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

21 октября 2011 года

Пенза - 2011

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

Редакционная коллегия: А. И. Кислов – отв. редактор, В. А. Типикин – зам. ответственного редактора, Ю. А. Антропов, И. П. Баранова, Л. Ф. Бартош, А.С. Ивачев, В. А. Моисеенко, Б. А. Молотилов, Л. Д. Романовская, В. И. Струков, И. П. Татарченко, Л. В. Фатеева

А-43 **Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных**: Материалы XV межрегиональной научно-практической конференции ГОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию": Сб. статей. Пенза, 2011. 285 с.
ISBN 978-5-94321-220-8

УДК 616-071-08-036.868

ББК 53.4/5
А-43

ISBN 978-5-94321-220-8

© ГОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию", 2011
Любое воспроизведение данного текста разрешается только с указанием источников

ИННОВАЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

А.И.Кислов, В.А.Типикин

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Важнейшей задачей модернизации системы медицинского образования является повышение качества подготовки специалистов. Особую значимость приобретает инновационная деятельность преподавателей, направленная на введение в учебный процесс современных образовательных технологий. Широкое внедрение инновационных образовательных технологий (ИОТ) в учебный процесс предполагает становление и развитие у обучающихся профессиональной компетентности - выраженной способности применять свои знания и навыки в практической деятельности.

К инновационным технологиям обучения относятся интерактивные технологии обучения, компьютерные технологии, интернет технологии, технологии обучения на современных тренажерах и симуляторах и др., они охватывают все стороны дидактического процесса: формы его организации, содержание, методы обучения, учебно-познавательную деятельность. Приоритетными ИОТ, активно развиваемыми в институте являются телекоммуникационные информационные технологии сети Интернет (дистанционное обучение) и интерактивные имитационные технологии (тренажеры, симуляторы).

Важную роль в организации качественного учебного процесса, основанного на ИОТ, играет высококвалифицированный профессорско-преподавательский состав (ППС). В настоящее время удельный вес преподавателей, обеспечивающих учебный процесс и имеющих ученую степень и/или ученое звание достигает 70,92% (д.м.н., проф. - 24 чел., к.м.н., доц. - 71 чел.). Особое внимание уделяется систематической подготовке преподавателей по вопросам информационных образовательных технологий, как на базе института, так и на базах других ВУЗов (ГОУ ДПО РМАПО Росздрава, ГОУ ВПО ПГТА). Высокий кадровый потенциал ППС института создает необходимые условия для внедрения ИОТ и успешного обучения слушателей, интернов, ординаторов и аспирантов.

Внедрению инновационных образовательных технологий предшествовало улучшение материально-технического обеспечения института. За период с 2006г. по 2010г. проведены мероприятия по совершенствованию учебной базы и социально-бытовых условий обучающихся на общую сумму 65187,7 тыс. руб., существенно обновлен и дополнен учебной и учебно-методической литературой, периодическими изданиями, электронно-образовательными системами «Консультант врача» и электронными учебными пособиями библиотечный фонд института.

В 1996 году одними из первых в России сотрудники кафедры анестезиологии и реаниматологии и скорой медицинской помощи (зав. каф. д.м.н., проф. В.Г.Васильков) совместно с сотрудниками лаборатории медицинской информатики (зав. лаб. д.м.н., проф. Сафронов А.И.) разработали и внедрили в процесс обучения циклы повышения квалификации (144ч.) с использованием дистанционных образовательных технологий «Анестезиология и реаниматология» и «Скорая медицинская помощь». С 1997 по 2003 г.г. проведено 11 циклов дистанционного обучения и обучено 64 врача из Саранска, Бузулука, Димитровграда, Тольятти. На условиях комплексирования в 2007г. совместно с кафедрой анестезиологии и реаниматологии ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова Росздрава проведено дистанционное обучение врачей анестезиологов-реаниматологов Пензенской области.

С 2005г. на кафедре пульмонологии и фтизиатрии работает региональный центр дистанционного образования врачей по актуальным вопросам применения антибактериальных препаратов в клинике внутренних болезней (в рамках программы ВОЗ «За разумное применение антибактериальных препаратов»). Обучение врачей происходит с помощью компьютерных сетевых технологий – удаленного доступа к материалам курса через Интернет и взаимодействия с преподавателем посредством электронной почты. С 2005г. по 2010г. на цикле ПК «Антимикробная терапия в клинике внутренних болезней» (144ч.) дистанционно обучено 35 врачей из 8 регионов (Томска, Сахалина, Новокузнецка, Иркутска, Ярославля, Владимира, Республики Мордовия, Пензенской области).

В целях дальнейшего развития технологий дистанционного обучения в 2009г. оборудован системой Polycom VSX 8800 зал для проведения дистанционного обучения врачей в режиме видеоконференцсвязи и телеконференции, в 2010г. с провайдером услуг по проведению Вебинаров заключен договор на обслуживание. В настоящее время технические возможности института позволяют проводить дистанционное обучение врачей из разных регионов. В январе-феврале 2011г. в режиме реального времени кафедрами пульмонологии и фтизиатрии и инфекционных болезней проведено дистанционное обучение на циклах ПК (144ч. и 72ч.) врачей МУЗ Комсомольская ЦРБ (Республика Мордовия) и врачей МУЗ Кузнецкая городская детская больница (Пензенская область). Во второй половине 2011г. запланировано проведение дистанционного обучения врачей по специальностям «Клиническая лабораторная диагностика» (Тамбовская область), «Инфекционные болезни» (Тамбовская область), «Педиатрия» и «Неонатология» (Республика Мордовия). Разрабатываются образовательные программы дистанционного обучения по специальностям «Организация здравоохранения и общественное здоровье», «Ультразвуковая диагностика» и др.

В медицинском образовании актуальным остается вопрос овладения врачами практическими навыками без ущерба здоровью пациентов. Овладеть необходимыми навыками, например интубации трахеи, проведения первичного комплекса сердечно-легочной реанимации, катетеризации магистральных сосудов, процесса ведения родов, оперативного вмешательства и др. позволяет обучение на тренажерах и симуляторах. Тщательно отработанные на доклиниче-

ском этапе многие сложные манипуляции, процедуры и действия врача позволяют существенно снизить вероятность врачебной ошибки.

Широкое внедрение в обучение интерактивных имитационных технологий началось в институте с 2007г. когда был оборудован первый тренажерный класс. В 2008 году организован Центр практических навыков (ЦПН), включающий 4 тренажерных класса, оснащенных 18 тренажерами и симуляторами (Дания, США, Япония, др.) на сумму 3700 тыс. руб. В настоящее время ЦПН позволяет отрабатывать практические навыки по 24 специальностям. С 2007 г. в Центре практических навыков обучено – 1445 чел.: ординаторов – 183, интернов – 263, врачей общей практики – 460, слушателей циклов ПК и ПП – 539. При оценке обучения специалистов на тренажерах (симуляторах) следует обратить на высокую его эффективность. Например, при базовом контроле практических навыков по сердечно-легочной реанимации практические ошибки выявлялись у врачей общей практики - в 87% случаев, интернов – в 92%, ординаторов - в 76%. На заключительном контроле процент практических ошибок при выполнении приемов сердечно-легочной реанимации во всех группах не превышал 2%.

Таким образом, внедрение в учебный процесс инновационных образовательных технологий способствует повышению качества подготовки специалистов и оказания медицинской помощи населению страны.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ (КРЕДИТНОЙ СИСТЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ) ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА ГОУ ДПО ПИУВ РОСЗДРАВА

А.И.Кислов, В.А.Типикин, А.А.Прибытков, Н.А.Ивачева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

В настоящее время происходит пересмотр концепции подготовки медицинских кадров и переход от принципа «образование на всю жизнь» к принципу «образование через всю жизнь». Постоянное совершенствование профессиональных знаний и умений на протяжении всей трудовой деятельности врача позволяет решить одну из важнейших задач – повышение качества медицинской помощи.

Подписание нашей страной Болонской Конвенции в 2003 году обязывает Российскую Федерацию провести реформирование национальной системы высшего и последипломного образования для повышения уровня подготовки специалистов и возможности взаимного признания дипломов странами, участвующими в Болонском процессе. Модернизация послевузовского профессионального образования врачей в соответствии с принципами Болонской Конвенции предполагает внедрение системы зачетных единиц (образовательных кредитов), отражающих не только время, затраченное на обучение, но и освоение

профессиональных навыков и умений. Важно подчеркнуть, что использование системы образовательных кредитов не означает отход от национальных традиций профессионального образования. В тоже время, кредитная система позволяет повысить качество обучения и, в перспективе, обеспечить взаимное признание результатов образования странами участницами Болонского процесса.

До настоящего момента в России отсутствует нормативные акты, регламентирующие систему непрерывного профессионального образования (НПО). Тем не менее, ряд ВУЗов и профессиональных сообществ практикуют добровольное НПО как в системе высшего, так и послевузовского профессионального образования.

В 2010 году в ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» разработано положение и внедрена система непрерывного профессионального образования профессорско-преподавательского состава. Задачами НПО является:

- поддержание профессиональных знаний на уровне, отвечающем современному развитию науки;
- постоянный пересмотр и обновление навыков по специальности;
- повышение качества преподавания;
- повышение качества научных исследований;
- обмен опытом с ведущими российскими и зарубежными научно-практическими организациями.

Выделены основные формы НПО, которым присвоены соответствующие зачетные единицы (кредиты). К основным формам НПО отнесены:

- обучение на цикле повышения квалификации;
- участие в научно-практических мероприятиях;
- выступление с докладом на научно-практическом мероприятии;
- публикация научных и учебно-методических работ;
- получение патента на изобретение;
- внедрение в практическое здравоохранение;
- участие в разработке информационных писем, методических материалов по организации службы;
- руководство работой соискателей;
- получение гранта;
- внедрение в учебный процесс инновационных технологий;
- оппонирование на защите диссертационных работ;
- работа в редакционных коллегиях журналов, сборников конференций;
- участие в выставках, конкурсах и других видах научной и творческой деятельности;
- самоподготовка.

При анализе показателей непрерывного профессионального образования профессорско-преподавательского состава (ППС) за 2010 год получены следующие результаты: высокое выполнение НПО – 81 человек (78,6 % ППС), удовлетворительное выполнение НПО – 11 человек (10,7 % ППС), недостаточ-

ное выполнение НПО – 3 человека (2,9 % ППС), неудовлетворительное выполнение НПО – 8 человек (7,8 % ППС).

Недостаточные и неудовлетворительные показатели НПО отмечены у 11 человек (10,7 % ППС). Из них 9 человек – преподаватели со стажем менее 3 лет. Выявленная тенденция (низкие показатели НПО у преподавателей с малым стажем педагогической работы) определила разработку ряда мероприятий, направленных на повышение качества профессиональных знаний и умений у данной группы работников института. В частности, в 2011 году проводятся открытые занятия преподавателями со стажем педагогической работы менее 5 лет, разработаны дополнительные образовательные мероприятия в рамках «Школы молодого преподавателя», запланирована индивидуальная работа заведующих кафедрами с указанной группой преподавателей.

Изучение показателей НПО позволило выявить направления, по которым большинством преподавателей института продемонстрированы высокие результаты: публикация научных и учебно-методических работ, участие в научно-практических мероприятиях, обучение на циклах повышения квалификации. По ряду направлений (получение грантов, получение патентов на изобретения) отмечены недостаточные показатели.

Таким образом, внедрение кредитной системы повышения квалификации позволяет получить интегративную оценку профессиональной деятельности профессорско-преподавательского состава, выявить направления работы, нуждающиеся в оптимизации, и, в конечном итоге, повышает качество дополнительного профессионального образования.

К ВОПРОСУ О ПРОВЕДЕНИИ ВЫЕЗДНЫХ ЦИКЛОВ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ ПЕНЗЕНСКИМ ИНСТИТУТОМ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

Н.А.Ивачева, А.А.Прибытков

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Усовершенствование качества медицинской помощи населения является важнейшей государственной задачей. Бурное развитие теоретической и практической медицины требует непрерывного обновления знаний и подготовки специалистов в различных областях медицины. Каждый врач должен постоянно осваивать новые методы лечения с использованием современных материалов, инструментов и оборудования, уметь эффективно использовать принципы медицинской этики и деонтологии в общении с больным человеком.

Однако профессиональный уровень теоретической и практической подготовки некоторых специалистов в нашей стране не в полной мере соответствует современным требованиям. Поэтому, основными задачами последипломной подготовки врачей различных специальностей являются:

- улучшение практической подготовки выпускников медицинских институтов, академий, университетов;

- повышение профессионального уровня и степени готовности к самостоятельной врачебной деятельности в клиниках, поликлиниках и отделениях больниц;

- формирование клинического мышления квалификационного врача, хорошо ориентирующегося как в своей специальности, так и в смежных дисциплинах.

В России имеется несколько вариантов подготовки специалистов: для выпускников медицинских ВУЗов существует первичная специализация в клинической интернатуре (1 год), либо в клинической ординатуре (2 года); также возможно получение врачами новых специальностей на циклах профессиональной переподготовки. Усовершенствование же теоретических и практических знаний врачей включает следующие виды обучения: сертификационные и аттестационные циклы, тематическое усовершенствование и стажировка по узким вопросам специальности на рабочем месте.

В настоящее время в Пензенском институте усовершенствования врачей ежегодно обучается около 4500 слушателей из различных регионов Российской Федерации. В последние годы очень затребованными становятся выездные циклы, проводимые преподавателями кафедр как в крупных больницах Пензенской области, так и в других субъектах нашей страны.

За последние 2 года (2009, 2010 г.г.) двадцатью кафедрами института проведено 69 выездных циклов: 42 – в лечебных учреждениях Пензенской области и 27 – в других областях и республиках страны, что составило 40 % всех циклов. Что касается регионов, которым была оказана учебно-методическая помощь, то получилась следующая картина: в Саратовскую область осуществлено 5 выездов (18%); Тамбовскую – 3 (11%); Оренбургскую и Новгородскую области, Анапу и Республику Марий Эл – по 2 цикла (7% от числа внеобластных выездных циклов).

Самыми активными были 9 кафедр, которыми проведено 50 циклов (72%): кафедры клинической лабораторной диагностики, аллергологии и иммунологии – по 8 циклов; офтальмологии – 7; травматологии и ортопедии, пульмонологии и фтизиатрии, педиатрии и неонатологии – по 5 циклов; организации здравоохранения и общественного здоровья, неврологии, акушерства и гинекологии – по 4 цикла. Остальные кафедры провели по 1-2 выездным циклам. Всего на них обучено 2357 слушателей, это составило 25,7% от общего числа слушателей за данный период. Следовательно, каждый четвертый слушатель обучен на выездном цикле.

Реализация данной программы была бы невозможной без высококвалифицированных педагогических кадров, которыми был затрачен огромный труд по подготовке и проведению указанных циклов.

Пензенский институт усовершенствования врачей и впредь планирует оказание помощи в повышении квалификации медицинских кадров других объектов Российской Федерации.

Послевузовское профессиональное образование способствует формированию широко образованного врача-специалиста с гуманистическим и естественнонаучным мировоззрением, высокой общей культурой, способного ориентироваться и работать в современных технических условиях, обусловленных проводимой компьютеризацией профессиональной деятельности в медицинских учреждениях. Это возможно путем постоянного приобретения новых теоретических знаний и совершенствования профессиональных умений и навыков, необходимых врачу для оказания высококвалифицированной помощи в соответствии с занимаемой им должностью и профилем учреждения, в котором он работает.

МОТИВЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С НЕУСТОЙЧИВЫМИ ЧЕРТАМИ ХАРАКТЕРА В ПРЕМОРБИДЕ

Д.Р.Абрамочкина

ГУЗ «Областная наркологическая больница»
Пенза

Распространенность алкоголизма в Российской Федерации продолжает расти (Е.А.Кошкина, 2009). Многие исследователи подчеркивают, что особенности формирования и течения алкогольной болезни во многом определяются преморбидным типом личности (Е.М.Новиков, 1977; О.Н.Трубчанинова, 1982; Н.Н.Иванец, Л.М.Савченко, 1996 и др.).

Лечение лиц, злоупотребляющих алкоголем – это сложный и многогранный процесс, направленный на достижение полного отказа от употребления спиртных напитков (В.Б.Альтшулер, 1994; Н.Н.Иванец, 2008; В.Н.Краснов,2011 и др.). Важная роль в этом процессе принадлежит выявлению мотивов употребления алкоголя у больных с различным преморбидом (Э.Е.Бехтель, 1986; А.Е.Личко, В.С.Битенский,1991).

Обследовано 60 мужчин в возрасте от 24 до 56 лет (средний возраст – 42,8 ± 13,4 года) с диагнозом: синдром зависимости от алкоголя, II стадия заболевания, псевдозапойная форма пьянства, среднепрогредиентное течение (F 10.2 по МКБ-10), проходивших лечение в Пензенский областной наркологической больнице. Обследование проводилось после купирования алкогольного абстинентного состояния. Все пациенты были исследованы на предмет выявления преморбидных характерологических черт.

Использование клинико-описательного метода показало, что больные с неустойчивым профилем личности отличались незрелостью, легкомыслием, подчинением среде, стремлением поступать «как все». Будучи «безвольными», они не стремились к систематическому труду и достижениям, требующим настойчивости и упорства. Оставались бесхитростными, доброжелательными, покладистыми. Однако в определенных ситуациях становились несдержанными, легко отвечали грубостью, но не были злопамятными. Характеризовались

склонностью к праздности, беззаботному времяпрепровождению. В компании обычно являлись исполнителями, оказывали разные услуги лидерам.

Анализ личностных опросников MMPI имел следующие результаты: Hs < 70, D < 70, Hy < 70, Pd > 70, Mf < 70, Pa < 70, Sc < 70, Ma > 70, Si < 70, т.е. повышены показатели по основным шкалам «психопатия», «гипомания» и преобладание «экстраверсии».

Таблица 1

Средние показатели профиля личности по 16-ти факторному опроснику Р.Кеттела (форма С) у больных алкоголизмом с неустойчивыми чертами характера в преморбиде

A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4	MD
5,4	3,9	2,8	4,2	5,1	1,8	5,2	4,3	4,9	4,4	3,8	4,5	4,6	2,1	2,0	4,3	5,8

Таблица 1 показывает, что выраженными оказались следующие отрицательные полюсы: фактора С, характеризуют обследуемых как лиц эмоционально неуравновешенных, переменчивых в отношениях и неустойчивых в интересах, склонных не доводить дело до конца; фактора G, свидетельствуют о неорганизованности и безответственности, такие люди подвержены влиянию случая и обстоятельств; фактора Q2, указывают на зависимость от группы, отсутствие самостоятельности и инициативы; фактора Q3, определяют низкий самоконтроль, недостаточный уровень интеграции и обдуманности поведения.

Таблица 2

Мотивы употребления алкоголя у больных с неустойчивым преморбидом

Мотивы употребления алкоголя	Количество больных	% больных
Стремление к установлению контактов в компании	42	70,0
Преодоление нерешительности	5	8,3
Снятие напряженности, тревожности, улучшение настроения	9	15,0
Смягчение ощущения усталости	19	31,7
Испытание «удовольствия» от опьянения	47	78,3

Примечание: в связи с тем, что у больных, как правило, имелось несколько мотивов употребления алкоголя одновременно, общая сумма процентов превышает 100.

Из таблицы 2 следует, что на первый план выступали мотивы употребления алкоголя, связанные с характерологическими особенностями больных, а именно: испытание «удовольствия» от опьянения и стремление к установлению контактов в компании.

Таким образом, выявленные мотивы употребления алкоголя у больных с неустойчивыми преморбидными особенностями характера способствуют определению мишеней для более целенаправленного применения психотерапевтических методик в комплексных лечебных программах.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОВЯЗОК НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ ООО «БИОТЕКФАРМ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАН У ДЕТЕЙ

Д.В.Агафонов, Л.И.Погожев

ГУЗ ПОДКБ им. Н.Ф.Филатова
Пенза

В хирургических отделениях ГУЗ "Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова" с 09.2010 года по 04.2011 года проводилась апробация образцов новых перевязочных средств ООО «Биотекфарм»: ВоскоПран, ПолиПран, ВоскоСорб, ГелеПран, ПараПран с препаратами: левомиколь, хитотрипсин, ледокаин, хлоргекседин, мирамистин, метилурацил, диоксидин; ДокаПласт, РолеПласт. Данный вид повязок использовался согласно прилагающейся инструкции строго по показаниям. Повязки использовались для лечения следующих видов ран:

- послеоперационные раны 12 больных;
- резаные раны, полученные при травмах;
- после проведения первичной хирургической обработки (ПХО), или промывания раны растворами антисептиков и наложения швов на рану- 20 больных;
- ушибленно-рваные раны после проведения первично-хирургической обработки и промывания раны растворами антисептиков и наложением швов на рану – 10 больных;
- ушибленно-скальпированные раны с осаднением краев раны, дефектом поверхностных слоев эпителия – 8 больных;
- ожоговые раны при I-II степени и фликтены при закрытых переломах и выраженном отеке мягких тканей – 10 больных;
- трофические раны и ушибленные раны, сопровождающиеся некрозом кожи и подлежащих тканей – 4 больных;
- раны после пластических операций, связанных с перемещением кожных лоскутов, пересадки кожных лоскутов, где требовался длительный период покоя и отсутствия ежедневных перевязок – 7 больных;

– раны после вскрытия гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожно-жировой клетчатки (абцессы, фурункулы, панариции, лимфодениты) – 12 больных.

При послеоперационных ранах использовали лейкопластырь РолеПласт и ДокаПласт с мирамистином. Пластыри зарекомендовали себя как повязки, обладающие хорошими адгезивными и антисептическими свойствами, что позволило не проводить дополнительных перевязок, связанных с несостоятельностью послеоперационной фиксации повязок.

Все раны зажили первичным заживлением. На последних этапах лечения перед снятием швов применяли повязки ДокаПласт, что позволяло проводить перевязки через 1-2 дня.

При резанных ранах, полученных при травмах, после проведения ПХО или промывания раны растворами антисептиков и наложения швов, отдавали предпочтение повязкам ПараПран с хлоргекседином, а после стихания процессов экссудации переходили на повязки ВоскоПран с левомиколем или диоксидином. У всех больных получено заживление раны первичным заживлением и снятием швов в обычные сроки.

При ушибленно-рваных ранах после проведения первично-хирургической обработки или промывании раны растворами антисептиков и наложения швов, в первые сутки использовали повязки ПараПран с лидокаином, на 2-й день переходили на повязки ПараПран с хлоргекседином, с 3-го дня применялись повязки ВоскоПран с мазью диоксидин 5%, что помогало уменьшить отек. С 4-5 дня применялись повязки с мазью левомиколь до 7-10 дня, при задержке процессов эпителизации с 10 дня применялись повязки ВоскоПран с 10% метилурациловой мазью.

При ожогах I-II ст., фликтенах при закрытых переломах, использовали повязки ВоскоПран с мазью левомиколь и 10% метилурациловой мазью. ПараПран и ГелеПран с лидокаином при ожогах I-II ст. первые 1-3 дня. У всех больных отмечалось быстрое купирование болевого синдрома, экссудации в области фликтен, быстрое появление признаков эпителизации.

При трофических язвах и ушибленных ранах, сопровождающихся некрозом кожи и подлежащих тканей, применяли повязки ПараПран с химотрипсином до очищения рамы и появления грануляций, затем переходили на повязки ВоскоПран с левомиколем или метилурациловой мазью или ГелеПран с мирамистином. Применение данных повязок позволило эффективно и быстро добиваться заживления ран без проведения некроэктомии.

При лечения ран после вскрытия и дренирования абсцессов использовались адсорбирующие повязки ВоскоСорб. После удаления дренажа применяли в зависимости от остроты и распространенности процесса повязки ПараПран с химотрипсином, ВоскоПран с левомиколем, ГелеПран с мирамистином. У всех больных достигался быстрый регресс гнойно-воспалительных явлений.

В хирургических отделениях ГУЗ "Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова" применялись также повязки и средства для лечения ран иностранных фирм Hartman, Silkofix, Laboratories Urgo и др.

Продукция фирмы «Биотекфарм» ничем не уступала известным иностранным брендам. Большой выбор повязок с различными свойствами позволял добиться оптимальных результатов на разных стадиях раневого процесса и при его осложненном течении, а также сокращать время и количество перевязок.

Мы будем рекомендовать руководству нашей больницы и своим коллегам в других хирургических отделениях больниц нашей области приобретения всего набора выпускаемой фирмой «Биотекфарм» продукции.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ АРТЕРИЙ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ С РАЗНЫМИ УРОВНЯМИ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ

Т.Ю.Агафонова, Б.В.Головской

ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера Росздрава
Пермь

Целью исследования явилось изучение особенностей функционирования артериальной стенки у практически здоровых лиц с разными уровнями жесткости сосудов по данным скорости распространения пульсовой волны (СРПВ).

Материалы и методы исследования. В исследование включались практически здоровые лица от 20 до 50 лет. Критериями исключения из основного этапа исследования являлись: беременность, повышение артериального давления выше 139/89 мм рт. ст., хронические заболевания легких, почек, нервной и эндокринной систем, язвенная болезнь, постоянный прием любых лекарственных препаратов. Было обследовано 126 человек, из них 25 мужчин и 101 женщина.

Основными методами исследования являлись: клиническое интервью; физикальный осмотр; исследование СРПВ на участке аорта - артерии голени (с помощью пневмодатчика) в покое, в ортопробе (вазотоническая реакция) и в пробе с реактивной гиперемией (эндотелийзависимая вазодилатация).

Результаты исследования. На основании полученных данных нами были выделены две группы обследованных, отличающихся по СРПВ на участке аорта - сосуды голени в покое: I группа – СРПВ в пределах 45-55 персентилей (СРПВ по аорте и бедренной артерии 3,5-4,1 м/с, по сосудам голени – 6,0-11,0 м/с); II группа – СРПВ в пределах 85-95 персентилей (СРПВ по аорте и бедренной артерии 4,4-5,1 м/с, по сосудам голени – 8,0-17,7 м/с). В I группу вошло 15 чел., из них 6,7% - мужчины, во II группу – 17 чел., мужчин 35,3% ($p=0,04$).

Средний возраст обследованных выше во второй группе (соответственно для I и II групп – 30,8±2,4 и 42,5±1,6 лет), $p=0,0006$. Среди обследованных в целом частота встречаемости показателей СРПВ в пределах 45-55 персентилей достоверно снижается после 40 лет, $p=0,0003$ (среди лиц 20-29 лет она составляет 72,9%, 30-39 лет – 67,7%, 40-50 лет – 17%), а частота отклонений от указанных показателей возрастает (соответственно 27%, 32%, 83%, $p=0,0003$).

У практически здоровых лиц наличие высоких показателей СРПВ в покое сочетается с недостаточно выраженным реагированием артерий голени при проведении функциональных проб, а также с парадоксальной реакцией артерий в ответ на воздействия у ряда обследованных этой группы. Уменьшение радиуса артерий голени при проведении ортопробы составила у лиц со средними значениями СРПВ –42,2±7,3%, у лиц с высокими значениями СРПВ 14,7±20,9% ($p<0,02$). Прирост радиуса артерий голени при проведении пробы с реактивной гиперемией составил у лиц со средней СРПВ и высокой СРПВ соответственно 12,6±3,1% и –5,4±8,4 % ($p<0,05$).

Выводы. Таким образом, у обследованных с более высокой СРПВ на участке аорта - сосуды голени имеется изменение физиологического реагирования сосудов мышечного типа на изменение положения тела и артериальную окклюзию. Эти закономерности характерны в основном для лиц старше 40 лет (71% лиц старше 40 лет имеют показатели СРПВ в пределах 85-95 персентилей) и больше выражены у мужчин (50% обследованных нами мужчин 40-50 лет).

Извращенная реакция эндотелия является следствием нарушения сбалансированной выработки эндотелиальных субстанций (II стадия эндотелиальной дисфункции), что отражает доклиническую стадию развития атеросклероза, когда СРПВ еще остается в пределах статистической нормы.

МЕТОД ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

А.А.Алагулов, А.Н.Беляев

МИ МГУ им. Н.П. Огарева
Саранск

Оперативное лечение варикозной болезни связано с применением хирургических методов, способствующих повышению косметического результата. Традиционным методикам [Бебкокка, Нарата и др.] присущ ряд недостатков, связанных с травматизацией венозных притоков, коммуникантных вен, лимфатических коллекторов и подкожных нервов. Этим продиктовано поиск более щадящих вариантов прекращения патологического кровотока по стволу большой подкожной вены.

С целью ликвидации патологического рефлюкса крови с минимальными кожными разрезами нами применяется метод эндовазальной электрокоагуляции, основанный на облитерации расширенных вен путем их эндовазальной травматизации.

В зависимости от диаметра вены для коагуляции применяют электрод с большим или меньшим диаметром головки. Источником тока высокой частоты служит выпускаемые серийно аппараты для электрокоагуляции. При подключении тока высокой частоты к биполярному электроду создается высокая температура, которая, при медленном выведении электрода из просвета вены, вы-

зывает термическое повреждение ее внутренней оболочки и при последующем тугом бинтовании конечности происходит облитерация ее просвета.

Нами проведен анализ оперативного лечения 55 больных с варикозной болезнью нижних конечностей. Среди оперированных больных женщины составляли 75%. В зависимости от метода оперативного лечения больные были разделены на 2 группы. 1 группа (25 больных – основная) – у которых использовалась эндовазальная электрокоагуляция варикозно расширенных вен. Больным 2 группы (группа сравнения, 30 больных) проводили традиционную венэктомию по методу Троянова-Транделенбурга-Бебкокка-Нарата-Кокета. По возрасту и полу группы были сопоставимы.

Анализ результатов оперативного лечения показал, что больные 1 группы провели после операции 9,7±0,25 койко/дня, больные 2 группы – 10,5±0,22 койко/дня. Значительная разница была в величинах площади послеоперационных подкожных гематом. У больных 1 группы она составляла 4±0,1 см2, у больных 2 группы - 43,4±1,2 см2. Также было большое отличие в общей длине кожных разрезов. У больных 1 группы она составляла 12±0,8 см, у больных 2 группы - 26±2 см.

При морфологическом исследовании фрагментов вен после выполненной эндовазальной коагуляции выявлено, что в зоне воздействия имеются участки коагуляционного некроза интимы, перифокальный отек с уменьшением просвета вены. Рис. 1.

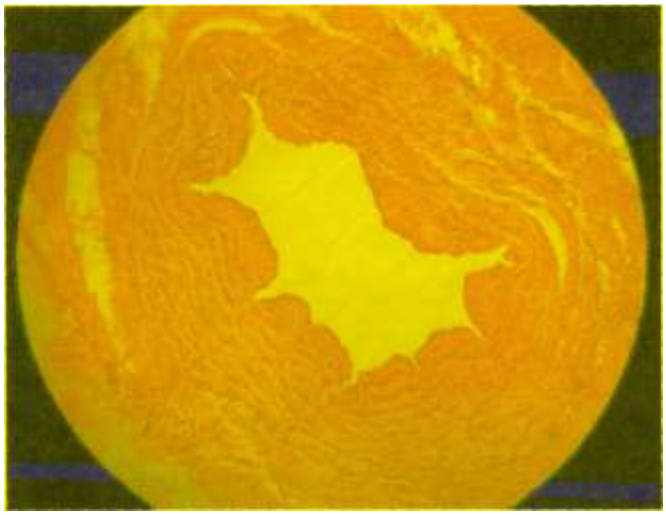


Рис. 1. Гистологическое исследование вен после эндовазальной электрокоагуляции. Окраска гематоксилин и эозин, ув. 140.

Серьезных осложнений, связанных с применением эндовазальной коагуляции, мы не наблюдали. При освоении методики нами отмечались осложнения у 4 больных. У 2-х больных возник ожог кожи 1-2 степени. Консервативные мероприятия в течение 7-10 дней в виде повязок с антисептическими растворами позволили ликвидировать последствия ожога. У 2 больных наблюдались парастезии в нижней трети голени, которые были связаны с термическим воздей-

ствием на нервные стволы, идущие рядом с большой подкожной вены. Возможно, была травматизация кожного нерва во время паравазальной электрокоагуляции расширенных венозных ветвей. К выписке больных выраженность парастезий значительно уменьшилась.

Заключение. Эндовазальная электрокоагуляция варикозно расширенных венозных стволов значительно сокращает длительность операции и имеет преимущества перед традиционным оперативным вмешательством в виде значительного уменьшения площади послеоперационных подкожных гематом и суммарной длины кожных разрезов, что имеет важное косметическое значение.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ

Ю.А.Антропов

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Еще сравнительно недавно, при советской власти, все было просто: материя первична – сознание, психика вторичны; бытие определяет сознание… и т.д. Но в современном обществе горизонты рассмотрения этих проблем гораздо шире. Не исключен и теологический аспект. В философском плане обсуждается не только основной геносеологический вопрос□ что первично: психическое или материальное, но и вопрос о разграничении психического и материального, о характере материальности психического.

Соотношение психического и соматического, может быть рассмотрено в психофизиологическом и в узко-медицинском плане. Психофизиологический подход к пониманию соотношения психического и соматического заключается в разработке представлений о формировании в процессе фило- и онтогенеза на основе первичного соматического реагирования психических процессов и их внешнего проявления.

Медицинский аспект проблемы - это рассмотрение роли психического и соматического в возникновении различных заболеваний. Основной догмой психосоматического направления в медицине является представление о том, что практически все заболевания возникают под воздействием психогенных факторов. Поэтому, по мнению психосоматиков, необходим психосоматический анализ всех без исключения болезней. Любая болезнь рассматривается психосоматиками как следствие отказа личности от решения задач, которые либо она сама ставит перед собой, либо ставятся перед ней жизнью. Болезнь - это «материализация неразрешенного конфликта». По мнению Вейцзеккера, если человек болеет, значит не все в порядке в его душевном состоянии. А Реквиет утверждает «чья жизнь была удачной, тот не болеет».

В качестве иллюстрации может быть рассмотрен синдром Кувад (couvade – фр. глагол couver – насиживать яйца, высиживать птенцов). Он представляет собой синдром мнимой беременности у мужчин. Клинически проявляется в

психосоматических нарушениях, возникающих у мужчин во время беременности их жен. В частности, муж испытывает те же неприятные ощущения, переживания и сенсации, что и его беременная жена. Встречается этот синдром не так уж и редко. Имеются данные, что в той или иной степени он имеет место у 11 % мужчин детородного возраста. Проявляется синдром Кувад главным образом в расстройстве сна, в утренней слабости, снижении, извращении или повышении аппетита, в почти ежедневной тошноте и рвоте, возникающих иногда натощак, иногда при виде или запахе какой-то определенной пищи, в частых запорах или наоборот поносах, в болях внизу живота, в области поясницы. Часто наблюдаются «боли сопереживания» или «боли симпатии», то есть боли, локализующиеся в той части тела, органе, что и у его беременной жены. Соматическая симптоматика сопровождается эмоциональной неустойчивостью, повышенной раздражительностью, снижением настроения, внутренним напряжением, усилением эгоцентризма, неприятием иных точек зрения на ту или иную проблему, крайней капризностью.

Наблюдается синдром Кувад у мужей обычно на третьем месяце беременности жены и достигает пика к её родам, иногда могут быть два пика: на третьем и девятом месяцах беременности с редуцированием психосоматических проявлений в межпиковом периоде. Раз возникнув, он проявляется и при всех последующих беременностях. Страдают молодые мужчины с инфантильно-истерическим складом личности, воспитывавшиеся в сугубо матриархальных семьях, в которых отцы были на вторых ролях. Они также как и отцы, всегда были на вторых ролях, не допуская даже мысли о возможном лидерстве. Как правило, у больных с синдромом Кувад имеют место те или иные сексуальные расстройства, обычно в виде преждевременного семяизвержения, что вызывает у них комплекс неполноценности и чувство вины перед женой.

Следует иметь в виду, что синдром Кувад нередко скрывается за диагнозами гастралгии, синдрома возбудимой толстой кишки. И только тщательное исследование желудочно-кишечного тракта, целенаправленный анамнестический анализ, выявляющий хронологическое совпадение симптоматики с соответствующими проявлениями у их беременных жен дает возможность распознавания этого синдрома.

Наиболее важным достижением психосоматического направления является рассмотрение человека как единого целого, включающего биологический организм и человеческую личность со всеми ее психологическими особенностями и социальной сущностью, а отсюда новое понимание болезни человека с признанием неразрывного единства в ней чисто биологических, личностно-психологических и социальных компонентов. Как указывает Инджель (1977), биомедицинская модель болезни прошлого должна смениться новой□□ биопсихосоциальной. К сожалению, преподавание в мединститутах пока ведется в рамках биомедицинской модели (всего лишь 1/50 часть учебного времени, отведенного на изучение клинических дисциплин, уделяется психологии, психиатрии и неврологии).

Психосоматическое направление это в настоящее время биопсихосоциальный подход к любой человеческой патологии.

МОТИВАЦИЯ К ИЗУЧЕНИЮ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА

Н.В.Антропова

Пензенский государственный университет
Пенза

Все знают, что владеть иностранным языком – это хорошо, но все мало что делают для обучения и уж тем более для самообучения. А желаемая цель – это такая цель, с которой вы мощным образом соединены, и не выполнить которую не можете. Определенно, приведенные в данной статье данные, нельзя назвать строго научными, они служат лишь общим направлением мышления.

Что полезно знать о мотивации для того, чтобы сознательно влиять на собственную деятельность?

Мотивация порождается эмоциями. Именно в эмоциях в конечном итоге проявляются все внутренние мотивы. Например, вижу себя на международной конференции как говорящего на иностранном языке, испытываю позитивные чувства, говорю себе, что это здорово и что пора начать обучение.

Мотивация зависит от знания того, как учиться, и обратной связи. Четкая формулировка цели, умение подкрепить свое обучение любыми, даже маленькими успехами, повышает активность.

Мотивация связана с целями человека, а это иерархия ценностей и убеждений. Если человек верит, что может достичь большего с помощью чего-либо, то данный предмет становится для него очень актуальным. Задумайтесь: зачем вы хотите выучить иностранный язык? Какая ценность в большей степени скрывается за целью обучения? Может это развитие, деньги, творчество, общение, успех, уважение, профессионализм или что-то еще?

Мотивация определяется личностным своеобразием и социальными ролями человека.

Перечисленные аспекты оптимизации обучения иностранным языком являются комплексными и связаны не только с мотивацией. Они важны как часть обширной программы действий. Остановимся на том, что имеет непосредственное отношение к развитию мотивации.

Осознайте свой тип мотивации. Вспомните, например, как именно вы мотивируете себя делать что-либо в обучении: читать книгу, упражняться, писать, учить новые слова. Что вы видите, слышите и чувствуете по поводу предстоящих действий?

Соедините обучение с позитивными эмоциями. Подумайте, как можно перенести эмоции от ваших удовольствий к изучению иностранного языка. Реализуйте эту взаимосвязь практическими способами. Например, слушайте свою любимую музыку и читайте одновременно.

Преодолейте убеждение, связанное с недостатком мотивации и усильте ценность обучения. Свяжите эти ценности с обучением. Например, спросите себя: «Как конкретно иностранный язык может способствовать общению с любимым человеком и карьерному росту?». Составьте список возможных ответов с позиций «мечтатель» и «реалист».

Осознайте, с какими ценностями связано обучение и усильте его значимость. Проанализируйте, с чем связан выбор вашей профессии, друзей, места жительства. Подумайте о других предпочтениях. Напишите иерархию своих ценностей. Какие ценности удовлетворяют обучению иностранному языку?

Поиск «богатого контекста». Сгруппируйте несколько наиболее значимых целей вместе. Существует ли контекст, где они реализуются все вместе? Помните, что на стадии мечтания полезно отключить критику, иначе «критик» убьет ценные идеи. Помните, что все глобальные проекты были когда-то чьими-то мечтами! Может быть, имеет смысл подарить себе подобную мечту, связанную с освоением иностранного языка? И помните: мотивация внутри вас!

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ И НАСЛЕДСТВЕННЫХ АНОМАЛИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

А.Н.Астафьева, Г.В.Долгушкина, Р.Т.Галеева, Н.В.Агеева, О.А.Жеворченкова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ГУЗ ОДКБ им. Н.Ф. Филатова»
Пенза

Актуальность. В последние годы демографической ситуации в России уделяется большое значение. В связи с этим, одной из важнейших задач является снижение перинатальной заболеваемости и смертности, в структуре которых одно из первых мест занимают врожденные и наследственные заболевания. Известно, что в России ежегодно рождается около 100 тысяч детей с врожденными аномалиями, среди которых приблизительно 40% составляют аномалии развития почек.

Цель исследования. Изучить частоту и структуру врожденных и наследственных аномалий почек у детей раннего возраста за 2006-2010гг.

Материал и методы. За годы наблюдения (2006-2010гг.) выявлено 54 ребенка с врожденными и наследственными заболеваниями почек в возрасте от 2 недель до 9 месяцев. Диагностика данной патологии осуществлялась по общепринятой в детской нефрологии методике, включающей генетическое и рентгеноурологическое обследования.

Результаты исследования. Изучение частоты врожденных и наследственных аномалий почек у детей за последние 5 лет (2006-2010гг.) по данным 35 отделения ГУЗ «Областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова» показало, что всего выявлено 54 ребенка. Установлено, что в 2006 году диагностировано 2 детей, в 2007г. – 3, в 2008г. – 7, в 2009г. – 18 и 2010г. – 24 ребенка с

врожденной и наследственной патологией почек. Анализ изучаемого материала показал, что частота данной патологии у детей раннего возраста резко возросла- 2009г. в 9 раз, в 2010г. – в 12 раз по сравнению с данными 2006 года.

Изучение структуры врожденных и наследственных заболеваний почек у детей раннего возраста позволило установить, что наиболее часто встречался пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) различной степени выраженности – у 37% пациентов. При этом у 32% детей диагностирован гидронефроз и у 22% больных уретерогидронефроз. Несколько реже встречалось полное или неполное удвоение почек с одной или с обеих сторон – у 18,5% пациентов. В 9% случаев выявлен поликистоз почек и у 7% детей обнаружен мультикистоз почки. Лишь у 3,7% больных диагностированы гипоплазия и дисплазия почек, аномалии расположения почек и у 1,8% пациентов - опухоль почки.

Наряду с этим установлено, что у 1/3 детей отмечалась сочетанная патология почек: гипоплазия с аномалией расположения почек; удвоение почек с уретерогидронефрозом; удвоение почек с ПМР и гидронефроз с опухолью почки.

Выводы. Таким образом, анализ частоты врожденных и наследственных заболеваний почек у детей раннего возраста позволил выявить неуклонный рост данной патологии в течение последних 5 лет, особенно в 2009-2010гг. – в 9 и 12 раз соответственно выше по сравнению с 2006 годом. При этом в структуре врожденных и наследственных аномалий почек у детей раннего возраста преобладают: ПМР, гидронефроз, уретерогидронефроз и удвоение почек. На долю поликистоза почек, мультикистоза, гипо- и дисплазии почек, аномалий расположения почек и опухоли почки пришлось 21,5% случаев. У 1/3 детей выявлена сочетанная патология почек. Для предупреждения рождения детей с данными заболеваниями важным является изучение факторов риска и использование этих знаний при проспективном и ретроспективном консультировании будущих родителей.

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНЫХ РИНИТОВ

Т.Б.Ахвердиева, О.Г.Козлова, В.В.Федотов

МИ МГУ им. Н.П. Огарева
Саранск

Актуальность. Вазомоторный ринит – одна из наиболее актуальных проблем современной оториноларингологии. Длительное отсутствие носового дыхания, обильное истечение слизи из носа нарушают сон, приводят к головной боли, отрицательно влияют на трудоспособность и качество жизни пациентов. Наибольшее количество лиц с вазомоторным ринитом – это люди в возрасте от 30 до 40 лет, т.е. социально-активная группа населения. Вазомоторный ринит –

это не только медицинская, но и социально-экономическая проблема, потому что наряду со снижением качества жизни пациентов происходит временная утрата их трудоспособности. Пациенты вынуждены по несколько раз в год брать больничные листы. Таким образом, данная проблема заслуживает особого внимания врачей - оториноларингологов.

Цель исследования. Выявить оптимальный способ лечения вазомоторного ринита в зависимости от данных анамнеза заболевания, предшествующего лечения, возраста пациента; оценить отдаленные последствия проведенного лечения.

Материалы и методы. Истории болезни пациентов оториноларингологического отделения Мордовской Республиканской клинической больницы за 5 лет (2005-2009гг.), опрос и объективное обследование данных пациентов в ноябре 2010года; анализ результатов с помощью статистического метода.

Результаты. Показатели заболеваемости взрослого населения по данным обращаемости в ЛПУ в Республике Мордовия за 2010 год - болезни органов дыхания стоят на 2-м месте после сердечно-сосудистых заболеваний: Мордовия – 187,4; Саранск – 244,5 (на 1000 населения). ВМР занимает 2 место после хронического бронхита и эмфиземы: Мордовия – 18,1; Саранск – 35,1 (на 1000 населения). Временная утрата трудоспособности на 100 работающих: ВМР – 12,9 случаев, средняя длительность нетрудоспособности одного случая – 7,9 дней.

Количество больных: 2005 – 87, 2006 – 169, 2007 – 171, 2008 – 195, 2009 – 193. Распределение больных по полу: женщины – 43%, мужчины – 57%. Наибольшее количество пациентов с вазомоторным ринитом – это люди в возрасте от 30 до 40 лет, т.е. социально-активная группа населения. Среди хирургических методов лечения за 5 лет (с 2005 по 2009 годы) доля вазотомий составила 76%, ультразвуковой деструкции – 24%. Оценка эффективности вазотомии в зависимости от возраста пациентов: при проведении вазотомии пациентам в возрасте 20-30 и 31-40 лет эффективность лечения максимальная, они получать симптоматическое оечение ; 40-50 лет - эффективность высокая, лишь иногда получают симптоматическое лечение; 50-60 лет – эффективность низкая (эффект от лечения в первые 6 месяцев) или отсутствует, постоянно получают симптоматическое лечение.

Оценка эффективности лечения в зависимости от анамнеза заболевания.

В анамнезе: 1) вазомоторный ринит (метод лечения – вазотомия, УЗД) – эффективность лечения высокая; 2) искривление носовой перегородки, ВМР (метод лечения – септумтомия, вазотомия) – эффективность лечения высокая, если только вазотомия – эффект лишь в первые 3 месяца; 3) перелом костей носа, ВМР (метод лечения – репозиция костных отломков, вазотомия) – эффективность лечения высока; 4) ВМР с аллергическим компонентом (метод лечения – вазотомия, УЗД) – эффект от лечения отсутствует.

Оценка эффективности операции в зависимости от предшествующего лечения: 1) постоянное применение капель «Нафтизин», «Ринонорм», «Снуп»

(как днем, так и ночью), ИРС-19 (вид операции – вазотомия, УЗД) – эффективность лечения высокая (пациенты стали применять капли только в осеннее - весенний период); 2) применение капель «Нафтизин», «Ринонорм», «Снуп» 2-3 раза в день, ИРС-19 (вид операции – вазотомия, УЗД) – эффективность лечения высокая (практически полное исчезновение клинических проявлений ринита).

Среди пациентов, которым была проведена вазотомия выздоровление отмечалось в 90% случаев, без изменения – 10%. После ультразвуковой деструкции выздоровление отмечалось в 80% случаев, без изменения – 20%.

Выводы. Максимальная эффективность вазотомии наблюдается у пациентов в возрасте от 20 до 50 лет. У больных старше 50 лет она минимальная. Положительные результаты лечения отмечаются при одновременном выполнении септумтомии и вазотомии, репозиции костей носа и вазотомии. При ВМР с аллергическим компонентом вазотомия не дает положительного эффекта. Частота применения капель после операций значительно снижается. Вазотомия по сравнению с УЗД дает больше положительных результатов.

Подводя итог работы, еще раз отметим, что заболеваемость вазомоторными ринитами высокая, поэтому необходимо вовремя диагностировать данное заболевание, выбрать оптимальный способ лечения индивидуально для каждого пациента в зависимости от его возраста, данных анамнеза заболевания, предшествующего лечения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА НЕСЪЕМНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ

Д.Н.Балахничев

ГОУ ДПО СПбМАПО Роздрава
Санкт-Петербург

В понятие качества стоматологических услуг входят вопросы социальной психологии, экономики и практики системы здравоохранения, так как уровень стоматологической помощи оказывает влияние на уровень жизни человека. Повышение качества медицинских услуг является важнейшим фактором укрепления здоровья населения (Гражданский кодекс Российской Федерации, 1994). Несмотря на развитие стоматологии и появления новых технологических возможностей, пока еще рано говорить о высоком качестве ортопедических конструкций.

Цель исследования: оценить качество традиционных и современных несъемных ортопедических конструкций.

Материал и методы исследования. Обследован 351 больной в возрасте от 37 до 72 лет, 85 мужчин и 266 женщин. Больные разделены на две группы: 1 группа – 214 человек, которым протезирование проводилось традиционными методами (штампованно-паяные конструкции), 2 группа – 137 человек, при ле-

чении которых применялись современные методы (цельнолитые и металлокерамические конструкции). Пациенты обследовались после установки конструкции, через 1 год, 3 и 5 лет. При оценке качества ортопедических конструкций учитывали следующие параметры: соответствие анатомической форме зуба, краевое прилегание, нарушение целостности конструкции, субъективная оценка пациентом.

Полученные данные обрабатывались программной системой STATISTICA версии 6.0.

Результаты исследования. При установке протеза форма коронок соответствовала анатомической форме зубов в первой группе в 11,21% случаев, во второй группе соответствие формы коронок анатомической форме зубов составило 100%. Через 1 год после протезирования в первой группе этот показатель составил 8,88%, во второй группе соответствие наблюдалось в 100%. Через 3 года после установки конструкции в первой группе не наблюдалось соответствия анатомической форме зубов, во второй группе этот показатель составил 98,54%. Через 5 лет после протезирования в первой группе также нет соответствия анатомической форме зубов, во второй группе – 98,54%.

Выявлены корреляционные связи соответствия анатомической формы и следующими параметрами: снижение межальвеолярной высоты ($r=0,1597$, $p=0,0027$); дефект коронок ($r=-0,1424$, $p=0,0075$); стираемость ($r=-0,3967$, $p<0,001$); восстановление окклюзионных контактов ($r=0,1674$, $p=0,0017$). Несоответствие анатомической форме зубов в основном коррелирует с параметрами, связанными с нарушением функции зубочелюстной системы. Соответственно, можно сделать вывод, что применение штампованно-паяных конструкций в большинстве случаев на этапе установки протеза ведет к нарушению функции жевания и изменениям в височно-нижнечелюстном суставе.

