, Л.И.Краснова, Ж.Н.Керимова, О.А.Зыкова*
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА (НИР) НА КАФЕДРЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ: ЦЕЛИ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ .....**Ошибка! Закладка не определена.**

*И.П.Баранова, Д.Ю.Курмаева, О.Н.Лесина*
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП . 36

*Е.В.Безрукова, А.И.Гришаева, И.И.Темарцева, Б.А.Молотилов*
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЧЕШСКИХ АЛЛЕРГЕНОВ «СЕВАФАРМА» А.О. ПРИ ПОЛЛИНОЗАХ..... 38

*А.Н.Беляев, С.А.Беляев, А.А.Юдин, С.И.Хвастунов, М.А.Бухаркин*
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДА ВНУТРИПОРТАЛЬНЫХ ИНФУЗИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ХИРУРГИИ ..... 39

*А.Н.Беляев, Г.А.Грузнов, А.Н.Родин*
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА РЕГИОНАРНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ КЛЕТОЧНО-АССОЦИИРОВАННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ 41

*А.Н.Беляев, А.Н.Родин, Г.А.Грузнов*
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАРНОГО ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ МЕКСИДОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА ..... 43

*С.А.Беляев*
КОРРЕКЦИЯ КОАГУЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОБТУРАЦИОННОМ ХОЛЕСТАЗЕ ..... 45

*А.М.Бибарсова, Ф.К.Рахматуллов*
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОЦЕССОВ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ НА КАФЕДРЕ «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ» МИ ПГУ ..... 47

*Г.М.Биккинина, Г.Р.Булатова*
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРНИТОНА У ЛИЦ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОФЕССИЙ ..... 48

*Л.А.Бондаренко, А.Ф.Рахматуллов, Ф.К.Рахматуллов, Л.Е.Рудакова, А.В.Казанцев, А.В.Нестеров, В.В.Космачев*
ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИКЕ ..... 50

*В.Д.Вартик*
ОСОБЕННОСТИ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЛЮМБАЛГИЕЙ ВЕРТЕБРОГЕННОГО ГЕНЕЗА ..... 52

*В.В.Васильев, А.П.Дмитриев, Е.В.Васильева, О.В.Савина*
НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ТАБАКОКУРЕНИЯ УЧАЩИХСЯ ... 54

*В.Г.Васильков, Т.В.Чернова, В.А.Бегунов, О.В.Манидина*
ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА ..... 55

*М.В.Вахнин*
О КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОТМОРОЖЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ..... 57

*М.В.Вахнин, А.К.Данилов*
ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО УРОВНЮ СЫВОРОТОЧНЫХ АМИНОТРАНСФЕРАЗ ..... 60

*М.В.Вахнин, А.К.Данилов*
РЕОВАЗОГРАФИЯ, КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ДОРЕАКТИВНЫЙ ПЕРИОД ..... 62

*М.В.Вахнин, В.Н.Мирошник, А.К.Данилов*
ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТМОРОЖЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ..... 66

*И.Н.Верзилина*
ДИНАМИКА И СТРУКТУРА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ..... 71

*Э.Р.Вильданов, Н.М.Галимов, Р.Ч.Валиуллин, А.Ф.Султанов*
ПОСТОЯННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ «ЛЁГКОЙ» ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ..... 72

*А.П.Власов, Н.Ю.Лещанкина, Т.И.Григорьева, А.Г.Захаркин, Т.А.Федосеева, Е.Н.Мыкоц*
ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫЙ ЭФФЕКТ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ..... 74

*Е.В.Волкова*
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИКИ АЛКОГОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ С ВОЗБУДИМЫМИ ЧЕРТАМИ В ПРЕМОРБИДЕ ..... 76

*П.А.Гелашвили, И.А.Кожевников*
МИКРОТОПОГРАФИЯ СОСУДИСТЫХ СЕТЕЙ СТЕНКИ ПИЩЕВОДА ПЛОДОВ ЧЕЛОВЕКА..... 78