Уже через 1 год после установки конструкций в 91,2% случаев рекомендуется заменить штамповано-паяные конструкции.

В первой группе нарушение краевого прилегания наблюдается в 100% случаев при установке конструкции. Во второй группе – в 3,65% случаев. Через 1 год после протезирования во второй группе этот показатель составил также 3,65%, через 3 года после сдачи конструкции у пациентов второй группы наблюдается нарушение краевого прилегания в 4,38% наблюдений. Через 5 лет – 4,38%.

Через 1 год после установки конструкции нарушение целостности коронок зарегистрировано в первой группе в 1,4% случаев, во второй группе нарушений целостности нет. Через 3 года после протезирования нарушение целостности конструкции в первой группе наблюдается в 35,05% случаев. Во второй группе таких осложнений нет. Через пять лет нарушение целостности в первой группе выявлено в 81,31% случаев, во второй группе осложнений не отмечается.

Через 1 год после протезирования в первой группе больные удовлетворены коронками в 96,26% наблюдений, во второй группе – в 100% случаев. Через 3 года после установки конструкции протезами в первой группе удовлетворены 37,38% больных, во второй группе – 94,9%. Через 5 лет в первой группе – 7% больных, во второй группе – 80,3%.

Таким образом, по данным объективной оценки традиционных и современных конструкций через 1-3 года рекомендуется заменить штампованно-паяные конструкции ввиду несоответствия качества протезов. Штампованно-паянные конструкции по многим параметрам, таким как нарушение краевого прилегания, при установке не отвечают критериям качества. По таким параметрам, как соответствие анатомической форме зубов и нарушение целостности конструкции наблюдаются ухудшения через 3 года эксплуатации. По субъективной оценке самих пациентов, в основном, через 3 года отмечено ухудшение. Цельнолитые конструкции также не всегда отвечают требованиям качества. Однако, по сравнению со штампованно-паяными конструкциями, количество отклонений от критериев качества меньше, и они возникают, в основном, после 5 лет эксплуатации.

ДИНАМИКА БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТАНДАРТНЫМ ИНТЕРФЕРОНОМ-АЛЬФА-АЛЬТЕВИРОМ И РИБАВИРИНОМ

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

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ГУЗ ПОЦСВМП
Пенза

Цель исследования: оценить динамику изменений некоторых биохимических показателей у больных хроническим гепатитом С при проведении противовирусной комбинированной терапии интерфероном – альфа – альтевиром в сочетании с рибавирином.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 45 больных в возрасте от 22 до 57 лет, страдающих хроническим гепатитом С, вызванным HCV генотипов 1, 2, 3. Пациенты ранее не получали противовирусного лечения и были разделены на 2 группы: 1 группа – 16 (35,5%) больных хроническим гепатитом С 1 генотипа, 2 группа – 29 (64,5%) больных хроническим гепатитом С 2-3 генотипов. Группы были сопоставимы по полу, возрасту пациентов, уровню вирусной нагрузки, степени активности гепатита. Больные получали комплексную противовирусную терапию: стандартный интерферон – альфа – альтевир в дозе 3 млн Ме 3 раза в неделю в сочетании с рибавирином в дозе 10,6 мг/кг/сутки. Лечение больным с 1 генотипом проводилось в течение 48 недель, больным с 2-3 генотипами – 24 недели. Биохимические показатели исследовались перед началом терапии, через 4, 12, 24, 48 недель терапии, а также - при необходимости (по клиническим показаниям).

Результаты исследования. В 1 группе перед началом терапии отмечалось повышение билирубина у 4 (25±10,8%) больных; уровень билирубина не превышал 61,3 мкмоль/л. У 2 (12,5±8,2%) больных наблюдалось повышение концентрации билирубина (до 52,8 мкмоль/л и 42,7 мкмоль/л) к 24 неделе терапии; нормализация показателя произошла в течение 2 недель. Во 2 группе перед началом лечения уровень билирубина превышал норму у 7 (24,1±7,4%, $p>0,05$) больных; нормализация показателя отмечена у 5 (17,2±7,0%) человек к 4 неделе ПВТ, у 2 (6,8±5,6%) – к 6 неделе терапии. Перед началом терапии в 1 группе повышение уровня АЛТ до 2-3 норм наблюдалось у 6 (37,5±12,1%) пациентов, нормализация показателей отмечена у 2 (12,5±8,2%) человек к 4 неделе и у 4 (25±10,8%) - к 16 неделе терапии. Повышение уровня АСТ в 1 группе отмечено у 5 (31,2±11,5%) больных перед началом ПВТ, нормализация показателя наблюдалась к 8 неделе терапии. Во 2 группе повышение АЛТ перед началом терапии наблюдалось у 3 (10,3±5,6%, $p<0,05$) больных, повышение АСТ - у 4 (13,8±6,4%, $p>0,05$) пациентов; нормализация показателей отмечена к 4 неделе лечения. У 2 (12,5±8,2%) больных 1 группы и у 4 (13,8±6,4%, $p>0,05$) пациентов 2 группы выявлено повышение уровня α-амилазы перед началом ПВТ, нормализация показателя наблюдалась к 6 неделе терапии. У 2 (6,8±4,6%, $p<0,05$) пациентов 1 группы отмечено повышение уровня креатинина до 128 мкмоль/л на 4-6 неделях лечения, в 2 группе не отмечено повышения показателей креатинина.

Выводы. У больных с 1 генотипом достоверно чаще наблюдалось повышение активности аланинаминотрансфераз перед началом противовирусной терапии и концентрации креатинина на 4-6 неделях ПВТ; после проведенной противовирусной терапии у всех больных, как с 1, так и с 2-3 генотипами HCV, отмечалась нормализация биохимических показателей.

ИНТЕГРАТИВНОСТЬ КАК ПРИНЦИП СОВРЕМЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАЛИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ НА КАФЕДРЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

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

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Интегративность (целостность) обучения – один из принципов современных образовательных технологий. Для реализации этого принципа обучения врачей по специальности «инфекционные болезни» необходимо сочетание междисциплинарного подхода в преподавании инфектологии, практического внедрения современных методов диагностики, лечения и профилактики инфекционных болезней (с позиций доказательной медицины), высокого профессионального потенциала преподавателя, а также интеграции (объединения) образо-

вательных ресурсов. Конечная цель обучения врачей на последипломном этапе – подготовка компетентного специалиста. Применяя принцип интергативности при обучении врачей сотрудники кафедры учитывают основные составляющие «целого» (интеграла): 1) инфекционные болезни (специальность, клинческая дисциплина) – как модель и содержание обучения; 2) освоение и внедрение современных методов диагностики, лечения и профилактики инфекционных болезней с позиций доказательной медицины; 3) творческий, научно-практический и дидактический потенциал преподавателя; 4) интеграцию образовательных ресурсов; 5) врач-слушатель и его компетентность (компетентный специалист – цель обучения); 6) пациент (качество и доступность медицинской помощи).

«Инфекционные болезни» как модель и содержание обучения при реализации интегративности предполагает междисциплинарный подход в целостности изучения клинической дисциплины (инфекционные болезни, эпидемиология, этиология, общая патология с патофизиологией, гистологией, патологической анатомией, семиотика, принципы диагностики, дифференциальной диагностики и терапии и др.) и междисциплинарный подход к повышению квалификации врачей различных специальностей (в медицине нет специальностей, в которых не «задействован» инфекционный фактор). Врачебное мастерство преподавателя и знание им дидактических основ существенно влияют на качество обучения. Важным является то, что сотрудники кафедры инфекционных болезней владеют несколькими специальностями, имеют по 2-3 сертификата («инфекционные болезни», «педиатрия», «терапия», «аллергология-иммунология», «ультразвуковая диагностика») и высшую квалификационную категорию. Интегративность – «знаковый» принцип обучения врачей по вопросам инфекционной патологии.

Состояние клинических баз (материально-техническое оснащение, кадры) и готовность здравоохранения к освоению современных методов ведения больных с позиций доказательной медицины – одно из условий качественного образования врачей. Кафедра инфекционных болезней располагается на двух клинических базах (ГУЗ ПОЦСВМП и ГУЗ ОДКБ им.Н.Ф.Филатова, 310 инфекционных коек), хорошо оснащенных современной диагностической аппаратурой и использующих современные методы лечения пациентов. Сотрудники кафедры проводят в базовых ЛПУ многоплановую клиническую работу (лечебно-консультативная, диагностическая, экспертная, научная, методическая, организационная и др.) и активно внедряют современные методы диагностики, лечения и профилактики больных (до 10-14 внедрений в год). Врачи клинических баз принимают участие в научных исследованиях совместно с сотрудниками кафедры инфекционных болезней (публикации, доклады, обучение в аспирантуре).

Большое значение в реализации принципа интегративности имеет творческий, научно-практический и дидактический потенциал преподавателя. Совершенствование профессионального мастерства профессорско-преподавательского состава по принципу непрерывного (врачебного и препода-

вательского) образования находится под особым вниманием сотрудников кафедры (циклы ПК, всероссийские конгрессы, конференции, телеконференции, заседания научно-практических обществ, самостоятельная работа с научной литературой, Интернетом). Научные исследования кафедры связаны с изучением вопросов диагностики и лечения больных вирусными гепатитами и вопросов инфекционно-воспалительных заболеваний у детей, опубликовано около 400 работ. Кафедральная НИР положительно влияет на процесс обучения врачей и практику здравоохранения.

Интеграция образовательных ресурсов включает учебно-методическую деятельность кафедры, современные средства обучения, контроль качества обучения и лечебно-диагностические возможности клинических баз. В процессе обучения преподаватели кафедры инфекционных болезней используют разнообразные средства обучения (мультимедийные презентации; компьютерные технологии, учебные видеофильмы; электронные версии учебных пособий, руководств, учебников, банк ситуационных задач и клинических разборов реальных больных, работа в тренажерных классах института). Учебно-методическая работа находит свое отражение в подготовке и публикациях учебных пособий для врачей (более 40) и в деятельности методического совета института (открытые лекции, семинары). Особое внимание уделяется качеству освоения знаний, умений/навыков врачами-слушателями. Качество лечебно-диагностической службы клинических баз – важно и для пациентов, и для врачей, и для образовательного процесса. Интегрирование (сочетание) образовательных ресурсов, а также интегрирование клинической работы кафедры и здравоохранения (клинические базы), способствуют оптимизации обучения и стимулируют творческую и профессиональную деятельность врачей.

Врач-слушатель (компетентный специалист) – центр образовательного процесса. При оценке компетентности врача на кафедре инфекционных болезней используются различные типы, виды и формы контроля качества обучения. В основное содержание контрольных заданий входят требования квалификационных характеристик, образовательных стандартов и унифицированных программ, медицинских стандартов и доказательной медицины, федеральные квалификационные тесты по специальности «инфекционные болезни».

Современные образовательные технологии, принцип интегративности, компетентный специалист (как планируемый результат обучения), качество и доступность медицинской помощи – все для пациента и ради пациента. Поэтому, клинический вектор в подготовке врачей остается ведущим при обучении врачей на кафедре инфекционных болезней (курация больных, клинические разборы, ситуационное обучение, клиническая практика и т.д.).

Следовательно, совершенствование методологических аспектов и творческое применение принципа интегративности при реализации программ послевузовского, дополнительного и непрерывного профессионального образования врачей по специальности «инфекционные болезни» предполагает междисциплинарный подход при изучении клинической дисциплины, вовлечение в учебный процесс врачей различных специальностей, освоение и внедрение на кли-

нических базах современных (высокотехнологичных) методов лечения, диагностики и профилактики инфекционных болезней, подготовку квалифицированных профессорско-преподавательских кадров и интеграцию образовательных ресурсов. Вышеизложенное направлено на формирование компетентного врача-специалиста и на улучшение качества и доступности медицинской помощи населению.

Список литературы

1. Белогрудова В.А. Научная организация учебного процесса. М., 2005, 296 с.
2. Гельман В.Я. с соавт. Интернет в медицине. М., 2005, 288 с.
3. Глобализация образования: компетенции и системы кредитов/ Под общей редакцией профессора Ю.Б. Рубина. М.: ООО «Маркет ДС Корпорейшен», 2005, 490 с. Академическая серия.
4. «О задачах по реализации приоритетного проекта в сфере здравоохранения», Материалы к расширенной коллегии по вопросу Минздрав соцразвития РФ, 14 октября 2005 г.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СЕЗОННОГО И ПАНДЕМИЧЕСКОГО ГРИППА У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

И.П.Баранова, Н.В.Свистунова, О.А.Зыкова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ГУЗ ПОЦСВМП
Пенза

Грипп, обусловленный новой разновидностью вируса гриппа A/H1N1, хотя и имеет типичную для сезонного гриппа клиническую симптоматику, характеризуется быстрым распространением, тяжелыми формами заболевания среди взрослого населения, особенно у беременных женщин. Прогностические данные о возможности мутирования и превращения вируса в более опасный штамм, обусловливает необходимость исследования клинического течения пандемичного гриппа А, особенно у пациентов из групп риска.

Цель исследования: провести сравнительный анализ клинического течения сезонного и пандемического вариантов гриппа A/H1N1 у госпитализированных больных.

Материалы исследования: под наблюдением находились 100 пациентов, госпитализированных в инфекционный стационар в период пандемии гриппа A/H1N1 и сезонного подъема заболеваемости 2009 – 2010гг. в возрасте от 8 месяцев до 61 года. У 54% пациентов (54 человека) выявлен сезонный вариант гриппа А (1 группа), у 46% пациентов (46 человек) – пандемический штамм гриппа A/H1N1 (2 группа). Этиологическая диагностика гриппа проводилась путем выявления РНК вирусов методом полимеразной цепной реакции в реальном времени (материал со слизистых носа и зева).

Результаты исследования: у всех заболевших, после кратковременного (1 – 2 часа) продромального периода отмечалось повышение температуры тела от 37,5 до 39◦С, интоксикация (головная боль, миалгия, боль в глазах, озноб, недомогание). У всех отмечались катаральные симптомы: гиперемия в зеве, боль в горле, сухой кашель и другие симптомы поражения верхних дыхательных путей. Средний возраст пациентов 1 группы составил 25,0±1,5 лет, у пациентов 2 группы - 26,9±2,0 года. У пациентов с сезонным вариантом гриппа А в 94,4% случаев диагностирована средняя степень тяжести, в 1,9% - тяжелая форма гриппа. Среди пациентов с пандемическим гриппом А средняя степень тяжести зарегистрирована в 89,1%, тяжелая степень - в 8,7% случаев. Осложнения развивались у 29,6% пациентов 1-й группы и у 36,9% пациентов 2-й группы, пневмония у пациентов 1 группы развивалась в 9,3% случаев, у пациентов 2-й группы - в 19,6%. Кроме пневмонии, у пациентов обеих групп развивались острый бронхит, менингит, отит, острый пиелонефрит. В этих случаях у больных выявлен неблагоприятный преморбидный фон в виде хронических бронхолегочных, церебральных, сердечно-сосудистых заболеваний, особенностей конституции (ожирение I-III степени), беременность. Продолжительность стационарного лечения пациентов 1-й группы составила 9,6±0,9 дней, 2-й группы – 10,5±0,8 дня; длительность синдрома интоксикации – 6,1±2,3 и 6,9±2,3 дня соответственно, лихорадочного периода – 5,0±1,5 дня в 1-й группе и 5,8±1,4 дня во 2-й группе пациентов.

Выводы: грипп, обусловленный вирусом A/H1N1, имеет типичную для этого заболевания клиническую симптоматику, но характеризуется большей частотой развития тяжелых форм заболевания и более частым развитием пневмонии, чем при сезонном варианте гриппа А; прогнозирование риска формирования осложненных вариантов гриппа у пациентов с неблагоприятным преморбидным фоном (группа риска) необходимо для коррекции терапевтической тактики; у госпитализированных пациентов обеих групп не выявлено достоверных различий в продолжительности стационарного лечения, длительности интоксикации и лихорадочного периода.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ

Н.И.Баранова, Е.М.Костина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Лекарственная аллергия (ЛА) – это вторичная повышенная специфическая иммунная реакция на лекарственные препараты и медикаменты, сопровождающаяся общими или местными клиническими проявлениями. Она развивается только на повторное введение (контакт) препаратов. В настоящее время ЛА представляет важнейшую медицинскую проблему не только для клинических аллергологов и иммунологов, но и для врачей других специальностей. Распространенность ЛА по данным разных авторов колеблется в пределах от 5

до 30%. В структуре заболевания выделяют истинную ЛА, которая обусловлена нарушениями функционирования иммунной системы и псевдоаллергические реакции на медикаменты.

На сегодняшний день существует сложная проблема лабораторной диагностики больных с данной патологией. Это объясняется, прежде всего, тем, что отсутствуют простые доступные методы лабораторной диагностики ЛА. Более того, лекарственные аллергические реакции являются очень разнообразными по клиническим проявлениям и механизмам развития.

В практической аллергологии использовались ранее более 25 методов лабораторной диагностики ЛА. Однако большинство из них устарело и не используется в настоящее время ввиду их малой информативности.

Учитывая тот факт, что ЛА может протекать по 4-м из типов аллергических реакций по классификации Gell-Coombs, мы попытались выбрать из разнообразия лабораторных методов только те методы, которые были бы доступны и отвечали современным требованиям практической аллергологии.

Было обследовано 20 пациентов с ЛА. Всем больным были поставлены тесты: 1) тест торможения естественной эмиграции лейкоцитов in vivo (по А.Д.Адо), (ТТЭЛ), 2) тест торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ), 3) реакция лизиса лейкоцитов (РЛЛ) с трипановым синим, 4) определение специфических IgE антител к лекарственным препаратам, 5) тест угнетения люминолом хемилюминесценции и 6) тест угнетения экспрессии CD25+. Каждый тест характеризует определенный тип аллергической реакции. Были получены следующие данные: у 12 обследованных больных (60%) положительными оказались результаты по всем применяемым тестам. У остальных 8 пациентов положительными были 1-3 теста. В зависимости от полученных результатов пациентам был поставлен диагноз ЛА по типу аллергической реакции.

Таким образом, применение одновременно нескольких методов аллергодиагностики ЛА помогает аллергологу определить тип аллергических реакций, а также провести дифференциальную диагностику с псевдоаллергическими реакциями.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОПИСТОРХОЗА

М.Е.Батаева, Т.В.Середа, Н.А.Николаева

ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава
Новокузнецк

Самым крупным эндемическим очагом описторхоза в Западно-Сибирском регионе является Обь-Иртышский бассейн, поэтому и у коренного и у местного населения наблюдаются проявления этого гельминтоза. При этом возможно хроническое течение этой инвазии с системными проявлениями. Возникает общая аллергическая реакция организма хозяина на продукты обмена и распада личиночных стадий гельминтов, морфологическими проявлениями которой является наличие диффузных или очаговых изменений в виде массив-

ных эозинофильных инфильтратов в легких, в сердце, в почках, ЖКТ, других органах и продуктивный васкулит. Приводим собственные клинические наблюдения.

Больной К., 34 года, коренной житель Горной Шории поступил в клинику с подозрением на бронхиальную астму. В течение последних двух лет беспокоили приступы удушья, которые купировались приемами эуфиллина. После переохлаждения отмечал лихорадку, боли в крупных и мелких суставах, удушье, появление кожных высыпаний с элементами нагноения, тяжесть и боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема пищи, вздутие живота.

При осмотре: на коже голеней, кистей очаги гиперпигментации после сыпи, плечевые суставы отечны, болезненны. Печень выступает из подреберья на 5-6 см, край болезненный. В общем анализе крови: Л-15.4*109/л, количество эозинофилов достигало 61%, СОЭ – 38 мм/час. В моче протеинурия до 0,264 г/л, эритроцитурия. В фекалиях обнаружены яйца сибирской двуустки в каждом поле зрения. В ИФА АТ к АГ описторхов положительны. На рентгенограмме органов грудной клетки выявлена неоднородная инфильтрация в нижних отделах легких, небольшое количество жидкости в плевральных полостях с обеих сторон. УЗИ подтвердило наличие гепатомегалии. При эндоскопическом исследовании желудка определяется очаговый атрофический гастрит, дуоденогастральный рефлюкс. Невропатолог диагностировал начальные проявления полинейропатии конечностей.

На основании полученных данных заподозрен аллергический эозинофильный васкулит (синдром Чарджа-Стросса). Диагноз подтвержден исследованием биоптатов кожных лоскутов в области папулёзных высыпаний. В центре биоптатов имеются крупные пустулы, распространяющиеся на большую глубину в дерму. В дерме явления пролиферативно-инфильтративного васкулита с поражением сосудов микроциркуляторного русла (капилляров, артериол, венул). В составе инфильтратов много лейкоцитов в т.ч. эозинофилы, лимфоциты, макрофаги.

Лечение преднизолоном в дозе 50 мг/сут., цитостатиками, бильтрицидом (доза суточная 6 таблеток по 600 мг) привело к улучшению самочувствия. С учетом анамнеза больного постоянного употребления речной рыбы без термической обработки, полиорганности поражений (сердца, печени, легких, кожи, суставов), нормализации эозинофилии в периферической крови и других лабораторных показателей после курса лечения бильтрицидом позволило трактовать аллергический эозинофильный васкулит Чарджа Стросса как системное поражение при описторхозе.

Больной К., 32 г, житель города Новокузнецка поступил в клинику с субфебрилитетом неясного генеза. Максимальное проявление температурной реакции до 37,8°С. Год назад после перенесённой вирусной инфекции отметил появление миалгий и артралгий (голеностопные суставы, лучезапястные, позвоночник) при ходьбе и в покое. В течение года периодически наблюдались артралгии в лучезапястных суставах. За две недели до госпитализации при переохлаждении вновь появились боли в мышцах плечевого пояса, грудной клет-

ки, а затем и в мышцах ног. При поступлении больной отмечал боли в голеностопных суставах, ограничения движения в них, боли в шейном отделе позвоночника.

В общем анализе крови: Л-13,4*109/л, эозинофилы-1%, повышенная СОЭ до 45-65 мм/ч. СРБ резко положительный (++++), диспротеинемия: гипоальбуминемия - 41,2- 37,7%, гаммаглобулинемия до 36,7 г/л. В ИФА АТ к АГ описторха в тире 1:400, АТ к ДНК – отрицательны. По УЗИ печень увеличена + 1,0 + 2,0 см, эхогенность повышена. Но при исследовании дуоденального содержимого яйца гельминтов не найдены. Проведена биопсия кожно-мышечного лоскута, в котором определяются явления инфильтративного капиллярита. Нервно сосудистый пучок без особенностей. Фрагмент скелетной мышцы с микроочагами дистрофии. ЭМГ – признаки диссеминирующей сенсорной полинейропатии нижних конечностей с выраженными нарушениями функции проведения по чувствительным волокнам.

На основании длительного субфебрилитета полиартралгии, поражения кожи с явлениями инфильтративно- продуктивного капиллярита полинейропатии был выставлен диагноз смешанного заболевания соединительной ткани – СЗСТ (синдом Шарпа). В анамнезе у больного употребление речной рыбы - плотвы, щуки, поэтому наряду с назначением препаратов для лечения СЗСТ одновременно был также назначен бильтрицид. Только через месяц после терапии уменьшились боли в суставах и мышцах, нормализовалась температура. Через полгода больной почувствовал себя удовлетворительно. Не исключено, что именно описторхоз был причиной системных поражений у больного.

Следует подчеркнуть, что больные с описторхозом нередко длительно наблюдаются с ошибочным диагнозом системного заболевания, лекарственной, сывороточной болезни, сенной лихорадки и др. Учитывая полиморфность клинических проявлений при паразитарных инвазиях, в том числе при описторхозе, необходимо проводить тщательный анализ эпидемиологических данных, целенаправленное выяснение употребления в пищу рыбу карповых пород и назначение соответствующих обследований (дуоденального зондирования, копроовоскопии и серологических исследований).

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Н.И.Башкатова

ЛПУ санаторий «Березовая роща»
Пенза

Лазеротерапия более 40 лет активно применяется почти во всех областях современной медицины и успешно развивается как самостоятельное направление. Применение низкоинтенсивных лазеров позволило создать высокоэффек-

тивные методики лечения и профилактики рецидивов заболеваний в самых различных областях медицины.

История возникновения этого метода начинается с 1932 года, когда была осуществлена теория получения лазера и сразу же начался процесс исследований с целью определения возможностей использования в медицине низкоэнергетического лазерного излучения (Л.И.)

Многочисленными исследованиями доказано, что излучение лазеров имеет ту же электромагнитную природу своего происхождения, что и свет от Солнца и использование сверхмалой мощности Л.И. не приносит вред организму человека, запуская механизмы саморегулирования и поддержания гомеостаз.

Л.И. вызывает прогнозируемые реакции в зависимости от дозы, состояния организма и особенностей патологического процесса, что позволяет эффективно лечить многие заболевания.

В основе лечебного действия низкоинтенсивного Л.И. лежит нормализация физиологических систем организма:

- пластических реакций, связанных с улучшением обмена веществ
- энергетических – с нормализацией биохимических реакций
- информационных – которые происходят при поглощении квантов света и при этом с помощью подведенной энергии идет запуск физиологических реакций, развивающихся в последствии самостоятельно.

В основе механизма терапевтического действия низкоинтенсивно Л.И. лежит термодинамический запуск Са++ зависимых процессов:

- усиление синтеза ДНК и РНК;
- увеличение потенциала митохондрий, как следствие стимуляции синтеза и накопления АТФ;
- высвобождение NO и активных форм О2.

В результате этих процессов отмечается:

- улучшение микроциркуляции и трофики тканей;
- уменьшение воспалительных процессов и болевого синдрома;
- стимуляция иммунитета.

Под наблюдением находилась группа пациентов в количестве 127 человек в возрасте от 52 до 67 лет, женщин 35 человек (27,5%), мужчин 92 (72,5%). В эту группу были включены больные с сердечно-сосудистой патологией, ИБС. До приема процедур у пациентов отмечалась тяжесть в области сердца и за грудиной, особенно по ногам, раздражительность, чувство тревоги, плохой сон, повышение АД до 160/100 +/- 10м рт.ст., пульс 84 +/- 10 ударов в минуту.

К 5 процедуре – уменьшилась тяжесть за грудиной, нормализовался сон, АД 140/90 +/- 5-10мм рт.ст., пульс 72 +/- ударов в минуту. К концу курса лечения у 103 человек (81%) жалоб не отмечалось нормализация АД 120/80 +/- 5мм рт.ст., пульс 74 ударов в минуту. У 24 человек (19%) - осталась незначительная тяжесть в области сердца, после эмоционального перенапряжения, АД 140/80 +/- 5мм рт.ст.

Вторая группа пациентов насчитывала 165 человек в возрасте от 40 до 70 лет, женщин 106 человек (64%), мужчин 59 человек (36%). Данную группу составили больные с бронхиальной астмой, хроническим обструктивным бронхитом ДН I-II степени.

До приема процедур у пациентов отмечался кашель с трудноотделяемой мокротой, особенно в ночное время, раздражительность, вспыльчивость, нарушался сон. Ингаляции использовались до 5-6 раз в сутки. При аускультации легких – жесткое дыхание, сухие рассеянные хрипы. К 5-6 процедуре – уменьшался кашель, мокрота стала менее вязкой, применение ингаляций беротека уменьшилось до 1-2 раз в сутки. В легких отмечалось жесткое дыхание, хрипов не было.

К концу курса лечения у 139 пациентов (84,2%) самочувствие улучшилось, кашель не беспокоил. В легких при аскультации – жесткое дыхание, хрипов нет. У 26 человек (15,8%) отмечался незначительный кашель с легкоотделяемой мокротой, использование ингалятора беротека сократилось до 3 раз в сутки. В легких сохранялось жесткое дыхание, единичные сухие хрипы в нижних отделах.

Таким образом метод лазеротерапии оказывает благоприятное воздействие на течение сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний бронхолегочной системы, оказывая болеутоляющее и противовоспалительное действие, также происходит нормализация функции центральной и вегетативной нервной систем.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА

Н.В.Береншитейн, О.В.Девина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ГУЗ «ПОКБ им. Н.Н. Бурденко»
Пенза

Болезнь Шегрена (БШ) (первичный синдром Шегрена) - системное аутоиммунное заболевание, относящееся к болезням соединительной ткани, характеризующееся поражением многих секретирующих желез, главным образом слюнных и слезных. Выделяют также синдром Шегрена (вторичный синдром Шегрена), проявляющийся поражением слезных желез и слюнных желез, сопутствующий ревматоидному артриту, диффузным болезням соединительной ткани, заболеваниям желчевыводящих путей и другим аутоиммунным заболеваниям.

Распространенность в популяции составляет 0,1 - 0,77%.

Основным морфологическим субстратом БШ является лимфоплазмоцитарная инфильтрация секретирующих эпителиальных желез, в том числе слюнных желез. Критерии постановки диагноза БШ, применяемые в различных странах, различаются. Но, во всех случаях, для подтверждения поражения

слюнных желез основой являются проведение теста Ширмера, сиалографии и биопсии малых слюнных желез.

В дополнение к вышеперечисленному возможно использование ультразвукового исследования, которое является менее травматичным методом. В литературе встречаются единичные и очень краткие ссылки на сонографию. Учитывая, что поражение слюнных желез, выявляемое различными методами, является основополагающим при диагностике БШ, мы решили более подробно остановиться на данном методе.

Разработаны ультразвуковые показатели, отражающие изменения щитовидной железы при тиреоидитах, в том числе, аутоиммунных поражениях щитовидной железы – болезни Хашимото. При сонографии это выглядит как наличие гипоэхогенных участков с нечеткими неровными контурами, полициклической формы, местами сливающиеся между собой и гистологически отражающие лимфоцитарную инфильтрацию.

Было бы логичным ожидать подобные изменения при ультразвуковом исследовании слюнных желез.

Приводим клинический случай, подтверждающий это предположение. Больная Г., 1979 г. рождения (31 год), поступила в ревматологическое отделение ОКБ им. Бурденко 24.11.2010г. с жалобами на выраженную сухость во рту, боли и ограничение движения в суставах кистей, лучезапястных, тазобедренных, боли в мышцах, снижение веса на 6 кг с лета 2010г., утреннюю скованность около 2 часов, небольшое увеличение подчелюстных и паховых лимфатических узлов. Из анамнеза: считает себя больной с 18 лет, после простудного заболевания появилась припухлость околоушных слюнных желез. Лечилась по месту жительства по поводу эпидемического паротита. Последние 3 года беспокоит выраженная сухость во рту, множественный кариес и, как следствие, съемный протез верхней челюсти. Неоднократно обследовалась у стоматологов, но причина сухости во рту не выявлена. Суставной синдром появился с января 2010г. С лета начала худеть. В сентябре стала повышаться температура по вечерам до 37,5-38. Осмотрена амбулаторно ревматологом. Госпитализирована для лечения и уточнения диагноза. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа нормальной окраски. Пониженного питания. Язык сухой, малиновый. Ксеростомия. Съемный зубной протез верхней челюсти. Пальпируются подчелюстные, паховые лимфоузлы. Деформация межфаланговых, пястно-фаланговых суставов кистей, стоп, лучезапястных симметрично за счет экссудативно-пролиферативных изменений. Ограничено сжатие кисти в кулак в утренние часы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 18. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 66. АД 110/80. Отеков нет.

РГ кистей: на рентгенограмме кистей в прямой проекции определяется умеренное сужение лучезапястных, межфаланговых суставов, краевые костные разрастания в дистальных межфаланговых суставах, узурация основных фаланг.

РГ органов грудной клетки: патологии не выявлено.

УЗИ щитовидной железы: патологии не выявлено.

УЗИ околоушных слюнных желез: структура диффузно не однородна за счет множества гипоэхогенных участков неправильной полициклической формы, местами сливающихся между собой. УЗИ признаки сиалоденита (рис. 1).

ОАК: лейкоциты-3,7, СОЭ-39 мм/ч.

Биохимия: РФ-39 (норма 0-14), IgG-24,2г/л (норма 7-16). Серомукоиды-0,5 Ед (норма 0,13-0,23).

Иммунологическое обследование: ЦИК 90 (норма 35-80); КП отр, СМ-0,23 (норма 0,2-0,26).

АТ к экстрагируемым ядерным АГ-16000 МЕ/мл (норма 0,15).

Антинуклеарные антитела-6,6 (0-1).

АТ к двуспиральной ДНК-76,6 (0-20).

После проведенного обследования выставлен диагноз:

Болезнь Шегрена, А/фаза, 2 степень активности, подострое течение (ксеростомия, полиартрит, лейкопения, положительные АТ к экстрагируемым ядерным АГ, положительные АТ к двуспиральной ДНК, положительные антинуклеарные АТ, лихорадка, синдром Рейно).

Данный случай интересен тем, что выраженная ксеростомия, кариес за короткий срок привели к необходимости использовать съемный зубной протез.

Возможно, более ранняя консультация ревматолога и использование дополнительного диагностического метода ультразвуковой диагностики, позволяющего диагностировать поражение слюнных желез, будет полезно врачам ревматологам, стоматологам и другим специалистам для постановки диагноза БШ и для контроля проводимого лечения.

Необходимо продолжить исследование в данном направлении для выработки патогмоничных признаков.

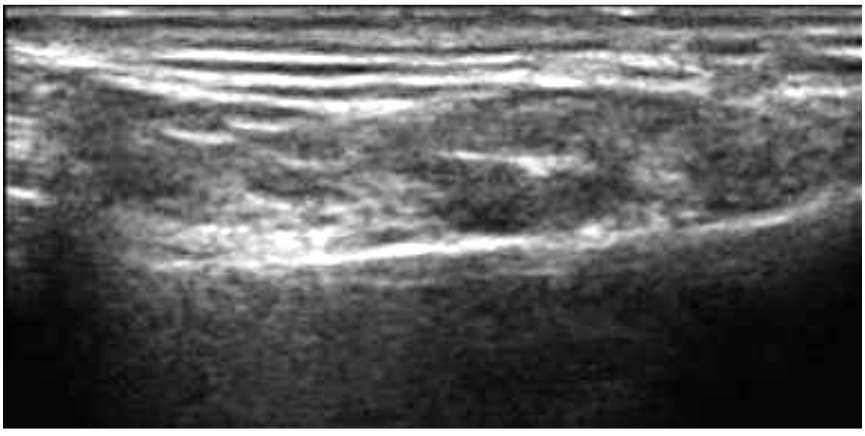


Рис. 1. УЗИ околоушных слюнных желез

Список литературы

1. Васильев В.И. Болезнь Шегрена. РМЖ. 1998; 18: 1206-1210.
2. Васильев В.И., Симонова М.В., Сафонова Т.Н. Критерии диагноза и синдрома болезни Шегрена. Избранные лекции по клинической рев-

матологии /под ред. В.А.Насоновой, Н.В. Бунчука. М.Медицина, 2001:112-131.
3. Заболотская Н.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. /под ред. В.В.Митькова, М.В.Медведева.-т.2.-М.: Видар, 1996: 371-395.
4. Ревматология: клинические рекомендации /под ред. Акад РАМН Е.Л.Насонова-2-е издание, исправленное и дополненное.-М: ГЭОТАР-Медиа, 2010:482-522.
5. Симонова М.В., Раденска-Лоповок С.Г. Поражение слюнных желез при синдроме и болезне Шегрена. Диагноз. Диф.диагноз.- Москва, 2010.
6. Харченко В.П., Котляров П.М., Сметанина Л.И. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы. –Москва, 1999.

ПОДГОТОВКА ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ ЛАМИНАРНЫМИ ПАЛОЧКАМИ

Н.Н.Бисерова, Л.В.Фатеева, О.А.Ларина, Е.О.Маслова, Е.Л.Тактаева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Известно, что для успешного начала и нормального развития родовой деятельности, одним из наиболее важных условий является наличие зрелой шейки матки, что отражает готовность организма матери к родам. При незрелой шейки матки возникает риск развития нарушений сократительной деятельности матки, гипоксии плода, роста оперативных родов.

Для создания биологической готовности к родам и «созревания» шейки матки в настоящее время широко используются ламинарные палочки. Ламинария – морская водоросль (Laminaria digitata), которая при попадании во влажную среду набухает и увеличивается в поперечном размере в несколько раз, во влажной среде цервикального канала постепенное механическое, и биохимическое воздействие палочек ламинарии приводит к быстрому и бережному «созреванию» шейки матки.

Целью исследования явилось изучение эффективности использования ламинарных палочек у беременных для подготовки шейки матки к родам.

Материал и методы исследования. Подготовка шейки матки к родам проводилась у 40 беременных женщин отделения патологии беременности МУЗ «Городской роддом №1» г. Пензы. Все беременные были распределены на 4 группы:

- 1 группа – 11 первородящих с «незрелой» шейкой матки
- 2 группа – 13 первородящих с «созревающей» шейкой матки
- 3 группа – 2 повторнородящие с «незрелой» шейкой матки
- 4 группа – 14 повторнородящих с «созревающей» шейкой матки

Возраст беременных варьировал от 19 до 36 лет.

Беременные всех групп сопоставимы по сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии, осложнениям беременности (анемия, угрожающее прерывание беременности, гестоз).

Подготовка к родам начиналась при доношенной беременности (38-41 недель).

Показаниями к подготовке шейки матки явились: необходимость досрочного родоразрешения при неподготовленных родовых путях (прогрессирующем течение гестоза, субкомпенсированной плацентарной недостаточности, тенденции к перенашиванию) и отсутствие готовности к родам при доношенном сроке беременности.

Всем беременным проведено клинико-лабораторное исследование, УЗИ.

Структурные изменения шейки матки оценивались по шкале Бишопа: незрелая шейка матки (0-4 балла), созревающая шейка матки (5-6 баллов).

Мониторинг за состоянием плода проводился с помощью кардиотокографии и допплерометриии.

Ламинарные палочки вводили интрацервикально в первой половине дня на 24 часа. При отсутствии эффекта через сутки после извлечения, ламинарные палочки вводили повторно.

Результаты подготовки беременных с «незрелой» шейкой матки (1 и 3 группы) представлены в таблице 1.

Таблица 1

Эффективность подготовки «незрелой» шейки матки к родам у перво- и повторнородящих женщин

Номер группы	«незрелая» шейка матки		«созревающая» шейка матки		«зрелая» шейка матки		Всего	
	Абсол. число	%	Абсол. число	%	Абсол. число	%	Абсол. число	%
1 группа	-	-	6	54,5	5	45,5	11	100
3 группа	-	-	-	-	2	100	2	100

В первой группе у 3-х беременных шейка стала «зрелой» после однократного введения ламинарных палочек, у 2-х после повторного введения. Эффект был недостаточным в 6 случаях, что потребовало проведения дополнительных мероприятий – введение ПгЕ2 (препидил гель) интрацервикально (у 2-х беременных) или проведения родовозбуждения в связи с дородовым излитием околоплодных вод на фоне «созревающей» шейки матки (у 4-х беременных).

Анализ родового акта показал, что у 10 (90,9%) беременных данной группы роды произошли через естественные родовые пути. Средняя продолжительность родового акта составила 10 часов 30мин. Дородовое излитие околоплодных вод имело место в 5 случаях (45,5%), амниотомия с последующим проведением программированных родов в 2 (18,2%). Кесарево сечение произведено у одной роженицы по акушерским показаниям, что составило 9,1%.

Все дети родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов.

У повторнородящих с «незрелой» шейкой матки (группа 3) после однократного введения ламинарных палочек шейка стала «зрелой» в 100% (2 беременные). Роды у них протекали через естественные родовые пути без осложнений для плода и матери.

Таким образом, ламинарные палочки оказались эффективными у 45,5% первородящих и у 100% повторнородящих беременных с «незрелой» шейкой матки. Роды в большинстве случаев произошли через естественные родовые пути. Процент кесарева сечения составил 7,7% (1 случай). Обращает на себя внимание высокий процент дородового излития околоплодных вод (45,5%) у беременных с «незрелой» шейкой матки.

Результаты подготовки беременных с «созревающей» шейкой матки к родам представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Эффективность подготовки «созревающей» шейки матки к родам у перво- и повторнородящих женщин

Номер группы	«созревающая» шейка матки		«зрелая» шейка матки		Всего	
	Абсол. число	%	Абсол. число	%	Абсол. число	%
2 группа	3	23,1	10	76,9	13	100
4 группа	3	21,4	11	78,6	14	100

Во 2-ой группе шейка «созрела» у 10 (76,9%) беременных (у 8 после однократного, у 2-ух после двукратного введения ламинарных палочек). У 3-х (23,1%) беременных эффект был недостаточный, что потребовало проведение дополнительных мероприятий (интрацервикальное введение ПгЕ2 (препидилгель) в 1 случае и родовозбуждение после дородового излития околоплодных вод – 2 случая).

Роды через естественные родовые пути произошли у 12 беременных, что составило 92,3%. Средняя продолжительность родового акта составила 9 час. 45 мин. Дородовое излитие околоплодных вод имело место у 4-х беременных (33,3%), амниотомия с последующим проведением программированных родов - у 2-х (16,7%). Кесарево сечение произведено в родах у одной роженицы в связи с развившейся упорной слабостью родовой деятельности (7,7%), выходные акушерские щипцы наложены у 1 роженицы в связи с острой внутриутробной гипоксией плода.

Все дети данной группы родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов.

В 4-ой группе шейка стала «зрелой» у 11 беременных (у 10 беременных после однократного введения, у 1-ой после двукратного введения ламинарных палочек), что составило 78,6%. У 3-х (21,4%) беременных эффекта не было, что

потребовало проведения дополнительных мероприятий (введение ПгЕ2-препидил геля интрацервикально, мифепристон per os).

У 12 беременных (85,7%) роды произошли через естественные родовые пути. Дородовое излитие околоплодных вод произошло в двух случаях (16,7%), амниотомия с проведением программированных родов – в одном (8,3%). У двух беременных роды закончились путём операции кесарево сечение в плановом порядке в связи с отсутствием готовности к родам, что составило 14,3%.

Все дети рождены в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 7-9 баллов.

Таблица 3

Течение родового акта у беременных четырёх групп

Номер группы	Роды через естественные родовые пути		Дородовое излитие вод		Амниотомия		Средняя продолжительность родового акта	Кесарево сечение	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%		Абс. число	%
1 гр. n= 11	10	90,9	5	45,5	2	18,2	10ч. 30 мин.	1	9,1
2 гр. n= 13	12	92,3	4	33,3	2	16,7	10 ч.	1	7,7
3 гр. n= 2	2	100	-	-	-	-	7ч.	-	-
4 гр. n= 14	12	85,7	2	16,7	1	8,3	6ч 40мин.	2	14,3

Таким образом, при «созревающей» шейке матки эффект подготовки у первородящих составил 76,9%, что в 1,7 раза выше, чем при «незрелой» шейке матки. У повторнородящих беременных эффект подготовки существенно не зависит от степени «зрелости» шейки матки. Процент кесарева сечения оказался несколько выше у повторнородящих женщин.

Выводы:

1. Ламинарные палочки – эффективный метод подготовки шейки матки к родам у перво- и повторнородящих беременных (62,5% и 81,3% соответственно).
2. Эффект подготовки в 1,3 раза выше у повторнородящих женщин.
3. Подготовка ламинарными палочками «созревающей» шейки матки у первородящих в 1,7 раза более эффективна, чем «незрелой».
4. Ламинарные палочки не оказывают отрицательного влияния на течение родового акта и на внутриутробное состояние плода.
5. Не повышают процент родоразрешения путём операции кесарево сечение (10,0%).
6. Побочных эффектов при использовании ламинарных палочек не наблюдалось.

ПРИМЕНЕНИЕ МИФЕПРИСТОНА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ

Н.Н.Бисерова, Л.В.Фатеева, Е.О.Маслова, О.А.Ларина, И.С.Кожаева, О.Н.Шошкина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Одной из приоритетных задач современного акушерства является обеспечение благоприятного исхода беременности и родов для матери и плода. Своевременное родоразрешение в сроке доношенной беремености позволяет предупредить рождение переношенного ребёнка и уменьшить риск перинатальных осложнений и отдалённых последствий.

В настоящее время в России для подготовки шейки матки к родам стали применять препарат «Мифепристон».

Мифепристон (Mifepristone) – синтетический антигестаген, конкурирующий с прогестероном на уровне его рецепторов. Препарат оказывает выраженное влияние на состояние шейки матки, что крайне важно для успешных родов.

Цель исследования: изучение эффективности «Мифепристона» у перво- и повторнородящих беременных с «незрелой» шейкой матки.

Материал и методы. На базе отделений патологии беременности МУЗ «Городской родильный дом №1» г. Пензы и ГЦЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова» было проведено исследование с последующим анализом применения мифепристона для подготовки шейки матки к родам.

В рамках исследовательской работы было обследовано 56 беременных в возрасте от 17 до 39 лет со сроком беременности от 36 до 41 недели. Все беременные были распределены на 2 группы:

- 1 группа – первородящие с «незрелой» шейкой матки (34 беременные);
- 2 группа – повторнородящие с «незрелой» шейкой маткой (22 беременные).

Беременные обеих групп сопоставимы по экстрагенитальным, гинекологическим заболеваниям и акушерским осложнениям.

Показаниями к подготовке шейки матки явились: необходимость досрочного родоразрешения при неподготовленных родовых путях (прогрессирующее течение гестоза, субкомпенсированная плацентарная недостаточность, тенденция к перенашиванию) и отсутствие готовности к родам при доношенном сроке беременности.

Структурные изменения шейки матки оценивались по шкале E. Bishop в модификации J. Burnett:

а) 0–5 баллов — «незрелая» шейка матки;

б) 6–8 баллов — недостаточно «зрелая» шейка матки;

в) 9–10 баллов — «зрелая» шейка матки.

Всем беременным было проведено клинико-лабораторное обследование, УЗИ. Мониторинг за состоянием плода проводился с помощью кардиотокогра-

фии и допплерометриии. Следует отметить, что КТГ производилось до и после подготовки шейки матки «Мифепристоном».

Мифепристон назначали по 200 мг перорально дважды с интервалом в 24 часа. При отсутствии эффекта от подготовки дополнительно вводили простагландин Е2 - препидил-гель в цервикальный канал. При «зрелой» шейке матки роды начинались спонтанно или велись программированно, через естественные родовые пути.

В первой группе шейка матки созрела у 15 (44,1%), стала «созревающей» у 13 (38,2%) и осталась «незрелой» у 6 (17,6%) беременных. В дальнейшем всем беременным с «созревающей» шейкой матки дополнительно вводили простагландин Е2 - препидил-гель в цервикальный канал. В результате шейка стала «зрелой» ещё у 13 беременных (38,2%). Таким образом, общий эффект подготовки составил 82,4% (28 беременных). Из них роды через естественные родовые пути произошли у 26 беременных (92,9%). У 20 беременных (71,4%) роды начались спонтанно. Средняя продолжительность родового акта составила 10 часов 40 минут. Из них у 5 беременных (19,2%) отмечен преждевременный разрыв плодных оболочек. Ещё в 6 случаях (23%) роды были проведены программированно с амниотомией. Родоразрешение путём операции кесарево сечение предпринято в 2-х случаях (7,1%) в связи с акушерскими осложнениями (высокое прямое стояние стреловидного шва, гипоксия плода).

Все дети родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов.

Эффекта от подготовки не было у 6 беременных, что составило 17,6%. Этим беременным дополнительно интрацервикально вводили ламинарные палочки. В результате у двух беременных шейка стала «зрелой» и роды произошли через естественные родовые пути. У 4-х беременных родоразрешение произведено путём операции кесарево сечение по сочетанным показаниям («незрелые» родовые пути, крупный плод, преэклампсия).

Дети были рождены в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов.

Во 2-й группе из 22 беременных шейка созрела у 10 (45,5%), стала «созревающей» у 9 (40,9%) и не было эффекта от подготовки в 3-х случаях (13,6%). В 8 случаях из 9 беременным с «созревающей» шейкой матки дополнительно интрацервикально вводили простагландин Е2 - препидил-гель. В результате ещё у 8 беременных (36,4%) шейка стала «зрелой».

Таким образом, общий эффект от подготовки шейки матки мифепристоном отдельно и в сочетании с простагландином Е2 - препидил-гелем во второй группе составил 81,8% (18 беременных).

У всех 18 беременных роды произошли через естественные родовые пути. Из них программированные роды с амниотомией проведены в одном случае (5,6%), а у 17 беременных (94,4%) роды начались спонтанно.Средняя продолжительность родового акта составила 8 часов 30 минут. У 4-х беременных (22,2%) произошел преждевременный разрыв плодных оболочек. Операцией

кесарево сечение закончились роды у одной роженицы с «созревающей» шейкой матки (5,6%) в связи с внутриутробной гипоксией плода.

Эффекта от подготовки не было у 3-х беременных (13,6%). Из них все беременные были родоразрешены путём операции кесарево сечение по сочетанным показаниям.

Течение родового акта у беременных двух групп представлено в табл. 1.

Таблица 1

Течение родового акта у перво- и повторнородящих с положительным эффектом от подготовки шейки матки мифепристоном

Номер группы	Роды через естественные родов. пути		Дородовое излитие вод		Амниотомия		Кесарево сечение	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
1 гр. N = 28 (из 34)	26	76,5	5	19,2	6	23,0	2	7,1
2 гр. N= 19 (из 22)	18	81,8	4	22,2	1	5,6	1	5,2

Таким образом, на основании проведённого исследования можно сделать следующие выводы:

1. Мифепристон – высокоэффективный препарат для подготовки шейки матки к родам у перво- и повторнородящих женщин, что является залогом успеха спонтанной и индуцированной родовой деятельности.
2. При исходно «незрелой» шейки матки не получено достоверной разницы в подготовке перво- и повторнородящих беременных
3. Процент оперативного родоразрешения у первородящих (7,1%) выше, чем у повторнородящих (5,2%).
4. Сочетание «Мифепристона» с простагландином Е2 - препедил-гелем увеличивает степень подготовки шейки матки к родам ещё на 37,5%.
5. «Мифепристон» не оказывает отрицательного воздействия на внутриутробное состояние плода.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АУТОИММУННОЙ КРАПИВНИЦЫ

Е.А.Больц

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Хроническая крапивница – встречается в 0,1-5% у пациентов в популяции. В 80 – 95% случаев хроническая крапивница является идиопатической. В

отечественной и зарубежной литературе продолжает обсуждаться вопрос об аутоиммунных механизмах развития хронической крапивницы. Впервые хроническая аутоиммунная крапивница была выделена в отдельную нозологию в 1993году английским дерматологом M. Greaves. С тех пор наши представления об этом заболевании постоянно пополняются новыми данными, полученными в результате многочисленных исследований. Однако и в настоящее время аутоиммунная крапивница является одной из важнейших и актуальных проблем современной аллергологии в связи с довольно высокой распространенностью, недостаточной ясностью патогенетических механизмов, отсутствием объективных и надежных методов диагностики и подходов к лечению. Отмечено, что аутоиммунная форма хронической крапивницы встречается у 30-50% больных. В основе ее развития лежит образование аутоантител к Ig E и к высокоаффинному IgE- рецептору. Отмечено, что заболевания щитовидной железы и другие аутоиммунные процессы часто сочетаются с хронической аутоиммунной крапивницей.

Ключевым моментом в диагностике аутоиммунной формы является проба с аутосывороткой, но оценки положительного результата весьма разнообразны. Также имеются сообщения о том, что данный анализ не является диагностически достоверным для подтверждения диагноза хронической аутоиммунной крапивницы. Полученные данные нуждаются в обобщении, критическом анализе и более точной оценке специфичности данной пробы, так как выводы авторов нередко противоречивы.

Нами было обследовано 30 пациентов с хронической крапивницей в возрасте от 18 до 60 лет с давностью заболевания от 6 недель до 5 лет. Для выявления сопутствующей патологии ЖКТ и щитовидной железы проводилось дополнительное клинико-лабораторное обследование. В качестве групп контроля были отобраны пациенты с поллинозом в состоянии ремиссии (I группа-10человек) и вторая группа здоровых пациентов (21человек). Всем пациентам ставилась проба с аутосывороткой для выявления возможной аутоиммунной этиологии заболевания. Проба с аутосывороткой проводилась и оценивалась по методу, предложенному Hide в 1993г.

Из 30 больных с хронической крапивницей проба с аутосывороткой была положительная у 23 человек (77%). Нами было произведено градуирование результатов пробы. Выделены три группы: к первой группе отнесены пациенты с диаметром пробы от 2 до 4 мм (3человека), ко второй – от 4,5 до 6,5 мм (9 человек), и в третью группу вошли пациенты с диаметром пробы 7 мм и более (11 человек). Патология щитовидной железы была выявлена у 7 (64%) пациентов третьей группы и у 4х человек (44%) второй группы. Пациенты с диаметром пробы менее 4 мм на патологию щитовидной железы не обследовались в связи с отсутствием показаний. У большинства пациентов (7человек) из третьей группы длительность заболевания составила более года в 64% случаев, во второй группе давность заболевания больше года была выявлена только в 44% (4 пациента).

У 7 (23%) человек с отрицательным результатом пробы, при дальнейшем обследовании, была выявлена физическая форма крапивницы – 4 чел (13%), у 3 человек (10%) давность заболевания не превышала 2 месяцев.

У пациентов из группы контроля с поллинозом проба с аутосывороткой у всех была отрицательной (100%), у пациентов из второй группы только у одного диаметр пробы с аутосывороткой превышал тест-контроль на 2,5 мм (5%) у остальных проба была отрицательной (95%).

В результате нашего исследования было выявлено, что у 77% больных с хронической крапивницей результаты пробы были положительными, что может указывать на аутоиммунный механизм развития данного заболевания.

У пациентов с диаметром пробы > 7 мм наиболее часто, в 64% случаев, выявляется патология щитовидной железы. Также у большинства данных пациентов (64%) давность заболевания составляет более года, что свидетельствует о том, что для формирования аутоиммунного процесса требуется длительный период времени.

В результате проведенного нами исследования, наиболее достоверным для диагностики аутоиммунной крапивницы и дальнейшей тактики лечения следует считать размер пробы с аутосывороткой 7 мм и более. Диаметр пробы от 4,5 до 6,5 мм является неблагоприятным прогностическим признаком и, возможно, свидетельствует о развитии в дальнейшем у этих больных аутоиммунной формы болезни.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ, ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ В ЛПУ САНАТОРИЙ «БЕРЕЗОВАЯ РОЩА»

А.В.Бычкова

ЛПУ санаторий «Березовая роща»
Пенза

С 2002 года в санатории «Березовая роща» открыто отделение реабилитации больных после следующих видов оперативного лечения: лапаротомная и лапароскопическая холецистэктомия по поводу желчекаменной болезни, резекция желудка, ушивание прободной язвы желудка и ДПК, оперативные вмешательства при остром панкреатите (панкреонекрозе).

Больные поступают в отделение непосредственно из стационаров г. Пензы и области на 10-12 день после полостных и на 6-8 день после лапароскопических операций. Всем пациентам в отделении проводятся следующие виды обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови на билирубин, холестерин, тимоловую пробу, трансаминазы, L-амилазу, протромбиновый индекс сахар крови, ЭКГ. По показаниям УЗИ и ЭГДС, консультация эндокринолога.

При назначении лечебных процедур учитываются общее состояние больного, состояние послеоперационного рубца, основное и сопутствующее заболевания, данные обследования.

Все больные получают комплексную реабилитационную терапию, включающую:

- санаторный охранительный режим;
- климатолечение;
- диетическое питание;
- прием минеральной воды внутрь;
- фитотерапию;
- кислородный коктейль;
- ЛФК;
- физиотерапевтические методы лечения: лазеротерапия, магнитотерапия, КВЧ-терапия, ультразвук, УФО;
- бальнео-водолечение;
- психотерапия;
- ИРТ;
- Массаж;
- медикаментозное лечение по показаниям.

Климатолечение является одним из главных немедикаментозных методов лечения, позволяющих восстановить здоровье пациента после оперативного вмешательства с помощью природных факторов.

Очень важную роль играет сбалансированное диетическое питание, дробное с механическим и химическим щажением.

Всем пациентам назначается лечебная физкультура малогрупповым методом.

Цель занятий ЛФК – активизация функций дыхания и кровообращения, стимуляция моторной функции желудочно-кишечного тракта, профилактика спаечных процессов, а также постепенная подготовка больного к выполнению нагрузок бытового и трудового характера.

Благотворно влияют на восстановительные процессы в организме фитотерапия и кислородный коктейль. Кислородный коктейль обогащает организм кислородом, способствует повышению иммунитета, более быстрому выздоровлению и восстановлению трудоспособности.

Бальнео-водолечение и бассейн оказывают благоприятное влияние на функциональное состояние центральной и вегетативной нервной системы, улучшают сон, настроение, нормализуют функциональное состояние органов пищеварения.

Широко используется комплексное лечение физиотерапевтическими факторами, что позволяет оказывать целенаправленное и многостороннее воздействие на патологические процессы.

Всего в отделении реабилитации за период с 2002 по 2010 гг. пролечено 2597 человек. Улучшение состояния после проводимого курса лечения отмечается у 99% пациентов.

Таким образом, проводимое реабилитационное лечение послеоперационных гастроэнтерологических больных в условиях санатория, оказывается высокоэффективным и является одним из перспективных направлений в курортологии.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПОДРОСТКАМИ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

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

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
управление Роспотребнадзора по Пензенской области, МИ ПГУ
Пенза

Одной из актуальных проблем современного общества является злоупотребление населением, особенно в детском и подростковом возрасте, психоактивными веществами (ПАВ). Научные исследования ряда авторов свидетельствуют о высокой распространенности негативных социальных и медицинских последствий употребления ПАВ. Не подлежит сомнению тот факт, что раннее начало злоупотребления молодым поколением ПАВ в значительной степени отражается на их здоровье.

Цель нашего исследования – анализ распространенности употребления ПАВ и мотивации к нему подростков, обучающихся в различных типах учебных заведений. С помощью специально-разработанной анкеты проведен анонимный опрос 315 учащихся, обучающихся в двух учебных заведениях начального профессионального образования (УЗНПО) – 146 девушек и 169 юношей, 316 студентов, обучающихся в двух учебных заведениях среднего профессионального образования (УЗСПО) – 185 девушек и 131 юноша, 384 учеников 11-х классов 14 общеобразовательных школ г. Пензы – 220 девушек и 164 юноши. Возраст опрашиваемых – 15-17 лет.

Установлено, что 1/5 респондентов, обучающихся в УЗНПО и УЗСПО, 1/6 опрошенных учеников школ жили в неполных семьях. Высшее образование, у обоих родителей, чаще встречалось среди 11-классников (48,5%), а среднее специальное образование – среди обучающихся в УЗСПО -54,2% и УЗНПО – 41,4%, что отражает влияние среды на мотивацию подростков.

Из числа опрошенных курят 45,2% учеников 11-х классов (39,82% девушек и 54,77% юношей), 58,01% студентов УЗСПО (56,75% девушек и 59,96% юношей), 57,19% учащихся УЗНПО (56,42 девушек и 58,29% юношей). Большинство юношей (45,8) стали курить постоянно в возрасте 12-14 лет, а девушки (41%) – 14-15 лет. Среди курящих школьников 16,5% юношей и 7,2%девущек злоупотребляют курением, т.е. выкуривают от 11 до 20 и более сигарет в день. Злоупотребляют курением 28,3% юношей и 29,1% девушек, обучающихся в

УЗНПО, 29,7% юношей и 20,0% девушек в УЗСПО. Мотивация к курению у большинства респондентов такова: любопытство, желание не отстать от сверстников и боязнь оказаться несовременным, желание самоутвердиться, поддержать компанию, пример друзей и взрослых, получение удовольствия. Как показал анализ опроса курящих респондентов, 89,4% юношей и 46,1% девушек из УЗНПО считают, что купить сигареты в магазине легко. Также считают 57% студентов (как юноши, так и девушки) УЗСПО, 39,2% школьников и 34,8% школьниц. Все подростки, злоупотребляющие курением, достаточно и очень легко покупают сигареты в магазине.

Установлены достоверные различия меду курением родителей и респондентами. Оба родителя курят у 13,6% курящих и 3,3% некурящих школьников, у 18,8% курящих и 7,2% некурящих студентов УЗСП, у 23,7% курящих и 10,1% некурящих учащихся УЗНПО ($p<0,05$). Курит только мать в семье у 8,3% курящих и 2,2% некурящих старшеклассников, у 11,9% курящих и 1,3% некурящих старшеклассниц; у 7,9% курящих и 1,1% некурящих юношей, у 6,4% курящих и 1,4% некурящих девушек из УСНПО; у 6,2% курящих и 2,2% некурящих студентов, у 6,8% курящих и 1,2%некурящих студенток УЗСПО ($p<0,05$).

Выявлена связь между наличием вредных привычек у старших братьев и сестер, друзей и опрашиваемых, Так, у некурящих юношей сигареты курят 22% старших братьев и сестер, 24% друзей; пьют до состояния алкогольного потребления 15% братьев и сестер, 24% друзей. У курящих подростков сигареты курят 58,1% братьев и сестер, 87,2% друзей ($r=0.73$), напиваются до состояния алкогольного опьянения 29,7% старших братьев и сестер, 29,7% друзей ($r=0.58$). У курящих юношей, в отличие от некурящих, 5% друзей употребляют ингалянты.

При анкетировании выявлена недостаточная информированность подростков о негативных последствиях табакокурения, причем 85,8% курящих, в отличие от некурящих, оценивают курение как слабый и умеренный, а 61,6% некурящих – как сильный риск здоровью. Вред пассивного курения признают ¾ некурящих и лишь 45% курящих подростков. Половина курящих респондентов хотели бы бросить курить. В то же время, 22,6% курящих девушек и 27.8% курящих юношей считают, что не смогли бы бросить курить, если бы даже захотели. Между тем, только 12% курящих подростков получали помощь или совет от медицинского работника, психолога о том, как бросить курить. Такой совет от друга получал каждый пятый, от члена семьи каждый седьмой, из нескольких источников каждый третий курящий подросток.

Согласно результатам исследования, доля лиц, употребляющих алкогольные напитки, составила среди старшеклассников 74,7%, а среди обучающихся в УЗНПО и УЗСПО – 85,4%. Употребляют спиртные напитки чаще, чем один раз в месяц 6,4%старшеклассниц и 17% старшеклассников, 21% студенток и 17,7% студентов УЗСПО, 29,5% девушек и 35,48% юношей из УЗНПО. 25,8% некурящих и 39% курящих подростков считают, что могут легко достать алкогольные напитки, а для 48% некурящих и 44% курящих – это сложно, 26,2% курящих и 17% некурящих не знают - трудно или легко.

В результате изучения распространенности отдельных категорий частоты потребления алкоголя, установлены статистически значимые различия в отношении категорий: реже одного раза в месяц и несколько раз в месяц среди курящих и некурящих. Так, с частотой менее одного раза в месяц некурящие юноши, обучающиеся в УЗНПО потребляли алкоголь в 1,5 раза реже, а студенты юноши УЗСПО в 1,9 раза реже, чем их курящие сверстники ($p<0,05$). У девушек различия недостоверны. С частотой несколько раз в месяц, но не ежедневно курящие юноши и девушки УЗНПО потребляли алкоголь в 7,4 и 3,1 раза чаще, чем некурящие, а курящие студенты УЗСПО в 3,1 раз чаще, чем некурящие ($p<0,01$). Также выявлены различия в употреблении отдельных видов алкогольной продукции. Если среди курящих 100% юношей и 80,3% девушек потребляют пиво, то среди некурящих - только 53,75 юношей и 47,4% девушек ($p<0,05$); газированные алкогольные напитки потребляют 41,5 и 40,6% некурящих, 40,4 и 72,2% курящих; вино потребляют 43,9 и 41,5% некурящих, 39,7 и 84,7% курящих; крепкие алкогольные напитки некурящие не потребляют, а среди курящих потребляют 17,7% юношей и 33,5% девушек ($p<0,05$).

Установлена недостаточная информированность подростков о вреде алкоголя. Так, 80,8% курящих и 53,5% некурящих подростков оценили риск вреда алкоголя как слабый и умеренный, соответственно 19,2 и 46,5% - как сильный.

Таким образом, обследованные контингенты подростков характеризуются высокой распространенностью курения, причем многие дети начинают курить с 12 лет и ранее. Наиболее неблагоприятная эпидемиологическая ситуация в отношении курения и потребления различных видов алкогольных напитков складывается среди обучающихся в УЗНПО и УЗСПО. Среди курящих подростков высока доля лиц, употребляющих практически все виды алкогольной продукции. Отмечается связь между наличием вредных привычек у членов семьи, друзей и подростков. Наличие возможности приобретать в торговой сети табачные изделия и алкогольные напитки, недостаточная информированность о риске для здоровья потребления ПАВ, практическое отсутствие целенаправленной работы профессионалов по прекращению употребления подростками ПАВ свидетельствует о серьезных недоработках в профилактике вредных привычек. Профилактические программы в данной группе населения, ставящие перед собой цель помочь молодежи удержаться от употребления ПАВ, должны быть ориентированы на возраст 11-14лет.

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

В.Г.Васильков, М.Ф.Купцова, И.С.Попова, Н.Б.Петухова

ГОУДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Трофологический статус - это структурно-функциональные и метаболические взаимоотношения в организме, обусловленные конституцией, полом и

возрастом человека, которые зависят от предшествующего фактического питания, условий жизни и имеющегося заболевания.

Питание способно влиять на смертность пациентов. Более того, оно может быть независимым предиктором смертности.

Травматическая болезнь требует максимально комплексного подхода к лечению, быстрой диагностики, интенсивной терапии с коррекцией белково-энергетической недостаточности, именно эти условия гарантируют благоприятный исход заболевания.

Травма является огромным стрессом для организма, в результате чего запускается порочная круговая реакция (патологический каскад).

Любая травма тела приводит к местным и генерализованным реакциям организма. Это четыре основные реакции: реакция ССС, вторичное токсическое поражение из-за всасывания продуктов распада ткани, нейроэндокринный ответ и метаболическая реакция. Как итог, развитие иммунодефицита и вторичной инфекции. Большинство авторов свидетельствуют о наличии единого синдрома гиперметаболизма (гиперкатаболизма, аутоканнибализма), который представляет собой суммарный метаболический ответ организма на генерализованную воспалительную реакцию.

В значительной степени возрастает катаболизм белков. Несмотря на ускоренный синтез протеинов, реакции распада и потребления белков создают отрицательный азотистый баланс. Аминокислоты мобилизируются из скелетной мускулатуры, соединительной ткани, нефункционирующего кишечника и поддерживают раневой процесс, а также расходуются для синтеза острофазовых белков. Из-за короткой жизни острофазовые белки (Т 0,5=1-2 дня) увеличивают белковый профиль плазмы, однако содержание висцеральных белков снижается. По мере выздоровления или при адекватной нутритивной поддержке соотношение белков сменяется в обратную сторону.

Потребность в нутритивной поддержке наиболее высока у больных с сочетанной травмой – 65%.

Степень недостаточности питания диагностируется по сводной таблице В.М. Луфта и А.Л. Костюченко на основании клинико-лабораторных и антропометрических данных.

Белково-энергетическая недостаточность (БЭН, protein-caloric malnutrition) – состояние, когда потребности в белке и/или энергии не могут быть обеспечены диетой.

Существуют 2 основные формы белково-энергетической недостаточности - маразм, квашиоркор и смешанная.

Маразм характеризуется атрофией мышц (вследствие утилизации белка) и подкожной клетчатки; отеки отсутствуют. Заболевание обусловлено недостаточным поступлением белков и энергии.

При квашиоркоре (изолированная белковая недостаточность) наблюдаются отеки, гипоальбуминемия, жировая дистрофия печени, при этом подкожная клетчатка сохранена.

Цель исследования: изучить состояние трофологического статуса и питательной недостаточности в динамике травматической болезни.

Соматический пул белка определялся на основании антропометрических методов: массы тела; длины тела, индекса массы тела; окружности плеча на уровне средней трети, величине отклонения фактической МТ от рекомендуемой и исходной ее величине до болезни; толщине кожно-жировой складки над трицепсом, окружности мышц плеча, содержания общего жира и тощей массы в организме.

Висцеральный пул белка определялся на основании лабораторных методов: величины общего белка крови, альбумина крови, лактата, мочевины и креатинина в суточной моче; трансферрина, общего азота в суточной моче.

Проведено исследование состояния трофологического статуса и видов питательной недостаточности у 25 больных с сочетанной травмой (разной степени тяжести ЧМТ, скелетная травма; повреждения органов грудной клетки; повреждения органов брюшной полости) в различные периоды травматической болезни.

При поступлении – у 6 чел. (24%) была определена недостаточность питания (НП): легкая степень у 3 чел; средняя степень – у 2 чел. и 1 чел. с тяжелой степенью НП, 2 чел. (8%) имели повышенное питание, остальные больные имели состояние эйтрофии.

В первые сутки отклонения от нормы по соматическому пулу белка были выявлены у 6 больных (24%) и колебались от 9 до 33%. Снижение висцерального пула белка до 31% выявлено у 20 больных (80%).

На 3 сутки соматический пул белка оставался на прежнем уровне сниженным у 24% больных, снижение висцерального пула белка обнаружено у 88% больных, однако колебания его составили от 10 до 20%.

К 5 суткам недостаточность питания нарастает по соматическому пулу белка у 9 больных (36%), уровень висцерального пула белка продолжает оставался сниженным у 22 пациентов (88%).

На 10 сутки число больных имеющих недостаточность питания возрастает как по соматическому (50%), так и по висцеральному пулу белка (80%).

Потребность больного в энергии, мы определяли по уравнению Харриса-Бенедикта с учетом факторов метаболической активности.

ЭЗП (М)=66,5+13,75*m(кг)+5,0*рост (см)-6,8*возраст (годы)

ЭЗП (Ж)=65,5+9,6*m(кг)+1,8*рост-4,7*возраст

Суточная потребность=ЭЗП*ФМА, в среднем она равна 25-40 ккал/кг/сут

Нутритивная поддержка проводилась у 92% больных (23чел).

Формирование недостаточности питания (НП) у больных с травматической болезнью (ТБ) является закономерным процессом (развивается почти у 80%).

Частота недостаточности питания коррелирует с тяжестью состояния. Структура НП определятся периодами течения ТБ:

- в раннем периоде в 80% случаев диагностирована НП по типу квашиоркора (по висцеральному пулу белка),

– в позднем периоде – в 50% случаев по типу алиментарной кахексии - маразма.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ПОЛИПОВ ЖЕЛУДКА И ТОЛСТОЙ КИШКИ

А.Ю.Верченко

КДЦ ГУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
Пенза

Цель работы – изучение непосредственных и отдаленных результатов эндоскопического удаления доброкачественных полипов желудка и толстой кишки.

Материалы и методы.

За последние 5 лет в отделении эндоскопии были выполнены 177 полипэктомий, во время которых в общей сложности удалено около 300 доброкачественных новообразований. Из них 119 полипэктомий, во время которых удалены полипы в различных отделах желудка, 14 – в ободочной кишке и 44 полипэктомии в ректосигмоидном отделе. Размеры удаленных полипов колеблются от 0,5 – 0,6 см до 2,5 – 3,0 см.

Выбор методики эндоскопического удаления зависел от размера новообразования и формы его основания. То есть удалялись полипы 3-го и 4-го типов. Подавляющее большинство полипов на ножках и полипы диаметром до 2,0 см удалялись одномоментной электроэксцизии. По методике фрагментации удалялись образования более 2,0 см или имеющие сложное строение. Все полипы, как правило, удалялись в один этап. В несколько этапов удалялись полипы размерами более 2 см и множественные полипы при полипозе.

Результаты.

Непосредственно после полипэктомий интенсивные кровотечения наблюдались в единичных случаях, причем все они были остановлены эндоскопическими методами. В части случаях выполнена электрокоагуляция, в других случаях – клипирование кровоточащего сосуда. Проведение хирургического вмешательства – лапаротомии - не потребовалось. В ряде случаев были наложены клипсы на обнажившийся сосуд в культе ножки полипа с превентивной целью. Можно признать целесообразным метод применение эндоплазменной коагуляции. Перфорация стенки желудка и толстой кишки не наблюдались. В нескольких случаях было призведено обкалывание короткой и толстой ножки раствором адреналина, что облегчало процесс эксцизии полипа и положительно влияло на гемостаз. При контрольной ФГДС наблюдалось стандартное (примерно на 3-и сутки) отторжение струпа и отпадение клипсы. В послеоперационном периоде проводилась обычная противоязвенная терапия, что ускоряло процесс рубцевание дефекта.

Несмотря на значительный клинический опыт эндоскопических полипэктомии и многообразие используемых методик, до сих пор существуют разно-

гласия о возможностях и границах применения эндоскопического метода, касающегося, в основном, допустимых размеров эпителиальных новообразований, ширины их оснований, наличия очагов малигнизации. В КДЦ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко при проведении плановых эндоскопических исследований и обнаружении полиповидных образований сразу берется материал на морфологическое исследование. При наличии озлокачествления больные направлялись в стационар Областного онкологического диспансера.

После операций в поле зрения попадали около 40% больных. У больных с различными видами полипозов рецидив происходил примерно в 87% случаев в виде образования полипов первого и второго типов. У оперированных больных с единичными полипами наблюдался рецидив примерно в 2% случаев. После повторно выполненных полипэктомий данных о рецидивах пока не поступало. Случаев развития у наблюдаемых больных в местах удаленных полипов онкологических заболеваний не наблюдалось.

Следовательно, эндоскопический метод лечения при неозлокачествленных формах полипов следует расценивать как радикальный.

Выводы.

1. Современные методы диагностики полипов разных локализаций позволяют в большинстве случаев правильно определить их принадлежность к доброкачественным или малигнизированным новообразованиям, что позволяет увеличить обоснованность с онкологических позиций эндоскопических вмешательств.

2. Опыт, накопленный в отделении эндоскопии КДЦ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, позволяет рассматривать эндоскопическую полипэктомию как самостоятельный метод лечения полипов различных локализаций, имеющих свою клиническую характеристику, и дает основание рекомендовать применение метода у самых разных категорий больных.

ЦИТОКИНЫ И ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ ВЗОМТ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.

О.П.Виноградова, Г.В.Коршунов

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Саратовский НИИТО Росздрава
Пенза, Саратов

Цель исследования: изучить характер изменений активности цитокинов при инфекционно-воспалительных заболеваниях женских половых органов.

Проведено клинико-иммунологическое исследование 65 больных с воспалительными заболеваниями женских половых органов. Средний возраст больных составил 23,2±3,2 года. Контрольную группу составили 40 женщин - доноров репродуктивного возраста. В комплекс диагностических мероприятий были включены обще-клинические, клинико-лабораторные и иммунологические исследования, гинекологическое обследование, ультразвуковое сканирование.

С учетом оценки общих и местных клинических проявлений эндотоксикоза (ЭИ), все женщины были разделены на группы с лёгким течением (24 человека), среднетяжёлым течением (25 женщин) и с тяжёлым течением (16 пациенток) заболевания. Определяли уровни цитокинов - фактор некроза опухоли (ФНО), интерлейкин-4 (ИЛ-4)и интерлейкин-8 (ИЛ-8) методом ИФА с использованием иммуноферментных тест-систем ЗАО "Вектор Бест" (г. Новосибирск). Проведена статистическая обработка полученных результатов.

У женщин контрольной группы (референтная группа) установлены следующие уровни: ФНО - 25,3±2,4 пг/мл, ИЛ-4 - 15,88±1,7 пг/мл, ИЛ-8 - 31,70 ±1,84 пг/мл. У пациенток с клиническими проявлениями воспалительных заболеваний женских половых органов отмечено повышение уровня ФНО при легкой степени тяжести эндогенной интоксикации - 106,62±9,6 пг/мл ($p < 0,001$), при средней тяжести - 110,0±10,38 пг/мл ($p < 0,005$), с тяжелым течением - 123,93±4,94 пг/мл ($p < 0,001$), ИЛ-8 у пациенток с легкой степенью тяжести 81,58±6,33 пг/мл ($p < 0,005$), при средней тяжести 84,04±5,62 пг/мл ($p < 0,001$), с тяжелым течением -72,79±1,52 пг/мл ($p < 0,001$), показатель ИЛ-4 в группе исследуемых больных составил в среднем 29,9± 6,35 пг/мл.

После проведенного курса лечения до получения позитивного клинического эффекта, сопровождавшимся улучшением состояния здоровья пациенток происходило снижение уровней цитокинов: уровень ФНО при легкой, средней и тяжелой формах ЭИ соответственно составили - 52,16±6,36пг/мл ($p < 0,005$), 65,66±8,56 пг/мл ($p < 0,005$) и 76,7±9,55 пг/мл ($p < 0,005$); уровень ИЛ-8 соответственно -46,04±1,46 пг/мл($p < 0,05$), 61,71±1,41 пг/мл ($p < 0,005$), 30,39±2,8 пг/мл ($p < 0,005$); ИЛ-4 после лечения составил 21,93±3,61 пг/мл.

Таким образом, изменения уровней изученных цитокинов коррелирует со степенью тяжести ЭИ воспалительных заболеваниям органов малого таза у женщин.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ У БОЛЬНЫХ С ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

Е.В.Волкова, Ю.А.Уткин, С.В.Адмаева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ГУЗ «Областная наркологическая больница» Пенза

В последние годы во всем мире отчетливо выявляется рост распространенности заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ, в частности алкоголя.

Актуальной проблемой современной наркологии является изучение патологического влечения к алкоголю (ПВА), его клинических особенностей в динамике заболевания при различных расстройствах личности (Е.С.Меньшикова, 1981; В.Б.Альтшулер, 1984,1994; Ю.В.Валентик, 1984; Т.В.Басманова, 2005; Н.Н.Иванец, 2005; И.В.Белокрылов, 2009; Е.И. Каширская, 2010). Это необхо-

димо для прогнозирования тяжести течения заболевания, дифференцированного подхода к терапии.

Цель исследования: изучить особенности ПВА на различных стадиях алкогольной зависимости у больных с эмоционально неустойчивыми расстройствами личности.

Методы исследования: клинико-психопатологически и экспериментально-психологически были изучены 30 больных алкогольной зависимостью (F 10.2 по МКБ -10) мужчин с импульсивными чертами личности в преморбиде (F 60.3 по МКБ-10) в возрасте от 18 до 52 лет. Все больные были включены в исследование методом сплошной выборки. Для обеспечения стандартизации исследования использовалась карта обследования больных алкогольной зависимостью, оценочный глоссарий ПВА (Н.В.Чередниченко, В.Б.Альтшулер, 1992). Для обследования и уточнения личностных особенностей больных применялись MMPI в адаптации Ф.Б.Березина и М.П.Мирошникова, SCID-2, диагностика самооценки психического состояния Г. Айзенка, методика диагностики потребности в поисках ощущений М. Цукермана. При квалификации преморбидных личностных особенностей использовались классификации П.Б.Ганнушкина (1933), О.В.Кербикова (1971), А.Е.Личко (1977), К.Леонгарда (1981), а также МКБ-10.

Результаты исследования: у 8 (26,7%) больных была выявлена 1-2 стадия алкогольной зависимости, у 15 (50%) больных - 2 стадия, у 7(23,3%)- 2-3 стадия. Аффективный компонент ПВА у больных 1-2 стадией характеризовался легкой дисфорией у 4 больных (50%), умеренной дисфорией у 2 больных (25%), легкие депрессивные расстройства были у 3 больных (37,5%), слабо выраженная тревога наблюдалась у 3 больных (37,5%). Поведенческий компонент ПВА характеризовался легко выраженной симптоматикой у 5 больных (62,5%) в виде оживления, гиперактивности и хлопотливости в подготовке к выпивке, несобранности, забывчивости, непоседливости. У 3 больных (37,5%) поведенческий компонент ПВА характеризовался умеренно выраженной симптоматикой. Больные стремились уклониться от лечения, были недовольны режимом, желали ускорить выписку из больницы. Отмечалось изменение круга общения (общение с больными, не настроенными на лечение), неусидчивость и непоследовательность в повседневных делах, суетливость,рассеянность.

У больных 2 стадией в структуре аффективного компонента ПВА у 2 больных (13,3%) были выявлены легкие дисфорические расстройства, у 10 больных (66,7%) - средние, у 3 больных (20%) – выраженные дисфорические расстройства. Легкие депрессивные расстройства у 2 больных (13,3%), средние у 7 больных (46,7%), выраженные депрессивные расстройства у 3 больных (20%). Слабо выраженная тревога наблюдалась у 1 больного (6,7%), у 4 больных (26,7%) - умеренная, у 3 больных (20%) выраженная. В поведенческом компоненте ПВА стержневым оказалось формирование умеренно выраженной симптоматики (10 больных, 67,7%)

У больных 2-3 стадией алкогольной зависимости аффективный компонент ПВА характеризовался умеренно выраженной дисфорией у 2 больных

(28,6%), выраженной дисфорией у 5 больных (71,4%); средние депрессивные расстройства были у 2 больных (28,6%), выраженные депрессивные расстройства у 4 больных (57,1%); умеренная тревога у 2 больных (28,6%), выраженная у 2 больных (28,6%). Главным проявлением поведенческого компонента выступало формирование выраженной симптоматики у 5 больных (71,4%), в виде враждебности, оппозиции к лицам, навязывающим трезвость, «эксперименты»с алкоголем. Обращение с жалобами на тягу к спиртному, стремление немедленно выписаться.

Вегетативные и идеаторные компоненты ПВА были мало выражены на всех стадиях заболевания.

Выводы: сруктура ПВА у больных алкоголизмом с эмоционально неустойчивыми расстройствами личности неоднородна. Отмечается преобладание и усиление аффективной и поведенческой симптоматики ПВА в динамике заболевания у больных алкоголизмом с эмоционально неустойчивыми расстройствами личности, что необходимо учитывать при дифференцированной психофармакотерапии.

«ТЕНОТЕН ДЕТСКИЙ» В ЛЕЧЕНИИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПО ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОМУ ТИПУ

Р.Т.Галеева, Г.В.Долгушкина, А.Н.Астафьева, Ю.Е.Алленова, О.С.Погребняк

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ГУЗ ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова
Пенза

Актуальность: в структуре болезней билиарной системы детского возраста дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) занимают первое место и составляют 75% (Белоусова М.А., Исаева А.А., 1999). Важное значение в развитии дискинезий имеет дисфункция вегетативной нервной системы.

Цель исследования: оценить эффективность терапии препаратом «тенотен детский» ДЖВП по гиперкинетическому типу у детей.

Материал и методы:

Под нашим наблюдением находились дети в возрасте от 10 до 15 лет (21 чел.) с ДЖВП по гиперкинетическому типу. Диагноз устанавливали по клиническим проявлениям и УЗИ желчевыводящих путей с пробным завтраком.

Учитывая возраст наблюдаемых детей, «тенотен детский» назначали в традиционной комплексной терапии в дозе по 1 таблетке 3 раза в день курсом 1,5 месяца. Данный препарат создан специально для детского возраста, содержит сверхмалые дозы антител к мозгоспецифическому белку S-100, оказывает выраженное успокаивающее действие.

В контрольной группе (17 чел.) были дети с ДЖВП по гиперкинетическому типу, которые получали традиционную терапию (спазмолитики, физиопроцедуры седативного и спазмолитического действия). По возрасту, полу, длительности и тяжести заболевания дети контрольной группы были сопоставимы с основной группой.

Перед началом лечения у всех детей (без достоверных различий в обеих группах) с помощью опросника А.М. Вейна определялись умеренно выраженные психопатологические расстройства в виде неустойчивого эмоционального фона (87%), повышенной тревожности (29%), утомляемости (46%), отвлекаемости (74%), нарушений сна (68%), снижение памяти, головных болей (36%), головокружений (12%), метеозависимости (7%), снижение аппетита (56%), диспептических расстройств в виде тошноты, рвоты, метеоризма (38%).

По нашим наблюдениям у детей основной группы на фоне применения «тенотена детского» в сочетании с традиционной терапией клинические проявления гиперкинетического типа ДЖВП (болевой синдром, диспептические явления, вегетативные нарушения) купировались в среднем на 4-5 дней раньше, чем у детей соответствующей контрольной группы. По завершению курса лечения отметили значительную коррекцию астеновегетативных нарушений, что, несомненно, положительно сказалось на процессах реконвалесценции.

Заключение:

1. Применение «тенотена детского» в комплексной терапии гиперкинетического типа дискинезий желчевыводящих путей оказывает благоприятное действие на процессы реконвалесценции.
2. Доказанное успокаивающее, выраженное вегетотропное действие препарата «тенотен детский» позволяет рекомендовать его для применения у детей с различными проявлениями вегетативных дисфункций на фоне дискинезий желчевыводящих путей.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

А.В.Гатин, Е.Р.Кулюцина, В.А.Моисеенко

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Среди венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является самым грозным осложнением и непосредственной угрозой жизни для больных как в острый, так и в отдаленный период посттравматической болезни (Савельев В.С. и соавт., 2010). Летальность при не диагностированной, а значит и не леченной ТЭЛА достигает 40%, тогда как при проведении своевременной терапии не превышает 10% (Котельников М.В., 2003). Доказано, что частота встречаемости ТЭЛА в многопрофильной больнице намного выше, чем представляют официальные статистические данные (Момот А.П. и соавт., 2010). При анализе протоколов вскрытия частота развития ТЭЛА в многопрофильном стационаре составляет 6% в структуре причин смерти. Участившиеся случаи ВТЭО, имевшие место в 2009-2010 годы при лечении травматолого-ортопедических больных, обусловили наш интерес к

проблеме оптимизации диагностики ТЭЛА и стали предметом нашего исследования.

Целью исследования: проанализировать особенности динамики и определить информативность клинико-лабораторных показателей в диагностике тромбоэмболии легочной артерии в условиях травматологического стационара.

Проведено ретроспективное изучение клинико-лабораторных данных по историям болезни 10 умерших пациентов с тяжелой монотравмой и политравмой, осложненной ТЭЛА, находившихся на лечении в отделении травматологии и ортопедии МУЗ ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина в течение 2 - 17 дней. Большинство пациентов были госпитализированы после дорожно-транспортных происшествий. Пострадавшие поступали чаще с закрытыми повреждениями нижних конечностей, преимущественно бедренного сегмента (5), затем голень (3). Повреждения верхней конечности - у одного. Повреждение грудной клетки было превалирующим у одного пациента. У троих острый посттравматический период осложнился травматическим компенсированным (1) и декомпенсированным обратимым шоком (2). В анамнезе жизни у всех отмечены сопутствующие заболевания: хронический гастрит, недостаточность мозгового кровообращения, ангиопластика сосудов, кровоснабжающих головной мозг, язвенная болезнь желудка, ИБС, постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь, острое нарушение мозгового кровообращения. Выполнены оперативные вмешательства: скелетное вытяжение нижней конечности – 4, остеосинтез шейки бедренной кости – 1, остеосинтез мыщелков большеберцовой кости - 1. Осложнения ВТЭО развились в период от 2-х до 16 суток стационарного лечения.

Все больные имели факторы высокого риска ВТЭО вследствие нарушения кровотока (иммобилизацию более чем 72 часа в постели, снижения активности, сердечная недостаточность, посттравматический синдром, тромбофлебит), изменения состава крови (иммобилизирующая повязка на нижней конечности, тяжелая и сочетанная травма, заболевания и патологические состояния), изменения в сосудистой стенке (возраст 52-85 лет и др.). В лечение были включены препараты, влияющие на различные звенья гемостаза (аспирин, гепарин). Переливания свежезамороженной плазмы выполнялись с 3-их суток с момента травмы в объеме 300 мл в сутки.

Тромбоцитарные и эритроцитарные показатели общего анализа крови (гемоглобин, количество эритроцитов, гематокрит, MCH, MCHC, MCV, RDW) колебались в пределах нормы, кроме одного больного с язвенной болезнью желудка и желудочным кровотечением, развившимся на 3-и сутки после травмы. Количество лейкоцитов и СОЭ значительно варьировали вплоть до увеличения в 1,5 – 2 раза. Относительные показатели лейкоцитарной формулы изменялись в пределах нормы, однако отмечалось стабильное увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации в 10 и более раз (12-19), что говорит о его высокой информативности в отношении развития синдрома эндогенной интоксикации.

В ряду гемостазиологических показателей наиболее информативными были монотонно повышенные показатели Д-димера (8,62) и ортофенантроли-

нового теста (28-29 мг/%). Изменения показателей протромбинового и тромбинового времени, фибриногена были в нормальных пределах и не отражали динамику клинических проявлений посттравматического периода.

С целью разработки и утверждения наиболее эффективных, стандартных лечебно-профилактических мероприятий необходимо дальнейшее наблюдение за больными с тяжелой и сочетанной травмой, осложнившейся ТЭЛА, и изучение динамики более широкого спектра лабораторных тестов у пациентов в группах высокого риска ВТЭО.

БОЛЕЗНЬ БЕХЧЕТА: ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ ДЕБЮТ

Н.Н.Гостева, П.Ю.Татарченко, К.Е.Гостева

ГБУЗ Пензенская областная офтальмологическая больница,
ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МИ ПГУ
Пенза

Болезнь Бехчета (ББ) – редкое хроническое рецидивирующее полисистемное заболевание с поражением кожного покрова и слизистых оболочек, глаз, суставов, пищеварительной, мочеполовой, нервной системы. Турецкий дерматолог, профессор Х. Бехчет (1889-1948 гг.) детально описал симптомы заболевания и его лечение в 1937 году. ББ наиболее часто встречается в странах Ближнего Востока, бассейне Средиземного моря, Японии, то есть в географической зоне Великого Шелкового пути. На территории России насчитывается не более 300 пациентов. Заболевание возникает в возрасте 20-30 лет (мужчины болеют в 2 раза чаще, чем женщины).

Этиология неизвестна, патогенетически ББ – первичный аутоиммунный васкулит, что и определяет системный характер заболевания. Диагностика ББ сложна в связи с редкой встречаемостью заболевания в нашей стране, полиморфной клинической картиной, отсутствием специфических маркеров. Выделяют главные («major») и второстепенные (“minor”) критерии диагностики2. Критерии «major»: рецидивирующий афтозный стоматит, кожная и подкожная узловатая эритема, увеит с гипопионом, генитальные язвы. Критерии «minor»: артрит, эпидидимит, васкулярные симптомы со стороны мелких артерий и вен, гастроинтестинальные симптомы, менингоэнцефалит, легочная дисфункция, болезни почек. Дифференциальная диагностика проводится с герпесом, сифилисом, токсоплазмозом, СПИДом.

ББ неизлечима, носит хронический рецидивирующий характер, типично до 3-4 обострений в год, особенно часты обострения в начале заболевания. Лечение комплексное, осуществляется под руководством ревматолога и включает: антибиотики, кортикостероиды, иммунодепрессанты, НПВП, симптоматическую терапию3. Требуется индивидуальный подход, точный учет клинической картины и иммунологической реактивности больного, терпение и настойчивость врачей и пациента.

Нетипичные, более редкие варианты поражения глаз при ББ: это задний увеит (хориоретинит), васкулит глазного дна, невриты, панувеит с заращением зрачка и вторичной глаукомой. Дифференциальную диагностику проводят с токсоплазмозным хориоретинитом, туберкулезным хориоретинитом, задней многофокусной плакоидной пигментной эпителиопатией4. За 30 лет работы в офтальмологической клиники наблюдались всего 3 пациента с глазными проявлениями ББ. Представляем последний случай.

Пациент Х., 36 лет, обратился к офтальмологу в январе 2010г с жалобами на резкое снижение зрения левого глаза, объективно: visus OS=0,06 не корр., передний отрезок без особенностей, в задних слоях стекловидного тела экссудат, границы диска зрительного нерва (ДЗН) нечеткие, смазанные, в ямке ДЗН экссудат, в зоне папилло-макулярного пучка сетчатки выраженный отек и складчатость, точечные единичные геморрагии; парный глаз здоров. С диагнозом «Острый нейрохориоретинит левого глаза» пациент госпитализирован по cito в МУЗ ГБ им Н.А. Семашко. Проведен курс лечения антибиотиками, противоотечной терапии, НПВП, глюкокортикоиды парабульбарно, а затем в виде пульс-терапии. Общеклиническое обследование: без особенностей. В результате лечения visus OS=0,3 не корр., экссудат в стекловидном теле рассосался, отек сетчатки уменьшился. С целью профилактики кистообразования в макуле произведена лазеркоагуляция сетчатки в виде барража макулы. Поставлен диагноз «Болезнь Бехчета: нейрохориоретинит с прогрессирующим снижением зрительных функций на оба глаза, рецидивирующий афтозный стоматит, варикозная и посттромботическая болезнь нижних конечностей, отечная индуративная форма слева, мигрирующие флеботромбозы, перевязка сафено-бедренного соустья, хроническая венозная недостаточность 3 степени». После выписки сохранялась гипертермия до 37,80, появились постинъекционные флебиты вен предплечий, В феврале 2010г госпитализирован с диагнозом «Острый артрит голеностопного сустава», проведена массивная терапия, но лихорадка сохранялась.

С марта 2010г лечился в самарской военно-медицинской академии, получал интенсивную антибиотико- и гормонотерапию в течение 45 суток. Лихорадка и явления артрита купированы только на дозе преднизолона 40 мг/сутки. С диагнозом «Недифференцируемое заболевание соединительной ткани» пациент переведен в главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко. Присоединился тромбофлебит подкожных вен верхних и нижних конечностей, произведена перевязка сафено-бедренного соустья справа с тромбэктомией. В августе 2010 г. снизилось зрение обоих глаз, выявлено обострение нейрохориоретинита, а с сентября 2010г присоединился пустулез кожи, левосторонний катаральный синусит. Консультирован неврологом, диагноз: «Деминилизирующее заболевание». Описанная полиморфная картина расценена как единое заболевание в ИР РАМН в декабре 2010 г., где после исключения целого ряда заболеваний проведена пульс-терапия циклофосфаном и преднизолоном. Таким образом, мы наблюдали нетипичный (офтальмологический) дебют болезни

Бехчета с нетипичными офтальмологическими проявлениями (не гипопион-иридоциклит, а нейрохориоретинит).

Литература:

1. Офтальмология: национальное руководство/ под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетовой, В.В. Нероева, Х.П. Тахчиди. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – с. 497
2. Рысаева А.Г. Вопросы клиники, диагностики и лечения увеитов при болезни Бехчета и синдроме Фогта-Койанаги-Харада. // Актуальные вопросы офтальмологии. М.: Медицина, 1978. С.25-32.
3. Терапевтическая офтальмология. / Под ред. М.Л.Краснова, Н.Б.Шульпиной. - М.: Медицина, 1985. - 360 с.
4. Зайцева Н.С., Кацнельсон Л.А. Увеиты. - М.:Медицина, 1984. - 320 с.

ПОВЫШЕНИЕ БЕЗОПАСНОЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ СРЕДСТВАМИ ВИБРОТЕРАПИИ

Н.Ф.Давыдкин, Г.Г.Номоконов, Е.Ф.Черных

ГОУ ВПО СГМУ Росздрава, ОАО «Санаторий им. В.П.Чкалова» Самара

В нашей стране проживают более 1 млн. человек, перенёсших инсульт, причём 80% из них являются инвалидами, а 10% из них тяжёлыми инвалидами и нуждаются в постоянном уходе [Гусев Е.И., 1994; Яхно Н.Н. и др., 1999; Скворцова В.И., 2001, 2002; и др.]. Более чем у 85% больных с инсультом наблюдаются те или иные двигательные расстройства. Снижение сенсорной афферентации с нижних конечностей из-за вынужденной гиподинамии и неиспользования в полном объёме паретичной нижней конечности снижает постуральную устойчивость постинсультных больных, повышает риск падений и травм, препятствует самообслуживанию пациентов, значительно ухудшает качество жизни пациентов. Падения могут встречаться в любом периоде после острого нарушения мозгового кровообращения. Хотя бы один случай падения наблюдался у 60 - 83% пациентов [De Vineenzo D.K., Watkins S., 1987; Mion L. et al., 1989].

Цель исследования - оценить эффективность вибромассажа рефлексогенных зон подошв стоп с имитацией ходьбы с точки зрения повышения безопасной жизнедеятельности пациентов с ишемическим инсультом на санаторном этапе лечения.

Материалы и методы. Проведено сравнительное исследование результатов лечения 111 пациентов, которые поступили на лечение в ОАО «Санаторий им В.П.Чкалова» с диагнозом ишемический инсульт, в сроки от начала заболевания до 1 месяца. Мужчин было 64,9%, женщины - 35,1%. Методом рандомизации больные были разделены на две равнозначные группы. В 1 группу, группу сравнения, входили 61 человек, которые получали комплекс стандартного санаторного лечения, включавшего в себя медикаментозную терапию, физиоте-

рапевтическое лечение, массаж, лечебную физкультуру с элементами эрготерапии, психотерапию, иглорефлексотерапию, по показаниям занятия с логопедом - нейропсихологом. Во 2 группу – основную - входили 50 пациентов, которым дополнительно назначали вибромассаж рефлексогенных зон подошв стоп с имитацией ходьбы аппаратом «Виброскaнер ВСМ - 202».

Виброскaнер относится к средствам вибротерапии. Вибраторы платформ аппарата имеют возможность перемещения для установки в соответствии с размером стоп пациента и возможностью воздействия на нужную рефлексогенную зону. Особенностью устройства виброскaнера является локальное воздействие на опорные зоны подошвенной поверхности стоп с частотой 15, 30, 60, 80 шагов в минуту. Звук шагов в наушниках способствует формированию сенсорного образа ходьбы. Процедуру проводили в положении сидя, стопы пациента устанавливались на платформы. При проведении процедуры использовали частоту колебаний 64 Гц, как вызывающую адекватную реакцию сердечно-сосудистой системы. На первых занятиях использовался темп 15 шагов в минуту длительностью 5 минут. В последующем темп шагов увеличивался до 30 и 60 шагов в минуту, а длительность процедуры до 14 минут. Больные получили по 15 процедур за курс лечения.

Для оценки эффективности лечения пациентам была проведена стабилометрия стабилоанализатором компьютерным с биологической обратной связью «Стабилан - 01» (ЗАО ОКБ Ритм г. Таганрог) с исследованием площади зоны перемещения в тесте на устойчивость. С увеличением данного параметра увеличивается постуральная устойчивость пациентов. Также оценивали функцию самообслуживания по шкале Демиденко Т.Д., (1987). Оценка двигательной активности производили с помощью адаптированной шкалы Functional mobility assessment in elderly patients [M.Tinnetti, 1986].

Результаты. По данным стабилометрии среднее значение площади зоны перемещения увеличилось в обеих группах, но в основной группе - на 51,45% (7446 кв.мм.) и составило 21918 кв.мм, а в группе сравнения - на 41,99% (6180 кв.мм.) и достигло 20900 кв.мм. В основной группе 76% пациентов имели значительную степень нарушения двигательной активности. После лечения доля этих больных снизилась до 20%. В группе сравнения иная картина: до лечения 75,4% пациентов были со значительной степенью нарушения двигательной активности, после лечения 31,1%. То есть двигательная активность увеличилась в обеих группах. Но в основной группе средний балл вырос на 0,78 балла, а в группе сравнения - на 0,56 балла ($p<0,05$). По шкале оценки функции самообслуживания средний балл в основной группе после лечения увеличился на 1,14 балла и составил 2,04 балла, а в группе сравнения прирост составил 0,56 балла и средний балл в группе - 1,84 ($p<0,05$).

Все пациенты, получавшие вибромассаж, субъективно отмечали повышение чувствительности подошв стоп на 2-3 сеансе. Субъективно вибромассаж сопровождался ощущениями «тепла», «лёгкого жара», уменьшением онемения в стопах. Ни у одного больного процедура не вызвала каких - либо неприятных или болезненных ощущений. Отмечавшиеся умеренные вегетативные реакции

в виде лёгкой потливости и учащения сердцебиения на 10 - 12 ударов в минуту, не влияли негативно на самочувствие пациентов и проходили после 2 - 4 сеансов самостоятельно.

Таким образом, использование вибромассажа рефлексогенных зон подошв стоп с имитацией ходьбы повышает устойчивость пациентов в вертикальной стойке и при ходьбе, что проявляется увеличением самообслуживания постинсультных больных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Н.Ф.Давыдкин, С.Л.Коваль, В.В.Баженова, Е.А.Потапова

ГОУ ВПО СГМУ Росздрава», ОАО «Санаторий им. В.П.Чкалова»
Самара

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является ведущей причиной смертности населения во многих экономически развитых странах, в том числе и в России, составляя 56% от общей смертности. Смертность больных нестабильной стенокардией составляет – 2% в год, у 2-3% больных ежегодно возникает нефатальный инфаркт миокарда.

Цель: изучение эффективности общей магнитотерапии в комплексном санаторном лечении больных с нестабильной стенокардией.