*И.В.Глебова, Т.Н.Трофимчук, Г.С.Мичурина, Д.К.Багдалова, С.Л.Тузов, Н.С.Карташева*
СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК–СТАРШЕКЛАССНИЦ..... 79

*И.В.Глебова, Г.С.Мичурина, Д.К.Багдалова, С.Л.Тузов, Н.С.Карташева*
ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ОПТИМИЗАЦИИ У ПОДРОСТКОВ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА..... 81

*Н.С.Горбатовская, Т.С.Воеводина, Н.Н.Ермолаева, М.Н.Носанова, Т.А.Курбатова, С.В.Шалина*
АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА..... 83

*И.С.Добродомова*
О ВЗАИМОСВЯЗЯХ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ И СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ГЕСТОЗЕ..... 85

*Г.В.Долгушкина, Р.Т.Галеева, А.Н.Астафьева, И.В.Карина*
ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ И ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ПРЕПАРАТОМ ИМУНОРИКС ..... 86

*Т.А.Дружинина, Н.Ю.Алексеева*
ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ СВЯЗИ ПОВЫШЕНИЯ ОБЩЕГО IgE У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ..... 87

*Е.А. Горбунова*
ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ..... 88

*С.А.Евтюшкина*
РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ..... 90

*В.С.Еремин, С.А.Устинов, В.Д.Бояркин*
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛЫХ ОБЪЕМОВ РЕФОРТАНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕСТОЗОВ В ДОРОДОВОМ ПЕРИОДЕ..... 92

*А.И.Ермолаева, Ю.А.Князькина*
ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СИНДРОМЕ «ПУСТОГО» ТУРЕЦКОГО СЕДЛА ..... 94

*Е.Н.Ефремова, А.А.Котляров, С.А.Суроткина, М.В.Шмырева, Н.М.Селезнева* 96
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ НЕБИВОЛОЛОМ И ЭМОКСИПИНОМ НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ..... 96

*И.В.Жданюк*
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМА ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ ..... 98

*Н.А.Жилкин*
РОЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ НА ОАО «ПЕНЗАДИЗЕЛЬМАШ» ..... 100

*М.Н.Зигунова, Е.В.Крымская*
ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕНЕСТОПАТИЙ ПОЛОСТИ РТА И ГЛОТКИ ..... 102

*Ю.И.Зимин, И.В.Сергеев*
ОСОБЕННОСТИ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТОДЕРМАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА ..... 104

*Е.А.Иванов, В.А.Батанова, В.Н.Талышева, И.В.Дорогова, С.В.Чурбанов, В.А.Вирясов, И.А.Кулакова, И.Н.Усанова*
ФОРМИРОВАНИЕ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ОСОБЕННОСТИ ЕГО КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ..... 105

*Н.М.Иваногло, В.П.Сергеева, В.А.Типикин, И.Ю.Коротин, Т.А.Лушутина, Т.Г.Бушуева*
СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ..... 107

*А.С.Ивачев, Р.И.Кувакова, Н.А.Ивачева*
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСТОЖОГОВЫХ ХИМИЧЕСКИХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА ..... 110

*Д.С.Ирышков, А.П.Тактаев, С.В.Зыков, В.А.Петров*
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ .. 112

*А.Г.Кавайкин, Д.А.Чичеватов, И.В.Сергеев*
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКИ С ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫМ АНАСТОМОЗОМ В ПРАВОЙ И ЛЕВОЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ..... 113

*С.В.Кадетов, Е.В.Юревич, Ю.В.Булавкин, Н.В.Чижиков, О.Н.Опарина, Ю.С.Мельничук, В.И.Будневский, Л.А.Будневская*
ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДО И ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ..... 115

*С.В.Канунникова, А.В.Колтунов*
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА ИЗМЕРЕНИЯ ТОЛЩИНЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ..... 117