Материалы и методы. Обследовано 70 пациентов с нестабильной стенокардией в возрасте от 41 до 65 лет, поступивших на лечение в санаторий им В.П.Чкалова на 14-18 день от начала заболевания. Средний возраст 56 + 6 лет, из них женщин - 23 (32,9%) человека, мужчин - 47 (67,1%). В исследуемую группу входили больные нестабильной стенокардией со стабилизацией до 2 ФК. Пациенты относились к 1 – 2 функциональному классу хронической сердечной недостаточности по NYHA с фракцией выброса по ЭХОКГ не ниже 52%. У 63 (90%) больных из сопутствующей патологии была гипертоническая болезнь 2 стадии, у 28 (40%) - остеохондроз шейно - грудного отдела позвоночника, у 10 (14%) имела место дисциркуляторная энцефалопатия. Исследуемые пациенты методом рандомизации распределены на 2 группы.

В процессе санаторного лечения контролировали липидный спектр крови, общеклинические анализы, электрокардиограмму (ЭКГ). По показаниям проводили велоэргометрию, суточное Холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиографию (ЭХОКГ).

Воздействие «общей» магнитотерапии оценивали по показателям свертывающей системы крови: протромбиновому индексу, времени свертывания по Сухареву, активированному частичному тромбопластиновому времени. Оценка изменения толерантности к физической нагрузке проводилась с использованием теста 6-минутной ходьбы. Оценка качества жизни - по тесту САН: «самочувствие», «активность», «настроение».

Пациенты обеих групп получали комплексное лечение: медикаментозную терапию, климато- и ландшафто - терапию, охранительный режим, лечебную физкультуру и ручной массаж, бальнеотерапию, электролечение. Больным основной группы к стандартному комплексу санаторного лечения дополнительно назначали магнитотерапию от аппарата «Полимаг – 01». Указанное лечение проводили на фоне создания оптимально возможных условий экологии.

Методика магнитотерапии: процедуру проводили в положении больного «лежа на спине». Два основных индуктора по 4 линейных излучателя накладывали на грудную клетку «N» полярностью к телу больного на шейно-грудной отдел позвоночника. Вид магнитного поля: «бегущая» горизонталь слева направо, частота колебаний магнитного потока 90 - 100 ГЦ, интенсивность магнитной индукции 10 - 20 мТл, продолжительность воздействия 15 – 20 мин ежедневно, курс лечения 10 – 12 процедур.

Результаты: В основной группе исследования у больных, получавших «общую» магнитотерапию, на 12 – 14 день от начала лечения уменьшилась частота и выраженность ангинозных болей. В группе сравнения жалобы на приступы загрудинных болей исчезли в более поздние сроки – к 15 – 18 дню.

Получен стойкий гипотензивный эффект: артериальное давление стабилизировалось и достигло целевого значения 115/75 + 10/8 мм рт. ст. в основной группе к 5 -7 дню лечения, в группе сравнения - к 8 – 10 дню.

После лечения наметилась положительная динамика показателей свертываемости крови. Достоверно ($p < 0,05$) уменьшилась величина протромбинового индекса с 96% + 4 до 80% + 3 у пациентов основной группы, в группе сравнения снижение протромбинового индекса было недостоверным - с 96% + 4 до 87% + 3. В обеих группах было выявлено достоверное увеличение времени свертывания по Сухареву, в основной группе с 6,49 мин + 0,09 до 6,99 мин + 0,11, в группе сравнения с 6,50 мин + 0,09 до 6,71 мин + 0,1 ($p < 0,05$). При сопоставлении результатов изменения активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) достоверные данные получены у пациентов основной группы. Наблюдали увеличение показателей с 31,41сек + 1,1 до 33,0сек + 0,96 ($p< 0,05$), тогда как в группе сравнения показатели существенно не отличались до лечения 31,34сек + 1,1 и после 31,39сек + 1,1 ($p > 0,05$). Полученные результаты анализов крови у пациентов основной группы свидетельствуют о качественном сдвиге свертывающей системы крови в сторону гипокоагуляции.

Возросла толерантность к физической нагрузке: увеличилась проходимая дистанция - в основной группе с 305 метров + 5,7 до 388 метров + 15,6, в группе сравнения – с 300 метров + 6,1 до 357 метров + 13,5.

Снизился уровень тревожности, улучшилось качество жизни, подтвержденное тестом САН. Показатель «самочувствие» повысился до 4,51 + 0,15 у пациентов основной группы, в группе сравнения до 3,91 + 0,11. Показатель «активность» в основной группе исследования увеличился до 4,9 + 0,19, в группе сравнения - до 4,0 + 0,11. Показатель «настроение» у пациентов основной группы повысился до 5,7 + 0,17, в группе сравнения – до 4,5 + 0,15.

Выводы: Применение «общей» магнитотерапии от аппарата «Полимаг-01» повышает эффективность санаторного лечения больных нестабильной стенокардией.

КОНЦЕПЦИЯ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТАНИЗ

П.С.Дегтярь, С.И.Дегтярь, Р.В.Абрамочкин

МЗ и СР ПО, Медицинский центр «Панацея», ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Охрана здоровья населения Российской Федерации является одним из приоритетных направлений социальной политики государства в период реформирования экономики и социальной сферы. Получает развитие новое направление деятельности – переход от системы, ориентированной на лечение заболевания, к системе охраны здоровья граждан, основанной на приоритете здорового образа жизни и направленной на профилактику заболеваний.

Нами разработана и внедряется программа профилактики ТАНИЗ (токсикомании, алкоголизм, наркомании, игровая зависимость), которая осуществляется на территории любого муниципального образования и состоит из 3-х этапов.

Первый этап - неотложные медицинские мероприятия (1-2 года).

Организационные мероприятия этого этапа.

1. Определяется территория, на которой будет работать программа профилактики ТАНИЗ.

2. Заключаются договора между администрацией данной территории и исполнителями программы.

3. На базе местного учреждения здравоохранения и управления социальной защиты создается межведомственная комиссия по реализации программы профилактики ТАНИЗ (межведомственную комиссию должен возглавлять глава администрации или зам. главы по социальной работе. В межведомственную комиссию так же должны входить представители здравоохранения, образования, культуры, МВД, госнаркоконтроля, прокуратуры, спорта, по делам молодежи, общественных организаций и других структур). Утверждается единый план работы и сроки исполнения. Формируется банк данных на лиц, замеченных в употреблении психоактивных веществ (ПАВ). Информация в банк поступает из:

а) МВД (лица лишенные водительских прав в алкогольном или наркотическом опьянении, лица совершившие правонарушения в алкогольном или наркотическом опьянении, подростки, состоящие на учете в ИДН);

б) УФСКН (управление федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков);

в) здравоохранения (информация из больниц на граждан, вызывавших бригаду скорой помощи в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, от наркологической службы, от врачей общей практики);

г) образования (учащиеся, употребляющие ПАВ).

Комиссия по профилактике ТАНИЗ проводит отбор и направление лиц, употребляющих ПАВ в лечебные и реабилитационные учреждения государственного и негосударственного здравоохранения. Наблюдение и оказание профилактической помощи пациентам, прошедшим лечение и медико-социальную реабилитацию проводят участковые врачи психиатры-наркологи, специалисты управления соцзащиты и негосударственные медицинские учреждения.

Второй этап - немедицинский (1-2 года), осуществляется практически одновременно с первым этапом.

Цель – формирование здорового образа жизни.

Осуществляется межведомственное взаимодействие между учреждениями образования, здравоохранения, соцзащиты, силовых структур, общественными организациями. Проводится работа по единому плану, и охватываются сферы образования, производства, семьи и досуга. Для этих целей в образовательных учреждениях выбираются специалисты, которые проходят обучение на практических семинарах по различным темам, например: «Как быть успешным», «Как научиться говорить «нет»; тренинги по снятию напряжения, и т.п. А также разрабатываются программы по проведению спортивно-массовых мероприятий, в частности: «Мама, папа, я – спортивная семья».

Третий этап – 2-3-й год от начала работы программы.

Проводится долгосрочная и постоянная работа по профилактике ТАНИЗ. Контроль четырех сфер, а именно: образования, производства, семьи и досуга проводиться межведомственной комиссией муниципального образования.

Основные отличия этой программы от других программ:

1. комплексный подход решения данной проблемы (по единому плану и во взаимосвязи работают федеральные, муниципальные и негосударственные структуры);

2. четкая структуризация этапов;

3. приближение к населению специализированной наркологической, психологической и профилактической помощи, особенно в системе образования;

4. активное вовлечение в профилактику ТАНИЗ производственных предприятий всех форм собственности.

Таким образом, данная программа профилактики ТАНИЗ направлена на раннее выявление лиц, употребляющих ПАВ, укрепление института семьи, оздоровление населения конкретного региона.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕНОТРОПИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Е.А.Деревянных

ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава
Челябинск

В связи с увеличением продолжительности жизни женщин в последнее время во всём мире значительно возрос интерес к изучению проблем перименопаузального периода. Именно в климактерии, на фоне возрастных изменений, доминируют клинические проявления эстрогендефицитного состояния, обусловленного снижением и прекращением функции яичников. Особое место среди эстрогендефицитных состояний занимает хирургическая менопауза, когда при проведении гистерэктомии женщинам с различными гинекологическими заболеваниями происходит одномоментное снижение или выключение функции яичников.

Выключение функции яичников в репродуктивном периоде вызывает реакцию в нейросекреторной системе гипоталамус - гипофиз и в других отделах ЦНС. Изменяется функциональное состояние как эрготропных, так и трофотропных отделов лимбико-ретикулярного комплекса и механизмов вегетативной регуляции, что позволяет считать климактерический синдром болезнью «адаптации».

Современные принципы лечения вегетативных нарушений базируются на концепции их гетерогенности, предполагающей многообразие причин и механизмов развития вегетативной дисфункции. Одним из ведущих направлений является применение ноотропных препаратов, улучшающих метаболизм нервной ткани и мозговой кровоток. Эти средства оказывают нейропротективное действие, прямое активирующее влияние на структуры головного мозга, улучшают память и когнитивные функции, обладают вегетостабилизирующим действием, а также повышают устойчивость центральной нервной системы к повреждающим воздействиям.

Исходя из вышесказанного, целью настоящей работы явилось изучение эффективности применения отечественного ноотропа нового поколения – фенотропила («Валента-фарм») для коррекции синдрома вегетативной дистонии у женщин при хирургической менопаузе в раннем послеоперационном периоде.

Обследована 41 женщина с хирургической менопаузой (выполнена гистерэктомия с овариэктомией). Больные разделены на две группы. Первую (основную) группу составили 29 женщин в возрасте от 49 до 54 лет (средний возраст 50,9±4,3 года), получавшие фенотропил в дозе 100 мг перорально 1 раз в сутки на 3-5 день после операции в течение 30 дней. Вторая, контрольная, группа представлена 12 женщинами (средний возраст 49,8±3,2 года), не принимающих какую-либо ноотропную терапию.

Исследование проводилось до начала лечения (3-5 день после операции) и на 30 день приёма фенотропила, и включало общий и неврологический осмотр больной, анализ функционального состояния яичников, включающий определение модифицированного менопаузального индекса (ММИ) с помощью специальной анкеты Е.В. Уваровой (1983). Для оценки функционального состояния вегетативной нервной системы применялась оценка вариабельности ритма сердца методом ритмокардиографии (РКГ).

Результаты исследования и обсуждение. При изучении распределения ритмокардиограмм по типам вегетативной регуляции сердечного ритма (Д.

Жемайтите, 1982) обращает на себя внимание, что у оперированных женщин увеличивается частота IV типа РКГ с увеличением гуморально-метаболических влияний. Данный факт может свидетельствовать о возрастании роли лимбико-ретикулярного комплекса в процессах вегетативного регулирования у данных пациенток. Такое изменение регуляции является более затратным и снижает возможности адаптации, что, вероятно, и имеет место у больных с хирургической менопаузой. После 30-дневного курса лечения фенотропилом у пациенток основной группы отмечено достоверное уменьшение частоты РКГ IV типа за счет увеличения РКГ I и II типа, что может указывать на нормализацию надсегментарных и сегментарных взаимодействий ВНС.

При исследовании долей трёх частотных колебаний в энергетическом общем спектре сердечного ритма особый интерес представляет изменение мощности гуморально-метаболических волн, так как именно они отражают состояние лимбико-ретикулярного комплекса. По нашим данным, у большинства женщин при хирургической менопаузе сразу после операции отмечено перераспределение мощности волн данного диапазона за счёт снижения мощности периферических компонентов. Анализ среднеквадратичного отклонения для гуморальных колебаний также показал их увеличение у всех обследуемых женщин после оперативного вмешательства.

При приёме фенотропила у женщин 1 группы к концу 1 месяца отмечено достоверное ($p<0,05$) уменьшение количества гуморальных волн при сравнении с группой контроля. При анализе мощности гуморально-метаболических волн в группе женщин, принимающих фенотропил, к концу 1 месяца был выявлен меньший разброс значений, чем в группе контроля ($p<0,05$). Полученные данные могут свидетельствовать о стабилизации процессов нормального вегетативного обеспечения деятельности при приёме препарата, что приводит к более быстрой адаптации в послеоперационном периоде при данной терапии.

Проведённое нами изучение состояния периферических компонентов РКГ в раннем послеоперационном периоде подтверждает тот факт, что у женщин в менопаузе преобладающими являются парасимпатические влияния. На фоне лечения фенотропилом выявлено достоверное ($p<0,05$) увеличение эйтонических влияний на РКГ.

На основании проведённых исследований можно полагать, что фенотропил является весьма перспективным препаратом для лечения больных с вегетативными расстройствами при хирургической менопаузе и может быть рекомендован к широкому применению.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕЛАФАКСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВЕРТЕБРОГЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

А.В.Долгушкина

Клинико-диагностический медицинский центр
Самара

Хронический вертеброгенный болевой синдром является одной из распространенных причин временной утраты трудоспособности. Применяемые для лечения пациентов с данной патологией антидепрессанты и противоэпилептические препараты обладают рядом побочных эффектов. В связи с этим представляет интерес изучение эффективности применения препарата велафакса, хорошо зарекомендовавшего себя при лечении больных с нейропатическими болями, у пациентов с хроническим вертеброгенным синдромом, что и явилось целью нашего исследования.

На базе клинико-диагностического медицинского центра г. Самары нами было проведено сравнительное изучение эффективности велафакса (венлафаксина пролонгированного действия) у 25 больных с хроническим вертеброгенным болевым синдромом (основная группа). С помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) и вербальной шкалы боли (ВШБ) в динамике оценивали степень хронизации боли, ее интенсивность. Также производили оценку уровня ограничения повседневной активности (модифицированная шкала оценки нетрудоспособности вследствие боли (МШО)). Контрольную группу сравнения составили 22 пациента с хроническим вертеброгенным болевым синдромом, не отличавшиеся по клиническим характеристикам от основной группы, не получавшие в комплексном лечении болевого синдрома антидепрессантов и противоэпилептических средств.

Пациентам обеих групп проводили комплексное лечение, включавшее прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), лечебную физкультуру физиотерапевтические процедуры, массаж. Больные основной группы получали велафакс в виде капсул пролонгированного действия однократно в первой половине дня по 75 мг, курс лечения составлял 12 недель. Оценку эффективности лечения в группах проводили в динамике до начала лечения и на сроках 6 и 12 недель после начала терапии.

Полученные результаты подвергали статистической обработке при помощи компьютерных программ Statistica for Windows (StatSoft), Microsoft Excel 2003 и представляли в виде среднего значения ± стандартная ошибка среднего, за достоверные принимались отличия при $p<0,05$.

Значения ВАШ, ВШБ, МШО в основной группе до лечения составили соответственно 64,3±1,8; 2,4±0,1 и 39,2±2,2 балла; в контрольной группе сравнения - 65,5±0,8; 3,1±0,4 и 40,2±1,1 балла. Через 6 недель они снизились до 42,8±2,3 ($p<0,01$); 1,5±0,1 ($p<0,01$) и 28,5 ±2,4 ($p<0,01$) балла в основной группе и до 52,7±1,3 ($p<0,01$); 2,2±0,1 ($p<0,01$) и 38,7 ±1,3 ($p<0,01$) балла в контрольной группе. К окончанию курса терапии через 12 недель значения ВАШ, ВШБ, МШО в основной группе снизились соответственно до 18,8±1,5 ($p<0,05$); 0,9±0,1 ($p<0,05$) и 15,2±0,6 ($p<0,01$) балла, а в контрольной лишь до 32,8±0,5 ($p<0,05$); 1,5±0,4 ($p<0,05$) и 25,2±0,5 ($p<0,01$) балла.

Таким образом, к 12-й неделе терапии показатели по ВАШ, ВШБ и МШО были достоверно ниже в основной группе по сравнению с контрольной ($p<0,05$), купирование интенсивности боли на 70% имелось у 21 (84%) пациен-

та. Побочных эффектов у больных основной группы при применении велафакса в процессе исследования не наблюдали.

Полученные данные свидетельствуют о значительной эффективности велафакса пролонгированного действия при лечении пациентов с хроническим вертеброгенным болевым синдромом.

ПРИМЕНЕНИЕ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ ПРИ КОНТАКТНО-АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

Л.В.Долматова, С.А.Гольдхаур

ООО «Взгляд», ГУЗ ПОЦСВМП
Пенза

По последним данным всё больше пациентов прибегают к контактной коррекции пресбиопии. Это происходит, потому что пресбиопы – это состоявшиеся и активные в жизни люди возрастной группы после сорока лет. Молодым пресбиопам, имеющим большие зрительные нагрузки на близком расстоянии контактная коррекция их зрения просто необходима. Также линзы для коррекции пресбиопии можно использовать для коррекции аметропий высокой степени, когда для дали и работы на близком расстоянии необходимы разные линзы у детей и молодых людей. Мультифокальные линзы с центральной зоной для зрения вблиз, с асферической передней поверхностью наиболее эффективны, поскольку являются более физиологичными и соответствуют изменениям размеров зрачка при переводе взора с близи на даль и наоборот.

Существуют несколько видов асферических линз с различным дизайном оптической зоны. Более комфортные для пациентов линзы, имеющие центральную, промежуточную и периферическую зону для зрения, расположенные в оптической зоне линзы. Центральная зона служит для зрения вблизи, более периферийная – вдаль. Необходимо выбрать правильную аддидацию и поправку для назначения линз. Опыт показывает хорошую адаптацию пациентов к таким линзам и высокую эффективность их применения.

Следует иметь ввиду, что при зрении вблизи зрачок сужается, а у пожилых людей он всегда меньше обычного по размерам. Это необходимо помнить для понимания, какими зонами мультифокальной линзы будет пользоваться пациент. Например, молодой пресбиоп будет пользоваться более периферичными зонами, чем старый.

Не рекомендуется применение мультифокальных линз при управлении транспортными средствами, так как в момент эмоционального и зрительного напряжения зрачок сужается и зрение осуществляется через зону с высокой аддидацией, которая не обеспечивает зрения вдаль.

Так же мультифокальные линзы показаны людям с различными дерматозами от ношения оправ коррегирующих очков. За семь месяцев наблюдения обратилось восемь пациентов в возрасте 44 – 67 лет с жалобами на поражение кожи лица в местах контакта с оправой очков. Объективно – на коже переноси-

цы, височной области мелко-папулёзная сыпь розового цвета, порой единичные везикулы мелкого диаметра без жидкостного содержимого. Субъективно все пациенты отмечают зуд. Поставлен диагноз: Контактно-аллергический дерматит. У одного пациента Экзема, так как он длительное время не обращал внимания на проявления дерматита. У данных пациетнов непереносимость материалов, из которых изготовлены очки для коррекции зрения. Поскольку в основном обращаются возрастные пациенты, с пресбиопией, нуждающиеся в коррекции зрения как вдаль, так и вблизи, рекомендовать можно ношение специальных мультифокальных линз на фоне терапии контактно-аллергического дерматита (экземы).

ОЦЕНКА РЕЗЕРВА РЕАКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Т.А.Дружинина, О.А.Левашова, Н.Ю.Алексеева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Известен ряд способов оценки резерва реактивности нейтрофилов под влиянием различных экзогенных стимулов: микробных тест-культур, частиц латекса, аллергенов. Нами предложена оценка резерва реактивности нейтрофилов, регистрируемая по изменению люминолзависимой хемилюминесценции цельной крови, под воздействием эндогенных биологически активных субстанций. Исследование проводили на хемилюминомере (ХЛ-003). Для этого проводят измерение спонтанной светосуммы сразу после взятия крови и через 4 часа (РСС-тест – тест определения разницы светосуммы – заявка на патент № 2010118051/15(025623). Тест апробирован у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями: хронической пиодермией и хроническим остеомиелитом. Повышение указанных показателей наблюдали в 26,8% случаев, что может быть обусловлено возрастающим в процессе экспозиции крови процессом оксидантного стресса, снижением стабильности клеточных мембран, альтерацией клеток. Данные изменения наблюдали у больных с тяжелыми формами ГВЗ, и в частности у больных хроническим остеомиелитом с наличием выраженного деструктивного процесса.

Снижение РСС-теста наблюдали в 28,6% случаев у ряда больных при резко выраженном воспалительном процессе, сопровождающимся высокой спонтанной хемилюминесценцией. Данный феномен объясняется гиперактивацией клеток микробными продуктами in vivo и отсутствием резерва активации in vitro. Снижение РСС может свидетельствовать и о недостатке гуморальных активирующих и повышении супрессорных факторов сыворотки. РСС-тест также отражал функциональные свойства нейтрофилов в динамике инфекционного процесса и проведении соответствующей терапии.

ВЗГЛЯД НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА НА ФОНЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

А.Ф.Елисеева, А.В.Цимбалистов, Г.Б.Шторина

ГОУ ДПО СПбМАПО Росздрава
Санкт-Петербург

По данным ВОЗ заболеваниями пародонта страдают более 90% населения. Многочисленные исследования [Алимский А.В., 2000; Грудянов А.И., 2001; Борисова Е.Н., 2001; Иванов В.Ф., 2001; Gjermo P.E. с соавт., 2008] подтверждают эту статистику. У лиц 40-65 лет они встречаются в 100% случаев. Из приблизительно 15-20 зубов, которые человек теряет в возрасте 40-65 лет, в большинстве случаев причиной указанной потери является хронический генерализованный пародонтит. На состояние пародонта могут влиять как местные причины, так и совместное воздействие местных и общих факторов, причем, в последнее время превалируют местные причины [Курякина Н.В., Кутепова Т.Ф., 2003]. Между тем многочисленными исследованиями установлено, что при различных заболеваниях органов и систем происходят существенные функциональные и морфологические изменения в пародонтальном комплексе [Кирсанов А.И. с соавт., 2000]. Особый интерес представляет течение ХГП на фоне сердечно-сосудистой патологии. В нашей стране вопрос влияния хронического генерализованного пародонтита на течение кардиоваскулярных заболеваний недостаточно изучен и во многом остается спорным [Горбачева И.А., 2004]. Это подтверждает актуальность нашего исследования.

Цель: целью настоящей работы является изучение сочетанной патологии пародонта и сердечно-сосудистой системы (ССС)

Материалы: Обследовано 95 пациентов, 45 из которых имеют хронический генерализованный пародонтит (ХГП) без патологии сердечно-сосудистой системы (ССС) и 50 человек с ХГП на фоне патологии ССС, в возрасте от 40 до 60 лет.

Методы: Клиническое обследование включает в себя выявление жалоб на отечность и кровоточивость десен, болезненность, неприятный запах изо рта, обнажение шеек и корней, подвижность и утрату зубов. Для оценки состояния тканей пародонта использованы следующие показатели: упрощенный гигиенический индекс OHI-S (G&V), индекс CPI (раньше CPITN), индекс кровоточивости Muhieman H. R. (1971), подвижности зубов Muller-a (в модификации Fleszar 1980), рецессии десны по классификации P.D. Miller (1985), степени поражения фуркации по Hamp-y (1975). Глубина зубодесневых карманов измеряется с помощью градуированного пародонтологического зонда. Для уточнения диагноза всем больным проводится ортопантомографическое исследование (Ortophos-3). Для оценки степени изменений в сосудах пародонта производится взятие биоптата десны в зоне прикрепленной десны и подвижной слизистой переходной складки. Для оценки состояния магистральных сосудов материал получаем в ходе проведения операций аортокоронарного шунтирования (АКШ) и пластики клапанов сердца (ПК), с последующим морфологическим исследованием.

Результат: По нашим предварительным данным выявлена корреляция между тяжестью хронического генерализованного пародонтита и патологией ССС. Чем значительней выражена патология ССС, тем тяжелее степень ХГП. Обращает на себя внимание, наиболее часто встречающееся сочетание ХГП и ССП у мужчин, что составило 78% наблюдений, по сравнению с женщинами, у которых этот признак выявлен всего в 22 % исследований. В группе без патологии ССС распределение по полу было следующее: 77,78% женщины и 22,22% мужчины. Так же подтвердился наследственный характер патологии у 68% пациентов с ХГП без патологии ССС и у 70% с ХГП с патологией ССС, родственники болели хроническим генерализованным пародонтитом разной степени тяжести. Анализ ортопантомограмм показал, что деструкция костной ткани у пациентов с сочетанной патологией в 42% случаев превышает ½ длинны корня, у пациентов без патологии ССС данный вид деструкции кости встречается в 8,9%.Анализируя выраженность деструкции костной ткани до ½ длинны корня зуба соотношение следующее: при ХГП с сердечно-сосудистой патологией 4%, ХГП без патологии ССС 31,1% пациентов. Продолжается анализ исследование клинического и биопсийного материала.

Выводы: Сравнение морфологии интимы сосудов сердца и тканей пародонта позволяет сделать предварительные выводы о сопряженности изменений при хроническом генерализованном пародонтите с кардиоваскулярными заболеваниями.

СОВРЕМЕННЫЕ ВИДЫ КВЧ-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕВРИТОВ ЛИЦЕВОГО НЕРВА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В.С.Животощук, А.А.Ковалев, Ю.П.Матонин, Г.Г.Страхов, В.Г.Страхов, Н.С.Калмыкова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

В современной практике клинической медицины невриты лицевого нерва занимают второе место среди заболеваний периферической нервной системы, составляя от 24-27% всех госпитализированных больных. Тем не менее, до настоящего времени отношение к этому заболеванию оставляет желать лучшего. Многие больные из-за дефицита коечного фонда в неврологических стационарах не госпитализируются, а поликлиническое лечение не всегда оказывается полноценным и своевременным. Вместе с тем, каждый четвертый парез лицевого нерва оставляет дефект лица у больных на всю жизнь. Каждый седьмой – дает рецидив заболевания. Восемь из десяти пациентов выписываются из стационара с остаточными явлениями пареза лицевого нерва, из-за «короткого» койко-дня (А. Корнейчук 2004 г., на материале анализа 24000 историй болезни больных с невритом лицевого нерва). А, если учесть, что большинство больных – это молодые женщины в возрасте от 16 до 26 лет и то, что соотношение частоты этого заболевания между полами составляет 3ж/1м, проблема этого недуга

приобретает социальный характер, так как большинство из них еще не замужем.

В патогенезе острого неврита лицевого нерва, по данным английских ангиохирургов Wormis`s и Chams`s (1993) отдается предпочтение компрессионно-васкулярному механизму компрессии нерва в дистальном сегменте фаллопиевого канала височной кости в зоне максимального сужения, прилегающей к стиллососцевидному отверстию. Именно в этом месте наиболее часто происходит компрессия ствола лицевого нерва при его отеке, приводящего к ишемии в типичном варианте развития мононеврита. Доступ фармакотерапии к этому участку канала затруднен из-за полной обтурации канала и анатомических особенностей этой зоны (костная стенка канала, утолщение эпиневральной оболочки в зоне выхода из канала с плотно прилежащими лимфатическими узлами в форме «лимфатической пробки»).

Нами проведено комплексное обследование и лечение 36 больных (28 женщин и 8 мужчин) с невритами лицевого нерва, поступивших в стационар в остром периоде заболевания. Возраст больных был: 21 больной – от 16 до 21 года, 7 больных – от 22 до 27 лет, 9 больных – старше 28 лет. 12 больных поступили в стационар в первые сутки возникновения заболевания, 9 больных – до трех суток заболевания, 15 больных – от 4 до 10 суток заболевания. У 31 больного заболевание развилось впервые.

У 5 больных возник рецидив заболевания во второй раз в интервале времени – от 1-3 лет. У 23 (64%) больных парез мышц лица развился слева, у 13 (36%) больных – справа. У 27 (75%) больных выявлено поражение трех ветвей лицевого нерва. У 9 больных – только двух (максилярной и мандибулярной ветви). Степень поражения мышц вначале заболевания варьировала от легкого пареза, выявленного у 18% больных, до среднего – у 68% больных и тяжелого – у 14% больных.

Все больные были разделены на четыре группы. Первая группа – 16 больных обоего пола, которым проводилась комбинированная локальная КВЧ-терапия зоны стиллососцевидного отверстия с помощью «Сумматора» – устройства к аппарату «Аист», разработанного А.А. Ковалевым в 2004 году, с длиной волн 5,6 мм и 7,1 мм. 5 больным (группа 2) проводили облучение этой же зоны аппаратом «Аист» с фиксированной длиной волны 5,6 мм. 5 больным (группа 3) – 7,1 мм. Кроме того, всем больным проводилась фармакологическая «поддержка» в виде витаминотерапии и общепринятой для этого вида патологии противовоспалительной терапии; массаж и ЛФК для всех больных по общепринятой методике. Курс лечения составил, в среднем, у 23 (64%) больных - 10-12 дней лечения (5-7 сеансов КВЧ и 10-12 сеансов ежедневной акупунктуры (АП); у 8 больных (22%) – 13-15 дней лечения; у 5 больных – 16-21 день лечения. 10 больным (группа сравнения №4) проводили лечение методом акупунктурной рефлексотерапии (корпоральной и аурикулярной), без КВЧ-терапии.

Подбор такого рода локального физиотерапевтического воздействия был обусловлен тем, что КВЧ-излучение с помощью «Сумматора» способно быстро снимать отек в зоне облучения и изменять тонус сосудов в областях наиболее

ишимизированных участков, улучшая реологические свойства крови и стимулируя микроциркуляцию в поврежденных тканях. Такими являются ткани в зоне терминала фаллопиевого канала, где произошла компрессия ствола лицевого нерва. Кроме того, миллиметровые волны диапазона 5,6 мм и 7,1 мм, направленные на БАТ в зоне поражения, изменяют импульсную активность и пороги восприятия концевых нервных окончаний, принимающих непосредственное участие в восстановлении движения в паретичных мышцах лица. При этом они стимулируют регенеративные процессы в нерве и мышцах, в которых восстанавливается модуляция контрактильных свойств миозина. Поэтому в лечебном сеансе мы использовали локальное КВЧ-облучение 4 миомоторных зон основных мышц лица пораженной ветви лицевого нерва и биологически активных точек (БАТ) в зоне поражения.

Полученные результаты показали, что:

1. Локальная КВЧ-терапия у больных с парезом лицевого нерва во всех наблюдениях дала свои положительные результаты, ускорив период восстановления функции пораженных мышц.
2. Ни в одном из случаев мы не имели осложнений или побочных действий этой терапии.
3. Наиболее удачные результаты мы получили при использовании метода суммарной КВЧ-терапии (5,6-7,1 мм диапазона), который отмечался уже после 2-3 сеанса облучения. Особенно удачным оказался эффект местной аналгезии в тех случаях, где был отмечен синдром местной боли в зоне поражения. Он отмечен у 9 (25%) больных.
4. КВЧ-терапия удачно сочетается с АП-рефлексотерапией, так как не конкурирует с ней, а потенциально активирует гомеостаз в тканях лица в зоне расположения БАТ.
5. Эффект локальной комбинированной КВЧ-терапии оказывался всегда выше у больных, поступивших в ранние сроки развития заболевания и значительно ниже после 5-7 суток болезни.

Сочетание интегральной суммарной КВЧ-терапии и АП-физиотерапии и рефлексотерапии позволяет получить наиболее полный согласованный вариант восстановления функции мышц всей половины лица, а не отдельных мышц лица, на зону которых направлено облучение. Этот вид восстановительной терапии должен быть включен в практику клинической медицины при лечении этого недуга.

ЛЕЧЕНИЕ РАДИОАКТИВНЫМ ЙОДОМ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Г.А.Забелина

МУЗ «Пензенская городская клиническая больница№5», поликлиника №1
Пенза

Болезнь Грейвса (диффузный токсический зоб) - системное аутоиммунное заболевание, со стойким патологическим повышением продукции тиреоидных гормонов, развитием стойкого тиреотоксикоза, который при отсутствии адекватного лечения может привести к тяжелой инвалидизации пациента и повышенной смертности.

Распространенность болезни Грейвса (БГ) - 2-5%, ежегодная заболеваемость 5-7 человек на 100000 населения. Клиническая картина и прогноз в большей степени определяется стойким тиреотоксикозом. В.В.Фадеев отмечает, что синдром стойкого тиреотоксикоза в 75-80% ассоциируется с БГ.

R.S. Douglas и соавт.(2009) указывают, что в этиологии БГ генетическая предрасположенность играет ведущую роль. Основным этапом патогенеза БГ является выработка антител, которые связываются с рецептором ТТГ и стимулируют функцию щитовидной железы.

В настоящее время существует три метода лечения БГ:

- консервативное лечение препаратами группы тионамидов;
- терапия радиоактивным йодом (131I) (противопоказана беременным и при грудном вскармливании);
- оперативное лечение.

У каждого варианта лечения есть как преимущества, так и недостатки, выбор метода лечения зависит от тяжести заболевания, размеров зоба, предпочтений пациента. В мире терапия 131I является основным методом лечения.

Клинический случай:

Больной К. 29Лет обратился с жалобами на наличие опухолевидного образования на шеи, учащенное сердцебиение, снижение массы тела на 5 кг, повышенную потливость, возбудимость, одышку при минимальной физической нагрузке.

Из анамнеза: увеличение щитовидной железы в течение года с постепенным нарастанием вышеуказанных жалоб.

При обследовании выявлено:

- увеличение щитовидной железы до III степени (ВОЗ), шея деформирована;
- при пальпации железа эластичная с уплотнением ткани, подвижная, безболезненная.

Гормональное обследование: ТТГ - 0,08 мМЕ/л (норма 0,3-4,0 мМЕ/л); св.Т3 - 15,0 нмоль/л (норма 1,0 - 2,8 нмоль/л), антитела ТПО - 1000,0 МЕ/мл (норма 0,0-30,0 МЕ/л). Гипертиреоз.

УЗИ щитовидной железы: объем пр.доли - 47,2 $см^3$; объем лев.доли - 34,8 $см^3$; общий обьем железы - 82,0 $см^3$, контур четкий, структура неоднородная, повышенной эхогенности, узлообразования не выявлены.

ЭКГ - синусовая тахикардия с ЧСС - 108 в минуту.

Установлен диагноз: диффузный токсический зоб III ст. (ВОЗ), тиреотоксикоз тяжелой степени, декомпенсация.

Лечение: прием мерказолила в суточной дозе 80мг, после уменьшения симптомов тиреотоксикоза снижение мерказолила до поддерживающей дозы -

15 мг сутки. Через месяц при лабораторном контроле: сохранялось повышение св.Т4 до 30,5 нмоль/л (норма 10,3-24,5 нмоль/л), св.Т3 - 13,64 нмоль/л, а-ТПО - 800,0 МЕ/мл, снижение ТТГ - 0,04 мМЕ/л.

Направлен на лечение в радиохирургическую клинику МРНЦ РАМН г.Обнинск (ООО «ЭСКО»), где настоящий диагноз подтвержден.

Проведено лечение - дано выпить 24,5МК 131I из расчета активности 300мкк/грамм ткани.

Рекомендовано прием в течение месяца тирозола 15мг/сутки; контроль УЗИ щитовидной железы, гормонов-св.Т3, св.Т4, ТТГ через 1, 3, 6 месяцев.

Повторно обратился через год после радиойодтерапии на контрольное обследование. На момент осмотра жалобы не предьявлял, тиреостатик не принимает после лечения 131I.

При осмотре - щитовидная железа не увеличена.

Пальпаторно: ткань железы без особенностй.

Гормональное исследование: ТТГ - 0,82 мкМЕ/мл (норма 0,2-3,4 мкМЕ/мл), св.Т3 - 2,6 ммоль/л (норма 1,2-3,2 ммоль/л), св.Т4 - 14,0 нмоль/л (норма 10-23,2нмоль/л). Эутиреоз.

УЗИ щитовидной железы: обьем железы 10,7 мл, контур четкий, ровный, без узлообразования. Заключение: УЗ патологии не выявлено.

Таким образом в настоящем примере на фоне лечения 131I достигнут хороший результат: нормализация обьема щитовидной железы, стойкий эутиреоз без тиреостатиков в течение года, что уже следует рассматривать терапию 131I как лечение первого выбора при БГ и при большом зобе, и/или тяжелом тиреотоксикозе.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Г.В.Зинукова, М.П.Лесных

ФГУ «Главное бюро МСЭ по Пензенской области»
Пенза

Инвалидность вследствие болезней костно-мышечной системы является актуальной проблемой для органов здравоохранения и социальной зашиты. В структуре инвалидности по Пензенской области она занимает пятое место после болезней системы кровообращения, злокачественных и психических заболеваний, болезней нервной системы.

Дегенеративно-дистрофические поражения тазобедренного и коленного суставов нередко приводят к снижению трудоспособности, давая высокий процент инвалидности. В последнее время быстро развивающимся направлением травматологии и ортопедии является эндопротезирование, позволяющее вос-

станавливать качество жизни больных, а службе МСЭ реабилитировать лиц, ранее имевших инвалидность.

Нами проведен анализ 89 актов медицинского освидетельствования инвалидов с артрозами тазобедренных и коленных суставов, которые получили оперативные виды медицинской реабилитации и прошли освидетельствование в службе МСЭ во втором полугодии 2010 года. Из общего числа больных - 89 человек: у 12 больных было двустороннее поражение тазобедренных суставов, им произведено тотальное эндопротезирование обоих суставов, у 74 человек - одностороннее эндопротезирование тазобедренного сустава. У 3 человек эндопротезирование коленных суставов (у 1 - двустороннее, у 2 - одностороннее).

Среди инвалидов преобладали мужчины: всего 47 мужчин и 42 женщины. Возрастная структура общего контингента инвалидов: инвалиды молодого возраста 1 возрастная группа - 20 чел. (8 женщин и 12 мужчин), 2 возрастная группа - 28 чел. (15 женщин и 13 мужчин), 3 возрастная группа - 41 человек (19 женщин и 22 мужчины), т.е. с увеличением возраста доля инвалидов увеличивается.

Таблица 1.

Возрастная структура инвалидов вследствие болезней костно-мышечной системы

Возраст	Мужчины	Женщины	Всего
1. (18-44лет)	12	8	20
2. (45-55 лет-жен.) (45-60 лет-муж.)	13	15	28
3. (старше 55 лет-жен.) (старше 60 лет-муж)	22	19	41
Всего	47	42	89

Таблица 2.

Структура общего контингента инвалидов по группам инвалидности после эндопротезирования

Возраст	I гр. инв. Муж.	I гр. инв. Жен.	II гр. инв. Муж.	II гр. инв. Жен.	III гр. инв. Муж.	III гр. инв. Жен.
1			1		10	7
2			2		10	14
3			3	3	19	16

всего			6	3	39	37

В структуре общего контингента инвалидов преобладают инвалиды III группы - 76 чел. (85,4%), II группа - 9 чел.(10,1 %), без группы 4 чел.- 4,5%.

Из всех больных, впервые обратились в 2010 г. в службу МСЭ 20 человек. Из них 12 женщин и 8 мужчин. Группа инвалидности установлена 16 больным (80%). По группам инвалидности: II группа установлена семерым (10,1%), III группа у девяти больным (13,0%). Группа инвалидности не была установлена четверым.

Пришедших на повторное освидетельствование было 69 чел. Из них 30 женщин и 39 мужчин, 2 больным установлена II группа (2,9%) и 65 (94,2%) - III группа. Из них 12 (17,4%) человек ранее имели II группу инвалидности, т.е частично реабилитированы. Двум больнным (2,9%) группа инвалидности не установлена. Т.о. из всех повторно освидетельствованных у 9 человек осталась II группа инвалидности. Это больные после двустороннего эндопротезирования и наличием в одном случае перелома шейки бедра, в другом - с переломом костей голени, в третьем сахарным диабетом, в четвёртом нарушением мозгового кровообращения, у троих больных имелось поражение коленных суставов 3-4 стадии, у одного больного после операции развилось осложнение в виде проляпса инородного тела через вертулужную впадину справа, один больной оперировался дважды с разрывом между операциями в один месяц.

Из 69 инвалидов при повторном освидетельствовании в 14 случаях группа инвалидности установлена бессрочно. В двух случаях это были инвалиды II группы и бессрочность обусловлена сопутствующей патологией (в одном случае - сахарный диабет, в другом - перенесенное ОНМК с выраженным гемипарезом). В 12 случаях - III группа. Им группа инвалидности установлена бессрочно из-за низкого реабилитационного потенциала обусловленного стойкими необратимыми морфологическими изменениями и нарушениями функций других органов и систем организма.

Таким образом, основными закономерностями в структуре инвалидности вследствие артрозов тазобедренных и коленных суставов являются преобладание мужчин - 47 человек (52.8 %), инвалидов пенсионного возраста - 41 человек (46 %) и преобладание инвалидов III группы - 65 человек (73,0%).

Реабилитированных в 2010 году в результате оперативного лечения было всего - 14 человек, что составило 2,3%. Более полная реабилитация не была достигнута, так как у части больных имелась патология крупного сустава на другой конечности или тяжелая сопутствующая патология (сахарный диабет, нарушение мозгового кровообращения и др.**).**

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНСУЛЬТА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

О.И.Игнатьева, Е.Г.Кашайкина, О.Ю.Тайнова, А.А.Гришин, О.Н.Ломшина, Н.В.Панфилова

МИ МГУ им. Н.П. Огарева,
МРКБ республиканский центр ранней реабилитации инвалидов
Саранск

Мозговой инсульт является одним из самых распространенных неврологических заболеваний, приобретающий всё большую медико-социальную и экономическую значимость. Это обусловлено непрерывным ростом ОНМК во всех возрастных группах, частой инвалидизацией и высокой летальностью больных. По данным регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, к концу первого месяца на основные последствия инсульта приходятся: 1) двигательные нарушения - 81%, 2) речевые нарушения: афазия - 35,9%, дизартрия - 13,4%: 3) когнитивные нарушения (снижение памяти, внимания, интеллекта) - 26% и 4) эмоционально-волевые (депрессия, снижение активности) - 20-60 % нарушений.

Нами проведено исследование 30 больных с хронической сосудистой патологией ЦНС в результате перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения на разных периодах. По половому составу больные были разделены на две группы: 16 (54%) мужчин, 14 (46%) женщин. Пациенты включались в группы путём случайной выборки с диагнозом ОНМК в анамнезе. Обследование пациентов осуществлялось однократно с их согласия в период прохождения ими лечения в условиях РЦРРИ. При анализе больных с последствиями ОНМК по полу и возрастным категориям установлено, что наибольшее количество случаев заболеваний зафиксировано в возрасте старше 60 лет – 13 (43%), чаще у женщин – 7 (23%). Большое количество случаев у женщин отмечено также в возрастной категории от 50 до 60 лет – 20 (%). Последствия ОНМК у мужчин встречаются также часто, как и у женщин в возрастных категориях старше 60 лет и от 50 до 60 лет, составляя 6 (20%) и 5 (17%) соответственно от общего количества больных. Наименьшее количество больных зафиксировано в возрастной категории от 40 до 50 лет – 6 (20%), что обусловлено небольшим количеством случаев у женщин – 1 (3%), по сравнению с показателем случаев этой же возрастной категории у мужчин составляющим 5 (17%) и не отличающимся от возрастной категории от 50 до 60 лет.

На момент обследования основная часть пациентов имели группы инвалидности по поводу ОНМК: I группа – 1 человек (3%); II группа – 10 человек (33%); III группа – 5 человек (17%); 14 человек не имели группы инвалидности. Ишемический инсульт был диагносцирован у 25 человек (83%); геморрагический инсульт – у 5 человек (7%). Анализируя типы инсульта по возрасту и полу установлено, что ишемический инсульт (ИИ) перенесли 14 (47%) мужчин; чаще ИИ наблюдался в возрастной категории старше 60 лет. У женщин данный вид инсульта фиксировался с одинаковой частотой в двух возрастных категориях:

50-60 лет и старше 60, и составил по 17 % соответственно. Количество больных с геморрагическим инсультом (ГИ) составило 5 человек (17%); из них мужчин – 2 (7%), а женщин – 3 (10%). Больше всего случаев с ГИ у женщин отмечено в возрасте старше 60 лет, у мужчин в возрасте 40-50 лет – по 2 (7%) случая соответственно. Данный тип инсульта не зарегистрирован в возрасте от 40 до 50 лет у женщин, а у мужчин – от 50 до 60 лет, а также старше 60 лет.

При анализе локализации сосудистой катастрофы установлено, что чаще всего наблюдается инсульт в паренхиму головного мозга: в каротидном бассейне в правой гемисфере – 13 (43%) случаев, в вертебробазилярном – 9 (30%), в каротидном бассейне в левой гемисфере – 7 (23%). Кровоизлияние под оболочки головного мозга по типу субарахноидального зафиксировано в 1 случае (3%), клиническая картина очаговой симптоматикой не сопровождалась.

По периодам инсульта больные были подразделены на следующие группы: с ранним восстановительным периодом (до 3 месяцев) наблюдалось 6 человек (20%), из них мужчин 4 (13%), женщин 2 (7%); от 3 до 6 месяцев – 3 человека (10%), из них мужчин – 1 (3%), женщин – 2 (7%). В позднем восстановительным периоде инсульта (6 – 12 месяцев) наблюдалось 4 (13%) человека, из них мужчин и женщин - по 2 (7%). Наибольшее количество больных отмечено с последствиями инсульта длительностью заболевания более 1 года – 17 (57%) человек, из них мужчин – 9 (30%), женщин – 8 (27%).

Жалобы больных с ОНМК подразделялись на следующие группы: двигательные расстройства (слабость в конечностях, отсутствие движений) наблюдались у 24 (80%) больных, чувствительные расстройства (покалывание, онемение) зафиксированы у 12 (40%) пациентов; общемозговые симптомы (головная боль, головокружение, «шум в голове, ушах») – 24 (80%). Вегетативные расстройства (нарушение сна, слюноотделение, повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность) отмечалось у 15 (50%) человек

По наличию неврологических синдромов больные распределились следующим образом: центральный гемипарез – 22 (73%) случая, монопарез – 3 (10%), паркинсонический синдром – 2 (7%), вестибулярно-мозжечковый синдром – 6 (20%); псевдобульбарный синдром – 2 (7%); амнестические расстройства – 2 (7%), психоорганический синдром - 1 (3%), астено-невротический синдром – 2 (7%), депрессивный синдром – 3 (10%). У исследованных больных выявлены следующие нейропсихологические синдромы: афазия - 4 (13%), из них моторная – 2 (7%), сенсо-моторная - 1 (3%), комплексная – 1 (3%); аграфия и апраксия зафиксирована по 1 случаю (1%) соответственно. У 6 (20%) больных с пирамидной недостаточностью отмечены периферическое речевое расстройство в виде дизартрии.

Таким образом, среди больных с хронической сосудистой патологией ЦНС в результате перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, преобладают женщины старше 60 лет, преимущественно с ишемическим инсультом в каротидном бассейне в правой гемисфере; среди жалоб чаще всего наблюдались двигательные, вегетативные расстройства и общемозговые сим-

птомы; среди неврологических симптомов лидировал гемипарез, нейропсихологических – афазия.

КОМПЛЕКСНЫЕ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В КАРДИОЛОГИИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

С.Н.Игошина

ФГУЗ МСЧ 59 ФМБА России
Заречный

На базе ФГУЗ МСЧ 59 ФМБА России, с 1 июля 2009г., функционирует отделение реабилитации, ориентированное на пациентов, перенесших ОИМ или эпизоды нестабильной стенокардии, а также на пациентов после кардиохирургических операций. Кроме того, в отделении проводится восстановительное лечение и профилактика ОИМ у больных хронической ИБС, гипертонической болезнью.

Цель: Обоснованное создание и внедрение в практику индивидуальных программ медицинской реабилитации (ПМР), применяемых в комплексном лечении больных сердечно-сосудистыми заболеваниями на раннем, стационарном этапе восстановительного лечения.

Методы: ПМР применялась у 132 больных ОИМ (15-18сутки), 105 больных нестабильной стенокардией (10-12 сутки), 232 больных хронической ИБС со стабильной стенокардией, постинфарктным кардиосклерозом со стенокардией, нарушениями ритма, хронической сердечной недостаточностью (функциональный класс 1-3), 32 больных после кардиохирургических вмешательств, 54 больных, страдавших артериальной гипертонией.

В индивидуальную ПМР включался:

1. подбор базисной терапии ИБС, ХСН, антигипертензивной терапии, медикаментозное лечение проявлений посткардиотомного синдрома, коррекция нарушений углеводного, липидного обмена, курс сосудисто-метаболической терапии;
2. восстановление физических кондиций в щадящем, щадяще-тренирующем, тренирующем режимах (дыхательная гимнастика, ЛФК по классическим методикам, кардиотренировки на тренажерах в режиме дозированных ступенчато-нарастающих физических нагрузок с мониторингом состояния сердечно-сосудистой системы (адекватность нагрузок оценивалось при помощи нагрузочного ЭКГ-тестирования на тредмиле с использованием протокола R.Bruce и его модификаций), терренкур, классический массаж);
3. психотерапия: беседы с психологом, тренинги, направленные на снижение уровня тревожности, обучающие пациентов адекватно реагировать на стресс, помогающие справиться с факторами риска, актуальными для конкретного пациента (курение, избыточный вес), обучение

методам психической саморегуляции, релаксации, формирование оптимистичных социальных установок, повышение приверженности к выполнению врачебных рекомендаций;

4. физиотерапевтическое лечение (низкоинтенсивная лазеротерапия, низкочастотная магнитотерапия, магнито-лазерная акупунктура, аэроионотерапия, бальнеотерапия).

При наличии показаний, выполнялось дообследование, направленное на оценку реабилитационного потенциала (ХМ ЭКГ, СМАД, ЭХО КГ, нагрузочное ЭКГ-тестирование, выявление нарушения толерантности к углеводам, дислипидемии), контроль терапии статинами, дезагрегантами, антикоагулянтами.

Продолжительность курса восстановительного лечения составляла 15 дней. Все виды активности, предлагаемые по программе реабилитации на стационарном этапе, проверены в реальные сроки у больных различных классов тяжести. Показана их полная безопасность по данным ЭКГ - мониторирования.

Результаты: Внедрение в практику ПМР в ранние сроки на стационарном этапе позволило повысить толерантность к физической нагрузке в среднем на 27%, стабилизировать уровень АД у 79% пациентов (у 46% пациентов – на целевом уровне), понизить уровень холестерина с 6.31+ 0.12 ммоль/л до 4.86+ 0.16 ммоль/л. Отмечалось значительное улучшение клинического состояния пациентов, формирование достаточно высокого уровня мотивации к выполнению лечебных рекомендаций.

Заключение: Стационарный этап реабилитации следует считать обязательным звеном этапного лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Комплекс проводимых в отделении реабилитации лечебно-диагностических мероприятий направлен на снижение риска повторных сердечно-сосудистых событий, снижение вероятности повторных госпитализаций в связи с сердечно-сосудистыми проблемами, снижение риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, улучшение физических кондиций пациента, достижение целевого уровня АД, улучшение липидного профиля и замедление прогрессирования атеросклероза, снижение массы тела, устранение страха, тревоги, депрессии, обеспечение повышения качества жизни.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ

Д.С.Ирышков, А.П.Тактаев, С.В.Зыков, И.В.Косолапова, Н.В.Ерёмина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МУЗ «Городской родильный дом №1»
Пенза

Частота самопроизвольных выкидышей в I триместре остается стабильной в течение многих лет и составляет 15-20% всех желанных беременностей. Ультразвуковой метод занимает основное место в структуре комплексной диагностики данного осложнения, являясь высокоинформативным, неинвазивным и безопасным диагностическим тестом.

Целью исследования явилось применение трансвагинального ультразвукового сканирования для комплексной диагностики и определения наиболее информативных эхографических маркеров невынашивания в I триместре для прогнозирования исхода беременности.

Материалы и методы. Обследовано 128 женщин с угрожающим самопроизвольным выкидышем на сроке 8-13 недель, находившихся в гинекологическом отделении МУЗ «Городской родильный дом №1» г. Пензы за 2008-2011гг. Ультразвуковое сканирование проводилось в первые часы и сутки после поступления в стационар на аппарате Алока с использованием трансвагинального датчика 5,0 МГц.

Результаты исследования. Для I триместра беременности использовали следующие основные эхографические критерии угрожающего самопроизвольного выкидыша, которые условно были разделены на три группы:

1. Эхографические признаки патологии экстраэмбриональных структур:
   - гипоплазия амниона, желточного мешка и несоответствие диаметра плодного яйца гестационному сроку выявлена у 6 (4,7%) беременных. Гипоплазией считался диаметр амниотической полости меньше на 8-10 мм от исходного срока беременности по 1 дню последней менструации;
   - гипоплазия хориона выявлена у 8 (6,25%) беременных. В норме максимальная толщина хориона соответствует сроку гестации или отстает от него на 2-4 мм. Отставание толщины хориона более 5 мм рассматривалось как гипоплазия. Измерение проводилось в средней трети хориона;
   - фрагментированный хорион определялся у 2 (1,56%) беременных. В структуре фрагментированного хориона визуализируются анэхогенные структуры неправильной формы, размерами 5-10 мм;
   - низкая локализация хориона выявлена у 14 (10,9%) беременных. При этом хорион частично или полностью перекрывает область внутреннего зева;
2. Эхографические признаки патологии эмбриона и плодного яйца:
   - деформированное плодное яйцо, без четкой округлой конфигурации, данный признак определялся у 35 (27,3%) беременных;
   - низкое расположение плодного яйца имело место у 2 (1,56%) беременных. Малый процент выявления данного признака связан со сроками гестации 8-13 нед, при которых плодное яйцо занимает большую часть полости матки; ретрохориальная гематома выявлена у 12 (9,4%) беременных. Имеет значение характер локализации гематомы (краевой или центральной), время ее образования (эхографические признаки организации гематомы) и размеры (площадь); брадикардия эмбриона (ЧСС меньше 90 ударов в 1 мин) выявлена у 2 (1,56%) беременных;

- отставание темпов прироста копчико-теменного размера (КТР) выявлено у 4 (3,1%) беременных. В норме с 8 нед беременности прирост КТР составляет в среднем 10-12 мм в неделю;

3. Эхографические признаки патологии матки и яичников:
   - локальное утолщение миометрия (гипертонус) определялось у 100 (78,1%) беременных основной группы;
   - нечеткая визуализация в яичниках желтого тела выявлена у 74 (57,8%) беременных;
   - размеры придаткового образования, расцененное как киста и превышающие 70 мм, диагностированы у 5 (3,9%) беременных. Возможно, имеет значение фактор механического сдавливания матки, приводящий к гипертонусу миометрия.

Выводы. Проведенное нами исследование позволило установить, что несмотря на проводимую терапию, при наличие у беременных трех и более ультразвуковых "маркеров" невынашивания беременности в I триместре выкидыш до 12 недель произошел в 15 (11,7%) случаях, поздний самопроизвольный выкидыш с 13 по 22 неделю в 5 (3,9%) случаях. Таким образом, в диагностике невынашивания беременности методом трансвагинальной эхографии наиболее значимыми для прогнозирования исхода данной беременности являются эхографические маркеры патологии эмбриона, самого плодного яйца и экстраэмбриональных структур. Это позволит в дальнейшем прогнозировать течение беременности и контролировать эффективность сохранной терапии.

НЕКРОЗ ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ЭЗОФАГОПЛАСТИКЕ ВЫПОЛНЕННОЙ ПО ПОВОДУ РАКА ПИЩЕВОДА

А.Г.Кавайкин, Д.А.Чичеватов

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Локальные и тотальные некрозы желудочных или кишечных трансплантатов при эзофагопластике выполненной по поводу рака пищевода встречаются у 3,0-9,2% больных [1; 2]. Причинами нарушения кровотока в трансплантате авторы считают анатомические особенности его кровоснабжения [4], высокое внутрипросветное давление в трансплантате [3], пересечение сосудов при мобилизации трансплантата [5].

Целью настоящего исследования было уточнить причины развития некроза трансплантата и разработать рекомендации по его профилактике.

Материал и методы исследования. В период с 1993 по 2010 гг. в торакальном отделении ООД г. Пензы оперировано 159 больных раком пищевода (117) и гастроэзофагеальным раком (42): 133 (83,65%) мужчины и 26 (16,35%) женщин в возрасте от 33 до 77 лет. I стадия заболевания выявлена у 12 больных (7,55%), II стадия – у 57 (35,85%), III стадия – у 62 (38,99%), IV стадия – у 28 больных (17,61%). Всем больным выполнены одномоментные внутриплевраль-

ные эофагопластики с формированием анастомоза в куполе правого гемиторакса и абдоминальной и медиастинальной лимфодиссекцией. Для пластики пищевода после его удаления наиболее часто как пластический материал использовался желудок – 132 (83,02%) больных. Тонкокишечная пластика применена у 17 пациентов (10,69%), толстокишечная пластика - у 10 (6,29%).

Статистический анализ предикторов развития некроза трансплантата проведен с помощью компьютерной программы «SPSS 13.0.» SPSS Inc.

Результаты лечения. Некроз трансплантата в послеоперационном периоде диагностирован у 8 больных (5,03%), из них некроз желудочного трансплантата - у 5 больных, тонкокишечного – у 2 больных, у 1 больного наблюдался некроз толстокишечного трансплантата.

Статистическая оценка риска развития некроза трансплантата. С целью упрощения статистической модели анализ проведен на основании только 153 оперированных больных. Из 159 пациентов были исключены 2 больных, у которых диагностирован некроз трансплантата с достоверно установленной его причиной (у 1 больного некроз связан с ущемлением трансплантата в диафрагмальном окне, у 1 – с септическим тромбозом питающей артерии) и 4 больных, умерших в первые 5 суток после операции от других осложнений с невозможной оценкой исхода жизнеспособности трансплантата. Оставшиеся 153 пациента были разделены на 2 группы: 1) 147 больных без некроза трансплантата, 2) 6 больных, у которых диагностирован некроз трансплантата не установленной причины.

В статистический анализ были включены наиболее значимые на наш взгляд предикторы развития данного осложнения (в скобках указаны их возможные значения): 1) пол (мужской, женский), 2) возраст, 3) стадия заболевания согласно классификации TNM (I, II, III, IV), 4) локализация анастомоза (средостение, шея), 5) спленэктомия (да, нет), 6) метод пластики пищевода (желудок, тонкая кишка, толстая кишка), 7) уровень фибриногена, 8) уровень ПТИ, 9) уровень систолического артериального давления во время и первые 5 суток после операции. Исследуемой 10-й переменной являлось наличие осложнения (некроз трансплантата, нет некроза).

Сравнение групп больных по каждому из исследуемых номинальных предикторов по анализу таблиц сопряженности и проведенный регрессионный анализ показал, что независимое первостепенное влияние на развитие некроза трансплантата оказывал уровень гипотонии в первые 5 суток после операции менее 90 мм рт. ст. ($p=0,009$) и уровень фибриногена ниже 4,0 ($p=0,076$). Возникновение осложнения в последнем случае связано с развитием у онкологического больного коагулопатии потребления, когда в результате дессиминированного внутрисосудистого свертывания уходят основные ресурсы факторов свертывающей системы крови, в частности становится дефицитным фибриноген (на коагулограмме имеются признаки гипофибриногенемии). Снижение уровня фибриногена в дальнейшем чревато повышением концентрации фибриногена S, который, превращаясь в фибрин, способствует образованию пептидаз, вследствии чего возникает спазм сосудов, что еще больше усиливает ишимиза-

цию трансплантата. Кроме того, недостаточное поступление крови в трансплантат из-за низкого АД, замедление тока крови по питающей артерии приводит к развитию «сладж»-феномена, усугубляющего нарушение кровоснабжения трансплантата.

Выводы: в развитии некроза трансплантата основную роль играют послеоперационное снижение систолического артериального давления менее 90 мм рт. ст. и дооперационное снижение уровня фибриногена менее 4,0.

Практические рекомендации: у больных раком пищевода после выполненния одномоментной эзофагопластики в послеоперационном периоде необходим динамический контроль за уровнем артериального давления и коррекция показателей свертывающей системы крови.

Литература:

1. Briel J.W., Tamhanker A.P., Hagen J.A. et al. prevalence and risk factors for ischemia, leak, and stricture of esophageal anastomosis: gastric pull-up versus colon interposition // J. Am. Coll. Surg. – 2004. – Vol. 199 (4). – P. 667-668.

2. Huttl T.P., Wichmann M.W., Geiger T.K. et al. techniques and results of esophageal cancer surgery in Germany // Langenbecks Arch. Surg. – 2002. – Vol. 387 (3-4). – P. 125-129.

3. Kant S. Gastric tip necrosis // Eur. J. Cardiovasc. Surg. – 2005. – Vol. 28. – P. 359.

4. Knoury-Helou A., Nonent M., Vanderbrouke F. et al. Vascular deficult is the major cause of fistula in esophageal surgery // Ann. Chir. – 2001. – Vol. 126 (9). – P. 857-862.

5. Tabira Y., Sakaguchi T., Kuhara H. et al. The width of a gastric tube has no impact on outcome after esophagectomy // Am. J. Surg. – 2005. – Vol. 189 (3). – P. 376.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Э.А.Калмыкова, О.Л.Пихур

ГОУ ДПО СПбМАПО Росздрава
Санкт-Петербург

Для полноценной реабилитации стоматологических больных необходимо учитывать функциональное состояние жевательных мышц и при необходимости восстанавливать их полноценное функционирование.

Целью нашего исследования является определение функционального состояния жевательной мускулатуры у стоматологических больных.

Материалы и методы.

Обследовано 367 стоматологических больных, из них 142 мужчины и 225 женщин в возрасте от 29 до 60 лет. Основной массив пациентов составили лица женского пола - 76,3%. Исследование проводится в кабинете функциональной

диагностики, с использованием компьютера и аппаратно-программного комплекса, состоящего из четырехканального электромиографа «Миомонитор», разработанного ЗАО ОКБ «Ритм» (г. Таганрог), программы анализа «StabMed 2.09» и тестового материала медицинской желатины изготавливаемого по методике предложенной

А.Н.Ряховским в 1988 г. При проведении поверхностной интерференционной электромиографии производится регистрация биоэлектрической активности жевательных мышц. Левая и правая стороны оцениваются отдельно, с последующим расчетом коэффициента асимметрии. Анализируются следующие этапы: этап отсутствия специфической функции, этап максимального сжатия зубов, этап стабилизации амплитуды после максимального сжатия зубов, этап выполнения специфической функции (20 жевательных движений), этап стабилизации амплитуды после выполнения специфической функции, этап выполнения специфической функции (полоскание полости рта), этап стабилизации амплитуды после выполнения специфической функции, этап выполнения специфической функции (глотание), этап стабилизации амплитуды после выполнения специфической функции, этап выполнения специфической функции (речевой тест), этап стабилизации амплитуды после выполнения специфической функции. Критериями анализа служат амплитуда сигнала электромиограммы и площадь под кривой. Оцениваются: синхронность и симметричность электромиографического сигнала, наличие патологических феноменов (выпадение функции или гиперфункция).

В начале исследования оценивается электрическая активность мышц в покое. В норме амплитуда биоэлектрической активности (БЭА) мышцы этого сегмента электромиограммы не менее 0, 03 до 0,05 мВ. Показатели от 0,05 до 0,08 мВ свидетельствуют о предрасположенности к мышечной дисфункции, значения выше 0,08мВ позволяют судить о наличии адаптивного гипертонуса. Для сравнительной оценки состояния адекватности жевательных мышц вводится понятие коэффициента асимметрии в покое. Для этого значения амплитуды БЭАс левой стороны делим на значения амплитуды с правой стороны. Максимальное усилие сжатия челюстей оценивается на протяжении 3 секунд. Этот показатель отражает функциональную способность мышц при совершении максимального усилия и характеризует сократимость мышцы. Если со стороны мышцы отсутствуют нарушения микроциркуляции и патологическая афферентация то время восстановления амплитуды БЭА составляет менее 2секунд. Если время стабилизации более 2 секунд и значения амплитуды, на которой стабилизировался сигнал выше 0,05 мВ или ниже 0,03 мВ это свидетельствует о дисфункции жевательных мышц. Уровень плато после жевания в норме имеет амплитуду как в исходном состоянии, значения больше или меньше исходного уровня, а также наличие ассиметрии являются признаками дисфункции жевательных мышц.

Максимальная амплитуда при измельчении тестового материала сравнивается с амплитудой максимального сжатия и должна составлять 60-75% от амплитуды при максимальном усилии сжатия челюстей, что свидетельствует об

оптимальном состоянии мышцы. Отклонения от этих данных вызваны патологией собственно мышцы, патологической афферентацией с сустава или нарушением нейрогуморальной системы.

Таким образом, анализ электромиограммы полученной в результате поверхностной электромиографии жевательных мышц позволяет выявить функциональное состояние исследуемой мускулатуры.

АНОМАЛИИ СТРОЕНИЯ ВИЛЛИЗИЕВА КРУГА У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Д.В.Кандыба

ФГУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии имени Р.Р. Вредена Росмедтехнологий»
Санкт-Петербург

Важнейшим фактором, определяющим компенсацию мозгового кровообращения при атеростенозирующих поражениях брахиоцефальных артерий (БЦА), является состояние коллатерального сосудистого русла и адекватное функционирование Виллизиева круга (ВК). ВК представляет собой артериальный круг на основании головного мозга, связывающий бассейны обеих внутренних сонных артерий (передняя соединительная артерия) и вертебрально-базилярный бассейн с каротидными бассейнами (две задние соединительные артерии). В настоящее время известно, что даже при окклюзии внутренней сонной артерии (ВСА) возможно возникновение компенсирующего коллатерального кровообращения из трех источников: 1) контралатеральная ВСА через переднюю соединительную артерию, 2) вертебрально-базилярная система через заднюю соединительную артерию, 3) гомолатеральная наружная сонная артерия через глазничную артерию. Известно, что основным путем компенсации является кровоток через переднюю соединительную артерию. В норме все три пути коллатерального кровообращения находятся между собой в гемодинамическом равновесии, дополняя и заменяя друг друга.

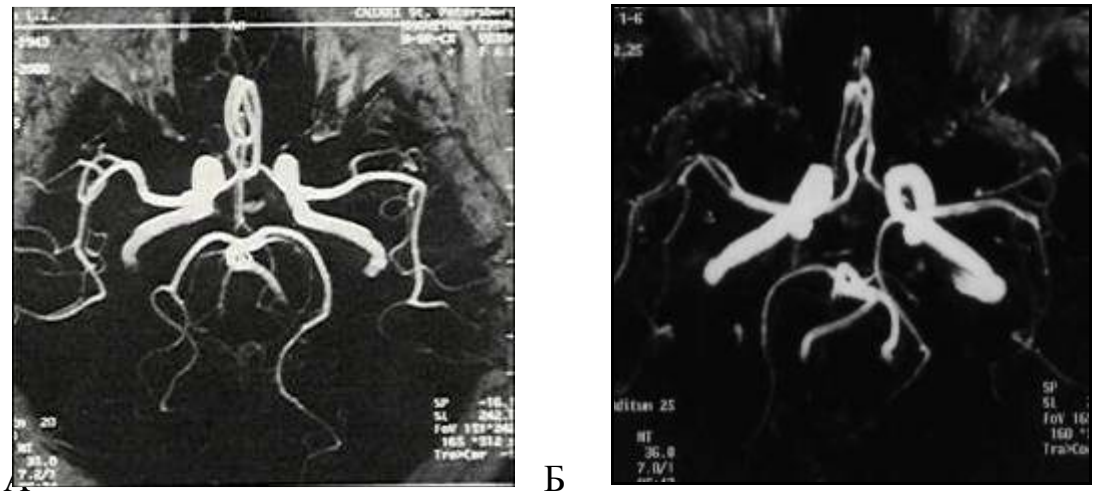
Целью нашего исследования являлось изучение особенностей строения и выявление врожденных аномалий Виллизиева круга у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) II стадии, обусловленной атеросклеротическим стенозом или патологической извитостью БЦА.

Материал исследования представлен комплексным клинико-неврологическим, ультразвуковым, нейрофизиологическим и лучевым обследованием 147 пациентов с ДЭ, обусловленной патологией БЦА. 89 пациентов прошли медикаментозное лечение (группа I), 58 пациентов (группа II) были прооперированы на БЦА (эндартерэктомия, резекция и транспозиция устья артерии при патологической извитости). Гемодинамически значимое атеросклеротическое поражение или патологическая извитость у всех 147 пациентов верифицированы с помощью дуплексного сканирования на ультразвуковой системе ACUSON «Sequoia – 512».

Всем 147 пациентам выполнена магнитно-резонансная ангиография (МРА) сосудов головного мозга и БЦА на томографе Signa MRI (General Electric) имеющем магнитную индукцию 1,5 Тесла. МРА БЦА выполнялась по методике 3D TOF с поперечной ориентацией блока срезов. Полоса насыщения устанавливалась во всех случаях на 5 мм выше блока срезов, что было необходимо для устранения изображения от венозного русла. При выполнении МРА интракраниальных артерий каротидного бассейна расположение блока срезов было стандартным. При исследовании артерий вертебрально-базилярного бассейна (ВББ) блок срезов наклонялся кзади, что позволяло целиком визуализировать основную артерию с ее ветвями и дистальные сегменты позвоночных артерий (ПА).

Среди патологических изменений структуры и гемодинамики, выявленных с помощью МРА, у пациентов I-й / II-й групп преобладают следующие поражения БЦА: атеросклеротический стеноз более 70% в устье ВСА – у 24,4% / 18,7% больных, S-образная патологическая извитость ВСА – у 27,6% / 39,6% больных, атеросклеротический стеноз более 70% в устье ПА – у 31,9% / 15%, S-образная патологическая извитость ПА – у 28,7% / 43,7% больных, гипоплазия ПА – у 16% / 18,7 % больных.

В результате проведения МРА интракраниальных артерий были выявлены следующие виды аномалий строения Виллизиева круга: отсутствие передней соединительной артерии – у 6 (4%) больных, отсутствие задней соединительной артерии слева – у 11 (7,5%) больных, отсутствие задней соединительной артерии справа – у 14 (9,5%) больных, отсутствие задней соединительной артерии с 2-х сторон (рис. 1А) – у 27 (18,3%) больных, передняя трифуркация ВСА слева – у 3 (2%) больных, передняя трифуркация ВСА справа – у 2 (1,3%) больных, задняя трифуркация ВСА слева (рис. 1Б) – у 8 (5,4%) больных, задняя трифуркация ВСА справа – у 6 (4%) больных.



А Б

Рис. 1. Магнитно-резонансные ангиограммы интракраниальных артерий:
А (больная Б., 67 лет) – отсутствие обеих задних соединительных артерий;
Б (больная В., 49 лет) – задняя трифуркация левой ВСА.

В итоге при различных врожденных аномалиях строения передних отделов Виллизиева круга (коллатеральный кровоток между ВСА с двух сторон) выявлено 11 (7,5%) больных с ДЭ при патологии БЦА. Отмечается значительное увеличение аномалий строения задних отделов Виллизиева круга (коллатеральный кровоток между каротидным и вертебрально-базилярным бассейном), которые выявлены у 66 (44,9%) больных. В совокупности аномалии Виллизиева круга диагностированы у 77 (52,4%) обследованных с помощью МРА пациентов с ДЭ.

Выявленные в нашем исследовании различные аномалии строения Виллизиева круга оказали значимое влияние на течение хронической сосудисто-мозговой недостаточности. Особое значение этот факт приобретает при сочетании нескольких врожденных аномалий, например: отсутствие задних соединительных артерий, гипоплазия ПА, врожденная извитость БЦА, аномалия краниовертебральной области, диспластический синдром. Не редко «замкнутость» артериального круга на основании головного мозга игнорируется специалистами лучевой диагностики при описании МРА артерий головного мозга. Результаты данного исследования свидетельствуют о значительной распространенности аномалий строения мозговых артерий у пациентов с патологией БЦА, что, несомненно, должно учитываться клиницистами при формировании групп риска ишемического инсульта и определении показаний к ангиохирургическому лечению.

ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Д.В.Кандыба

ФГУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии имени Р.Р. Вредена Росмедтехнологий»
Санкт-Петербург

Различные виды головокружения являются одними из самых распространенных клинических проявлений вертебрально-базилярной недостаточности (ВБН) и являются следствием вестибулярной дисфункции, которая обусловлена различными уровнями поражения вестибулярного анализатора: лабиринт, корешок кохлеовестибулярного нерва, ствол головного мозга, межуточно-подкорковый или корковый уровень. При вестибулярном синдроме (ВС) выявляются три группы симптомов: вестибулосенсорные (ощущение системного или несистемного головокружения), вестибуловегетативные (тошнота, рвота, гипергидроз, изменение цвета кожи, изменение артериального давления и частоты сердечных сокращений), вестибулосоматические (нистагм в сторону раздраженного лабиринта, отклонение туловища и конечностей в противоположную сторону). Важной дифференциально-диагностической характеристикой ВС является топическое определение его центральной (стволовой, межуточно-

подкорковый, корковый) или периферической (лабиринтный, корешковый) формы.

Цель исследования заключалась в изучении особенностей клинических проявлений хронического ВС и анализе результатов дополнительных методов исследования у пациентов с ВБН, которая обусловлена атеросклеротическими стенозами (рис. 1А) и патологической извитостью (рис. 1Б) экстракраниальных отделов позвоночных артерий (ПА).

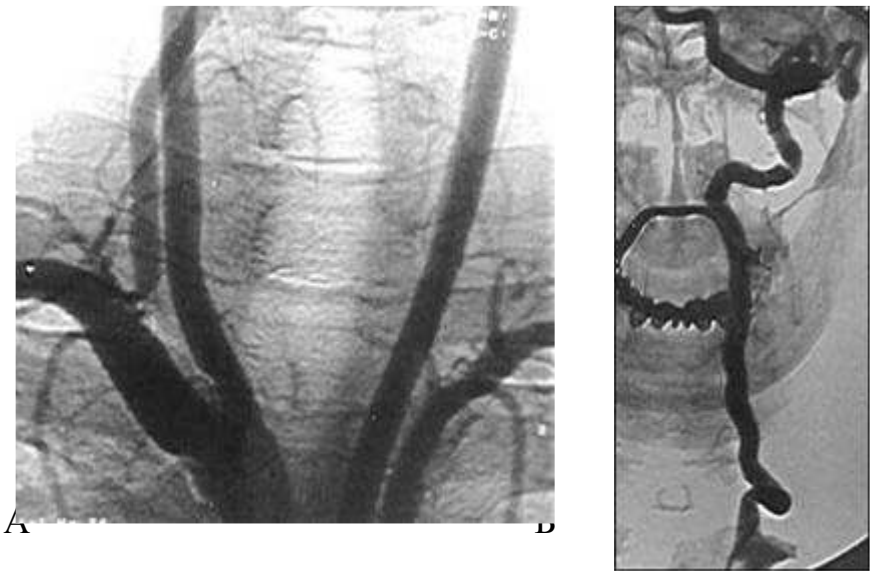


Рис. 1. Вертебральные рентгенконтрастные ангиограммы:
А (Больной С., 59 лет) – атеросклеротический стеноз в устье правой ПА; Б (Больная К., 48 лет) – патологическая извитость V1 сегмента левой ПА.

Материал исследования составили 138 больных в возрасте 40-65 лет с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии в вертебрально-базилярном бассейне. Из них, 102 пациента получали только медикаментозную терапию (вазоактивные, церебропротективные, вегетотропные средства), а 36 пациентов были прооперированы на ПА (эндартерэктомия, резекция и транспозиция устья ПА при патологической извитости). Диагностический алгоритм был представлен следующими методиками: клинико-неврологическое обследование с проведением дополнительных функциональных проб (исследование спонтанного и позиционного нистагма, проба Ромберга, исследование походки по Унтербергеру и фланговой походки), стволовые слуховые вызванные потенциалы (ССВП) головного мозга, дуплексное сканирование сосудов шеи и головного мозга, магнитно-резонансная томография головного мозга.

У 62 (44,9%) пациентов, из всей совокупности обследованных, основным патогенетическим фактором, приведшим к ВБН и ВС, являлась патологическая извитость ПА (чаще перегиб с формированием септального стеноза в V1 сегменте). У 76 (55,1%) пациентов с ВБН был выявлен атеросклеротический стеноз более 70% в устье ПА. Дополнительными, провоцирующими декомпенсацию ВБН, факторами были: спондилогенные влияния на ПА в V2 сегменте, ар-

териальная гипертензия, гипоплазия противоположной ПА, краниовертебральные аномалии.

Клиническая диагностика ВС состояла из нескольких этапов: 1) разделение периферических и центральных вестибулярных расстройств (клиническое отоневрологическое обследование); 2) определение уровня поражения вестибулярного анализатора (ССВП). У всех больных был установлен дисциркуляторный генез ВС, который имел хронический характер с периодическими острыми вестибулопатиями. Другие причины ВС были исключены при предварительном обследовании у оториноларинголога, что позволило произвести выборку однородной совокупности пациентов с ВБН.

При осмотре больных отмечались следующие субъективные симптомы ВБН: головокружение – у 138 (100%) больных, шум в ушах – у 116 (84%) больных, атаксия – у 130 (94,2%) больных, снижение слуха – у 25 (18,1%) больных, головная боль – 102 (73,9%) больных, вегетативные расстройства – у 106 (76,8%) больных. Распределение основных типов головокружения было следующим: системное головокружение выявлено у 33 (23,9%) больных, смешанное – у 82 (59,4%) больных, несистемное – у 23 (16,6%) больных. Среди факторов, провоцирующих приступ головокружения, преобладали: резкие перепады системного артериального давления, быстрые движения головой, стрессовые факторы, нахождение в метро. При оценке неврологического статуса, ВС был выявлен у 124 (89,8%) больных с ВБН. В результате комплексного обследования были выявлены следующие особенности различных типов ВС: центральный ВС – у 48 (38,7%) больных, периферический ВС – у 76 (61,3%) больных.

Для периферического ВС, у обследованных больных с ВБН экстракраниального генеза, было характерно: системное головокружение, чаще в одной плоскости, которое усиливалось при движении головы и глаз; горизонтальный или горизонтально-ротаторный спонтанный нистагм (при атеростенозе ПА чаще направлен в противоположную сторону, при патологической извитости ПА чаще направлен гомолатерально); вестибулярная атаксия с отклонением туловища и рук в сторону медленного компонента нистагма; вестибуловегетативные симптомы (тошнота, рвота, изменение давление и пульса, увеличение потоотделения, не редко учащение мочеиспускания в период вестибулярных кризов; частое сочетание с шумом в ушах; приступообразное течение вестибулопатии.

В результате проведенного анализа особенностей ВС у пациентов с ВБН можно сделать следующие выводы: различные вида патологии (атеростеноз / извитость) ПА не имеют отчетливых вестибулярных различий; при ВБН экстракраниального генеза преобладает периферическая вестибулопатия у 61,3% больных; при извитости ПА чаще отмечаются симптомы раздражения гомолатерального вестибулярного анализатора, а при атеростенозе ПА – чаще симптомы снижения функции гомолатерального лабиринта).

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА

Т.А.Карасева

Военный комиссариат Пензенской области
Пенза

Подростковый возраст – период не только бурного физического и психологического роста, эндокринной перестройки, но, одновременно, и высокого травматизма. Именно в подростковом возрасте резко возрастает число черепно-мозговых травм [1, 2, 3, 4].

Возрастная группа Пензенской субпопуляции молодого возраста (18-27 лет) составляет 15,6% от всего населения области. На эту возрастную группу ежегодно приходится от 1,3 до 1,7% лиц, в анамнезе у которых была черепно-мозговая травма [5, 6].

Устойчивый рост черепно-мозговой травмы и связанных с ней последствий определяет актуальность этой проблемы в современной неврологии в частности и здравоохранении в целом [7, 8, 9, 10].

Целью исследования явилось изучение частоты клинических синдромов отдаленного периода черепно-мозговой травмы в зависимости от вида повреждений головного мозга у лиц призывного возраста.

Материал исследования. Мы провели медицинское обследование группы призывников, состоящей из 422 человек, в анамнезе у которых была черепно-мозговая травма. Средний возраст 19,2 ± 1,28 лет. Время от момента получения черепно-мозговой травмы в течение последних трех лет была у 250 человек (59%), в течение пяти лет у 120 человек (28%), свыше пяти лет у 52 человек (13%).

По тяжести течения травмы: ЧМТ легкой степени тяжести была у 234 человек (55%), ЧМТ средней степени тяжести была у 163 человек (39%), ЧМТ тяжелой степени тяжести была у 25человек (6%).

По структуре обстоятельств преобладала бытовая травма - 350 человек (83%); на втором месте автодорожная травма - 72 человека (17%).

Результаты исследования. В отдаленном периоде ЧМТ призывники предъявляли различные жалобы. Характерным являлось наличие не одной изолированной жалобы, а их сочетание. Наиболее часто встречающимися жалобами в отдаленном периоде ЧМТ являются: головная боль, снижение памяти, быстрая утомляемость, повышенная метиозависимость и нарушение сна. При объективном неврологическом осмотре чаще всего очаговой неврологической симптоматики нет, или присутствует рассеянная микроочаговая симптоматика.

На основании анализа клинических проявлений последствий ЧМТ выделено пять основных синдромов отдаленного периода: церебрально-очаговый, судорожный, вегетативных дисфункций, гипертензионно-гидроцефальный, психоорганический. Моносиндромное течение заболевания наблюдалось в редких случаях. У подавляющего большинства призывников клиническая картина

определялась несколькими синдромами. Мы проанализировали частоту клинических синдромов отдаленного периода черепно-мозговой травмы в зависимости от степени тяжести ЧМТ у лиц призывного возраста и получили следующие результаты (таб. 1.).

Таблица 1

Частота клинических синдромов (в качестве ведущих) отдаленного периода черепно-мозговой травмы в зависимости от вида повреждений головного мозга у лиц призывного возраста

Основной синдром	ЛЧМТ 234 (55%)		СЧМТ 163 (39%)		ТЧМТ 25 (6%)		Итого 422	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Вегетатив. дисфункции	100*	43	29	18	-	-	129	31
Гипертензионно-гидроцефальный	14	6	37	23	8	32	59	14
Церебрально-очаговый	23	10	43	26	12	48	78	19
Судорожный	15	6	75	46	7	28	97	23
Психоорганический	44	19	51	31	5	20	100	24
Без изменений	53	23	3	2	-	-	56	13

*Примечание. В таблице указано количество человек в абсолютных числах (n) и в процентах с определенными клиническими синдромами в отдаленном периоде в зависимости от вида травмы.

Проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Исходом сотрясения головного мозга чаще всего бывают вегетативные нарушения или наступает клиническое выздоровление. Однако нами замечено, что и сотрясение головного мозга в отдаленном периоде может давать эпилептические припадки, признаки гидроцефалии и церебрального арахноидита. Ушиб головного мозга в отдаленном периоде чаще всего проявляется в виде гидроцефалии и вегетативных нарушений. Но и он в отдаленном периоде в 1% случаев, по нашим данным, может не оставлять никаких последствий. И, наконец, сдавление головного мозга чаще всего приводит к формированию кистозных образований в головном мозге и признаков церебрального арахноидита, является причиной эпилептических приступов.

2. Успехи, достигнутые в лечении нейротравматических больных, касаются в основном больных, с ушибом головного мозга тяжелой степени, с нарушением жизненно важных функций, требующих срочных мер на догоспитальном этапе и дальнейших реанимационных мероприятий в стационаре. Больные, с так называемой легкой травмой, до сих пор часто не получают должного лечения и внимания. А в дальнейшем обращаются в поликлиники к врачам разных специальностей. Мы считаем, что лишь тщательно собранный анамнез,

проведение всего комплекса клинических, нейропсихологических и нейровизуализационных методов диагностики позволяют поставить правильный диагноз, установить связь с перенесенной травмой и тем самым избежать экспертной ошибки.

Список литературы

1. Агаева К.Ф. Процесс накопления и распространения последствий травмы головы среди населения // Журн. невр. и псих. – 2001. – № 5. – С. 46-48.
2. Бадалян Л. Детская неврология / М.: Медицина.- 1994.
3. Бойко А.Н., Батышева Т.Т.,Костенко Е.В. Черепно-мозговая травма //Журн. Consilium medicum.- 2007.- т.9. -№8. - С. 5-10.
4. Горбунов В.И. Повторная черепно-мозговая травма в прмежуточном периоде травматической болезни головного мозга (клинико-иммунологические исследования) // Журн. Нейрохир.- 2003.-№2.-С.37-41.
5. Гринцов М.И. Основные нервно-психические заболевания у военнослужащих по призыву, причина их возникновения и закономерности проявления. Прогноз: автореф. дис. ... канд. докт. наук. - С.Петербург.- 2000.
6. Заваденко Н.Н., Гузилова Л.С. Последствия закрытой ЧМТ и эффективность пирацитама в их лечении у подростков.//Журн. неврол. и псих.- 2008. -т. 108.- №3. -С.43-48.
7. Крылов В., Лебедев В. Черепно-мозговая травма // Журн. Врач.-2000.- №11.- С. 12-18.
8. Крылов И.К., Фалина Н.С., Зянгирова З.И. Клинико-физиологическая характеристика больных с травматическим поражением головного мозга в отдаленном периоде // Казанск. мед. журн. -1991. -№7. -С. 45.
9. Макаров А.Ю., Помников В.Г., Маккавейский П.А. Черепно-мозговая травма. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы. Под ред. Макарова А.Ю. -1998.- С. 211-232.
10. Мякотных В.С., Таланкина Н.З., Боровкова Т.А. Клинические, патофизиологические и морфологические аспекты отдаленного периода закрытой черепно-мозговой травмы // Журн. невр. и псих.- 2002. -№ 4.- С. 61-65.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.А.Карасева

Военный комиссариат Пензенской области
Пенза

Отдаленный период ЧМТ определяется как этап клинического выздоровления, либо максимума восстановления нарушенных функций или же, как период возникновения и прогрессирования «запущенных» травмой патологических процессов [1, 2].

Пластическая и энергетическая перестройка головного мозга после ЧМТ требует долгих лет, исходом является сосуществование двух противоположно направленных процессов: дегенеративно – диструктивного и регенеративно – репоративного. Клинические проявления ЧМТ в отдаленном периоде определяются тем, какой из них превалирует [3, 4, 5].

Клинические проявления отдаленного периода ЧМТ не обладают специфичностью, что затрудняет постановку диагноза и предопределяет роль дополнительных методов исследования. Наиболее ценную информацию о состоянии мозга дают современные методы нейровизуализации, в том числе компьютерная томография (КТ) [6, 7]

Целью настоящего исследования явилась изучение патоморфологических изменений в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы по данным компьютерной томографии у лиц призывного возраста и оценка их значения в диагностике последствий черепно-мозговой травмы у лиц призывного возраста.

Результаты исследования. С диагностической целью была проведена компьютерная томография головного мозга 480 призывникам, в анамнезе у которых была ЧМТ. Результаты отражены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты компьютерной томографии головного мозга

года	2005 год		2006 год		2007 год		2008 год		2009год		Всего за 5лет	
симптомы	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
норма	*48	40,7	51	42,9	49	53,8	32	35,9	27	42,9	207	43
гидроцефалия	27	22,9	16	13,4	6	6,6	10	11,2	5	7,9	64	13
Посттравматическая церебральная атрофия	43	36,4	52	43,7	36	39,6	47	52,8	31	49,2	209	44
Всего исследований	118	100	119	100	91	100	89	100	63	100	480	100

*Примечание. В таблице показано число призывников в абсолютных числах (n) и в относительных.

Оказывается, что у подавляющего большинства призывников на КТ головного мозга изменений нет в 43% случаев или развиваются явления посттравматической церебральной атрофии (44%). Именно она является основной

причиной, ведущей к дилятации ликворосодержащих пространств, в отличии от посттравматической гидроцефалии, при которой расширение желудочковой системы и субарахноидальных пространств возникают вследствие нарушения ликвородинамики и ликвороциркуляции.

В тоже время среди кист головного мозга были ретроцеребеллярная киста и киста прозрачной перегородки, которые являются вариантами развития головного мозга. Не всегда данные компьютерной томографии соответствовали клинической картине.

Можно сделать вывод, что компьютерная томография, является наиболее информативным методом исследования, помогающим решать многие диагностические задачи. Однако, морфологические «находки» в головном мозге в отдаленном периоде ЧМТ носят не специфический характер, то есть, могут проявляться и в результате сосудистых, воспалительных поражений [8, 9, 10] или быть особенностями развития центральной нервной системы. Между клиническими и морфологическими изменениями часто отсутствует прямое соответствие, что затрудняет определение степени нарушения функции нервной системы и вынесение категории годности к военной службе.

Мы считаем, что при вынесении экспертного заключения необходимо оценивать в первую очередь наличие очаговой неврологической симптоматики, состояние вегетативной нервной системы, результаты психологических тестов, электроэнцефалографии, реоэнцефалографии, а данные компьютерной томографии должны быть ориентировочными, кроме того компьютерная томография остается довольно дорогостоящим и не всегда доступным методом исследования особенно для призывников, проживающих в районах области.

Список литературы

1. Агаева К.Ф. Процесс накопления и распространения последствий травмы головы среди населения // Журн. невр. и псих. – 2001. – № 5. – с. 46-48.
2. Будневская Л.А., Бекренева. Н.Н., Карасева Т.А. Значение скрытого органического фона у детей пубертантного возраста / Материалы юбилейной научно-практической конференции Пензенского института усовершенствования врачей МЗ РФ с участием регионов России 20-21 июня 2002. -т.1.- С.98-100.
3. Воскресенская О.Н., Шоломов И.И. Методы нейровизуализации в диагностики последствий легкой черепно-мозговой травмы // Журн. суд. мед.эксперт.- 2003.-т. 46.-№4.-С. 10-14.
4. Добровольский Г. Морфологические основы патологии системы ликворообращения при черепно-мозговой травме // Врач.- 1997.-№1.- С.6-8.
5. Коновалов А.Н., Карименко В.Н., Васин Н.Я. Компьютерная томография в диагностики ЧМТ. //Вопросы нейрохир. -1983 -№ 1.- С. 3-11.

6. Корниенко В.П., Васин Н.Я., Кузьменко В.А. Компьютерная томография в диагностике черепно-мозговой травмы / М.: Медицина.- 1987.- С. 287.
7. Макаров А.Ю., Помников В.Г., Маккавейский П.А. Черепно-мозговая травма. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы. Под ред. Макарова А.Ю. -1998.- С. 211-232.
8. Мякотных В.С., Таланкина Н.З., Боровкова Т.А. Клинические, патофизиологические и морфологические аспекты отдаленного периода закрытой черепно-мозговой травмы // Журн. невр. и псих.- 2002. -№ 4.- С. 61-65.
9. Челноков В.С., Ильина Е.В. Патоморфологические изменения при черепно-мозговой травме //Журн. суд. мед. эксперт.- 2001.-т.44.-№1.- С.7-9.
10. Шапошников С.М., Повереннова И.Е. Анализ течения и исходов тяжелой черепно-мозговой травмы в остром периоде // Материалы III съезда нейрохирургов России 4-8 июня 2002 года, С.-Петербург.- С.72-73.

ПРИМЕНЕНИЕ ДРЕНАЖЕЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЛАУКОМОЙ

Н.А.Качан, Е.И.Беляева, А.В.Громилин

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза
Бессоновская ЦРБ
с. Бессоновка Пензенской области

При первичной глаукоме в начальной и развитой стадиях традиционные операции типа синустрабекулоэктомии и глубокой склерэктомии в отдаленном наблюдении дают вполне удовлетворительный гипотензивный эффект - от 90% до 95% [В.Н. Алексеев соавт., 2004; А.-Г.Д. Алиев с соавт., 2004]. При глаукомах с продвинутыми стадиями обычные операции фистулизирующего типа далеко не всегда дают удовлетворительный гипотензивный результат, и зачастую приходится прибегать к повторным операциям либо изначально применять операции дренирующего типа. А при таких формах, как неоваскулярная глаукома, посттромботическая глаукома и все виды глаукомы молодого возраста, применение дренажей является операцией выбора.

Нами проведен анализ результатов операций фистулизирующего типа с применением коллагеновых дренажей в отдаленные сроки наблюдения (от 6 месяцев до 1,5 лет).

Цель исследования. Изучить гипотензивную эффективность фистулизирующих операций с применением коллагенового дренажа.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 14 больных (14 глаз), которым в ходе фистулизирующих операций имплантировался интрасклеральный коллагеновый дренаж. С открытоугольной глаукомой было 10 боль-

ных (10 глаз) и со вторичной глаукомой - 4 больных (4 глаза). Мужчин было 5, женщин - 9 человек в возрасте от 51 до 82 лет (средний возраст 71,3 года). Больные с открытоугольной глаукомой все имели III стадию заболевания с сужением поля зрения с носовой стороны от 15° до 7° от точки фиксации. Из 4 пациентов со вторичной глаукомой двое страдали неоваскулярной глаукомой и по одному больному - посттромботической и посттравматической формами глаукомы.

ВГД у всех больных превышало среднестатистические нормы (от 28 до 45 мм рт.ст.) и в среднем было равно 30,3 ±1,5 мм рт.ст. Данные тонографии показывали патологические величины ретенционного характера (коэффициент легкости оттока находился в пределах 0,03 - 0,12 мм3/мин мм рт.ст.

Результаты и обсуждение. В процессе операций у двух больных неоваскулярной и у одной больной с постромботической глаукомой в передней камере появилась кровь различного уровня заполнения (до зрачкового края у одной больной и полная гифема у двух больных). В послеоперационном периоде у двух больных (14,3%) течение болезни осложнилось цилиохориоидальной отслойкой, потребовавшей дополнительного хирургического вмешательства (задняя склерэктомия).

Офтальмотонус в ближайшие дни после операции нормализовался в 13 глазах и снизился до 27-29 мм рт.ст. у больной с постромботической глаукомой, у которой до операции он был 41 мм рт.ст. В среднем послеоперационный уровень ВГД составил 19,5 ±3,0 мм рт.ст.

В отдаленные сроки наблюдения (до 1,5 лет) у всех больных с открытоугольной глаукомой офтальмотонус был в пределах нормальных значений и в среднем составил 22,4 ± 4Д мм рт.ст. В глазах с неоваскулярной глаукомой ВГД держалось на цифрах 25-29 мм рт.ст. на фоне местной гипотензивной терапии. У больной с посттромботической формой вторичной глаукомы была произведена повторная антиглаукоматозная операция.

Выводы. Проведенные исследования показали надежность гипотензивного эффекта антиглаукоматозных операций с применением коллагенового дренажа при запущенных стадиях открытоугольной глаукомы и вполне удовлетворительный результат при тяжелых формах вторичных глауком.

ПЕРОРАЛЬНАЯ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ГРИБКОВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ

А.И.Козина, Т.А.Дружинина, Б.А.Молотилов

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Частота сенсибилизации к аллергенам плесневых грибов у детей колеблется от 5 до 60%. Иммунный ответ на аллергены грибов протекает преимущественно по немедленному типу с участием специфических IgE-антител. С уче-

том ведущей роли IgE-опосредованного механизма сенсибилизации к аллергенам плесневых грибов одним из наиболее эффективных методов лечения является аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ). Доказано, что АСИТ в отличие от других методов лечения аллергических заболеваний имеет принципиальные преимущества, так как действует на все патогенетические звенья аллергического воспаления. К настоящему времени в отечественной аллергологии накоплен достаточный опыт по использованию грибковых аллергенов с лечебной целью традиционным парентеральным методом. В последние годы значительно возрос интерес к применению неинвазивных методов АСИТ, расширяющим возможность ее применения в педиатрической практике.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-иммунологической эффективности пероральной АСИТ грибковыми аллергенами фирмы «Sevapharma» (Чехия) у детей с аллергическими заболеваниями, обусловленными грибковой сенсибилизацией.

Под наблюдением находилось 34 ребенка в возрасте от 4 до 16 лет: из них 28 детей с респираторными аллергозами (бронхиальная астма, аллергический ринит, астматический бронхит), 5 детей с атопическим дерматитом, 1 человек – с дермореспираторным синдромом. Все дети имели опосредованно подтвержденную IgE- гиперчувствительность к грибковым аллергенам. Аллерговакцинация проводилась глицериновым раствором экстракта аллергена «H-AL mico per os» (смесь плесеней наружных) «Sevapharma» Чехия по рекомендованной ориентационной схеме, которая изменялась в зависимости от реактогенности и состояния пациента.

Клиническая эффективность АСИТ оценивалась по 4-х бальной системе [А.Д.Адо, 1976]: отличные, хорошие, удовлетворительные, неудовлетворительные. Положительный результат пероральной АСИТ спустя 4-6 месяцев после ее завершения был отмечен у 29 детей – (85,3%). Отличные и хорошие результаты были получены у 27 (79,4%); удовлетворительные у 2 (5,9%); неудовлетворительные - 5 человек (14,7%). Отмечено, что наибольший эффект от проводимой АСИТ был получен у детей с легким и среднетяжелым течением заболевания при моноэтиологии заболевания. Неэффективной АСИТ оказалась у детей с тяжелым течением бронхиальной астмы, наличием поливалентной сенсибилизации к неродственным группам аллергенов, а также при проведении АСИТ в условиях микогеннной загрязненности. Клиническая эффективность АСИТ проявлялась снижением частоты приступов бронхиальной астмы, уменьшением приема бронхоспазмолитиков, снижением объема базисной терапии, уменьшением проявлений сопутствующего ринита.

При иммунологическом обследовании детей спустя 4-6 месяцев после пероральной АСИТ была отмечена следующая динамика иммунологических показателей.

Уровень сывороточного IgE у пациентов до лечения составил Me (LQ UQ)- 206,5 (100,0 -461,0 Ме/мл); после лечения наблюдали статистически значимое (p=0,003) снижение уровня IgE -178,0 (85,5-316,0 Ме/мл). В то же время наблюдали статистически значимое повышение сывороточного IgG (p=0,0011)

с 9,7 (8,0-12,0) до лечения и 14,0 (10,3-15,0) после лечения. Это свидетельствует о переключении с синтеза IgE на продукцию блокирующих IgG антител. Изменения показателей sIgA в слюне до и после проведения пероральной АСИТ были статистически недостоверны. При поведении частотного анализа уровня sIgA до лечения выявлено снижение показателей (ниже 150 мг/мл) у 9 детей (26,5%), значения в пределах нормы (150-300 мг/мл) у 10 (29,4%), повышение показателей (выше 400мг/мл) у 15 (44,1%). В результате лечения отмечено разнонаправленное изменение sIgA. Однако была выявлена следующая закономерность: у пациентов с низкими значениями sIgA после проведения АСИТ наблюдалось повышение в среднем в 2,5 раза, у детей с высокими значениями sIgA было отмечено снижение показателей в 1,5 -2 раза. Таким образом, помимо общепринятой роли АСИТ в формировании блокирующих антител нами выявлен иммуномодулирующий эффект в нормализации значений sIgA в слюне.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ СКУЛОВОГО КОМПЛЕКСА

М.Н.Колин, М.М.Оленникова, М.К.Оленников, В.В.Бородин, А.А.Трутнев

ГУЗ ОКБ им. Н.Н.Бурденко
Пенза

По данным литературы доля повреждений скулового комплекса составляет от 6,5% до 24 % от всех повреждений костей лицевого скелета.

Из-за сложных анатомо-топографических соотношений костных структур средней зоны лица изолированные переломы скуловой кости встречаются редко. Близость глазницы, подглазничного нерва, верхнечелюстной пазухи определяют выбор метода лечения травм скулового комплекса, предупреждение посттравматических осложнений. При посттравматических деформациях и дефектах одним из основных вопросов является выбор оптимального материала для замещения дефекта кости.

В отделении челюстно-лицевой хирургии ОКБ им. Н. Н. Бурденко с 2007 по 2010 гг. пролечено 1599 пациентов с травматическими повреждениями костей лица, из них с переломами скулового комплекса 187 (11,7%) пострадавших. За 2007 год было пролечено 455 человек с травмой, из них 57 (12,53%) с переломами скуловой кости. В 2008 году из 410 пострадавших пролечено 45 (10,98%) пострадавших с переломами скулового комплекса, в 2009 году из 395 – 43 (10,89%) и в 2010 году из 399 – 42 (12,39%) человека с травмой скулового комплекса. Причиной травмы являлись бытовая (падение, удар кулаком или массивным твёрдым предметом), транспортная, спортивная травмы.

Возраст оперированных пострадавших составил от 16 до 63 лет. Показаниями для хирургического лечения были: смещение скуловой кости, неврит подглазничного нерва, ограничение открывания рта. Оперативные вмешательства проводились в различные сроки после травмы, от суток до 2 лет.