*Е.А.Касимова, И.И.Кухтевич, Г.И.Мартынова*
КОРРЕКЦИЯ ТРЕВОЖНЫХ И ЛЕГКИХ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ..... 118

*С.Е.Каторкин*
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ БИОМЕХАНИКИ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ..... 120

*Ж.Н.Керимова, И.П.Баранова*
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ..... 122

*А.И.Кислов, А.Н.Митрошин, А.С.Кибиткин*
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТАТОЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ СКОЛИОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА ..... 123

*С.В.Климова, Ф.К.Рахматуллов*
АНАЛИЗ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ НА ФОНЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА ..... 125

*И.А.Кожевников*
СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МИКРОСОСУДОВ ПИЩЕВОДА ПЛОДОВ ЧЕЛОВЕКА ..... 127

*С.А.Козлов, И.Л.Иванова*
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ АПЛЕГИНА ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТРАВМЕ ..... 128

*С.А.Козлов, О.А.Рычкова*
ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАНИЙ АНТИГИПОКСАНТОВ НА ГЕМОПОЭЗ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТРАВМЕ ..... 131

*Е.В.Коломиец, Н.В.Позднякова, Р.А.Купаева, А.В.Зайцева, И.П.Татарченко*
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СОСУДОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ..... 133

*О.К.Командирова, В.С.Животощук, Р.Х.Ильясов, И.В.Животощук, И.Г.Жарков, В.Г.Страхов, Н.В.Страхова*
АКУПУНКТУРНАЯ ГИРУДОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ..... 134

*О.А.Коннова, Н.В.Свистунова, Е.А.Воробьёва*
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ И ВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ (СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ) ..... 137

*Н.М.Корецкая, И.А.Большакова*
ВОПРОСЫ ВЫЯВЛЕНИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОПАСНОСТЬ БОЛЬНЫХ С БЕССИМПТОМНО ПРОТЕКАЮЩИМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ..... 139

*Н.М.Корецкая, А.А.Чушкина*
ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ, ВЫЯВЛЕННЫЙ ПРИ ОБРАЩЕНИИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В УЧРЕЖДЕНИЯ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ ..... 140

*Т.Н.Коробовцева, П.В.Ватолин, О.В.Филлипова, В.С.Иванова*
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЯКУЛЯТА КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У МУЖЧИН ..... 142

*И.Ю.Коротин, В.П.Сергеева, Н.М.Иваногло, В.А.Типикин*
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАСТВОРА БЕНАКОРТА® В ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ ..... 143

*Е.М.Костина, Н.И.Баранова, Б.А.Молотилов*
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ И ПОДХОДЫ К ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ ..... 147

*Л.И.Краснова, Л.Н.Афтаева*
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С ..... 150

*Л.И.Краснова, Л.Н.Афтаева, И.П.Баранова, М.В.Никольская, Н.П.Медзелинец, А.В.Степкина*
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ГЕМОКОНТАКТНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ..... 152

*Р.П.Крымская, С.А.Усанова, Л.И.Александрова, Л.П.Лелявина, Л.Е.Козина, Н.А.Сержантова*
ГИРУДОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННОГО СИНДРОМА ..... 153

*О.Ю.Кузнецова, З.З.Валиуллин, И.И.Балаболкин*
РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА ТРУДОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО, ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО, ХИРУРГИЧЕСКОГО И ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЙ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ..... 155

*И.Г.Кузьминых, В.М.Семенов*
КРИТЕРИИ КАЧЕСТВЕННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК РЕНТГЕНОГРАММ ..... 157

*Е.Р.Кулюцина, Ю.В.Булавкин, А.Н.Бугаев*
ОПЫТ СОТРУДНИЧЕСТВА ИНСТИТУТА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ ..... 159

*Е.Р.Кулюцина, Ю.В.Булавкин, А.Н.Бугаев*
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ АНЕМИЙ ..... 161

*М.Ф.Купцова, Т.В.Карпеева*
РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ ..... 163