Среди хирургических методов лечения повреждения скулового комплекса в отделении челюстно-лицевой хирургии наряду с традиционными методами: крючком Лимберга, репозицией через верхнечелюстную пазуху с использованием йодоформного тампона, остеосинтезом костным проволочным швом широко используется стабильный остеосинтез титановыми минипластинами.

Для оценки характера, степени тяжести повреждений, оценки результатов хирургического лечения повреждений скулового комплекса использовались данные рентгенографии, компьютерной томографии, эхоэнцефалоскопии, клинические и лабораторные тесты.

Из 187 пострадавших с травмой скулового комплекса по методу Лимберга оперировано 69 (36,9%), через верхнечелюстную пазуху – 58 (31%) человек. Костный проволочный шов титановой проволокой применён у 25 (13,4%), остеосинтез титановыми минипластинами у 23 (12,3%) пострадавших.

Для устранения посттравматических деформаций лица и пластики костных дефектов стенок орбиты применялись различные имплантаты: перфорированные силиконовые, пористые проницаемые пластины из никелида титана толщиной 0,1 мм с размером пор 100-300 мкм и коэффициентом пористости 40-80%, сочетание гидроксоапатитового материала «ЛитАр» с силиконовым перфорированным имплантатом; костные аутотрансплантаты. Материал «ЛитАр» использовался в виде готовых блоков размерами 1х1 или 2х2 см для пластики стенок орбиты.

Костный аутотрансплантат брали внутриротовым доступом в подбородочном отделе нижней челюсти. По данной методике оперированы 3 (1,6%) пациента. С использованием материала «ЛитАр» в сочетании с пористой никелид-титановой пластиной или перфорированным силиконовым имплантатом оперировано 9 (4,8%) пациентов.

При замещении дефекта стенок орбиты пористым имплантатом из сверхэластичного никелида титана достигается биомеханическая совместимость с прорастанием в порах костного вещества в отличие от материалов из керамики, углерода, титана. Материал «ЛитАр» обеспечивает остеоинтеграцию с костным ложем, обеспечивая полноценность формирования костных структур.

У 1 пациента с неправильно сросшимся переломом скуло-глазничного комплекса (позднее обращение) после контурной пластики нижней стенки глазницы перфорированным силиконовым имплантатом в послеоперационном периоде отмечено сохранение диплопии, в связи, с чем выполнено повторное хирургическое вмешательство. При своевременно оказанной хирургической помощи осложнений у пострадавших с переломами скулового комплекса не отмечено, анатомические и функциональные результаты хирургического лечения хорошие.

ТРАКЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТОХАНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Т.Н.Кондратьева, Н.А.Куталова

ММУ «Новокуйбышевская центральная городская больница»
Новокуйбышевск

Наиболее частой причиной болей в поясничном отделе позвоночника является остеохондроз.

Целью нашей работы являлась изучение эффективности вытяжения позвоночника на тракционном столе в комплексном лечении остеохондроза поясничного отдела позвоночника.

Мы использовали тракционной многофункциональный стол «Анатомор» (США). Тракционное устройство обеспечивает постоянное или переменное вытяжение с силой до 30 кг, которая регулируется специальным рычагом. Под покрытием стола расположены ролики для массажа мышц спины. Ролики подпружинены и при проведении процедуры полностью повторяют контуры спины, ритмично массируя мышцы. Дополнительно возможно вибрационное воздействие. Имеется устройство для подогрева ифракарсными лучами температурой 45 градусов. В комплект входят устройства для шейной тракции, вытяжения за верхние и нижние конечности, тазовый и грудной пояса.

Процедуру поясничной тракции осуществляли при помощи грудного и тазового пояса. При остеохондрозе, сочетающимся с артрозом тазобедренного или коленного сустава вытяжение проводили за одну или обе нижние конечности.

Под нашим наблюдением находилось 105 больных. Перед проведением лечения больной проконсультирован неврологом. Женщины дополнительно обследованы гинекологом. Помимо клинических исследований, пациенту проводили рентгенографию поясничного отдела позвоночника ЭКГ, по показаниям КТ. Традиционное медикаментозное лечение всех больных включало витамины группы В, миорелаксанты, обезболивающие препараты. Физиофункциональное лечение: лечебная физкультура, импульсные токи, лазеротерапия.

Из общего числа больных методом рандомизации были сформированы две группы пациентов, равнозначные по полу, возрасту, стадии заболевания, отсутствия сопутствующих заболеваний и способам лечения. В каждой группе было по 32 пациента. Одной из них – основной, дополнительно к стандартному лечению проводили тракционную терапию. Вторая группа была группой сравнения.

Вытяжение осуществляли на аппарате «Анатомор» по следующий методике. Сначала добивались снижения тонуса мышц спины. С этой целью больного укладывали на стол и фиксировали на нём грудной и тазовой пояса. На 2-3 минуты включали инфракрасное воздействие, дающее тепловой эффект. Затем в течение 5-7 минут, на фоне продолжающейся термотерапии проводили аппаратный массаж мышц спины с минимальным подъёмом роликов. Через 8-10 минут такого воздействия массаж выключали, инфракрасное облучение про-

должали и начинали тракцию. При этом уделяли величине силы тракции. Первую процедуру проводили с усилием равным 10-12% от массы тела. Длительность тракции составляла 10-12 минут. После процедуры больному на 2 часа рекомендовали ортопедический корригирующий корсет. Процедуру проводили ежедневно или через день. В последующие дни, в зависимости от самочувствия больного и индивидуальных особенностей, интенсивность воздействия выражалась в подъёме массажных роликов, возрастании силы вытяжения, дополнительного вибрационного воздействия и общей длительности процедуры. Курс тракционной терапии состоял из 8 -12 процедур.

Для объективизации эффективности лечения применяли визуальную аналоговую шкалу боли (ВАШ) по 10 бальной системе в которой отсутствие боли соответствовало 0 баллов, а нетерпимая боль - 10 баллам. ВАШ определяли индивидуально у каждого больного, а затем рассчитывали среднее значение её по каждой группе до и после курса лечения.

Перед курсом лечения все пациенты жаловались на боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в одну или обе нижние конечности. Отмечалось напряжение паравертебральных мышц, был положительным симптом Лассега.

Положительная динамика различной степени отмечена у всех больных. Она проявлялась в уменьшении боли, снижении тонуса мышц в поясничном отделе спины, снижении выраженности симптома Лассега. К концу курса лечения боли полностью исчезли у 21,2% больных группы сравнения и у 30,8% основной группы. Боли остались прежними в 5,3% группы сравнения и в 2,1% у пациентов основной группы. Различия по этим признакам между группами было достоверными.

Исходное состояние ВАШ у пациентов группы сравнения составляла в среднем 7,3 балла, в основной – 7,4 балла без достоверной разности между группами. После курса лечения, среднее значение баллов по шкале ВАШ у пациентов группы сравнения составило 5,8 балла, а у больных основной группы снизилась до 4,3 балла и эти различия были статистически достоверными.

Таким образом, применение тракционной терапии в лечении поясничного остеохондроза повышает эффективность стандартного лечения этого заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ОЧАГА БОТУЛИЗМА В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

О.А.Коннова, И.Г.Карташова, Т.Ф.Чернова, Ю.В.Салманова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ГУЗ ПОЦСВМП
Пенза

Ботулизм, заболевание, относительно редко встречаемое на территории Пензенской области (от 1 до 4 случаев в год). Есть регионы области, где на протяжении многих лет случаи ботулизма не регистрируются. Этот факт лишает настороженности медицинских работников в отношении данного заболева-

ния, снижает качество оказания медицинской помощи больным. В качестве примера можно привести случай ботулизма у двух пациноток, причиной заболевания которых явилось употребление в пищу слабосоленой рыбы (форели), привезенной из Карелии одной из заболевших женщин. Одновременно эту рыбу ела её племянница. Спустя 10-12 часов после употребления в пищу данного продукта у обеих женщин появились схваткообразные боли в животе, рвота, разжиженный стул. Спустя 6-8 часов эти клинические проявления самостоятельно купировались, однако появилась и стала нарастать слабость, присоединилась сухость во рту, отмечалось ухудшение зрения (расплывчатость предметов, «туман» перед глазами). На второй день заболевания присоединилось чувство нехватки воздуха, что и послужило причиной обращения за медицинской помощью в районную больницу. В обоих случаях был диагностирован ботулизм, и пациентки были госпитализированы в инфекционное отделение районной больницы. У больной С.М., 19 лет, заболевание быстро прогрессировало: нарастали признаки дыхательной недостаточности, что и послужило поводом перевода больной на искусственную вентиляцию лёгких (на третьем часе госпитализации). Затем, через 3 часа, пациентка в условиях реанимобиля, в сопровождении врача - реаниматолога была доставлена в ПОЦСВМП, госпитализирована в ОРИТ, где ей была введена противоботулиническая сыворотка, продолжена ИВЛ, инфузионная дезинтоксикационная терапия. Динамическое наблюдение за больной показало стабилизацию процесса со второго дня пребывания в стационаре (состояние тяжелое, сознание ясное, выражен мидриаз, птоз, ограничение движения глазных яблок), а затем и его регрессию. На третий день пребывания в стационаре ПОЦСВМП уменьшился птоз, мидриаз, усилились отведения глазных яблок наружу, улучшилось зрение. На четвертый день больная экстубирована, после чего отмечалось самостоятельное дыхание 20-22 в 1 мин., легкий птоз, отсутствие мидриаза, но сохранялись осиплость голоса, сухость во рту, затруднение глотания твердой пищи. К 8 дню зрение и глотание полностью восстановились, только отмечалась умеренная слабость и снижение силы мышц конечностей. К 14 дню мышечный тонус конечностей восстановился, слабость купировалась, и больная с выздоровление выписана домой в удовлетворительном состоянии. Второй больной Г.Т., 50 лет, у которой имелись умеренный птоз, мидриаз, стробизм, сухость во рту и поперхивание, оказание помощи осуществлялось в условиях ОРИТ районной больницы. Ей было сделано промывание желудка и кишечника, проводилась инфузионная дезинтоксикационная терапия. Через 8-9 часов пребывания в стационаре у больной появились признаки нарушения дыхания: одышка до 24-26, бледность кожных покровов, акроцианоз. И с показателями жизнедеятельности (дыхание 28 в 1 мин., пульс 92, АД 110/60 мм РТ ст), свидетельствующими о нарастании дыхательной недостаточности, больная на машине скорой помощи была направлена в ПОЦСВМП. В момент поступления в ОРИТ ПОЦСВМП состояние больной было уже крайне тяжелым: одышка 40-42 в мин., АД 40 мм рт ст, пульс нитевидный. Больной с приема начато проведение реанимационных мероприятий – проведена оротрахеальная интубация, больная переведена на ИВЛ респирато-

ром «Фара-20» в режиме умеренной гипервентиляции с подачей кислорода. Начато введение противоботулинической сыворотки. Однако, проводимые мероприятия эффекта не имели у больной произошла остановка сердечной деятельности. Биологическая проба установила наличие ботулинического токсина в рыбе и крови умершей больной.

Иллюстрация случаев ботулизма свидетельствует о том, что больным при постановке диагноза «ботулизм» в условиях инфекционного отделения районной больницы не вводилась противоботулиническая сыворотка, что неблагоприятно сказалось на тяжести течения и исходе заболевания. У обеих пациенток (из одного очага) клиническая картина ботулизма продолжала нарастать, присоединились признаки нарущения дыхания. Своевременная искусственная вентиляция легких, осуществленная у больной М.С., 19 лет, позволила купировать гипоксию и создать запас времени на транспортировку больной в специализированный стационар, где ей была оказана квалифицированная помощь, включая введение противоботулинической сыворотки. У второй больной Г.Т., 50 лет, отсутствие проведения ИВЛ при нарастающей дыхательной недостаточности, транспортировка в условиях необорудованной машины скорой помощи, без сопровождения – привели к нежелательным последствиям, несмотря на введение противоботулинической сыворотки в условиях ПОЦСВМП, повлекшим летальный исход. Таким образом, выполнение стандартов ведения больных ботулизмом оказывает влияние на течение, прогноз и исход заболевания.

СОВРЕМЕННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПОСЛЕВУЗОВСКОМ ОБРАЗОВАНИИ ВРАЧЕЙ-ФТИЗИАТРОВ

Н.М.Корецкая

ГОУ ВПО КрасГМУ Росздрава
Красноярск

Важнейшим разделом борьбы с туберкулезом является подготовка кадров. Реформы в здравоохранении и образовании закономерно потребовали улучшения качества преподавания на кафедрах, занимающихся подготовкой по фтизиатрии. Базис такой подготовки – это систематически совершенствующийся педагогический процесс, включающий наличие востребованных учебно-методических программ, коллектива преподавателей, имеющих высокие личностные качества и уровень подготовки, а также достаточную техническую оснащенность.

Динамические изменения высшего медицинского образования постоянно выдвигают новые требования к врачу, делают более сложной преподавательскую деятельность, ставят новые задания в области методики медицинского образования, что невозможно осуществить без применения современных образовательных технологий.

В Красноярском государственном медицинском университете разработано и утверждено «Положение о применении инновационных образовательных

технологий». Одной из форм инновационных образовательных технологий, рекомендованных к разработке и внедрению в педагогический процесс, является проведение дискуссий с обучающимися. В этой связи на кафедре туберкулеза с курсом ПО в процессе преподавания на цикле тематического усовершенствования для врачей-фтизиатров «Актуальные вопросы фтизиатрии» классические лекции были дополнены свободной дискуссией по сложным или спорным вопросам фтизиатрии.

На основании длительного опыта преподавания для дискуссии были выделены следующие темы: «Современные подходы к выбору организационной формы лечения больных туберкулезом и его этапности», «Диспансерная группировка больных туберкулезом и сроки их наблюдения», «Причины недостаточной эффективности профилактической работы в очагах туберкулезной инфекции», «Причины низкой эффективности лечения больных туберкулезом в современных условиях», «Современные подходы к оценке своевременности выявления туберкулезного процесса».

Многие из этих вопросов связаны с выходом в свет в 2003 году приказа МЗ РФ №109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации», который потребовал перехода к внедрению стандартных режимов химиотерапии, изменения порядка диспансерного наблюдения и учета контингентов, состоящих на учете противотуберкулезных учреждений, а также возрастных категорий детей, подлежащих ревакцинации БЦЖ, ограничения ее рамок 14-летним возрастом.

Внедрение этого приказа в работу врачей-фтизиатров всех уровней и особенно с учетом 7-летнего опыта его применения и вызвал у обучающихся на цикле врачей вышеперечисленные вопросы. В обсуждении спорных вопросов принимают активное участие все курсанты, их интересует точка зрения преподавателя на рассматриваемые проблемы и таким образом удается достичь интерактивности, то есть способа вовлечения в учебный процесс взрослой аудитории, для которой имеются свои принципы обучения.

Дискуссия, проводимая со слушателями курсов, позволяет не только оценить их уровень знаний, но и клиническое мышление каждого курсанта, логику и целостное видение проблем фтизиатрии с учетом региональных особенностей. Свободная дискуссия является запоминающимся событием, повышающим профессиональный уровень обучающихся.

Повышение качества подготовки специалистов в современных условиях невозможно представить и без применения компьютерной техники, которое позволяет совершенствовать и поднять уровень образования на более высшую ступень развития, соответствующую уровню других сфер нашего общества.

На кафедре туберкулеза с курсом ПО компьютерная техника используется на всех лекциях, практических и семинарских занятиях с курсантами. Текстовая устная информация, сопровождающаяся наглядной демонстрацией видеоматериалов, повышает интерес к изучаемой теме, что позволяет одновременно воздействовать на зрительную и слуховую память обучающихся и, соответственно, повышает эффективность образного запоминания. Современные

технические средства обучения раскрывают новые горизонты в работе преподавателя высшей школы, делая процесс передачи знаний высокоиллюстративным.

Применение современных образовательных технологий значительно повышает уровень знаний врачей по основным вопросам фтизиатрии. Достаточно отметить, что по результатам проводимого в течение 3-х лет анализа исходного и конечного уровня знаний было установлено повышение последнего по отношению к первому на 1,7 балла.

В конце цикла по результатам анонимного анкетирования, а также в личной беседе со слушателями оценивается качество организации каждого цикла и педагогическая эффективность примененных инновационных образовательных технологий. Замечания, сделанные курсантами учитываются при проведении последующих циклов.

Большинство курсантов высказывают пожелания о необходимости чаще обмениваться информацией и в частности сделать возможной рассылку методических материалов, разработанных и изданных сотрудниками кафедры, в города и районы края путем их передачи по телекоммуникационным каналам связи, что требует внедрения дистанционных форм обучения врачей-фтизиатров, планируемого в ближайшее время.

Таким образом, применение современных образовательных технологий в послевузовском образовании позволяет повысить качество подготовки врачей-фтизиатров и соответственно эффективность противотуберкулезных мероприятий в регионе.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ

Н.М.Корецкая, А.Н.Наркевич

ГОУ ВПО КрасГМУ Росздрава
Красноярск

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в сельской местности Российской Федерации, в сравнении с городской, отличается большей напряженностью. В этой связи исследование особенностей клинической характеристики туберкулеза легких и вопросов его выявления у городских и сельских жителей является актуальной проблемой, итоги изучения которой позволят разработать дифференцированный подход к выявлению туберкулезного процесса.

Цель исследования: провести сравнительную оценку клинической характеристики впервые диагностированного туберкулеза легких и факторов, на нее влияющих, у городских и сельских жителей Красноярского края.

В разработку взяты истории болезни всех больных в возрасте старше 18 лет с впервые диагностированным туберкулезом легких, находившихся на стационарном лечении в Красноярском краевом противотуберкулезном диспансе-

ре №1 в 2008-2009 гг. Больные были разделены на две группы: 1-я – 387 человек – городские жители, 2-я – 873 человека – сельские.

Достоверных различий по полу среди больных 1-й и 2-й групп отмечено не было (мужчины составили соответственно по группам 63,0% и 65,6%). Максимальная доля заболевших в городе и селе приходилась на разные возрастные группы: в первом случае – 20-29 лет (25,6±2,2%), во втором – 40-45 лет (24,1±1,4%). В 1-й группе достоверно большим был удельный вес больных молодого возраста, а во 2-й – пожилого, что в значительной мере связано с различиями возрастного состава населения, проживающего в городской и сельской местности.

Анализ структуры клинических форм туберкулезного процесса у заболевших 1-й и 2-й групп (твбл. 1), показал, что независимо от места проживания, первое место занимал инфильтративный туберкулез легких, второе – диссеминированный, причем удельный вес последнего у больных 2-й группы был достоверно выше, равно как и фиброзно-кавернозного туберкулеза.

С более высоким удельным весом диссеминированного туберкулеза легких у сельских жителей связано и достоверно большая распространенность поражения. Так, если в 1-й группе процессы, занимающие более доли легкого, составили 37,9%, то во 2-й – 46,0%; $p<0,01$ (табл. 1).

Достоверных различий в частоте распада легочной ткани и бактериовыделения у больных 1-й и 2-й групп выявлено не было; не установлено и различий в путях выявления заболевания (табл.1).

Для установления причин более тяжелой клинической структуры и характеристики туберкулезного процесса у сельских жителей проведен анализ сроков флюорографического обследования (ФЛГО), предшествующего выявлению заболевания. Было установлено, что среди заболевших туберкулезом сельских жителей большим был удельный вес лиц, нерегулярно проходящих ФЛГО. Так, если в 1-й группе срок предшествующего выявлению заболевания ФЛГО до 1 года имел место у 12,4% заболевших, то во 2-й группе лишь у 7,7% ($p<0,05$), от 1 до 2 лет соответственно 35,5% и 28,4% ($p<0,01$).

Особенно выраженные различия наблюдались в удельном весе лиц длительно (более 3 лет) не проходивших ФЛГО: среди сельских жителей их оказалось 40,8%, против 29,7% среди городских ($p<0,001$).

Таблица 1

Клинические формы туберкулеза легких, характеристика процесса и пути его выявления в зависимости от места проживания больных (в %, M±m)

Клинические формы туберкулеза легких, характеристика процесса и пути его выявления		Место жительства		
		Город n=387	Село n=873	P
Клинические формы туберкулеза легких	Первичный комплекс	0,5±0,4	0,1±0,1	>0,05
	Диссеминированная	31,5±2,4	37,5±1,6	<0,05
	Милиарная	0,3±0,3	0,1±0,1	>0,05
	Очаговая	7,2±1,3	6,3±0,8	>0,05

		Инфильтративная	50,6±2,5	47,1±1,7	>0,05
		Казеозная пневмония	4,4±1,0	3,1±0,6	>0,05
		Туберкулема	4,9±1,0	4,6±0,7	>0,05
		Кавернозная	0,3±0,3	0,1±0,1	>0,05
		Фиброзно-кавернозная	0,3±0,3	1,1±0,4	<0,05
Характеристика процесса и пути его выявления	Объем поражения	1-2 сегмента	40,1±2,5	31,5±1,6	<0,01
		Доля	22,0±2,1	22,5±1,4	>0,05
		Более доли	37,9±2,5	46,0±1,7	<0,01
	Фаза распада		47,8±2,5	52,0±1,7	>0,05
	Бактериовыделение		39,5±2,5	38,9±1,7	>0,05
	Пути выявления	ПФЛГО	50,9±2,5	54,1±1,7	>0,05
		При обращении	49,1±2,5	45,9±1,7	>0,05

Таким образом, на основании проведенных исследований мы пришли к заключению, что работа по активному выявлению туберкулеза легких среди населения Красноярского края находится на недостаточном уровне: даже без учета принадлежности части заболевших к группам повышенного риска, у 51,7% заболевших городских и у 63,9% сельских жителей были нарушены декретированные сроки проведения профилактического ФЛГО, с чем в значительной мере связан высокий удельный вес диссеминированного и инфильтративного туберкулеза легких и низкий – очагового. Установленные различия в возрастном составе заболевших, клинической характеристике туберкулеза легких у городских и сельских жителей необходимо учитывать при планировании и проведении мероприятий по активному выявлению заболевания.

ХОБЛ: ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

И.Ю. Коротин, В.П.Сергеева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) на современном этапе ассоциируется с неуклонным ростом заболеваемости, распространенности, трудопотерь и смертности. Однако истинный социальный и экономический ущерб, наносимый заболеванием, до сих пор невозможно оценить в полной мере. Средняя распространенность ХОБЛ в общей популяции регистрируется на уровне 7,6% и увеличивается с возрастом, достигая 10% среди людей 40 лет и старше (среди курильщиков этот показатель достигает 15,4%).

В России диагностика ХОБЛ находится на низком уровне. В общей структуре болезней органов дыхания ХОБЛ в России заняла в 1996 г. 13 место, на нее пришлось 12,3% заболеваемости. Антоновым Н.С. с соавт. (1998) проведен анализ данных медицинской статистики по распространенности ХОБЛ в различных регионах России. Так, самого высокого уровня за 10 лет (с 1985 по

1996 гг.) они достигли в 1994 г. - 1929,9 на 100 000 населения. В Москве этот показатель составил 2563,4; в Смоленской области - 2987,5; в Чувашии - 3018,8; в Алтайском крае - 4505,1; в целом, по Западно-Сибирскому региону распространенность ХОБЛ была самой высокой. Другая ситуация была зафиксирована в Калининградской области - 1171,7, а также в Северном и Северо-Западном регионах (1398,1 и 1513,5 соответственно). По официальным данным Министерства здравоохранения, в стране на сегодняшний день насчитывается около 1 миллиона больных ХОБЛ, в то время как по данным эпидемиологических исследований, число этих больных в нашей стране может превышать 11 миллионов человек. Почему имеющиеся данные о распространенности ХОБЛ не отражают истинного положения? К сожалению, больные ХОБЛ обращаются за медицинской помощью уже на поздних стадиях заболевания, когда у них диагностируется дыхательная недостаточность и легочное сердце. По данным Европейского респираторного общества только 25% случаев заболевания выявляется на ранних стадиях. А статистические данные о распространенности ХОБЛ основаны преимущественно на учете лишь клинически выраженных стадий ХОБЛ, при которых у больных имеются достаточные основания для обращения к врачу.

Наиболее объективной характеристикой эпидемиологической значимости заболевания являются показатели смертности. Смертность от ХОБЛ за последнее десятилетие неуклонно повышается в противовес смертности от сердечно-сосудистых и многих других хронических заболеваний. В исследованиях "Global Burdenof DiseaseStudy" ("Глобальный ущерб от болезни"), проведенных при содействии ВОЗ и Всемирного Банка, показатели смертности от ХОБЛ по всему миру на 1990 г. составили 9,34/1000 случаев для мужчин и 7,33/1000 для женщин во всех возрастных группах. ХОБЛ уже в настоящее время является 4-й ведущей причиной смерти в экономически развитых странах, а по прогнозам экспертов ВОЗ к 2020 г. займет 3-е место. Это в значительной степени обусловлено дальнейшим распространением табакокурения в сочетании с изменением демографической ситуации в мире, которая выражается «старением населения», особенно в развитых и развивающихся странах.

Анализ заболеваемости и смертности от ХОБЛ в Пензенской области за период с 2008 года по 2010 год продемонстрировал следующую картину (табл.1).

Таблица 1.

Показатели общей заболеваемости ХОБЛ у взрослых по материалам Пензенской области

Годы	Население		Заболеваемость	
	всего	в том числе взрослые	всего	
			человек	на 100000 населения
2008	1388021	1156172	24666	2133,4
2009	1379839	1154010	23154	2006,4

2010	1373236	1150763	23586	1992,8

Заболеваемость ХОБЛ в Пензенской области за последние 3 года имеет тенденцию к снижению, что, скорее всего, говорит о недостаточной выявляемости нозологии в лечебной сети и, в свою очередь, связано с низкой нацеленностью врачей первичного звена на диагностику ХОБЛ, недостаточным использованием спирометрии, как основного метода выявления бронхообструкции.

Таблица 2.

Смертность от ХОБЛ в Пензенской области на 100 тыс. взрослого населения

Нозологическая форма	2008		2009		2010	
	область	РФ	область	РФ	область	РФ
ХОБЛ	38,7	21,5	38,1	21,8	32,1	20,4

При оценке смертности при ХОБЛ, имеются определенные сложности, обусловленные не только меняющейся терминологией заболевания, но и особенностью посмертной диагностики и, в первую очередь, различиями в интерпретации основной причины смерти: ХОБЛ расценивается как сопутствующее заболевание или вообще не вносится в свидетельство о смерти.

Показатель смертности от ХОБЛ в Пензенской области за анализируемый период имеет тенденцию к снижению и значительно превышает средние показатели по Российской Федерации (табл.2). Снижение заболеваемости и рост смертности, выявленные за 3 года в Пензенской области, – это очень тревожный показатель, характеризующий, в первую очередь, низкий уровень ранней диагностики и недостаточность реабилитации больных ХОБЛ.

Таким образом, существующий разрыв между расчетными и официальными данными распространенности ХОБЛ свидетельствует об отдаленности практического здравоохранения и предположениями ученых. К тому же мы видим большой разброс данных, как по заболеваемости, так и по смертности от ХОБЛ в разных регионах РФ, что, видимо, свидетельствует о недостаточном внедрении принципов диагностики ХОБЛ, которые были продекларированы международными согласительными документами. Поэтому внедрение современного понимания ХОБЛ, международных рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике этого заболевания, основанных на принципах доказательной медицины, остается актуальной проблемой, как национального здравоохранения, так и здравоохранения Пензенской области.

ПРИЧИНЫ ЭНУКЛЕАЦИИ ГЛАЗА ПО МАТЕРИАЛАМ МУЗ ГБ ИМ. Н.А. СЕМАШКО

С.Н.Косарев, А.Ю.Адамчук, Е.М.Карасева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Актуальность. Несмотря на возросший уровень диагностики и технологий хирургического лечения офтальмологической патологии, энуклеация глазного яблока по поводу различных глазных заболеваний в настоящее время производится офтальмологами достаточно часто [Бикбов М.М., Халимов А.Р., 2009; Гундорова Р.А., 2010; Гуляев М.В., 2010; Babar T.F. et al., 2009]. В доступной литературе нами обнаружено небольшое количество работ, посвященных анализу причин удаления глаза [Гончаров И.Ю., Куликова И.В., Селин Д.С., 2008; Деев Л.А., Молчанов В.В., Малахова А.И., 2009; Bal A. et al., 2007; Rasmussen M.L. et al., 2010].

Цель. Анализ причин энуклеации глазного яблока за 2008-2010 гг. на материале работы МУЗ городской больницы им. Н.А. Семашко.

Материал и методы. Нами произведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, которым в 2008-2010 гг. была выполнена операция энуклеации глазного яблока. Учитывались: возраст и пол пациента и заболевание, по поводу которого производилась операция.

Результаты. С 2008 по 2010 год в клинике была произведена 161 операция удаления глаза 161 пациенту, в том числе в 2008 г. – 54 операции, в 2009 г. – 60 и в 2010 г. – 47 энуклеаций. Мужчин было 87 человек (54,04%), женщин – 74 человека (45,96%). Средний возраст пациентов составил 73,52 ± 2,50 года. Распределение пациентов исследованной группы по возрасту приведено в табл. 1, из данных которой видно, что большая часть больных (от 85 до 90% в разные годы) находилась в пенсионном возрасте.

Таблица 1

Распределение пациентов исследуемой группы (161 человек) по возрасту

Возрастная группа	2008 г.		2009 г.		2010 г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Старше 80 лет	22	40,74%	8	13,33%	13	27,66%
71-80 лет	18	33,33%	27	45,00%	19	40,43%
61-70 лет	7	12,96%	15	25,00%	11	23,40%
До 60 лет	7	12,96%	10	16,67%	4	8,51%
Всего	54	100,00%	60	100,00%	47	100,00%

В табл. 2 представлен анализ причин энуклеации у исследованных пациентов. Из данных таблицы следует, что, несмотря на внедрение высокотехнологичных хирургических методов лечения, первичная глаукома является ведущей причиной энуклеаций в исследованной группе больных (54,04% всех энуклеаций. На втором месте стоит вторичная глаукома (19,25%), и, таким образом, глаукома в целом являлась причиной для энуклеации в 73,29% случаев. Не было выполнено ни одной энуклеации в ходе первичной хирургической обработки травмы глаза любой степени тяжести, но посттравматический увеит и, как следствие его, субатрофия глазного яблока, сопровождаемая болевым синдромом, стали причиной энуклеации в 14,90% случаев. Еще в 2,48% случаев энуклеация была выполнена по поводу угрозы симпатической офтальмии парного

глаза после тяжелой травмы. Следовательно, последствия тяжелой травмы глаза привели к энуклеации у 17,38% исследованных пациентов.

Таблица 2

Причины удаления глаза у пациентов исследуемой группы (161 человек)

Причина энуклеации	2008 г.		2009 г.		2010 г.		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Первичная глаукома	33	61,11%	23	38,33%	31	65,96%	87	54,04%
Вторичная глаукома	11	20,37%	16	26,67%	4	8,51%	31	19,25%
Увеит	7	12,96%	7	11,67%	7	14,89%	21	13,04%
Субатрофия	-	-	3	5,00%	-	-	3	1,86%
Угроза симпатической офтальмии	2	3,70%	1	1,67%	1	2,13%	4	2,48%
Новообразования	1	1,85%	10	16,67%	4	8,51%	15	9,32%
Итого:	54	100,0%	60	100,0%	47	100,0%	161	100,0%

Новообразования глазного яблока послужили причиной энуклеации в 9,32% случаев, причем если в 2008 году по поводу внутриглазной опухоли был удален только один глаз (1,85% всех энуклеаций), при патогистологическом заключении – меланома сосудистой оболочки, то в 2009 г. – 10 глаз (16,67% всех энуклеаций), из которых при патогистологическом заключении в 7 случаях была выявлена меланома радужки и хориоидеи, 1 гемангиома сосудистой оболочки и 2 меланобластомы хориоидеи. В 2010 г. было удалено 4 глаза (8,51% всех энуклеаций) по поводу меланомы сосудистой оболочки.

Выводы.

1. Большая часть пациентов, которым была произведена энуклеация глазного яблока в 2008-2010 гг. – лица пенсионного возраста (до 90% больных).
2. Ведущей причиной энуклеации является глаукома (73,29% случаев), на втором месте последствия тяжелой травмы глаза (17,38% случаев), третье место занимают новообразования глазного яблока (9,32% случаев).
3. Злокачественные новообразования послужили причиной к энуклеации в 14 случаях (93,33% от числа всех новообразований), доброкачественные – в 1 случае (6,67%).

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И КОНТРОЛЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПО ПЕНЗЕНСКОМУ РЕГИОНУ

Е.М.Костина, Н.И.Баранова, Л.И.Бирюзова, О.В.Федорова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Актуальность: Повсеместно наблюдается значительный рост аллергических заболеваний, в том числе и бронхиальной астмы. В отдельных неблагоприятных районах аллергизация населения достигает 30%. Несмотря на значительный прогресс фармакологической науки с каждым годом растет число тяжелых форм заболевания, сохраняется торпидность к проводимому лечению, растет число гормонрезистентных больных. В связи с этим изучение заболеваемости, контроля над течением заболевания и поиски путей решения проблем современной терапии остается актуальным современным вопросом.

Цель работы: проведение анализа заболеваемости бронхиальной астмой по Пензенскому региону с 2006 по 2011 гг и изучение структуры, критериев и уровней контроля астмы в реальной клинической практике.

Материалы и методы: Проведен анализ статистических показателей заболеваемости бронхиальной астмой по Пензенской области и городу с 2006 по 2010 гг., и ретроспективно проанализировано 258 историй болезни больных с диагнозом «бронхиальная астма», госпитализированных в отделения аллергологии ПГКБ № 4 и ПОКБ им. Н. Н. Бурденко с 2008 по 2011 гг. Полученные данные обработаны с помощью пакета программы Statistica 6,0.

Результаты: Заболеваемость бронхиальной астмой увеличилась с 2006 по 2010 г с 518,1 на 100 тысяч населения до 612,3 по области и с 534,2 до 734,0 по городу. Значительно увеличились показатели впервые выявленной астмы. Это связано с улучшением методов диагностики и повышением образовательного уровня врачей в течение 2 лет. Вместе с тем, показатели заболеваемости впервые выявленной астмой значительно ниже по области в сравнении с городом, в 2006 году составили 38,1 на 100 тысяч населения по области и 38,3 по городу, за 2010 год: 63,9 и 94,8, соответственно ($p<0,05$) (табл.1).

Таблица 1.

Заболеваемость бронхиальной астмой с 2006 по 2010гг

	2006		2007		2008		2009		2010	
	город	село	город	село	город	село	город	село	город	село
Заболеваемость, на 100 тыс населения	534.2	518.1	549.6	556.9	593.8	571.0	638.2	589.3	734.0	612.3
Впервые выявленная астма, на 100 тыс населения	38.3	38.1	30.4	35.1	33.0	33.0	78.1	52.3	94.8	63.9

По клиническим формам больные распределились следующим образом: аллергическая форма составила – 71 (27,5%), неаллергическая –25 (9,7%), смешанная –162 (62,8%). Больные с легким течением заболевания составили -26 (10,0%), среднетяжелым - 171 (66,3%) и тяжелым – 61 (23,6%).

Длительность заболевания составила от 1 года до 20 и более лет, в среднем - 8,9±2,3 года. При изучении патогенетических механизмов бронхиальной астмы чаще регистрировалась сочетанная сенсибилизация (бытовая, пыльцевая, грибковая и бактериальная в различных сочетаниях). В виде моносенсибилизации зарегистрирована астма у 34 пациентов (у 12 - бытовая, у 22 – пыльцевая). При анализе причинно-следственных факторов заболевания установлено, что 80% пациентов отмечали связь обострения бронхиальной астмы с ОРВИ и/или обострениями очагов хронической инфекции в организме (хронический бронхит, хронический гайморит, полисинусит, полипоз). Сопутствующие заболевания респираторного тракта отмечены у 65% больных. Частота обострений очагов хронической инфекции составила 5,6±1,2 в год, частота применения АБ препаратов 4,5±0,5 в год. До настоящего времени вопрос взаимосвязи инфекции и бронхиальной астмы остается малоизученным. Инфекционный процесс может выступать как основной этиологический фактор и приводить к формированию бактериальной сенсибилизации, так и играть роль триггера. Инфекционно-зависимый вариант бронхиальной астмы является менее изученным, эти пациенты попадают в разряд смешанной или неаллергической бронхиальной астмы. К сожалению инфекционно-зависимая форма бронхиальной астмы (ИЗБА) не включена в международную классификацию болезней. Вместе с тем, в настоящее время чистых атопических вариантов заболевания практически не наблюдается.

Мы проанализировали сроки постановки диагноза астмы от начала появления клинических симптомов у наших пациентов и получили следующие результаты. В течение 1-3 лет диагноз астма был поставлен у 31 пациента (12%), в течение 4-10 лет – 117 (45,3%), и более 10 лет – 110 (42,7%) больным. 20 больным диагноз астма был установлен в возрасте 70 лет и старше, хотя клинические проявления регистрировались с молодости. У 30 больных жалобы обструктивного характера появились в возрасте старше 50 лет при применении b2-блокаторов, назначенных по поводу лечения артериальной гипертензии. Таким образом, среднестатистические сроки постановки диагноза астмы составили 7,8±2,3 года.

В клинической картине преобладал сухой кашель - у 221 (85,7%). Одышка наблюдалась у - 88 (34,1%), затруднение дыхания у - 135 (52,3%), хрипы, свисты за грудиной у - 54 (20,9%), приступы удушья у - 31 (12,0%) пациента. Клиническое течение бронхиальной астмы значительно изменилось в последнее десятилетие, следовательно скрининговые методы по раннему выявлению больных бронхиальной астмой должны проводиться в группе пациентов с длительным сухим, непродуктивным кашлем. Ночные проявления астмы имели – 103 (39,9%) пациента. Ежедневно дневные и ночные жалобы предъявляли – 61 (23,6%) , 2-3 раза в неделю – 140 (54,3%), менее 1 раза в неделю - 57 (22,1%)

пациентов. По результатам исследования ОФВ1 больные распределились следующим образом: более 80% - 52 (20,2%), от 60-80% - 100 (38,8%), 40-60% - 85 (32,9%), менее 40% - 21 (8,1%) больных. При этом 2\3 пациентов с отсутствием вентиляционных нарушений имели клинические и функциональные признаки гиперактивности: положительные тесты с бронхолитиком и обзиданом. По данным пикфлоуметрии 98 пациентов имели вариабельность ПСВ более 15%, что свидетельствует о персистенции воспаления в бронхах и возможности проявления клинических симптомов астмы в любую минуту при действии провоцирующих и этиотропных факторов. При опросе пациентов о наличие и умении пользоваться пикфлоуметром положительный ответ дали 34 (13,1%) человека, из них регулярно контролировали показатели ПСВ только 10.

Коротко-действующие бронхолитики регулярно применяли 232 (89,9%) пациента, причем - 159 (61,6%) ежедневно, 48 (20,7%) - 1-2 раза в неделю, 25 (10,8%) - менее 1 раза в неделю. Толерантность к физической нагрузке является одним из критериев контроля заболевания. 129 (50%) больных отмечали физическую нагрузку в качестве провоцирующего фактора появления симптомов ежедневно. Проведено тестирование пациентов с помощью АСТ теста. Получены следующие результаты: 25 и более баллов отметили - 29 (11,3%), 20-25 баллов - 103 (39,9%), менее 15 баллов - (48,8%) больных. По совокупности клинических и функциональных показателей полный контроль установлен у 47 (18,2%), частичный контроль – у 146 (56,6%) и неконтролируемое течение имели – 65 (25,2%) человек.

Выводы: Заболеваемость бронхиальной астмой с каждым годом продолжает увеличиваться, вместе с тем сохраняется гиподиагностика в районах области и поздняя диагностика в целом. Полный контроль астмы достигнут только у 18,2% пациентов. Ранние скрининговые методы определения функции внешнего дыхания и выявления гиперактивности бронхов необходимо проводить пациентам с сухим, непродуктивным кашлем, особенно на фоне ОРВИ и назначения b2-блокаторов. Проведение образовательных программ врачам первичного звена, внедрение АСТ-теста и пикфлоуметрии позволит своевременно выявлять больных с бронхиальной астмой на ранних этапах заболевания. Образовательные программы для пациентов играют положительную роль в организации самоконтроля над заболеванием.

ФИБРОЗ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С У ПАЦИЕНТОВ С НАРКОЗАВИСИМОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ

Л.И.Краснова, М.В.Никольская, А.А.Майбродская

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Гемоконтактные вирусные гепатиты находятся в центре внимания медицинской науки и практического здравоохранения. Гепатит С в настоящее время является основной причиной формирования хронической патологии печени и

представляет серьезнейшую медико-биологическую и социальную проблему. Инфицирование вирусом гепатита С в большинстве случаев приводит к развитию хронического гепатита С, который часто имеет скрытое, прогрессирующее течение, приводящее к формированию цирроза печени или гепатоцеллюлярной карциномы. Известно, что HCV-инфекция широко распространена среди наркозависимых пациентов. Необходимость диагностики и лечения HCV очевидна из-за высокого риска развития печеночной декомпенсации у данной категории больных. Вместе с тем, проведение биопсии печени, которая считается «золотым стандартом» определения характера патологического процесса в печени, часто оказывается невозможным по тяжести основного или сопутствующих заболеваний и иногда сопровождается развитием серьезных осложнений. Нередко полученный при пункционной биопсии материал оказывается недостаточным по размеру и/или фрагментированным, что не позволяет достоверно судить о характере патологического процесса. В связи с этими сложностями возникла неотложная потребность разработки неинвазивных способов диагностики фиброза и цирроза печени, особенно у пациентов из групп риска (в том числе – с наркозависимостью). Ранняя диагностика цирроза печени при хроническом гепатите С (ХГС) с помощью неинвазивной методики и оценка степени выраженности фиброза в динамике представляет актуальную проблему современного здравоохранения.

Цель: определить частоту и изучить особенности развития фиброза печени у больных ХГС у пациентов с наркозависимостью (в анамнезе) и без нее.

Методы исследования: Под наблюдением находились 111 пациентов с ХГС, в том числе 15% из них (17 пациентов) имели наркозависимость в анамнезе (1 группа) и 94 – без нее (2 группа). Серологическое подтверждение гепатита С осуществлялось положительным результатом исследования на антитела к HCV и количественным определением РНК HCV с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) (в реальном времени на амплификаторе Icycler с оптическим модулем IQ5; предел количественного определения 15 МЕ/мл при РНК HCV). Всем пациентам фиброз печени определяли методом непрямой ультразвуковой эластометрии на аппарате «Фиброскан» с оценкой степени фиброза по шкале METAVIR. Принимали во внимание значение IQR (показатель успешных измерений), который в норме соответствует не более 1/3 числового результата ультразвуковой эластометрии и % достоверно выполненных на аппарате исследований.

Результаты: При исследовании степени выраженности фиброза печени 111 пациентам обнаружили: отсутствие фиброза (F0) у 38% (42 человека) пациентов; F1 – у 26% (29 пациентов); F2 – у 15% (17 пациентов); F3 – 10% (11 пациентов); F4 – 11% (12 пациентов). Несмотря на то, что потребители наркотиков (в анамнезе) составили 15% (17 пациентов) исследуемых, у них чаще развивается выраженный фиброз печени: F0 - у 23,5% больных 1 группы и 40% у «ненаркоманов»; F4 – у 18% пациентов 1 группы и у 9,6% пациентов 2 группы.

Выводы:

1) 11% обратившихся за медицинской помощью пациентов, страдающих хроническим гепатитом С, имели (по данным непрямой ультразвуковой эластометрии) цирроз печени (F4 по METAVIR).

2) У пациентов с наркоманией в анамнезе фиброз печени в стадии F4 наблюдался чаще.

3) Метод ультразвуковой непрямой эластометрии позволяет неинвазивно диагностировать степень фиброза печени, улучшает качество обследования пациентов и способствует интенсификации своевременного лечения больных ХГС.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН МЕТОДОМ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.В.Крылова, О.В.Филиппова, В.С.Иванова, Л.В.Ланцова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ГУЗ ОДКБ им. Н.Ф. Филатова
Пенза

Внутриутробная инфекция играет важную роль в патогенезе многих состояний, таких как гибель эмбриона, формирование врожденных пороков развития, поражение центральной нервной системы плода и т.д. [Царегородцев А.Д., Рюмина И.И., 2001 г.]. Риск ВУИ у плода связан с первичным инфицированием женщины во время беременности. Течение заболеваний осложняется наличием у будущей матери хронической патологии и различных осложнений. Использование современных методов исследования в диагностике наследственной патологии детей интенсифицирует работу по определению факторов, нарушающих развитие плода, прогнозу качества жизни новорожденных, проведению своевременной профилактики и лечения. Высокочувствительный метод иммуноферментного анализа в диагностике внутриутробных инфекций (ВУИ) решает одновременно многие задачи:

- выявление TORCH-инфекции;
- диагностика инфекции передающиеся половым путем (ИППП);
- определение врожденной и наследственной патологии плода.

Беременные женщины обследуются на основании приказа МЗ РФ № 345 (декабрь,1997г.) «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутриутробных инфекций в акушерских стационарах», приказа МЗ РФ № 457 от 28.12.2000г. « О совершенствовании перинатальной диагностики и профилактики наследственных и врожденных заболеваний у детей », приказа МЗ и Социального развития Пензенской области № 107 от 19.12.2002 г. «О совершенствовании перинатальной диагностики и профилактики врожденных заболеваний у детей Пензенской области. Исследования стали возможными в связи с открытием в 2004 г в г.Пенза Областного центра пренатальной диагностики.

Цель исследования - решение выше поставленных задач при скрининговом обследовании беременных женщин Пензенской области на выявление спе-

цифических IgM и IgG к инфекциям и определение уровня гормонов беременности.

Материал и методы исследования. Материалом исследования явилась сыворотка (плазма) беременных женщин. Было обследовано 6712 беременных с помощью автоматизированной многофункциональной системы «VICTOR 2».

Исследования проведены с помощью тест систем: «Вектор ЦМВ-IgG-стрип», «Векто ЦМВ-IgM», «Векто Рубелла -IgM», «Векто –Рубелла-IgG - стрип», «Векто Токсо-IgG», «Хламидиоз –IgM -Антитела», «Микоплазмоз-IgM-Антитела», «Микоплазмоз IgG - Антитела», «Векто ВПГ -IgM», «Векто ВПГ- IgG», «Уреаплазмоз-IgG - Антитела», «Трихомоно –IgM- Антитела», «Хлами Бест – IgG -Антитела», «Трихомоно- IgG - Антитела», «Векто Токсо - IgM», «ИФА-ХГЧ», «ИФА-АФП-1», «Уреаплазмоз –IgM - Антитела», «ПАББ-А-ИФА», «свβХГ-ИФА».

Определение гормонального статуса осуществлялось с использованием тест-систем «Алкор-Био».

Результаты исследования. Проведено 50 449 исследований, из которых положительные результаты иммунологических исследований определены в 9,5% случаев.

При анализе результатов на TORCH-инфекции установлено, что при анализе данных на наличие ЦМВ-инфекции появление IgM в 5,2% случаев, указывает либо на первичное инфицирование (при отсутсвии IgG), либо на обострении инфекции в период беременности.

При проведении ИФА на обнаружение токсоплазмоза становится ясным, что специфические IgG обнаруживаются в 28,1% случаев от общего количества обследованных. Как правило, данная инфекция выявляется у женщин, имеющих домашних животных, что свидетельствует о достаточно высоком риске инфицирования при контакте с ними. Только в 1% случаев наличие IgM и (или) нарастание титра IgG может предполагать у беременной женщины наличие острой фазы заболевания.

При анализе материала ИФА по исследованию на вирусы краснухи установлено, что IgM обнаруживается у 2,7% беременных.

Положительный титр IgM при исследованиях на ВПГ-инфекцию определяется в 2,6% случаев от обследованных женщин. При проведении в 2005 году подобного анализа по TORCH-инфекциям можно отметить, что результаты оказались близкими диагностике острого процесса у беременных (IgM по ЦМВИ составил 5,9%, по ВПГ-3,1%, по токсоплазмозу -1,32%).

Анализ результатов выявления у беременных ИППП показал, что женщины репродуктивного возраста имеют повышенные титры иммуноглобулинов IgM и IgG на часто встречающиеся заболевания. Положительные титры IgM на хламидиоз, указывающие на острый процесс, имели женщины в 4,3% случаев, на уреаплазмоз – 1,18%, на микоплазмоз – 3,5%,на трихомонадную инфекцию – 1,8% случаев.

При анализе результатов определения биохимических маркеров внутриутробного развития плода ХГЧ и АФП у беременных женщин, выявляемых во

втором триместре, установлено, что показатель ХГЧ имел отклонение от нормальных для данного срока значений в 2009 г в 18,6% случаев, в 2010г -7,16%, а АФП – в 17,6% и 21,5% случаев соответственно. Изменение этих показателей свидетельствуют о возможных наследственных заболеваниях плода (синдром Дауна, синдрома Эдвардса, дефектов нервной трубки и т.д.). В 2011 году внедрены в работу лаборатории новые методы определения ассоциированного с беременностью белка плазмы А (ПАББ-А) и свободной β субъединицы ХГ в сыворотке (плазме) крови. Это позволит подтверждать более достоверно изменения указанных выше маркеров (ХГЧ и АФП) для оценки риска развития врожденных аномалий плода. В не далеком будущем планируется введение в пренатальную диагностику программного комплекса «Исида».

Таким образом, пренатальная диагностика, включающая широкий спектр ценных диагностических методов, расширяет свой диапазон исследований и предоставляет врачам наиболее полную информацию о состоянии беременной женщины и плода.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ГЛУХИМИ ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ ДЕТЬМИ

Р.П.Крымская, В.Я.Вертяшкина, Л.П.Петрова, Л.А.Мякинькова, О.С.Симакова, В.Г.Цыганков

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Областная специализированная коррекционная школа-интернат для глухих и слабослышащих детей, ГУЗ ОДКБ им. Н.Ф.Филатова, специализированный детский сад для глухих и слабослышащих детей №110
Пенза

Для детей с врожденной глухотой эффективным методом реабилитации является кохлеарная имплантация (КИ). В мире свыше 200 000 человек используют КИ, в России - более 2000 человек. В Пензенской области с 2008 года ведется отбор кандидатов на КИ. Согласно Нацпроекту по оздоровлению населения все операции проводились в специализированных центрах на бюджетной основе. Прооперировано 15 детей. На момент операции дети были в возрасте от 2 до 3 лет - 6 человек, от 4 до 5 лет - 6 человек, от 6 до 7 лет - 4 человека, 13 лет - один пациент. Операции КИ – это начало пути, она возвращает ребенку слух, но не учит его понимать речь. Для людей, которые никогда не слышали, требуется определенное время для того, чтобы мозг научился извлекать информацию при его слуховой стимуляции. При восстановлении и развитии слухового восприятия у ребенка с КИ специалисту важно знать особенности восприятия речи и других звуковых сигналов с КИ. Восприятие речи и звуков пациентами с кохлеарным имплантом имеют определенные особенности:

Звуки и речь искажены, поэтому даже поздно оглохшие дети сначала не узнают знакомые слова. Требуется время и специальные занятия, чтобы ребенок научился воспринимать речь. После настройки процессора импланта, поро-

ги слуха составляют 25-40 Дб и соответствуют 1 степени тугоухости, что затрудняет восприятие ребенком окончаний, предлогов, приставок, тихих согласных (п,т,к,ф,ц,х,в) при общении с ним тихим голосом и на расстоянии.