*М.Ф.Купцова, Л.А.Филиппова, А.В.Аракчеев, М.Г.Катальшова*
ВЫБОР ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ..... 165

*М.Ф.Купцова, Л.А.Филиппова, И.Е.Шитов, С.П.Овсяникова*
АУТОГЕМОТРАНСФУЗИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ ..... 167

*М.Ф.Купцова, Т.В.Чернова, С.Г.Шитиков*
ТРАВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ. АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ОРИТ ГКБ СМП им. Г.А. ЗАХАРЬИНА ..... 169

*Л.В.Курашвили. Ю.В.Булавкин, О.Ф.Фролкина, Г.В.Пантелеев*
АКТИВНОСТЬ ХОЛИНЭСТЕРАЗЫ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПЕНЗЕНСКОМ РАЙОНЕ ..... 171

*О.А.Левашова, И.Г.Золкорняев, Н.И.Алешина, Н.В.Фирстова*
ПОКАЗАТЕЛИ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС ..... 173

*М.Ю.Левков, Н.Ю.Левкова*
РАЦИОНАЛЬНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ..... 175

*В.И.Лезина, И.В.Рыбакова, Е.А.Иванов, И.В.Дорогова, В.Н.Талышева, С.В.Чурбанов, К.В.Миронова*
О ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ СВЯЗИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ПАНКРЕОНЕКРОЗА (ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) .. 176

*О.Н.Лесина, Н.Д.Макарова, Е.О.Шишова, Л.Р.Искандерова, О.А.Коннова*
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНАФЕРОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ..... 178

*Н.Ю.Лещанкина, Э.И.Начкина, В.П.Власова*
ФАРМАКОКОРРЕКЦИЯ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЯВЛЕНИЙ В МИОКАРДЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЭНДОТОКСИКОЗЕ..... 180

*С.Н.Логинов, М.С.Баженов, О.А.Семисаженов*
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ ..... 182

*Т.А.Лопушанская, И.В.Войтяцкая, К.А.Овсянников*
ВЛИЯНИЕ СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКИХ ПРОБ НА ФУНКЦИЮ РАВНОВЕСИЯ У БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ..... 183

*Т.А.Лопушанская, А.А.Симоненко*
СОСТОЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ..... 185

*Ж.Л.Малахова, А.А.Бубнов, А.В.Клейн, А.Г.Кирпищиков*
ТЕРАТОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ АЛКОГОЛЯ ..... 186

*В.Н.Маринчев*
ОЦЕНКА ГЛУБИНЫ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ С ПОМОЩЬЮ БИСПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА (BIS) ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ В КЛИНИКЕ ..... 188

*И.А.Мартыненко, К.Э.Смирнов*
ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ЕЖЕДНЕВНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ..... 189

*Г.И.Мартынова, А.В.Чуракова, Г.Г.Страхов, В.Г.Страхов, И.Ф.Белавцева ... 191*
КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ГАНГЛИОПАТИИ КРЫЛОНЕБНОГО УЗЛА ... 191

*В.А.Метельская, В.А.Алешкин, Е.А.Воропаева, С.С.Афанасьев, О.Г.Гречишникова, А.Л.Байракова, Е.А.Егорова, Ю.Н.Урбан, В.В.Слободенюк*
КОЛОНИЗАЦИОННАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ГЛОТКИ У ДЕТЕЙ В НОРМЕ И ПРИ БРОНХИТАХ И ПНЕВМОНИЯХ ..... 193

*Н.А.Митрофанов, О.Н.Митрофанова*
КОНЦЕНТРАЦИЯ АЛЬФА-2-ГЛИКОПРТЕИНА В КРОВИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫБОРА ГОРМОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ..... 196

*Н.А.Митрофанов, О.Н.Митрофанова*
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ МАКРОГЛОБУЛИНОВ В КРОВИ ЖЕНЩИН С ОВУЛЯТОРНЫМ МЕНСТРУАЛЬНЫМ ЦИКЛОМ, У БОЛЬНЫХ С ПРОСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ, ПРЕДРАКОМ И РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ . 198

*Р.А.Михайлик*
ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ СИЛИКОНОВЫХ КАПП ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ..... 199

*В.А.Моисеенко, А.В.Салаев, А.Е.Ермошкин*
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ЗА ДВАДЦАТЬ ЛЕТ ..... 201

*Б.А.Молотилов*
АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ СЕГОДНЯ ..... 203

*О.И.Морозова, Е.В.Коломиец, Р.А.Купаева, А.В.Зайцева, Е.А.Молокова*
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ..... 205

*Я.С.Мохсен*
ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА ..... 206

*В.Б.Мысяков, С.В.Горбачева, П.Н.Осокин, С.В.Евстигнеев, М.В.Евстигнеева*
ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК В СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 22 НЕДЕЛИ И БОЛЕЕ ..... 207

*В.Б.Мысяков, С.В.Евстигнеев, М.В.Евстигнеева, О.В.Чижова, П.Н.Осокин*
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ..... 210

*В.Б.Мысяков, С.В.Евстигнеев, М.В.Евстигнеева, О.В.Чижова, П.Н.Осокин .. 212*
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С ТЯЖЕЛЫМИ ГЕСТОЗАМИ ..... 212

*Е.И.Науменко, Т.С.Тумаева, О.А.Пиксайкина*
ПОКАЗАТЕЛИ ДОППЛЕРЭХОКАРДИОГРАФИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ ..... 213

*Э.И.Начкина, А.П.Власов, Т.И.Григорьева, Н.В.Егорова*
МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЛЕГКИХ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ..... 215

*В.Г.Недоваров, А.И.Иманяева*
ОСТЕОМА ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ ..... 217

*Н.И.Нестеренко, И.А.Левина*
ПРИМЕНЕНИЕ ДИМЕКСИДА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ..... 219

*В.М.Николаев, С.В.Евстигнеев, С.А.Секерко, М.Г.Сарайкина*
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ СОТРУДНИКОВ ОВД С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ..... 221

*Ю.К.Новиков*
ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, ФОРМИРУЮЩИЕ ПРЕМОРБИДНЫЙ ФОН У ПАЦИЕНТОВ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ..... 223

*М.Нузейли, В.Н.Маринчев, Я.Хурейби*
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД У ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАТУРАЛЬНЫЙ АМФЕТАМИН КАТ (CATHA EDULIS) ..... 226

*Е.В.Осипова, Л.В.Мельникова, Л.Ф.Бартош, О.А.Гречишкина*
РЕНАЛЬНЫЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ КРОВОТОК У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ..... 228

*И.Н.Пиксин, В.Н.Паркина, Н.А.Чапаев*
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ... 229

*И.Н.Пиксин, Е.И.Шибанова, А.В.Вилков, Н.А.Чапаев, В.Н.Паркина*
ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ГЕМОКОРРЕКЦИИ ПРИ ДИФФУЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ..... 233

*О.Л.Пихур, Э.А.Калмыкова*
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ..... 235

*Н.А.Плотникова, С.В.Харитонов, С.П.Кемайкин, Т.В.Харитонова, О.Н.Куликова, Е.В.Кириченко, И.В.Пашкевич*
ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОМ ЛЕГКИХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ ИНДУЦИРОВАННОМ ОПУХОЛЕВОМ РОСТЕ ..... 236

*Н.В.Позднякова, Е.В.Коломиец, Р.А.Купаева, А.В.Зайцева, И.П.Татарченко*
ОЦЕНКА КОМПЛАЕНСА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ..... 238

*Н.В.Позднякова, А.Г.Мордовина, Е.А.Молокова, Р.А.Купаева*
КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕЛМИСАРТАНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ НАРУШЕНИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ..... 239

*Н.В.Позднякова, А.Г.Мордовина, С.А.Секерко, А.В.Зайцева*
ВАЗОМОТОРНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ И БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ..... 240