У глухих детей не сформировано внимание к окружающим звукам, поэтому на начальных этапах с КИ надо постоянно привлекать внимание ребенка к звукам.

Если ребенок не имел слухового опыта, то он медленно учится обнаруживать и различать звуки.

У детей с ранней КИ быстрее развивается слуховое восприятие. По состоянию слуха они приближаются к детям с первой степенью тугоухости. Развитие речи и языка проходят фазы от предлингвистической (примитивный крик, детский лепет, зов, гуление) до лингвистической (первое слово, фраза) и далее до полного овладения речью. В возрасте от 2 до 3 лет на момент операции наблюдалось 6 детей. Слуховое восприятие у них после КИ развивалось лучше, чем у детей 4-5 лет. Чем старше кандидат на КИ 6-7 лет, 13 лет добиться социальной речевой реабилитации все сложнее.

Чем в более позднем возрасте имплантирован ребенок (4-5 лет - 6 человек, 6-7 лет - 4 человека), тем он хуже запоминает слуховые образы окружающей среды и слова. Все это результат несформированности у ребенка центральных слуховых процессов и связано с тем, что слуховые центры до имплантации не получали информацию и не развивались.

Развитие речи у 13 летнего глухого имплантированного ребенка практически невозможно.

Таким образом, главным направлением послеоперационной слухоречевой реабилитации является развитие восприятия звуковых сигналов с помощью импланта. КИ обеспечивает возможность слышать, но восприятие звуков окружающей среды и понимание речи – это более значительно сложные процессы.

Для детей с КИ составлялась индивидуальная программа реабилитации слухоречевой функции. В программе занятий использованы методы, которые разработаны в Верботональной системе реабилитации лиц с нарушением слуха. Эти индивидуальные занятия включают занятия с логопедом, фонетической ритмикой, музыкальной стимуляцией. В работе использовались такие приемы как вибротактильная фаза (развитие слухового восприятия через соматосенсорный путь); вызывание спонтанных голосовых реакций через игру; упражнения по локализации звуков в пространстве; сюжетно-ролевые игры; аудиовизуальный глобально-структурный метод развития связной речи (АВСГ).

КИ-это реальный путь возвращения ребенка в мир звуков и создание благоприятных условий для интеграции в обычную среду.

Для осуществления послеоперационной реабилитации и решения проблемы дальнейшего обучения имплантированных детей необходимо постоянное сотрудничество сурдоцентров и педагогических учреждений, учреждений практического здравоохранения.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА

О.Ю.Кузнецова, А.П.Горшенина

Национальный исследовательский университет ГОУ ВПО «КГТУ»,
Городская больница скорой медицинской помощи №2
Казань

Проблема лечения рецидивирующего герпетического стоматита в настоящее время является актуальной. Несмотря на разнообразие лекарственных средств, предложенных для лечения герпетического стоматита, частота рецидивирующих форм продолжает нарастать [Руковишникова И.А., 2001]. Это вызвало необходимость разработки новых, более эффективных методов лечения рецидивирующего герпетического стоматита.

Цель работы – оценка эффективности применения циклоферона для лечения рецидивирующего герпетического стоматита в сочетании с традиционной терапии.

Методы. Для решения поставленной задачи 56 пациентам в возрасте от 18 до 45 лет было проведено лечение циклофероном.

Циклоферон является низкомолекулярным индуктором интерферона с выраженной интерфероногенной активностью, что определяет широкий спектр его биологического действия (противовирусное, иммуномодулирующее и противовоспалительное).

Циклоферон назначали по четыре таблетки на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17 ,20, 23 сутки. Таблетки принимали орально, один раз в день, за полчаса до еды, не разжевывая. Курс терапии составлял 40 таблеток.

До и после проведенной терапии рецидивирующего герпетического стоматита у всех пациентов изучали показатели местного иммунитета. Определяли секреторный иммуноглобулин А (SigA) в слюне методом радиальной иммунодиффузии по Mancini G. и уровень лизоцима слюны фотонефеламетрическим методом по Дорофейчуку В.Г.

Результаты: До проведения терапии рецидивирующего герпетического стоматита у наблюдаемых пациентов SigA составил 0,23 ± 0, 017 г/л, лизоцим слюны составил 23,35 ± 0,67%. После лечения SigA составил 0,75 ± 0,024 г/л, лизоцим слюны – 37,58 ± 0,71%; эти данные приблизились к данным группы здоровых людей. Активная эпителизация афт началась уже после пяти дней приема препарата циклоферона.

В группе пациентов, где терапия рецидивирующего герпетического стоматита проводилась только традиционными методами SigA после лечения составил 0,40 ± 0,031 г/л, лизоцим слюны – 25,71 ± 0,72%. У данной группы пациентов значительно замедлялась эпителизация афт.

Выводы: Следует отметить, что проведенная терапия рецидивирующего герпетического стоматита циклофероном оказывает благоприятное влияние на течение РГС, повышает эффективность лечения ($p < 0,001$), удлиняет ремиссию заболевания ($p < 0,001$), а также нормализует показатели местного иммунитета

полости рта, что дает возможность рекомендовать циклоферон в практическое здравоохранение для более широкого применения.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНДЕКСОВ В ПАРОДОНТОЛОГИИ

И.Г.Кузьминых

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Для изучения патологии пародонта обследовано 357 пациентов, из них 287 – с воспалительными заболеваниями пародонта. Панорамные рентгенограммы делались на микрофокусном панорамном дентальном рентгеновском аппарате «ПАРДУС-01». В контрольную группу вошли 70 пациентов, которые обследовались по поводу аномалий развития зубов или выполнялся рентгенологический контроль после терапевтического и ортопедического лечения зубов. После обследования (ортопанрентгенографии) патологии не выявлено.

Среди диагностических приемов в пародонтологии значительную роль отводят математическим методам оценки состояния тканей пародонта. В нашей работе мы использовали индексы деструкции костной ткани и комбинированные пародонтальные индексы. Все выше перечисленные индексы в нашей работе статистически достоверны (критерий Пирсона $\chi 2$эмп > $\chi 2$кр).

Индекс обнажения корня в норме у 98,6% (69 пациентов) и при легкой степени генерализованного пародонтита у 92,98% (53 человека) составил 0,1-3,99; при средней степени генерализованного пародонтита 66,96% (77 больных) и тяжелой степени степени генерализованного пародонтита 96,5% (111 пациентов) результат был – 4,0 и более. С помощью критерия Пирсона ($\chi 2$) мы ответили на вопрос, с одинаковой ли частотой встречается индекс обнажения корня при различных стадиях генерализованного пародонтита.

$\chi 2$ 0,05 = 12,592; χ 2 0,01 = 16,812. Нэмп = 205,128. Нэмп > $\chi 2$кр, группы испытуемых статистически различаются.

Индекс Fuch в контрольной группе 100% (70 человек), при легкой степени генерализованного пародонтита 100% (57 больных), при средней степени генерализованного пародонтита 98,3% (113 пациентов) и тяжелой степени степени генерализованного пародонтита 92,2% (106 человек) был 0,1-1,49. Мы использовали критерий Пирсона ($\chi 2$) $\chi 2$ 0,05 = 12,592; χ 2 0,01 = 16,812. Нэмп = 65,158. Нэмп > $\chi 2$кр, группы испытуемых статистически различаются.

Пародонтальный индекс Рассел в норме 100% (70 человек) и при легкой степени генерализованного пародонтита 100% (57 пациентов) составлял 0,1-1,49; при средней степени генерализованного пародонтита 80% (92 больных) – 1,5-3,99 и тяжелой степени генерализованного пародонтита 66% (76 человек) – 4,0 и более. Для подтверждения статистической достоверности мы использовали критерий Пирсона ($\chi 2$) $\chi 2$ 0,05 = 12,592; χ 2 0,01 = 16,812. Нэмп = 353,607. Нэмп > $\chi 2$кр, группы испытуемых статистически различаются.

Индекс десневого и костного поражения в контрольной группе 100% (70 человек) и при легкой степени генерализованного пародонтита 100% (57 пациентов) был 0,1-1,49; при средней степени генерализованного пародонтита 83,5% (96 больных) – 1,5-3,99 и тяжелой степени генерализованного пародонтита 62,6% (72 человека) генерализованного пародонтита – 4,0 и более. Мы использовали критерий Пирсона ($\chi 2$) $\chi 2$ 0,05 = 12,592; χ 2 0,01 = 16,812. Нэмп = 324,66. Нэмп > $\chi 2$кр, группы испытуемых статистически различаются.

Пародонтальный индекс Рассела и индекс десневого и костного поражения оказались более чувствительными в нашем исследовании. Мы предпочитали пользоваться индексом десневого и костного поражения, так как кроме рентгенологических симптомов, при этих расчетах учитывались клинические симптомы.

НОВЫЙ ПОДХОД В ПОДГОТОВКЕ МЕДПЕРСОНАЛА ПО ВОПРОСАМ ИММУНОГЕМАТОЛОГИИ – КЛЮЧЕВОЙ ФАКТОР ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОТРАНСФУЗИЙ

Е.Р.Кулюцина, П.Л.Кукушкин, И.В.Гордюшина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
ГУЗ Пензенская областная станция переливания крови
Пенза

Большинство видов деятельности в трансфузионной медицине связано с манипуляциями, которые совершает человек. Это распространяется на всю трансфузиологическую цепочку: в организации службы крови, в кабинете переливания, в отделении больницы. Поскольку риск трансфузионной терапии во многом зависит от человеческих ошибок, обучение и практическая подготовка персонала имеет очень большое значение и содействует безопасности пациента. Обучение – ключевой фактор, обеспечивающий как безопасность пациента, так и эффективность трансфузии.

Разнообразие действий в трансфузионной цепочке требует различных работников, в основном врачей и врачей - лаборантов, но также и медсестер. Например, первичное определение группы крови по АВО системе и резус-принадлежности согласно всем нормативным документам должно проводиться только врачом, однако в поликлиническом звене во всех ЛПУ эти исследования выполняются процедурными сестрами, а подпись ставит врач. Аналогичная ситуация складывается и с медсестрами хирургических, травматологических, гематологических и других отделений, в которых проводится трансфузионная помощь.

Врачи-клиницисты имеют скудные теоретические знания по определению группы крови и резус-принадлежности, получаемые в медицинских ВУЗах. Достаточно трудно понять ситуацию с практической подготовкой и обучением медсестер в области изоиммунологии в Российской Федерации. Обучение опирается прежде всего на требования образовательного стандарта в отношении

базового, первичного, и постоянного, постдипломного обучения всего среднего медперсонала, занятого в процессах проведения предтрансфузионных тестов, обследования беременных, отбора доноров, заготовки крови и ее компонентов, обследования, хранения, транспортирования и распределения донорской крови. Однако данное обучение обычно оторвано от станций переливания крови, являющихся организационно-методическим центром. Поэтому врачи-клиницисты, врачи-лаборанты и медсестры имеют различную подготовку по иммуногематологии, что абсолютно недопустимо.

Ранее обучение врачей и среднего медперсонала проводили в составе циклов общего или тематического усовершенствования на базе областной станции переливания крови в течение 3 - 5 дней. Круг вопросов был ограничен и затрагивал в основном определение групповой и резус - принадлежности. При этом обучение проводилось практическими врачами станции переливания, занятыми кроме этого своей повседневной работой. Станции переливания крови являются центрами организационно-методической помощи для ЛПУ. Однако справки об обучении на рабочем месте вопросам определения группы крови, резус-принадлежности, пробам на совместимость, выдававшиеся ранее на станции переливания, не имеют юридической силы.

Считаем, что лучший способ улучшения ситуации с обучением иммуногематологии в трансфузионной медицине – это развитие на определенном уровне систем постоянных циклов повышения квалификации на рабочем месте на станции переливания крови с привлечением сотрудников кафедры клинической лабораторной диагностики, имеющих специальную подготовку по иммуногематологии и периодически повышающих свой профессиональный уровень на специализированных циклах обучения в институтах постдипломного образования или профильных научно-исследовательских учреждениях гематологии и трансфузиологии (имеющих лицензию на педагогическую деятельность).

Необходимость этой консолидации продиктована несколькими причинами. Внедрение согласно пилотному государственному проекту «Развитие службы крови и донорства в Российской Федерации» новых технологий как лабораторной диагностики, так и заготовки гемокомпонентов, требует современных знаний в области иммуногематологии по их применению. Введение новых нормативных документов требует контроля за их исполнением. Проведение обучения врачей, среднего медперсонала и практическая помощь для них должна осуществляться одними лицами – заведующим клинико-диагностической лаборатории станции переливания крови и преподавателями кафедры клинической лабораторной диагностики ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава. В настоящее время лабораторная база станции переливания крови более современна и специализирована, поэтому необходимо знакомство с ее возможностями. Совместно с врачами - иммуногематологами медперсонал ЛПУ должен разбирать сложные случаи или случаи несовпадений при определении групповой и резус-принадлежности, в том числе и те вопросы, которые возникали ранее при взаимодействии станции переливания и конкретных ЛПУ. Возможность постоянного контакта с врачами ЛПУ по вопросам использования иммунологических

стандартов, выпускаемых на станции переливания, позволяет улучшить их качество.

Кафедрой клинической лабораторной диагностики ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава совместнос ГУЗ ПОСПК предложены и утверждены программы новых циклов повышения квалификации для врачей-клиницистов и среднего медперсонала «Изоиммунологические исследования». Они имеют все необходимые разделы обучения по данному вопросу, также входящие в программу цикла для врачей клинико-диагностических лабораторий. В учебный план циклов включены как практические, так и теоретические вопросы. Степень освоения материала будет проверяться тестовыми контролями по каждому разделу и итоговым контролем в конце обучения, состоящем из сдачи практических навыков и теоретических знаний. Продолжительность циклов составляет 72 ч, что позволяет освоить все разделы по программе.

Для среднего медперсонала согласно приказа Минздрава РФ от 5 июня 1998 г. N 186 "О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием" четко определена целевая аудитория данного цикла – это медицинские сестры, работающие по специальностям «Сестринское дело», «Сестринское дело в педиатрии», «Лабораторная диагностика», «Операционное дело», «Акушерское дело», «Анестезиология и реаниматология», «Лечебное дело», «Семейное сестринское дело» в должности медсестры процедурного кабинета, хирургических, травматологических, гинекологических отделений, отделений реанимации, трансфузиологии, гематологии, служб и кабинетов переливания крови, преподаватели профильных дисциплин медицинских училищ и колледжей. В теоретические знания и практические умения включены все разделы подготовки среднего медперсонала, требуемые по должностным профессиональным обязанностям по вышеперечисленным специальностям, указанным в образовательных стандартах постдипломной подготовки Всероссийского учебно-научно-методического центра по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию МЗ РФ.

Таким образом, постдипломное повышение уровня знаний на основе хорошо разработанных программ оценки профессиональных навыков врачебного и среднего медперсонала персонала по изоиммунологии, занятого в трансфузионной медицине, будет содействовать постоянному повышению безопасности гемотрансфузий. Кроме того, единый подход в обучении врачей клинико-диагностических лабораторий, врачей-клиницистов и среднего медперсонала может принести необходимые элементы для достижения взаимного понимания и повышения значимости этого раздела в трансфузионной медицине.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА У ДОНОРОВ ПЛАЗМАФЕРЕЗА РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Е.Р.Кулюцина, П.Л.Кукушкин, И.В.Гордюшина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
ГУЗ Пензенская областная станция переливания крови

Пенза

Донорский плазмаферез - метод получения от донора плазмы с возвратом собственных форменных элементов крови (эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов). Донором плазмы может стать любой здоровый человек с 18 лет, не имеющий противопоказаний к донорству. Процедуру плазмафереза выполняют двумя методами: дискретным и аппаратным. Длительность процедуры в среднем составляет 45 минут. Максимальный объём одной плазмадачи не превышает 600 мл. Интервал между плазмаферезами составляет 14 дней. Максимальный объём сданной плазмы в год не должен превышать 12 л. Несмотря на последние изменения в основополагающих документах по освидетельствованию доноров, необходимо дальнейшее совершенствование порядка медицинского обследования донора крови и ее компонентов, что послужит на благо здоровья россиян (Жибурт Е.Б. и соавт., 2008). Свежезамороженная плазма, заготавливаемая при плазмаферезе, может иметь неодинаковые свойства в соответствии с состоянием здоровья доноров и особенностей воспроизведения технологии на производстве компонентов крови, пока отсутствуют общепринятые критерии гемостатических норм этого компонента крови (за исключением активности фактора VIII), однако ее состав наиболее приближен к составу крови и в ней в более полной мере соблюдается баланс всего спектра ферментативных систем, отвечающих за обеспечение гемостатических процессов как в кровеносном русле, так и в ближайшем его микроокружении (Шойхет Я.Н., Момот А.П., Елыкомов В.А., 2008).

Целью исследования явилось определение отдельных показателей гемостаза у доноров дискретного плазмафереза различных групп для сравнительной оценки.

Исследование проводилось в клинико-диагностической лаборатории ГУЗ "Пензенская областная станция переливания крови". Было обследовано 85 постоянных доноров дискретного плазмафереза с количеством плазмадач 10 и более. Обследованные были поделены в группы по полу и возрасту: 1-я группа – мужчины в возрасте 18-39 лет, 2-я группа – мужчины в возрасте 40-60 лет, 3-я группа - женщины в возрасте 18-39 лет, 4-я группа – женщины 40-60 лет (табл. 1).

Таблица 1

Распределение доноров по группам

Группы	Пол	Возраст	Количество доноров
1	мужчины	18-39	22
2	мужчины	40-60	17
3	женщины	18-39	27
4	женщины	40-60	19

Кровь забиралась натощак из локтевой вены в пластиковую пробирку, содержащую антикоагулянт (3,8% раствор цитрата натрия) в соотношении 1:9 (0,5 мл 3,8% раствора цитрата натрия и 4,5 мл крови). Из этой крови сначала

получали богатую тромбоцитами плазму, а после этого плазма отбиралась в количестве 2 мл и путем центрифугирования готовили бестромбоцитарную плазма.

Всем донорам проводилось обследование по единой программе:

- определение количества тромбоцитов,
- определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ),
- определение протромбинового времени (ПВ),
- определение тромбинового времени,
- определение фибриногена по Клаусу,
- определение растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК),
- определение протромбинового отношения (ПО),
- определение международного нормализованного отношения (МНО).

Из богатой тромбоцитами плазмы определяли количество тромбоцитов, из бедной тромбоцитами плазмы определяли АЧТВ, ПВ, МНО, ПО, тромбиновое время, фибриноген по Клаусу, РФМК.

Результаты исследования.

При сравнении 1-ой и 2-ой групп отмечено увеличение показателей АЧТВ (34,18 ± 0,56 с и 38,14 ± 0,54 с соответственно) и МНО (0,97 ± 0,01 и 1,06 ± 0,02 соответственно), уменьшение показателей фибриногена (3,3 ± 0,076 г/л и 2,89 ± 0,13 г/л соответственно) и РФМК (4,25 ± 0,078 и 3,81 ± 0,097 соответственно) у мужчин от 40 до 60 лет относительно мужчин от 18 до 39 лет. При сравнении таких показателей как количество тромбоцитов, протромбиновое время, тромбиновое время и протромбиновое отношение достоверных отличий не выявлено.

Между 3-ей и 4-ой группами наблюдалось уменьшение количества тромбоцитов (259,62 ± 7,18×10^9/л и 204 ± 7,31×10^9/л соответственно) и показателя фибриногена (3,36 ± 0,09 г/л и 2,86 ± 0,16 г/л соответственно), укорочение протромбинового времени (12,61 ± 0,335 с и 11,068 ± 0,33 с соответственно), увеличение тромбинового времени (14,16 ± 0,24 с и 15,41 ± 0,2 с соответственно) у женщин в возрасте от 40 до 60 лет относительно женщин в возрасте от 18 до 39 лет. При сравнении таких показателей как АЧТВ, РФМК и МНО достоверных отличий не выявлено.

Таким образом, у постоянных доноров плазмафереза, как мужчин, так и женщин с возрастом уменьшаются признаки активации свертывающей системы.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ПРОВЕДЕНИЯ ФИБРОЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ

М.П.Куприянов, В.А.Стародубцев, А.А.Баулин, Н.П.Березина, В.А.Баулин, И.Б.Белоусова

ООО КДЦ «МЕДИКЛИНИК»

Пенза

Цель: Сравнить различные способы проведения ФЭГДС и оценить их с точки зрения пациента и врача, производящего процедуру.

Материалы и методы: Оптоволоконный фиброгастроскоп “OLYMPUS” серии Q40,диаметр дистального конца 10,2 мм; видеогастроскопы “FUJINON” EG530FP,диаметр дистального конца 8,5 мм и EG530N,диаметр дистального конца 5,9 мм; цифровой процессор EPX-4400 с функцией FICE;монитор HD-19 дюймов; шкала самооценки реактивной тревожности Спилберга-Ханина.

Результаты: Оптоволоконными приборами “OLYMPUS”серии Q40 обследовано 850 пациентов – мужчин 380,женщин 470.

Субъективная оценка пациентов – страх перед исследованием, выраженный рвотный рефлекс, затрудненное дыхание во время процедуры, боли в горле и животе, невозможность контакта с врачом. Субъективная оценка врача – простота рутинного исследования, визуализация средняя, не всегда удается достичь нисходящего колена ДПК и визуализировать БСД, биопсия проста в исполнении при наличии стандартного набора инструментов, время процедуры при достаточной подготовке врача не превышает 1 минуты.

Видеогастроскоп EG530FP – обследовано 1344 пациента – мужчин 528, женщин 816. Субъективная оценка пациентов – страх перед исследованием несколько меньше, поскольку меньше диаметр вводимого аппарата; рвотный рефлекс, затрудненное дыхание во время процедуры, боли в горле и животе, невозможность контакта с врачом. Субъективная оценка врача – простота введения прибора; визуализация отличная, с использованием функции FICE детализация мельчайших изменений слизистой; не возникает трудностей в достижении нисходящего колена ДПК, но не всегда четко визуализируется область БСД; высокоточная биопсия; некоторое удлинение времени процедуры по сравнению с рутинной методикой – в среднем 5 минут.

Видеогастроскоп EG530N – обследовано 1389 пациентов – мужчин 490, женщин 899. Субъективная оценка пациентов – страх перед исследованием минимальный; отсутствие рвотного рефлекса; хорошее дыхание во время процедуры; отсутствие болевого синдрома в горле и животе; сохранен контакт с врачом.

Субъективная оценка врача – простое введение прибора после подготовки носовых ходов (возможны неудачи – узкие носовые ходы – 142 человека (8,9%); качество визуализации отличное; нисходящее колено ДПК и БСД визуализируются всегда; биопсия – удовлетворительно, но несколько хуже, чем при трансоральном исследовании; время процедуры не отличается от трансорального способа.

Для объективной оценки различных способов проведения процедуры применили исследование ситуативной тревожности перед ФЭГДС с использованием теста Спилберга-Ханина. Всего в исследовании принимало участие 230 пациентов; они были распределены на следующие группы:

1. ЭГДС трансорально (волоконные приборы) – 77
2. ЭГДС трансорально (видеогастроскопы) – 44

3. ЭГДС трансназально (видеогастроскопы) – 52
4. ЭГДС трансназально повторно (контроль лечения, динамическое наблюдение) – 57.

Высокий уровень тревожности выявлен у пациентов 1,2,3 групп; низкий уровень тревожности выявлен у пациентов 4 группы.

Выводы:

1. Для пациента методом выбора является трансназальная ФЭГДС, особенно при повторных исследованиях.

2. Для врача методом выбора является трансназальная ФЭГДС, т.к. пациент во время процедуры ведет себя более спокойно и хорошо удается рассмотреть проблемные зоны, такие как область гастроэзофагеального перехода при прямом и инверсионном осмотре, область БСД.

3. Для проведения лечебных процедур и взятия прицельной биопсии предпочтительнее трансоральная ФЭГДС.

АКТИВНОСТЬ МИТОХОНДРИАЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ ГЕПАТОЦИТОВ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Л.В.Курашвили, Ю.В.Булавкин, А.Н.Лавров, О.Ф.Фролкина

МУЗ "Пензенская центральная районная больница"
Пенза

Все метаболические и физиологические процессы в клетке нуждаются в энергии и зависят от состояния митохондрий, где происходит образование макроэргических соединений - аденозинтрифосфата (АТФ) и креатинфосфата. Снижение их опасно для функции клеток. Митохондрии локализованы в местах наибольших энергозапросов и синтезируются дополнительно при увеличении энергопотребления органами и тканями (В.Н. Лузиков, 1980).

Основными энергетическими субстратами в организме человека и животных являются глюкоза и жирные кислоты.

Глюкоза вначале подвергается анаэробному гликолизу с образованием небольшого (около 10%) количества АТФ и пирувата, а затем пируват поступает в митохондрии, где с помощью пируватдегидрогеназного комплекса (ПДК) подвергается окислительному декарбоксилированию с образованием ацетил-КоА.

СЖК в цитоплазме преобразуются в ацил-КоА, который затем подвергается β-окислению в митохондриях с образованием ацетил-КоА. Образующиеся в ходе метаболизма глюкозы и СЖК ацетил-КоА поступают в митохондрии, где и синтезируется АТФ.

Процессы образования АТФ в клетках обусловлены фазой общего адаптационного механизма. Для каждой фазы адаптации существуют свои особенности метаболизма митохондрий (Меерсон Ф.З., Пшенникова М.Г., 1988; Диш А.Ю., Васильев К.Ю., Гурто Р.В., Хазанов В.А., 2004; Хазанов В.А., 2009).

Целью работы явилось изучение энергетического метаболизма у детей на основании изменения энергетических субстратов (глюкозы, триглицеридов) и активности ферментов, участвующих в процессах энергообразования.

Материал и методы. На полуавтоматическом биохимическом анализаторе Clima MC 15 исследованы глюкоза, триглицериды, активность ферментов АЛТ, АСТ, ЛДГ, ГГТП, КФК в сыворотке крови современными методами.

Результаты исследования. МУЗ "Пензенская центральная районная больница" выполняя программу Национального проекта "Здоровье" путем профилактических осмотров и ежегодной диспансеризации провела обследование детского населения. Под наблюдением находились 169 детей (девочек и мальчиков) в возрасте от 10 до 16 лет, проживающих Пензенском районе. У всех обследованных детей района уровень глюкозы и количество триглицеридов соответствовали нормальным величинам.

О нарушении функции митохондрий печени у здоровых детей судили на основании повышения активности фермента АСТ при сохранении нормальной активности ферментов АЛТ, КФК, ЛДГ и ГГТП.

Активность фермента АСТ в сыворотке крови была повышена у всех обследуемых детей района, КФК только у мальчиков, а активность ферментов АЛТ, ЛДГ и ГГТП соответствовала нормальным значениям.

Ферменты КФК, ЛДГ, АСТ принимают участие в энергетических процессах, ЛДГ локализована в цитозоле, а фермент АСТ в цитозоле и митохондриях. АСТ в высоких концентрациях присутствуют в клетках сердечной и скелетных мышц, печени, почках и эритроцитах. Поражение любого из этих органов и тканей могло привести к существенному повышению активности АСТ в сыворотке. Так как измерение активности фермента АСТ проведено в комплексе с ферментами АЛТ, КФК, ЛДГ, ГГТП, то увеличение только активности АСТ позволило предположить о "напряжении" состояния функций митохондрий клеток, чем на нарушения функции органа.

Работами Хазанова В.А. (1992, 2003, 2004) показано о возможности наступления стадии истощения адаптивной реакции системы энергопродукции, если компенсаторные механизмы клетки не справляются с нарастающим расходом макроэргов, либо если перегружаются сервисные системы поставки субстратов и удаления продуктов реакций. Повышение активности только фермента АСТ у обследуемых детей, свидетельствует об активации процесса переаминирования на уровне митохондрий и дает возможность предполагать об использовании ими в качестве энергетического субстрата аминокислот.

Обеспечивая клетку энергией, митохондрии интегрируют процессы катаболизма и анаболизма, поддерживая динамическую взаимосвязь обмена веществ. Длительное воздействие неблагоприятных факторов на растущий организм могло привести к истощению энергопродуциующей функции митохондрий гепатоцитов у детей.

Выводы

Подтвердить стадию истощения адаптивной реакции системы энергопродукции в митохондриях клеток у детей можно по повышению активности фермента АСТ и нормальной активности ферментов АЛТ, ЛДГ, ГГТП.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЦИКЛОФЕРОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ

Д.Ю.Курмаева, И.П.Баранова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ГУЗ ПОЦСВМП
Пенза

Лечение инфекционного мононуклеоза представляет собой довольно сложную проблему, продолжается поиск рациональных средств этиотропной терапии. В настоящее время в комплексном лечении ИМ успешно применяются индукторы интерферона, обладающие универсально широким диапазоном антивирусной активности и выраженным иммуномодулирующим эффектом. Наиболее перспективным и безопасным в детской практике является применение циклоферона - низкомолекулярного индуктора интерферона. Представляет интерес изучение эффективности новой формы циклоферона в виде ректальных свечей у детей с инфекционным мононуклеозом.

Цель исследования: оценить терапевтическую эффективность препарата «циклоферон суппозитории ректальные» у детей с инфекционным мононуклеозом.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 96 детей в возрасте от 4 до 7 лет (мальчиков - 54, девочек - 42). Серологическая диагностика осуществлялась методом ИФА с определением в крови маркеров Эпштейн-Барр вирусной инфекции (ВЭБ) (IgM VCA, IgG EA, IgG VCA, авидность) и цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) (IgM, IgG, авидность); определялась ДНК-EBV, ДНК-CMV методом ПЦР; проводились стандартные лабораторные и инструментальные исследования.

Результаты исследования. Пациенты с ИМ были разделены на 3 группы: 1-я (32 больных) в составе комплексной терапии получала циклоферон в свечах по 150 мг 1 раз в сутки 10 дней, 2-я группа (32 больных) получала циклоферон внутримышечно по стандартной схеме из расчета 10 мг/кг веса, в 3-й (контрольной) группе (32 больных) - этот препарат не применяли. У больных доминировал ИМ, вызванный ВЭБ: 81,2% в 1-й группе, 78,1% во 2-й группе и 75% в 3-й группе. В группах у больных в основном диагностирована средняя степень тяжести ИМ. Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу и степени тяжести заболевания. На фоне терапии продолжительность лихорадки и симптомов интоксикации в 1- й группе в среднем составила 3,60 ± 0,9 дня, во 2-й 3,65 ± 0,7дня, в 3-й 5,7 ± 0,5дня. Проявления тонзиллита купировались в 1-й группе на 5,1±0,9 день, во 2-й группе на 5,0±1,2 день, в 3-й на 5,8±0,7 день, в такие же сроки отмечалось улучшение носового дыхания в 1-й, 2-й, 3-й группах

пациентов. Средняя длительность пребывания в стационаре составила в 1 группе 12,1±0,5 дней и 11,8±0,9 дней во 2-й, в 3-й группе 14,2±0,9 дней. К моменту выписки из стационара в 1-й группе отмечалось уменьшение лимфатических узлов у 68,7% больных, уменьшение печени у 81,2%, уменьшение селезенки у 90,6%; во 2-й группе соответственно у 62,5%, 87,5%, 93,7%, в 3-й - у 59,4%, 78,1%, 84,4%. У всех пациентов 1-й и 2-й группы при выписке отсутствовал лейкоцитоз, атипичные мононуклеары не обнаруживались соответственно у 34,4% и 40,6%. В 3-й группе к выписке у 7 человек сохранялся лейкоцитоз (21,8%) и в большинстве случаев - атипичные мононуклеары (87,5%). При сравнении основных критериев динамики заболевания у пациентов 1-й и 3-й групп, а также 2-й и 3-й группы выявлены достоверные различия, свидетельствующие об терапевтической эффективности циклоферона ($p<0,05$). При сравнении основных критериев динамики заболевания у больных 1-й и 2-й групп достоверных различий не обнаружено, что свидетельствует об одинаковой эффективности различных форм циклоферона (ректальных суппозиториев и инъекционных форм). Отмечалась хорошая переносимость циклоферона как в форме детских ректальных свечей, так и в инъекционной форме; осложнений не было.

Выводы. 1. Применение различных форм циклоферона приводит к быстрому уменьшению клинических проявлений инфекционного мононуклеоза, нормализации показателей гемограммы и сокращению средней длительности пребывания больного в стационаре.

2. Эффективность циклоферона в форме ректальных суппозиториев при инфекционном мононуклеозе у детей сопоставима с внутримышечным введением препарата.

3. Применение циклоферона в форме ректальных суппозиториев является безопасным и не вызывает побочных реакций.

4. Циклоферон в форме ректальных суппозиториев может быть рекомендован для лечения детей, больных инфекционным мононуклеозом.

НЕЙРОПРОТЕКТОРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

С.Ю.Лаврик, О.Г.Максимов

ГОУ ДПО ИИУВ Росздрава
Иркутск

В настоящей работе обсуждаются результаты нейрореабилитации с применением нейропротективной терапии в Иркутском областном реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями 742 детей инвалидов в возрасте 1 – 16 лет. По основному инвалидизирующему фактору выделено две группы: 1-я группа – 445 с двигательным неврологическим дефектом, в том числе с синдромами ДЦП – 405 (91%) и 2-я группа – 297 человек

с ЗПРР и эмоционально-волевыми нарушениями на резидуально-органическом фоне. Длительность катамнеза составляла от 3 до 5 лет. Контрольная группа (50 человек) представлена детьми и подростками, проходившими реабилитацию без применения нейрометаболической терапии по причинам субъективного и социально-экономического характера.

Всем детям проводилась комплексная (медицинская, психолого-педагогическая и социальная) реабилитация. Медицинская реабилитация включала диагностику, медикаментозную коррекцию, физическую реабилитацию и физиотерапию. Эффективность нейрореабилитации определялась суммарной балльной оценкой данных неврологического статуса, нейрофизиологических исследований - ЭЭГ, УЗДГ, Эхо-ЭС и результатов нейропсихофизиологического тестирования по оригинальной программе «Spike-Children v.2.7».

Обеим основным группам наряду с физическими, физиотерапевтическими, психолого-педагогическими методами реабилитации применялась нейропротективная терапия, включающая ноотропы и нейропротекторы (церебролизин, актовегин, кортексин, цитофлавин, кавинтон).

Детям и подросткам первой группы, с ведущим двигательным неврологическим дефектом, применялась сочетанная ноотропная и нейропротекторная терапия: пирацетамы по 50-70 мг/кг веса в возрастной группе 1-7 лет и по 50-100мг/кг в старшей возрастной группе; синтетические аналоги ГАМК назначались в индивидуальных возрастных дозировках, но не менее рекомендуемых средних доз. Длительность курсов лечения пирацетамами (ноотропил, пирацетам) составляла 6-8 недель, препаратами ГАМК – от 4-х недель до 3 месяцев. Необходимо отметить, что у перечисленных препаратов основные фармакотерапевтические свойства различаются, но ноотропный эффект присутствует всегда. Церебролизин, обеспечивающий нейротрофический и нейромодуляторный эффект, применялся в дозе 1 мл/10 кг веса № 20-30 на курс, актовегин по 2 мл детям до 3 лет и по 2-5 мл в более старшем возрасте, по 15-20 инъекций на курс. Цитофлавин, обладающий вазоактивными, метаболическими и антиоксидантными свойствами, а также ГАМК-эргическим действием, применялся в дозе 5 мл внутривенно капельно, в 100 мл физиологического раствора; всего 10 вливаний на курс лечения. Кавинтон, оказывающий опосредованное нейропротективное действие через улучшение мозгового кровотока, назначался длительностью 60-90 дней, обычно в промежутках между проведением курсов инъекционной терапии нейропротекторами. Одной из важнейших причин нарушения нормального формирования двигательных и психических функций мозга является дисбаланс аминокислот и их метаболитов. Кортексин, в связи с этим, заслуживает особого внимания. Препарат оказывает церебропротективное действие, улучшает процессы обучения и памяти, стимулирует репаративные процессы в мозге. Мы применяли кортексин по 10 мг в/м по №10 на курс – два курса в год. Трехлетний опыт применения этого препарата свидетельствует об его эффективности при ДЦП, ЗПРР, синдроме дефицита внимания с гиперактивностью и при других нарушениях когнитивных функций.

При анализе результатов нейрореабилитции с применением нейрометаболической терапии восстановление высших корковых функций и двигательных нарушений было достоверно ($p<0,01$) лучше в основных изучаемых группах по сравнению с контрольной. Положительная динамика неврологических и нейропсихофизиологических показателей наблюдалась у всех детей, при этом восстановление церебральных функций было лучше у детей дошкольного возраста, а внутри этой группы – у детей 1-3 лет.

Мониторинг ЭЭГ и Эхо-ЭС показателей проводился не реже 2 раз в год на протяжении 3-5 лет. По данным компьютерной электроэнцефалографии отмечалось повышение индекса альфа-ритма, уменьшение синхронизации, нормализация пространственных взаимоотношений; признаки задержки формирования электрокорковой ритмики снизились с 2-2,5 до 1-1,5 возрастных порядка в среднем по исследованным группам. Эхоэнцефалоскопия показала нормализацию эхо-пульсации, увеличение среднеселлярного индекса в процессе реабилитации в среднем с 2,4±0,6 до 3,5±0,8 ($p<0,01$), свидетельствующее об уменьшении признаков внутренней гидроцефалии.

Анализ уровня мозгового кровотока на фоне нейропротективной терапии показал значимое повышение средней ЛСК в магистральных артериях головного мозга. После лечения в исследованных группах отмечалось достоверное ($p<0,01$) уменьшение периферического сосудистого сопротивления в интракраниальных артериях.

По результатам нейропсихофизиологического исследования с использованием комплекса программ «Spike-Children v.2.7» после реабилитации во всех исследованных группах отмечалось улучшение вербальной слуховой памяти, конструктивного и орального праксиса, пальцевого гнозиса, графомоторных функций, улучшение звукопроизношения, повторения фраз, ритмов и средней скорости реакции.

Таким образом, нейропротективная терапия в оптимальных дозах и кратностью курсов не менее трех в год с учетом основного инвалидизирующего дефекта и возраста ребенка является важнейшим условием эффективности нейрореабилитации детей инвалидов с последствиями перинатальной патологии нервной системы и интеграции их в социальную среду.

О ЗАБРЮШИННОМ РАЗРЫВЕ ДПК ЧЕРЕЗ 10 ДНЕЙ ПОСЛЕ ТРАВМЫ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

А.В.Лагутин, И.Х.Верченова, А.В.Коробов А.Т.Цибин, Т.Т.Тезекбаев

Тамалинская ЦРБ
Пензенская область, пгт Тамала

Больной Д. 1971 г.р. поступил в терапевтическое отделение Тамалинской ЦРБ с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела до 39,5°, озноб, тяжесть в правой половине живота. После рентгенологического обследования установлен диагноз: внебольничная очаговая пневмония справа. Лихо-

радка неясного генеза, 07.09.10 появилась боль в правой половине живота. Больной осмотрен хирургами. С его слов 28.08.10 он получил удлар в живот от быка, после травмы больной продолжал ходить на работу по 06.09.10, выполнял свое обязанности в РОВД.

В доступной нам литературе подобных повреждений осложнений мы не встречали. Поэтому сочли необходимым представить случай необычного течения разрыва ДПК с развитием забрюшинной некротической флегмоны.

При осмотре: общее состояние больного тяжелое, понижено питание (вес 65 кг) кожные покровы бледные, чистые, t – 38,7°, Cor-тоны ясные, ритмичные, PS – 112 в 1 мин,

АД - 130/80 мм /рт с., ЧС – 20 в 1 мин., язык суховат, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области симптомов раздражения брюшине нет.

Поколачивание в правой поясничной области болезненное. Имеется защитное напряжение брюшной стенки справа. Газы отходят. Стул был 02.09.10, мочеиспускание свободное, безболезненное, ОАК^ Нв - 116 г/л, Эр3,6 х1012 L-10700, Э – 7, П- 4, С- 70, Л- 15, М -4, СОЭ -52 мм/ч.

ОАМ: С/ж, белок - следы, L – 2-3 в п/з у/в 1024, б/х крови: Гл – 5,4 ; мочевина 8,1 м/моль/л, креатинин 100,4 мк/моль/л, Об белок – 64,7 г/л, общий билирубин 24,4 мк/моль/л.

УЗИ ОБП, почек заключение: свободной жидкости в брюшной полости нет, повышенная пневматизация кишечника, диффузные изменения в поджелудочной железе.

Обзорная R0 - брюшной полости заключение: Признаков свободного воздуха в брюшной полости не выявлено.

На основании жалоб, анамнеза, объективного статуса, даных лабораторных исследований, R0 данных и УЗИ установлен диагноз: О.деструктивный аппендицит. Периаппендикулярный абсцесс? Забрюшинный разрыв толстого кишечника? Интоксикация. Гипертемический синдром.

07.09.10 выполнена операция в/срединная лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости выпота нет. Петли тонкого кишечника не раздуты (до 3 см.), без признаков воспаления (рис.1).

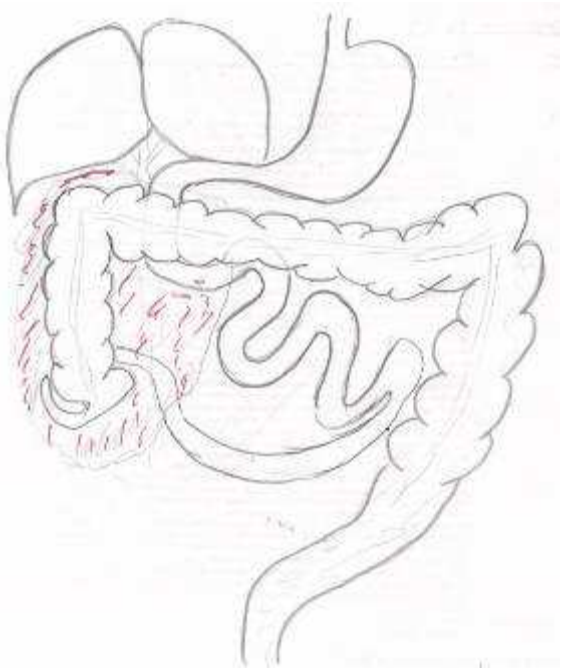


Рис. 1.

По ходу правого бокового канала (от печеночного угла ободочной кишки до купола слепой кишки) определяется обширный инфильтрат плотной консистенции. Червеобразный отросток гиперимирован и инфильтрирован, без признаков деструкции. При ревизии печеночного угла ободочной кишки, после отделения от края печени появилось обильно гнойное отделяемое с колибациллярным запахом.

При дальнейшей ревизии слепой кишки и восходящего отдела ободочной кишки произошло вскрытие забрюшинной флегмоны через некротизированые обширные участки восходящей кишки. Значительная часть забрюшинного отдела правой ободочной кишки некротизирована и лизирована .Учитывая вышеизложенное, выполнена правосторонняя гемиколэктомия с техническими трудностями из-за наличия плотной инфильтрации правого бокового канала. Удалены некротизированые ткани паранефральной и забрюшинной клетчатки. После гемиколонэктомии в ходе дальнейший ревизии обнаружена перфоративная рана нижней горизонтальной ветви 12 п.к. размером 6х3 мм, через который выделялось дуоденальное содержимое с желчью. ДПК отечная, инфильтрирована, гиперемирована. Дефект стенки 12 п.к. ушит двумя отдельными узловыми швами. Линия шва укреплена стенкой тонкой кишки. Выполнено отключение ДПК на дуаденальном зонде. Наложен задней гастроэнтероанастомоз с Брауновским соустьем. Сформирован илеотрасверзоанастомоз бок в бок изоперистальтически. Правая половина брюшной полости отграничена большими марлевыми салфетками, которые выведены через контраппертуру в правой поясничной области с установкой инжекторных дренажей. Послойные швы на рану (рис. 2).

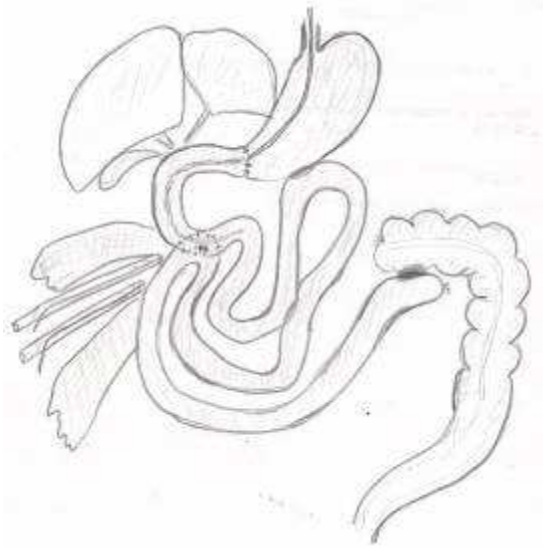


Рис. 2.

Послеоперационный диагноз: закрытая травма живота; забрюшинный разрыв стенки нижней горизонтальной ветви 12 п.к. осложненный забрюшинной некротической флегмоной с некрозом и перфорацией ободочной кишки; интоксикация. Больной приступил к работе 16.12.2010 года.

Таким образом в условия ЦРБ при разрыве ДПК и поступление больного через 10 дней с момента травмы в условия забрюшинной некротической флегмоны, обширного некроза восходящего отдела ободочной кишки наложен гастроэнтероанастомоз с выключением пассажа по ДПК и использование стенки тонкой кишки с целью укрепления первого ряда швов на ДПК является надежным способом и позволило вернуть трудоспособность в относительно короткие сроки.

РАЦИОНАЛЬНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ

М.Ю.Левков, Р.Х.Ильясов, И.Г.Жарков, Г.Г.Страхов

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Термин «головная боль напряжения» (ГБН) появился в международной классификации головной боли в 1988 году (Classifikation and Diagnostic Criteria for HD/Cephalgia, 1988 г.:8). До этого в практике использовались синонимы: психомиогенная боль, головная боль от мышечного напряжения, идиопатическая головная боль и т.д.

ГБН разделяются на эпизодические и хронические формы. Эпизодические боли не нарушают существенно качество жизни пациентов, обычно по интенсивности не превышает 4-5 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). При этом доминируют тревожные расстройства. Однако, чрезвычайно часто (до 80%) эпизодические ГБН переходят в хронические формы, при которых интенсивность боли достигает 5-7 баллов по ВАШ, нарушающие социальную активность пациентов.

В патогенезе ГБН ведущую роль играют психические расстройства: тревога, депрессия, ипохондрия. Эти нарушения обуславливают изменение соотношения активности ноци- и антиноцицептивных систем организма, что приводит к повышению восприимчивости к боли. Напряжение перикраниальных мышц создает дополнительный афферентный болевой поток, участвующий в симптомообразовании.

Головные боли (ГБ) – одна из наиболее частых жалоб, с которой больные обращаются к врачу. 85% населения периодически испытывают ГБ, а 25% отмечают снижение социальной и трудовой активности и требуют квалифицированного лечения. Мы считаем важным отметить тот факт, что хроническая головная боль является причиной бесконтрольного приема обезболивающих пре-

паратов, самолечения, что часто приводит к хронической интоксикации и даже к токсикомании.

Диагностика ГБН основывается, прежде всего, на характерной клинической картине: головная боль носит неприступообразный характер с длительностью эпизодов от 30 минут до 7 дней. Боль сдавливающая, стягивающая, интенсивность, как правило, средняя, т.е. ухудшающая работоспособность, но не приводит к прекращению деятельности. Локализация боли двухсторонняя: лобно-височная, теменно-височная, «каска», «шлем», «обруч», «капюшон». Боли не усиливаются от повседневной физической активности.

Последние годы при лечении ГБН все активнее стали применяться методы классической рефлексотерапии, которые дают комплексный эффект: аналгезию, улучшение микроциркуляции, иммуномодулирующий эффект. Своевременно проведенная акупунктура влияет на функциональное состояние центральной нервной системы и ее вегетативного отдела. Благодаря практической безвредности, простоте, в руках подготовленного специалиста рефлексотерапия является важным методом в лечении головной боли, т.к. в настоящее время аллергические реакции на лекарственные препараты выявляются у многих больных, страдающих ГБ.

Головная боль отрицательно влияет на высшую нервную деятельность, приводя к астеническому синдрому, и тормозит деятельность коры головного мозга. В индуцированной подкорке создается застойный очаг возбуждения, который рассогласовывает вегетативные центры. Рефлексотерапия нормализует деятельность коры, подкорки и вегетативных функций. В механизме акупунктурной аналгезии играют роль и гуморальные факторы, активирующие нисходящую «серотонинэргическую» систему ядер шва, которые оказывают тормозящее влияние на передачу боли в спинном мозге.

Цель данной работы: используя методы рефлексотерапии создать акупунктурную рецептуру лечения ГБН, исключив или существенно уменьшив прием фармакологических средств больными ГБ.

Материалы исследования: нами было проведено комплексное обследование 73 больных (61 женщина и 12 мужчин) с хронической формой ГБН. Возраст больных был от 35 до 47 лет со стажем заболевания от 3-х до 5 лет. Обследование больных проводилось по специальной программе с включением общеклинических методов обследования больных, традиционных методов обследования больных с анализом симптомов с позиции гипер- или гипофункции, а также электропунктурная диагностика по Накатани.

Исследование классических меридианов у больных ГБН по Накатани выявило наиболее частые отклонения в электрометрических показателях в меридианах сердца (С), перикарда (МС), «тройного обогревателя» (TR), мочевого пузыря (V), заднее-срединного меридиана (Т). Ориентируясь на данные традиционного обследования меридианов и отклонения по Риодораку, составлялась рецептура акупунктурного воздействия на биологически активные точки (БАТ) по локально-сегментарному принципу. В курс лечения включалась и рецептура, основанная на традиционных подходах к лечению головной боли.

Точками выбора БАТ для лечения больных ГБН были: C3 C5 C6 C7; V1 V2 V3 V6 V7 V10; TR5 TR6 TR20 TR21 TR23; VB4 VB5 VB6 VB8 VB20; T14 T17 T20 T21.