*Н.В.Позднякова, О.И.Морозова, С.А.Секерко, М.В.Бирюченко, Е.В.Коломиец, Р.А.Купаева*
АНТИИШЕМИЧЕСКИЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ИВАБРАДИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИБС, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ..... 242

*А.А.Прибытков, Н.В.Прибыткова, Р.Н.Лемясова*
КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА ..... 243

*Л.Г.Радченко, В.И.Струков, М.Н.Гербель, М.Н.Максимова, Н.В.Агеева*
КОРТЕКСИН В ТЕРАПИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ..... 245

*В.А.Раскачкин, А.К.Ховрачев, А.А.Осипов*
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ С ИСПОЛЬЗОАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ МАТЕРИАЛОВ В РАБОТЕ ТРАВМПУНКТА №2 г. ПЕНЗЫ ..... 247

*С.Б.Рыбалкин, И.П.Баранова, Л.Н.Афтаева, Л.И.Краснова, М.В.Никольская, Г.П.Рожкова, Ф.Ш.Еникеева, Т.Ф.Чернова*
РЕАЛИЗАЦИЯ ОБЛАСТНОЙ ПРОГРАММЫ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ НА ТЕРРИТОРИИ ПЕНЗЕНСКОГО РЕГИОНА..... 249

*Р.П.Савченко, В.С.Иванова, О.В.Филиппова, Е.В.Шелкова, Л.В.Ланцова*
ПРИМЕНЕНИЕ В НЕОНАТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ ФЛЮОРЕСЦЕНТНОГО ИММУННОГО АНАЛИЗА И РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ..... 251

*А.В.Салаев, В.А.Моисеенко, А.Е.Ермошкин*
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ СТЕРЖНЕВГО АППАРАТА ..... 252

*А.И.Сафронов, М.В.Кокашкин, Д.В.Осинькин*
ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ..... 254

*А.И.Сафронов, И.А.Хадж, А.Ю.Шилов*
ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ ..... 256

*Ю.С.Семакова*
ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ В ПОСЛЕВУЗОВСКОМ ОБРАЗОВАНИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ..... 258

*К.И.Сергацкий, А.В.Климашевич*
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЭРОЗИЙ И ЯЗВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ ТРУБКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ГЕМОРРАГИЕЙ..... 260

*М.Ю.Сергеева-Кондраченко*
ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ..... 262

*М.Ю.Сергеева-Кондраченко*
РОЛЬ БЕРЛИПРИЛА В КОРРЕКЦИИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА ..... 264

*М.Ю.Сергеева-Кондраченко, В.И.Струков*
ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ КОМПЕНСАЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА РАЗВИТИЕ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА ..... 265

*В.В.Серов, Г.В. Жуковский*
ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТОФЛАВИНА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ)..... 268

*В.В.Серов, Е.Н. Куканова*
ПРИМЕНЕНИЕ СЕРТИНДОЛА В ТЕРАПИИ ДЕФИЦИТАРНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ..... 270

*М.Л.Сиротко, Н.А.Кириченко, В.А.Аббакумов*
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ..... 272

*Н.В.Сопина, Е.А.Аксенова*
ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ГРАЖДАН В СИСТЕМЕ ОМС ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ..... 273

*Н.В.Сопина, Э.В.Маркелов, Н.М.Прокофьева, Н.А.Черняева*
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ – ВИД ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОГО ВРАЧА).... 275

*Ю.С.Соснина*
ВЛИЯНИЕ ПРЯМЫХ ОККЛЮЗИОННЫХ РЕСТАВРАЦИЙ НА СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ..... 277

*С.А.Суроткина, А.А.Котляров, Н.М.Селезнева, Е.Н.Ефремова*
ИЗУЧЕНИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНАЦИИ ВЕРАПАМИЛА И МЕКСИКОРА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ ..... 279

*Е.Ю.Тезина*
ПОДГОТОВКА ОЖОГОВЫХ РАН К АУТОДЕРМОПЛАСТИКЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭМОКСИПИНА ..... 282

*Н.Г.Токарева*
ИЗМЕНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ..... 284

*О.А.Трефилова, Н.С.Карташева, С.Л.Тузов, Т.Н.Булыгина*
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РАННЕГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У РЕБЁНКА 4 ЛЕТ 9 МЕСЯЦЕВ ..... 285

*С.Л.Тузов, А.В.Котовский, И.А.Бекетова, Г.М.Гришанович, Н.А.Куликова, Л.А.Кучма, Е.С.Сазонова, Л.С.Этингер*
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПЕНЗЕНСКИХ ШКОЛЬНИКОВ ..... 288

*Т.С.Тумаева, Е.И.Науменко, И.Ю.Рязина, О.А. Пиксайкина*
СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ..... 290

*Р.М.Файзуллина, Ф.М.Аглиуллина, Э.Т.Хусаинова, Л.М.Насибуллина, Г.Х.Терегулова, И.Ф.Аскарова, Ф.М.Мазитова, О.В.Брюханцева*
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ МЕСТНОГО САНАТОРИЯ «ДУСЛЫК» ..... 292

*Л.В.Фатеева, С.А.Аленькина*
ЦИТОКИНЕМИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ..... 293

*Л.В.Фатеева, Н.Н.Бисерова, О.П.Виноградова, С.Н.Шибитова*
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ..... 295

*Г.М.Хасанова, Э.Р.Исхаков*
ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПОСЛЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ..... 298

*Я.Хурейби, И.Горовенко, А.Горовенко*
ПРИМЕНЕНИЕ ЭСМЕРОНА В НЕЙРОАНЕСТЕЗИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ..... 299

*А.В.Цимбалистов, Г.Б.Шторина, И.Е.Бачуринская*
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГАЛИТОЗА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ ..... 301

*В.И.Цокуренко*
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ 302

*Т.В.Чернова, А.И.Сафронов, М.Ф.Купцова, А.В.Нестеров*
ПОЖИЛОЙ ВОЗРАСТ В МЕДИЦИНЕ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ..... 304

*А.Н.Шелудько, Г.А.Смольянинова, Т.М.Глебова, О.В.Бобрышева, А.И.Аничкина, В.С.Иванова*
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АНАЛИЗА ЛИКВОРА ..... 305

*Н.А.Шнайдер, Е.А.Бахтина, М.М.Петрова, О.Б.Курумчина*
ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА..... 306

*В.Н.Шубкин, М.В.Шубкин*
ПРОФИЛАКТИКА ПОСТРАВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИНВАЛИДИЗАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ АВТОАВАРИЯХ ПУТЕМ ОРГАНИЗАЦИИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ..... 308

*О.В.Щербина, А.С.Ивачев, В.В.Солдатов, Н.А.Ивачева, И.А.Щербина*
НАЛИЧИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА..... 310

*Е.В.Юревич, Ю.В.Булавкин, Н.В.Чижиков, О.Н.Опарина, Э.А.Меняшева*
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КИШЕЧНОГО ЛИПОПОЛИСАХАРИДА ПРИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ..... 311

*А.С.Ялдыгина*
КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХАСТЕНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ..... 313

**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 XIV 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 М. В. Емелина

План ПГПУ 2009 г. (Поз. 136)

Оригинал-макет изготовлен в отделе медицинской информатики ГОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию"

Подписано в печать 02.07.2009 г. Формат 60x84/16. Бумага офсетная. Гарнитура "Латинская". Печать офсетная. Уч.-изд. Л. 20,6. Усл. печ. л. 19,1 Тираж 250 экз. Заказ № 80/09. Цена С. 80
Издательство ПГПУ им. В. Г. Белинского: 440026, Пенза, ул. Лермонтова, 37, корп. 5, комн. 466.
Типография: 440060, г. Пенза, ул. Стасова, д. 8А