При традиционном подходе к лечению головной боли мы исходили из представления древней медицины о связи головных болей со следующими синдромами:

1. Синдром «ТАЙ-ЯН» (заинтересованность меридианов V-JG) – боль в затылке, иррадиирующая в заднюю поверхность шеи.
   Точки выбора: V2, V9, V10, V11, V12, V60.
2. Синдром «ЯН-МИН» (GJ и E) – боль в лобной области с иррадиацией в область бровей.
   Точки выбора: V2, GJ4, GJ11, PC3.
3. Синдром «ШАО-ЯН» (VB и TR) – боль в височных областях.
   Точки выбора: VB3, VB4, VB6, VB7, TR15.
4. Синдром «ШАО-ИНЬ» (F и MC) – боль в теменной области с иррадиацией в зубы.
   Точки выбора: T19, V7, V10, T11, V23.

Лечение больных во всех случаях начиналось с применения рефлексотерапии в акупунктурных точках общего действия. Затем, начиная с 3-4 сеанса, применялись сегментарные и локальные точки. Таким образом, при лечении больных с ГБН в процессе рефлексотерапии участвовали БАТ всех 3-х категорий.

Все больные были разделены на 2 группы. В 1-й группе (группе сравнения) пациенты получали только медикаментозную терапию, во 2-й группе была использована рациональная рефлексотерапия, курс которой составлял (8-10)+2 процедур.

В результате проведенной терапии у 87% больных основной группы отмечено улучшение общего состояния, уменьшение интенсивности головной боли с 7 баллов до 4 баллов по ВАШ. По данным ретроспективного наблюдения больных (в течение 2 лет) было отмечено, что у 67% нам удалось снизить дозы лекарственных средств, обычно используемых для лечения хронической ГБН.

Таким образом, рефлексотерапия является одним из наиболее оптимальных безмедикаментозных методов комплексного лечения больных с ГБН, позволяющая получить стабильный клинический эффект, сократить койко-день, уменьшить фармакологическую нагрузку, что составляет существенную экономическую помощь больным, улучшить качество жизни больных.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Н.А. Леднева, Т.А. Евсеева

МУЗ «Городская поликлиника № 2»
г. Астрахань
ЦПСиР ГУЗ ОДКБ им. Н.Ф. Филатова

г. Пенза

Перименопауза - это период времени, когда овариальная функция снизилась, но окончательно не прекратилась, продолжительность её варьирует 4-6 лет. По статистике - 50% женщин в возрасте 44 лет и 30% в возрасте 54-50 лет сексуально активны, имеют сохранённый менструальный цикл, способны к зачатию и нуждаются в контрацепции (ВОЗ, 2000) . В этод период жизни женщины важно решение двух основных вопросов: контрацепции и выбора метода заместительной гормонотерапии. Приём ЗГТ не подавляет овуляцию и риск нежелательной беременности у женщин в перименопаузе остаётся высоким. Перименопауза характеризуется определёнными клиническими особенностями: изменения менструального цикла (овуляторный, НЛФ, гиперэстрогения, гипоэстрогения, олигоменорея, ДМК), тяжёлым предменструальным синдромом, высокой частотой гиперпластических процессов эндометрия и молочных желёз, возникновением функциональных кист яичников, изменением психоэмоциональной сферы, вегетососудистыми нарушениями.

Цель исследования: изучить необходимость назначения гормональной контрацепции у женщин в перименопаузе.

Низкодозированные и микродозированные КОК последнего поколения могут быть использованы женщинами перименопаузального возраста, не имеющими факторов риска гиперкоагуляции. В течение года принимали КОК 131 женщина перименопаузального возраста. Из них низкодозированные 28 (регулон, линдинет - 30), микродозированные 78 (новинет, линдинет - 20) принимали (Хлое Ярина-25). КОК оказало благоприятное влияние на организм женщины. У 56 женщин сохранился регулярный менструальный цикл, исчезла дисменорея, снизилась частота развития воспалительных заболеваний матки и придатков у 26 пациенток, у 48 уменьшилась интенсивность предменструального и климактерического синдромов. Использование Ярины, Хлое оказало антиандрогенный эффект, улучшилось состояние кожи и волос.

При повышенном риске развития сердечно-сосудистых заболеваний, при необходимости контрацепции, при риске и наличии в анамнезе патологии эндометрия (железисто-кистозная гиперплазия, полипы) введена: ВМС с левоноргестрелом (Мирена) 18 женщинам в возрасте (44-49 лет).

Таким образом, несмотря на снижение фертильности, контрацепция в перименопаузе необходима не только с позиции контрацепции, но и заместительной гормонотерапии. Она снижает риск наступления нежелательной беременности, а также возникновение вегетососудистых, психологических и социальных проблем. Разнообразие контрацептивных гормонов позволяет подобрать оптимальный метод с целью повышения качества жизни.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МУКОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

О.Н.Лесина, Н.Л.Кондратюк, С.В.Заикина, Е.Г.Колесникова, Ж.Н.Керимова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ГУЗ ОДКБ им Н.Ф. Филатова
Пенза

Кашель является наиболее часто встречающимся симптомом при воспалительных заболеваниях респираторной системы. Инфекции дыхательных путей – это группа полиэтиологичных заболеваний, среди которых преобладают острые респираторные инфекции, вызванные вирусами, тропными к эпителию дыхательных путей и способствующие их колонизации бактериями. Значительную роль играют также атипичные возбудители – микоплазмы и хламидии, отмечается повышение заболеваемости коклюшем. Все эти заболевания сопровождаются изменением характера секрета бронхиального дерева за счет воспалительного процесса с увеличением его вязкости. Лечение кашля у детей определяется, прежде всего, устранением его причины. Следовательно, своевременная диагностика заболевания, проведение этиотропной и противовоспалительной терапии имеют определяющую роль в ведении больных. Эффективная противокашлевая терапия должна заключаться в улучшении дренажной функции бронхов и восстановления проходимости дыхательных путей. Муколитические препараты (бромгексин, амброксол, ацетилцистеин, карбоцистеин) воздействуют на гель фазу бронхиального секрета и эффективно разжижают мокроту. В этой связи заслуживает внимания применение комбинированных препаратов, к которым относится коделак бронхо с чабрецом.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность препарата коделак бронхо с чабрецом в сравнении с бромгексином при воспалительных заболеваниях дыхательных путей у детей.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 50 пациентов в возрасте от 2 до 16 лет, поступивших на стационарное лечение с инфекциями верхних и нижних дыхательных путей, сопровождавшихся симптомом кашля. В основную группу включены 30 детей (17 мальчиков, 13 девочек). Группу сравнения составили 20 пациентов (13 мальчиков и 7 девочек). Обе группы были сопоставимы по возрасту и нозологическим формам. Всем больным проводилась базовая терапия с применением противовирусных и антибактериальных препаратов по показаниям. В качестве препарата от кашля в основной группе использовался коделак бронхо с чабрецом, содержащий муколитик амброгексал, соль глицерризиновой кислоты (натрия глицирризинат), обладающей противовоспалительным действием, антиоксидантной и мембраностабилизирующей активностью, а также экстракт чабреца жидкий с отхаркивающим и противовоспалительным действием. В группе контроля применяли бромгексин в возрастных дозах. Всем больным проводились общеклинические исследования, рентгенография органов грудной клетки, серологические исследования на коклюш и паракоклюш (РА), хламидийную и микоплазменную ин-

фекцию (ИФА), гельминтозы (ИФА), по показаниям аллергологическое обследование.

Результаты исследования. По нозологическим формам больные распределились следующим образом: ОРВИ с ведущим синдромом трахеита - в основной группе — 9 человек (30%), в группе сравнения — 3 (15%); а также с бронхитом - 12 (40%) и 13 (65%); с пневмонией - 2 (6,7%) и 3 (15%); с коклюшем - 5 (16,7%) и 1 (5%) пациентов соответственно в группах. Кроме того, у 2 детей (6,7%) основной группы выявлена серологическим методом острая микоплазменная инфекция. Продолжительность основных симптомов (лихорадки - 3,6±1,3 и 3,2±1,5 дней; интоксикации - 2,4±0,9 и 2,6±1,0 дней; ринита - 4,6±1,2 и 4,2±0,9 дней) на фоне терапии оказалась сопоставимой в обеих группах. Кашель был у всех пациентов и составил по продолжительности 7,6±1,8 дней и 8,9±1,7 дней соответственно ($p<0,05$) в группах. Проведена оценка характера кашля: продолжительность интенсивного кашля составила в основной группе 3,7±1,1 дней, ночного кашля 2,2±0,9 дней, малопродуктивного кашля 3,1±1,1 день, а в группе сравнения — 3,8±1,4 дней, 2,8±1,0 дней и 3,9±1,0 дней соответственно. Средняя продолжительность приема препарата от кашля составила 7,4±1,5 дня в основной группе и 7,9±2,0 дней в группе сравнения, продолжительность антибактериальной терапии (по показаниям) – 5,5±1,4 и 6,4±2,1 дней соответственно. Эффективность терапии муколитическими препаратами оценивалась также по субъективным критериям (выраженное улучшение, умеренное улучшение, отсутствие эффекта) со стороны родителей пациентов и, по мнению врача, (оценки во всех случаях совпали). В основной группе выраженное улучшение отмечено у 66,7% (20 больных), умеренное улучшение – у 26,7% (8) детей и отсутствие эффекта – у 2 пациентов с трахеитом. При последующем обследовании у детей с сохраняющимся сухим кашлем выявлена аллергическая гиперреактивность дыхательных путей. В группе сравнения улучшение отмечено у всех пациентов, причем, выраженное – только у 50% (10 больных).

Таким образом, у пациентов с заболеваниями, сопровождающимися длительным кашлем, в основной группе средняя продолжительность интенсивного кашля и продолжительность ночного кашля оказалась сопоставимой с группой контроля, а продолжительность периода малопродуктивного кашля и общая продолжительность кашля оказались меньше у пациентов, получавших коделак бронхо с чабрецом.

Выводы: 1) препарат коделак бронхо с чабрецом, обладающий муколитическим и противовоспалительным действием, эффективен при инфекционных заболеваниях дыхательных путей различной этиологии; 2) муколитический эффект препарата коделак бронхо с чабрецом выше, чем у бромгексина, что позволяет сократить продолжительность кашля и улучшить качество терапии (по оценке пациента и врача); 3) наличие противовоспалительного эффекта препарата коделак бронхо с чабрецом позволяет сократить продолжительность антибактериальной терапии; 4) длительный кашель и отсутствие эффекта от лечения – показания для дополнительного обследования пациентов с целью исключения

аллергических заболеваний, гельминтозов, коклюша/паракоклюша, микоплазмоза, гастроэзофагального рефлюкса и др.

ВЛИЯНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ВНУТРИСЕРДЕЧНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

М.Х.Макоева, С.П.Семитко, А.Г.Автандилов

ГОУ ДПО РМАПО Росздрава, Городская клиническая больница №81
Москва

На сегодняшний день в связи с развитием и широким использованием современных методов восстановления коронарного кровотока при остром инфаркте миокарда с подъёмом ST(ОИМпST) большое внимание уделяется проблеме предупреждения развития раннего патологического ремоделирования ЛЖ, что позволяет повлиять на прогноз заболевания и выживаемость больных.

Цель работы оценить динамику изменений показателей сократимости ,геометрии и диастолической дисфункции миокарда у больных с острым коронарным синдромом после эндоваскулярного вмешательства.

Материалы и методы:

В исследование были включены 32 больных с острым инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST до 6 часов от начала заболевания в возрасте от 25 до 60 лет, средний возраст составил 45± 1,2 года. Все больные разделены на 2 группы: в первую группу вошли 20 больных с ОИМпST, которым в течение первых 6 часов была выполнена первичная эндоваскулярная процедура (ангиопластики и стентирования); во вторую группу - 12 больных с ОИМпST, которым выполнено отсроченное стентирование инфаркт – связанной артерии после эффективной тромболитической терапии в течение 24 часов от начала инфаркта миокарда при выявление на контрольной коронароангиографии субокклюзирующего поражения ИСА.

Всем больным по средствам импульсно-волновой доплер-эхокардиографии оценивалась диастолическая функция миокарда левого желудочка (ЛЖ), в В -режиме производился анализ эволюции объёмных характеристик ЛЖ, ФВ по методу дисков Симпсона, индекс нарушения сегментарной сократимости миокарда (ИНССМ) на 1и 7 сутки после восстановления коронарного кровотока.

Результаты:

Таблица

Динамика показателей сократимости, геометрии ЛЖ, диастолической дисфункции миокарда

параметры	I группа M1± m1		P1	II группа M2± m2		P2
	1 сутки	7 сутки		1сутки	7 сутки	
КДРЛЖ ,см	5,0±0,1	4,9±0,08	>0,05	4,7±0,2	5,4±0,1	<0,01

КСРЛЖ, см	3,7±0,08	3,5±0,09	<0,05	3,6±0,17	4,1±0,2	<0,05
КДОЛЖ, мл	123,3±3,6	122±4,2	>0,05	105,3±3,5	116±4,7	<0,05
КСОЛЖ, мл	57,4±2,7	56,7±3,5	>0,05	54±2,9	51,2±2,9	<0,05
УО,мл	65,9±2,2	65,3±2,7	>0,05	46,6±0,89	64,8±1,8	<0,001
ФВ %	53,7±0,67	59±1,2	<0,01	47,8±0,8	55,7±1,6	<0,01
Е/А	0,9±0,05	1,4±0,09	<0,001	1,1±0,09	1,3±0,08	>0,05
ИН ССМ	1,3±0,04	1,1±0,03	<0,001	1,3±0,05	1,1±0,03	<0,05

По данным сравнительного анализа полученных результатов исследования (представленных в таблице) на 1 и 7 сутки после первичного стентирования ИСА в I группе больных показатели КДО, КСО ЛЖ, КДР ЛЖ, УО не претерпевали статистически значимых изменений, исключение составил только КСРЛЖ, который достоверно уменьшался к 7 суткам. Во II группе пациентов отмечено достоверное увеличение КДР ЛЖ , КСР ЛЖ , КДО ЛЖ ,УО и уменьшение КСО ЛЖ к 7 суткам течения инфаркта миокарда по сравнению с I первой группой. Снижение ФВ ниже физиологической нормы на 1 сутки отмечено только во II группе пациентов. На 7 сутки течения инфаркта в обеих группах отмечался достоверный рост ФВ на 8% от исходной (p1<0.001,p2<0.001).

На 1 сутки течения инфаркта миокарда в I группе пациентов развивалась диастолическая дисфункция миокарда I типа (замедление релаксации),тогда как во II группе уже к 1 суткам течения инфаркта миокарда, несмотря на эффективную ТЛТ, регистрировалась псевдонормализация диастолической дисфункции ЛЖ. На 7 сутки уже в обеих группах пациентов регистрировалась псевдонормализация диастолической дисфункции ЛЖ, что вероятно связано с рутинным назначением всем больным со 2 суток лечения β-блокаторов. Индексы нарушения сегментарной сократимости ЛЖ в I и II группе пациентов на 1 и 7 сутки достоверно не различались, но имели достоверную динамику снижения к 7 суткам по обеим группам, при этом более выраженную в I группе больных. (p1< 0,001, p2< 0,01)

Таким образом, первичное стентирование ИСА у больных I группы позволило максимально предупредить развитие раннего патологического ремоделирования и сохранить сократительную способность миокарда в остром и подостром периоде течения инфаркта миокарда, в отличие от II группы, где, несмотря на эффективную тромболитическую терапию, появляются первые признаки патологического ремоделирования ЛЖ в виде дилатации полостей сердца, снижения фракции выброса ЛЖ и ранней псевдонормолизации диастолической дисфункции миокарда ЛЖ, что также является прогностически менее благоприятным признаком. Последующее стентирование ИСА в течение 24 часов от начала заболевания позволяет также, как и в I группе больных снизить ИНССЛЖ к 7 суткам в результате более адекватного коронарного кровотока.

ИЗМЕНЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

М.Х.Макоева, А.Г.Автандилов, С.П.Семитко

ГОУ ДПО РМАПО Росздрава, Городская клиническая больница №81
Москва

С активным внедрением в клиническую практику комплексной стратегии лечения острого инфаркта миокарда с подъёмом сегмента ST (ОИМпST) с использованием тромболитической терапии и эндоваскулярного вмешательства, возникает необходимость детального изучения особенностей и преимуществ их влияния на гемодинамику и функциональное состояние миокарда современными неинванзивными и доступными методами.

Цель работы – оценить динамику изменений показателей центральной гемодинамики у больных с острым инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST после эндоваскулярного вмешательства осциллометрическим методом.

Материалы и методы: В исследование были включены 32 больных с ОИМпST до 6 часов от начала заболевания в возрасте от 25 до 60 лет. Средний возраст больных составил 45±2 года. Все больные разделены на 2 группы: в первую группу вошли 20 больных с ОИМпST, которым в течение первых 6 часов была выполнена первичная эндоваскулярная процедура (ангиопластика и стентирование инфаркт-связанной артерии (ИСА)); во вторую группу вошли 12 больных с ОИМпST доставленные после проведенной на догоспитальном этапе СМП тромболитической терапии с положительным эффектом, которым при выявлении на контрольной коронароангиографии в течение 24 часов от начала инфаркта миокарда субокклюзирующего поражения ИСА, произведено отсроченное стентирование.

Всем больным производился мониторинг изменений параметров центральной гемодинамики с помощью осциллометрического метода аппаратом АПКО- 8-РИЦ до и после реперфузии миокарда, на 3 и 7 сутки течения инфаркта миокарда с определением сердечного выброса (СВ), сердечного индекса (СИ), ударного объёма (УО), скорости распространения пульсовой волны(СРПВ), линейной скорости кровотока (ЛСК), общего периферического сопротивления(ОПСС) и податливости плечевой артерии (ПА).

Результаты:

Если в I группе больных СВ, СИ, УО оставались в пределах нормы без достоверных колебаний (p1>0.05) от момента поступления, через час после стентирования ИСА и до 7 суток обследования (СВ: при поступлении 6,8±0,25 л\мин; после стентирования 6,3±0,2л\мин; на 7 сутки 6,5±0,15л/мин; СИ: при поступлении 3,4±0 ,1л/мин/м2; после стентирования 3,2±0,09 л/мин/м2; на 7 сутки 3,3±0,07 л/мин/м2;,УО: при поступление100±6,5 мл, после стентирования 97,7±4,8мл, 7 сутки - 98±4,5 мл), то во II группе больных несмотря на проводимую тромболитическую терапию отмечено значимое (p2<0,01) увеличение СВ, СИ лишь к 7 суткам течения инфаркта миокарда после стентирования (СВ: при

поступлении 6,5±0,4 л\мин, после стентирования 6,5±0,1л\мин, на 7 сутки - 7,8±0,18л/мин; СИ: при поступление 3,4±0,1 л/мин/м2; после стентирования 3,3±0,08 л/мин/м2;3,9±0,09л/мин/м2), а рост УО при этом оказался статистически незначимым (p>0,05): при поступлении 96± 6,8 мл, после стентирования 87±5,9мл- на 7 сутки 115±8,2мл.

При анализе динамики показателей сосудистой системы обращает на себя внимание снижение ЛСК в I группе больных уже через час после стентирования ИСА (p<0,05) (при поступлении 54±0,97см\с, через час после стентирования 50 ±2,25см\с, на 7 сутки 50±2см/с) и, наоборот, достоверный рост показателей ЛСК во II группе к 7 суткам (p<0,0)1. (при поступлении -54±1,3см\с, после стентирования -53±1,7см\с , 7 сутки - 61±2 см\с). Необходимо отметить, что при поступлении в стационар СРПВ у больных I и II группы исходно превышала нормальные значения. Однако уже через час после восстановления коронарного кровотока и до 7 суток в I группе больных регистровалось значимое снижение показателей СРПВ, а также ОПСС, снижение же данных показателей во II группе оказалось недостоверным. (СРПВ в I группе: при поступлении - 1228±24,5 см\с, после стентирования-1126±29 см\с (p=0,01), на 7 сутки 1157±45 см\с (p<0.05), ОПСС в I группе при поступлении 1196±54,6 дин с\см5, после стентирования 1016 ±36,9 дин с\см5, на 7 сутки-1065± 39,7 дин с\см5 (p=0,01,) СРПВ во II группе при поступлении 1144±44,5 см\с, после стентирования-1051±75 см\с, на 7 сутки -1060± 35см\с (p>0.05), ОПСС во II группе при поступлении 1186± 28,6 дин с\см5, после стентирования 1121±62 дин с\см5, на 7 сутки-1073±52 дин с\см5 (p >0,05)).

В I группе больных уже через час после первичной эндоваскулярной процедуры и на 7 сутки течения инфаркта миокарда возрастает податливость плечевой артерии (p<0,05), тогда как во II группе пациентов данный показатель остаётся неизменным (p>0,005). (ПА в I группе при поступлении 0,02±0,001мл\мм.рт.ст, после стентирования -0,03±0,001 мл\мм.рт.ст p<0,001, на 7 сутки - 0,03±0,004мл\мм.рт.ст.; ПА во II группе при поступлении - 0,02±0,002мл\мм.рт.ст, после стентирования - 0,03±0,007мл\мм.рт.ст., на 7 сутки - 0,03±0,002мл\мм.рт.ст.)

Таким образом, раннее стентирование ИСА у больных I группы позволило максимально предупредить развитие патологического изменения СВ, СИ, УО, ЛСК в отличие от II группы, где несмотря на эффективный тромболизис нормализация параметров центральной гемодинамики происходила преимущественно лишь к 7 суткам после стентирования ИСА. А снижение показателей СПВ, ОПСС и рост податливости плевой артерии через час после стентирования ИСА и в подостром периоде течения инфаркта миокарда в группе больных с первичной эндоваскулярной процедурой может служить косвенным критерием адекватной реперфузии и функциональной способности миокарда ЛЖ.

БАКЛОСАН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЙ В СПИНЕ

О.Г.Максимов, Д.Р.Гармаева, Е.Е.Игнатенкова, Ю.С.Плеханова, Е.С.Потехина

ГОУ ДПО ИИУВ Росздрава
Иркутск

Боли в спине или дорсалгии по МКБ 10, рубрика М54, являются одной из самых частых причин обращения больных к неврологу. Более половины взрослого населения страдает от периодически повторяющихся болей в спине, 20% лиц трудоспособного возраста обращаются за лечебной помощью ежегодно. Сочетание болей в спине с патологическим мышечным спазмом значительно увеличивает выраженность болевого синдрома, длительно ограничивает подвижность и трудоспособность больных. Болевые импульсы, независимо от их источника (позвоночник, нервная ткань, мышца), активируют альфа- и гамма-мотонейроны спинного мозга, что усиливает мышечный спазм, возникающий при сенсомоторном рефлексе, усиливается стимуляция ноцицепторов мышцы, в результате образуется замкнутый порочный круг, формирующий длительный болевой синдром.

Целью нашего исследования было изучение эффективности миорелаксанта центрального действия Баклосана (баклофена) в сочетании со стандартными методами лечения, включающими НПВП. Критерием оценки являлись: время купирования болевого синдрома и регресс дефанса, расширение двигательной активности, сроки временной нетрудоспособности. Основной задачей эффективной терапии боли в спине является одновременная и возможно более быстрая ликвидация боли и мышечного спазма для разрыва порочного круга – боль - мышечный спазм - боль. В связи с этим, применение миорелаксантов в комплексной терапии дорсалгии является патогенетически обоснованным и необходимым.

С целью оценки эффективности Баклосана в лечении мышечного спазма при дорсалгиях в поликлинических учреждениях городов Иркутска и Улан-Удэ обследовано и пролечено 158 пациентов с болями в спине шейной, грудной и поясничной локализации. Больные с болевыми синдромами пояснично-крестцовой области составляли основную часть – 76,5%. Всем проведено клиническое неврологическое обследование, рентгенография соответствующих отделов позвоночника, МРТ по показаниям, исключены соматические заболевания, провоцирующие дорсалгии. Болевой синдром с мышечно-тоническим компонентом оценивался по шкале ВАШ и составлял от 6 до 9 баллов.

Больные были разделены на 2 группы. Пациенты первой группы (118 человек) получали стандартную терапию (НПВП, витамины гр. В, анальгезирующие мази, гели, физиотерапевтические процедуры, антидепрессанты по показаниям) и Баклосан начиная с 10 мг с увеличением целевой дозировки до 30 мг в сутки в три приема. 30 больным из этой группы баклосан применялся с постепенным нарастанием дозировки до 50 – 60 мг в день при купировании стойкого дефанса более 6 баллов. Пациентам 2-й группы (40 человек) проводилось лечение по вышеуказанной стандартной схеме без применения Баклосана. Лечение

больных обеих групп проводилось в течение трех, в редких случаях, четырех недель.

По окончании курса лечения получено значительное снижение интенсивности болевого синдрома у пациентов в обеих группах. Однако, у больных первой группы, получавших Баклосан в средней дозировке 30 мг в сутки, уже на пятый день лечения отмечалось существенное уменьшение болевого синдрома и мышечного напряжения у 85 человек (72%), тогда как у больных второй группы только у 12 (30% случаев) - оценка по ВАШ меньше 3-х баллов. К 10 дню болезни значительное уменьшение мышечно-тонического и соответственно болевого синдрома (по ВАШ меньше 3-х баллов) наблюдалось у 93 (78,8%) больных. 72 (61%) пациента 1-й группы были выписаны к труду на 10 – 13-й день от начала лечении, еще 22 (18,6%) человек признаны трудоспособными на 15 день лечения. Таким образом, в первой группе пациентов получивших комплексную терапию, включающую баклосан, 90,6% пациентов восстановили трудоспособность в течение 10-15 дней лечения и только у 9,4% больных полный регресс болевого и сопутствующего миофасциального синдрома был достигнут к 24 -28 дням болезни.

Во 2-й (контрольной) группе уменьшение мышечно-тонического и болевого синдромов, где лечение проводилось по стандартной схеме без применения Баклосана, на пятый день улучшение отмечали 12% больных, на десятый – 60%. Трудоспособность была восстановлена к 15-му дню лечения у 43%, к 20-му у 10% и к 28-му дню и позднее у остальных пациентов трудоспособного возраста.

Клинически значимых побочных действий, требующих снижения дозы или отмены Баклосана в период лечения не отмечалось. В то же время, важным эффектом Баклосана является уменьшение длительности применения анальгетиков группы НПВП при лечении дорсалгии. У пациентов 1-й группы длительность приема НПВП составляла в среднем 10 + 2 дня. Тогда как во 2-й группе необходимость в приеме НПВП для купирования болей была от 15 до 20-30 дней, что вызывало значительный дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта и другие побочные действия, характерные для этой группы препаратов, что требовало их отмены, использования инъекционных форм, применения антидепрессантов при угрозе хронизации боли.

Таким образом, результаты нашего исследования показывают, что миорелаксант центрального действия баклосан (баклофен) является оптимальным лекарственным средством лечения дорсалгий с мышечно-тоническим синдромом и миофасциальных болей. Применение баклосана достоверно ($P < 0,05$) снижает сроки временной нетрудоспособности пациентов и уменьшает длительность приема НПВП и других лекарственных средств, что особенно важно для больных с морфологическими изменениями позвоночника, создающими предпосылки для длительно текущих и рецидивирующих болевых синдромов.

ПРОФИЛАКТИКА РАХИТА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА ФОНЕ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.Н.Максимова, В.П.Струков, Л.Г.Радченко, М.Н.Гербель, О.Е.Холина, Е.В.Баркина, А.А.Макарова, Ю.В.Богданова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МИ ПГУ, ГУЗ ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова
Пенза

Рахит - остеопатия детского возраста, развивающийся в период интенсивного роста, физиологической перестройки костной ткани в условиях несовершенной регуляции остеогенеза и кальциево-фосфорного обмена [Баранов А.А. 2002, Новиков П.В. 2007].

Рахит остается весьма распространённым заболеванием и встречается с частотой от 35 до 80,6% [Мальцев СВ. 2006, Коровина Н.А. 2007, Студеникин В.М. 2008].

Дефицит йода является одним из основных факторов, предрасполагающих к заболеваниям щитовидной железы. Учитывая, что практически вся территория России, в той или иной степени, относится к йододефицитным регионам, масштабность проблемы трудно переоценить [Касаткина Э.П. 2004, Фадеев В.В. 2009].

Функциональные нарушения щитовидной железы у новорожденных и грудных детей являются одной из предпосылок развития остеопенического синдрома и других клинических проявлений рахита, так как немаловажное значение в обмене витамина D и маркеров метаболизма костной ткани играет эндокринное обеспечение, а именно, кальций - регулирующие гормоны щитовидной железы [Шилин Д.Е.,2005, Шабалов Н.П. 2006, Струков В.И. 2007].

Целью работы явилось изучение профилактики рахита у детей первого года жизни с дисфункцией щитовидной железы.

Задачи исследования включали: изучение методов профилактики рахита у детей в зависимости от изменений гормонального профиля щитовидной железы.

Материалы и методы исследования.

В течение 2008-20 Югг на базе ГУЗ ПОДКП им. Н. Ф. Филатова нами обследовано 129 детей первого года жизни с проявлениями рахита и функциональными нарушениями щитовидной железы.

Обследование детей включало: оценку физического, нервно-психического развития, выраженность клинических проявлений рахита, лабораторное и инструментальное исследование (нейросонография, ультразвуковое исследование щитовидной железы, рентгенография), определение гормонального профиля (определение уровня тиреоидных гормонов в сыворотке крови).

В зависимости от поставленных задач, наблюдаемые дети выделены в две группы:

I группа - 57 детей первого года жизни, с дисфункцией щитовидной железы с целью профилактики рахита получали витамин D (Аквадетрим) в дозе - 500 МЕ в сутки.

Дети II группы-72 ребенка с дисфункцией щитовидной железы наряду с витамином D дополнительно получали йодомарин с грудным молоком. Последний назначался кормящим матерям, наблюдаемых детей в дозе 200 мкг в сутки.

Контингент детей и их матерей в сравниваемых группах был приблизительно одинаков. В более чем в 70% случаев у матерей исследуемых детей отмечался отягощенный акушерский анамнез (гестоз, угроза прерывания, анемия I - II степени тяжести, ОРВИ). Все дети находились на естественном вскармливании.

В результате анализа выявлено, что у детей II группы на фоне профилактики рахита клинические проявления последнего отмечались с меньшей частотой (27 детей - 38%), чем у детей I группы (30 человек -52%). Тяжесть рахитического процесса была более выражена у детей I группы (преобладание гипотонического синдрома, запоров, снижение нервно-рефлекторной возбудимости, вегетативные нарушения, деформация плоских костей черепа) по сравнению со II группой и регистрировались в более ранние сроки с 3-4 недель жизни.

Выводы:

1. Более выраженные клинические проявления рахита отмечались у детей I группы на фоне приема профилактической дозы витамина D.
2. Частота рахитического процесса, несмотря на проводимую профилактику рахита, отмечалась в большей степени у детей I группы (52%) по сравнению со II группой (38%).
3. Клинические симптомы рахитического процесса выявлялись в более ранние сроки (3-4 неделя жизни) у детей I группы по сравнению с детьми, получавшими витамин D в сочетании с йодомарином.

КЛЕЩЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКМИ РИНИТОМ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

М.В.Манжос, Т.М.Желтикова, Е.С.Феденко, С.А.Шкадов, Б.А.Молотилов

Городская клиническая больница №4, ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза
ГУ НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова, РАМН,
ГНЦ Институт иммунологии ФМБА
Москва

Основными видами, вызывающими аллергические заболевания органов дыхания, являются пироглифидные клещи Dermatophagoides pteronyssinus (D. pter) и Dermatophagoides farinae (D. far), составляющие основную часть (до 90%) аллергенов домашней пыли [1]. В настоящее время в акарокомплексе домашней пыли (АКДП) различных городов происходят изменения в структуре доминирования: D. far. как по встречаемости, так и по численности, начинает преобладать над D. pter. [2].

Целью работы явилось изучение особенностей клещевой сенсибилизации среди детей и взрослых в Пензенской области и акарофауны жилых помещений в г. Пензе.

Материалы и методы. Обследовано 1162 взрослых и 872 школьников, проживающих в г. Пензе и трех сельских районах Пензенской области, с явлениями ринита и астмаподобными симптомами (АПС). Аллергодиагностику проводили методом кожного тестирования (pric-тест) с использованием стандартного набора бытовых аллергенов (домашняя пыль, библиотечная пыль, клещи домашней пыли (КДП) D. pter. и D. far., перо подушки) - производства НИИВС им. И. И. Мечникова, г. Москва. Акарофауна изучена в 130 квартирах г. Пензы. Анализ проб пыли проводили в ГУ НИИ вакцин и сывороток им И.И. Мечникова [3].

Результаты. Проведенное клинико-аллергологическое обследование показало высокую распространенность сенсибилизации к КДП, которая регистрируется с одинаковой частотой независимо от места жительства. Аллергия к клещам выявлена у 31,0% - 37,6% детей (p=0,4382), и 35,4% - 30,7% (p=0,3798) взрослых с явлениями ринита и АПС в городе и селе, соответственно. В Пензе характерна более высокая частота больных с аллергией к КДП D. pter. по сравнению с КДП D. far., как среди детей (25,0% - 10,2%, p=0,0003), так и среди взрослых (31,3% - 18,3%, p=0,0047). Однако изучение степени сенсибилизации к КДП среди взрослого населения выявило преобладание частоты положительных и резко положительных проб (2+ и более) к КДП D. far. по сравнению с КДП D. pter - 86,0% - 66,6%, соответственно, (p=0,0055). У взрослых, проживающих в селе, аллергия к КДП D. far. отмечена в 2,5 раза чаще, чем к КДП D. pter. - 22,9% - 9,0%, соответственно, (p=0,0026). Среди сельских школьников частота положительных кожных проб к КДП D. pter. и КДП D. far. не различается - 21,3% - 27,7%, соответственно, (p=0,4597). От 29% до 57% больных, чувствительных к домашней пыли, имеют положительные кожные пробы на КДП.

Среди взрослых в Пензе широко распространенной оказалась аллергия к клещам амбарно-зернового комплекса (Tyrophagus putrescenticiae), которая выявлена у 19,2% больных АР. В селе число жителей с повышенной чувствительности к ним значительно ниже - 7,2%, (p=0,0012).

При изучении акарофауны жилых помещений в 90% обследованных квартир (117 из 130) обнаружены КДП. Всего выявлено 27 видов клещей, принадлежащих к 23 родам, 13 семействам и 2 отрядам. В акарокомплексе домашней пыли (АКДП) г. Пензы доминирующее положение занимают клещи сем. Pyroglyphidae, являющиеся основным источником клещевых аллергенов в жилых помещениях. На долю этих клещей приходится 91,1% от общей численности всех клещей. Преобладает D. far., численность и частота выявления которого в 3,4 и 1,9 раза превышает эти же параметры D. pter. Амбарные клещи семейств Acaridae и Glycyphagidae отмечены в 27% и 15% квартир, соответственно, на их долю приходится около 4% от общей численности всех клещей. Наиболее часто встречается G. Destructor. Удельное обилие и частота выявления других клещей невысоки.

Таким образом, пироглифидные клещи и клещи амбарно-зернового комплекса (Tyrophagus putrescenticiae) являются важным этиологическим фактором развития АР и БА у детей и взрослых в Пензенской области. Отмечена большая частота сенсибилизации к КДП D. far, что соответствует данным о доминировании в АКДП D. far. над D. pter., как по встречаемости, так и по численности. Знание этиологических факторов позволяет совершенствовать диагностику, проводить адекватную терапию, первичную и вторичную профилактику заболевания.

Список литературы

1. Желтикова Т.М. Синантропные клещи (Acariformes: pyroglyphidae, Acaridae, Glycyphagidae) - источник бытовых аллергенов: Автореф. Дис. ... докт. биол. наук. - М, 1998. - 35 с.
2. Зарицкая Л.В., Желтикова Т.М., Черняк Б.А. Клещи домашней пыли в жилых помещениях г. Иркутска // Аллергология. - 2002. - №1. - С.21-25.
3. Петрова А.Д., Желтикова Т.М. Многолетняя динамика и структурная организация акарокомплкса домашней пыли в г. Москве // Зоол. Журнал. - 2000. - т. 79.- №12.- С. 1402-1408.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕАНИМАЦИИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ ДЫХАНИЯ. ОБУЧЕНИЕ И ТРЕНИРОВКА

В.Н.Маринчев

Госпиталь им. Революции
Сана, Йемен

По данным США и Канады (2005) выживаемость при в негоспитальной остановке сердца, в среднем, достигает 6,4%. Причин такой низкой выживаемости несколько, а одной из них является неправильная или несвоевременная дыхательная помощь или реанимация на месте.

Сердечно- легочная реанимация осуществляется по принципу ABC: «A» (airway) – освободить верхние дыхательные пути, «B» (breathing) - искусственное дыхание, «C» - (кровообращение, т.е. массаж сердца). Первый этап «A» не требует никаких специальных приспособлений или инструментов, только навыки: запрокинуть голову (если нет перелома шейного отдела позвоночника), вывести нижнюю челюсть.

Второй этап «B» - искусственное дыхание, которое предполагает дыхание «рот в рот» или «рот в нос», что проводилось далеко не всегда, а специальных приспособлений или устройств для оказания помощи отсутствуют. Причин тому несколько: рвота пострадавшего или отравление, неприятный запах изо рта, травма лица, а также этические, моральные, религиозные и гигиенические причины.

Поэтому, результат первичной реанимации оказывался всегда хуже, чем могло быть. В этой связи, для оказания полноценной реанимации на месте происшествия реаниматоры (медики или парамедики) должны иметь специальные средства: воздуховоды, маски с мешком АМБУ, что далеко не всегда имеются в реальной жизни.

В последнее время, учитывая важность искусственного дыхания для результатов реанимации, были предложены новые пути – ларингеальная маска (ЛМ) и пищеводно-трахеальная трубка (ПТТ).

ЛМ представляет из себя комбинацию лицевой маски и трубки-воздуховода, которая вводится в ротоглотку. ЛМ выпускается в нескольких размерах и видах. Минимальный размер предназначен для новорожденных.

ЛМ была предложена Арчи Брэйном и используется с 1988 года в клинической практике, являясь альтернативой для эндотрахеальной трубки в анестезиологии и при реанимации. Для её введения не нужен ларингоскоп, а техникой может овладеть каждый после предварительного короткого обучения. ЛМ используется при невозможности интубации трахеи (трудная интубация или отсутствие специалиста, владеющего интубацией). Например, в родильном зале возникла необходимость срочной интубации новорожденного, а анестезиолог занят или отсутствует и в этом случае выручит ЛМ.

Обучение врачей и медицинских сестер как профессионалов должно проводиться на кафедрах анестезиологии и реаниматологии. Сначала отрабатывается техника на манекенах, а затем в операционных. Через 6 месяцев все специалисты должны пройти освежающий курс для закрепления навыков. Парамедиков (непрофессионалы - полиция, пожарники, студенты) должны обучать врачи, прошедшие обучение на кафедрах. ЛМ имеет ряд преимуществ перед эндотрахеальной трубкой и лицевой маской при сердечно-лёгочной реанимации или анестезии, поэтому прочно вошла в повседневную практику анестезиологов-реаниматологов.

Ещё одним путём оказания дыхательной реанимации является использование пищеводно-трахеальной трубки (ПТТ). Она представляет из себя двухпросветную трубку с двумя раздувающимися манжетами. ПТТ вводится вслепую в ротоглотку и независимо от того как расположились концы трубки, раздуваются манжеты. Если конец будет в пищеводе, то дыхание проводится через другую трубку, надо только решить где находится дистальный конец ПТТ, что определяется аускультацией и по движению грудной клетки. Существуют два размера ПТТ для взрослых пациентов, для детей ПТТ нет.

Обучение использованию ПТТ должно осуществляться аналогично обучению использованию ЛМ: профессионалы обучаются на кафедре, а затем передают опыт парамедикам. Освежающий курс через 6 месяцев для всех.

Считаем, что чем больше возможностей у реаниматора, тем больше шансов у пациентов вернуться к жизни.

Выводы

1. Техникой введения ЛМ и ПТТ должны владеть все специалисты, оказывающие экстренную и неотложную помощь.

2. Методикой введения ЛМ должны владеть медицинские работники родильных залов.
3. Использование ЛМ и ПТТ улучшит результаты сердечно-лёгочной реанимации, скорой и неотложной помощи.
4. Обучение использованию ЛМ и ПТТ должны взять на себя кафедры анестезиологии, реаниматологи и скорой помощи.
5. Администраторы лечебных заведений должны оснастить ЛМ и ПТТ отделения, оказывающие скорую и неотложную помощь.

СОТРУДНИЧЕСТВО РОССИИ И ЙЕМЕНА В ОБЛАСТИ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ И НАУЧНЫХ КАДРОВ

В.Н.Маринчев

Госпиталь им. Революции
Сана, Йемен

Дипломатические российско-йеменские отношения были установлены в первой половине прошлого столетия (30-е годы), а сотрудничество в области здравоохранения началось сразу после этого. Можно считать, что врачи стали основой международных отношений между двумя странами, а если точно, то только один врач, а вернее «врачиха» из России став женой брата имама (короля) открыла эру сотрудничества.

После второй мировой войны, когда имам (король) Йемена приоткрыл свою страну для иностранцев, одними из первых были специалисты из СССР, среди которых были врачи, и не плохие. В Йемене до сих пор ходит легенда, что российский хирург удачно прооперировал имама после покушения на него в г. Ходейда. В знак благодарности имам послал хирургу в Москву арабского скакуна, которого врач отдал на ипподром безвозмездно. Общественный резонанс помог врачу стать известным и уважаемым человеком.

Справедливости ради надо упомянуть, что до 1990 года существовало две страны – НДРЙ (Народно-Демократическая Республика Йемен со столицей Аден) и ЙАР (Йеменская Арабская Республика со столицей Сана). В 1990 году на волне мировых событий произошло объединение двух братских стран, но как часто бывает в семье, отношения среди родственников не сложились, и в 1994 году началась война «Юг-Север», в которой опять победил Север. Наши врачи и медицинские сестры не побоялись остаться в воюющей стране, потому что знали, что русских любят и уважают как никого в этой стране. Пропуском на многочисленных контрольных пунктах является фраза: «Руси Доктур», чем стали пользоваться и граждане других стран, работающие в Йемене.

Первых абитуриентов из Йемена Советский Союз принял в 60-х годах прошлого столетия, их было несколько десятков. После антимонархической революции на учёбу были направлены уже сотни молодых людей. Большинство студентов обучались в военных, медицинских и других институтах и университетах. Готовились кадры специалистов в клинической ординатуре и аспиранту-

ре. Клиники Советского Союза принимали на лечение пациентов по направлению Министерства здравоохранения Йемена. Советский Союз торговал в Йемене небольшим набором лекарственных препаратов, направлял медицинских специалистов для работы как в Северный так и в Народно-демократический Йемен. Причём часть медицинских работников трудилась по направлению организации «Красный Крест», что для принимающей стороны было бесплатно, а часть работала по контрактам с валютной компенсацией Советскому Союзу (а не специалисту). Организация подготовки резерва медицинских работников лежала на «Союззравзагранпоставке» при министерстве здравоохранения СССР.

Эта организация готовила кадры для работы за рубежом через специальную ординатуру, курсы подготовки по языку (английский, французский, испанский или португальский), которые включали цикл тропических заболеваний.

Продолжительность предстоящей командировки была ограничена 2 годами, и только при безупречной работе можно было получить продление на 1 год как поощрение работника. Работа в Йемене даёт врачам и медсестрам очень разнообразный практический опыт, который нельзя получить больше нигде: экзотические тропические болезни (мадуромикоз, шистоматоз и др), разнообразные по локализации и механизму получения травмы (автодорожные, огнестрельные, ножевые). В стране широко распространен вирусный гепатит, гельминтозы, малярия, причём протекающие часто в атипичных видах.

Наши специалисты, работая в практической медицине передают свой опыт и навыки местным врачам и медицинским сестрам, сами в свою очередь осваивают азы арабского языка, особенности течения заболеваний у местного населения. Специалистов-медиков с педагогическим опытом и хорошим знанием английского языка привлекают (В.Н.Маринчев) для преподавания в местные учебные заведения (филиалы медицинского факультета университета или медицинского училища). Наши специалисты помогают на местах не только в повышении квалификации и преподавании, но и в осуществлении несложных научно-исследовательских работ, что позволяет в дальнейшем делать доклады и презентации на конференциях местных врачей разных специальностей (доцент, к.м.н., Маринчев В.Н., к.м.н. Боса Н.И.)

Сейчас в Йемене работают две Российские посреднические фирмы – «Здравэкспорт» и «Техноэкспорт», занимающиеся поставкой медицинских работников в соответствии с контрактами между Российской Федерацией и Йеменской Республикой. В настоящее время, при их участии около 250 медицинских работников трудятся в госпиталях страны.

Следует специально отметить работу медицинских работников из Пензы и области в Йемене, которые с лучшей стороны зарекомендовали себя и представили наше здравоохранение с самой лучшей стороны. Это врачи: к.м.н. В.Спирин (1949-2010), А.Востриков и Г.Востриков, Юцмюц А., Кузнецов С., медсестры: Боброва О., Сауткина Ю. и др. Их работа оставила в памяти медицинских работников и пациентов Йемена приятный и неизгладимый след. А это было непросто завоевать авторитет у коллег и пациентов в чужой и непростой

стране, где многое не так и не такой язык, не такие нравы и обычаи. Работа доцента, к.м.н. Маринчева В.Н. отмечена двумя почётными грамотами и именными часами.

Здравоохранение в Йемене платное, даже государственное, не говоря о частном, где плата значительно выше. Родовспоможение и педиатрическая служба имеют чисто символическую плату в государственных лечебных учреждениях, что является проявлением заботы государства о женщинах и детях. Частные клиники, в основном, сосредоточены в столице и центрах провинций. Есть хорошо укомплектованные и оборудованные современными приборами и аппаратами частные клиники, выполняющие даже пересадки почек, трансплантации суставов и другие сложные и дорогостоящие операции. Специалисты (врачи и медицинские сестры), прибывшие в Йемен по линии «Здравэкспорта» или «Техноэкспорта» работают только в государственных госпиталях, а приехавшие другими путями трудятся в частных госпиталях. Это вроде раздела сфер влияния между фирмами, занимающимися поставкой специалистов.

Нельзя сказать, что сейчас сотрудничество в области здравоохранения между Россией и Йеменом находится на высоте и пике развития. Последние 20-25 лет отсутствуют признаки сотрудничества в области торговли медицинскими препаратами, приборами, инструментами, оборудованием.

Российские ученые и врачи из ведущих клиник не приезжают для передачи опыта и внедрения своих оригинальных разработок в Йемен на коммерческих условиях, а вот визитеры из соседних и европейских стран не забывают об этих сторонах сотрудничества.

Йеменская республика является динамично развивающейся страной с быстрым ростом численности населения, который перевалил за 25 млн. в последние годы. Эта динамика позволяет предположить, что в соответствии с этим потребуется развитие и здравоохранения, которое без подготовки кадров врачей и научных сотрудников просто невозможно представить. Учреждения, ответственные за международное сотрудничество должны вовремя сориентироваться в области планирования и не оставить Йемен без своего внимания.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ

А.Л.Матвеев, И.И.Матвеева

ММУ «Центральная городская больница»
Новокуйбышевск

Актуальность проблемы лечения и профилактики переломов костей вследствие остеопороза не снижается, а растет [Родионова С.С, 2001], несмотря на достижения медицины, в частности фармакологии, поскольку ежегодно в России такую травму получают 100-150 человек на 100 000 населения [Басов С.В. с соавт. 2002]. Согласно прогнозу Международного Фонда остеопороза к

2050 г. ожидается увеличение числа пациентов с переломом шейки бедра среди мужчин на 310%, среди женщин – на 240% [www.iofbonehealth.org].

Разработаны и утверждены ВОЗ факторы риска переломов такие как: возраст, пол, вес, рост, предшествующий перелом, вредные привычки, сопутствующие заболевания, прием глюкокортикоидов и МПКТ.

В проспективном исследовании, проведенном в США и охватившем период с 1928 по 1992 годы, отмечено 5–кратное увеличение количества переломов проксимального отдела бедра на 100 тысяч населения [Melton LJ, Riggs BL 1988, 1992]. Подобная тенденция имеет место и в России, что подтверждено результатами эпидемиологических исследований, проведенных в популяции лиц старше 50 лет [Меньшикова Л.В.,2002]. Так, в Ярославле частота переломов шейки бедра увеличилась за период 1990–1994 гг. с 58,8 до 136,3 на 100 тыс. населения [Ершова О.Б., 2002]. В популяции Самарской области количество переломов на 100 тыс. населения возросло за два года (1995–1997 гг.) среди мужчин с 51,5 до 83,1, среди женщин – с 50,8 до 84,4 [Цейтлин О.Я., 2003]. По прогнозам, ожидается дальнейший рост частоты переломов этой локализации.

При переломах проксимального отдела бедренной кости, перелом шейки составляет– 53%, летальность в течение двух лет после операции по поводу перелома шейки бедренной кости составляет 29-41% [T.Johansson et al., 2006], 95% всех переломов шейки бедра возникают при падениях [www.iofbonehealth.org]. Обстоятельства, ведущие к перелому шейки бедренной кости это - удар на область, близкую к проксимальному отделу бедренной кости, недостаточно активные защитные механизмы, препятствующие падению (вытянутая рука), недостаточное пассивное поглощение энергии падения окружающими мягкими тканями [Cummings SR et all. 1989]. Систематические обзоры и мета–анализы свидетельствуют о том, что только 15% падений у пожилых людей потенциально предотвратимы. [Oliver D, Connelly JB, BMJ 2007]. Остеопороз является мультифакториальным заболеванием, характеризующимся низкой костной массой, определяемой по снижению минеральной плотности кости (МПК), а также ухудшением качества костной ткани, ее микроархитектоники. На основе этого определения ведущей стратегией предупреждения переломов у взрослых является поиск людей с низкой МПК [Меньшикова Л.В., Лесняк О.М. с соавт. 2002].

Предотвратить даже однократное падение нельзя, и оно может привести к перелому. Не отказываясь от фармакологических методов и не умаляя достоинств, применяемых нефармакологических методов в решении проблемы, мы попытались изучить и разработать более радикальный, хирургический путь предупреждения переломов при остеопорозе.

Целью настоящего исследования явилась разработка способа хирургической профилактики переломов шейки бедренной кости, который включает выявление пациентов, относящихся к группе риска (по факторам риска переломов шейки бедра ВОЗ), и введение имплантата в шейку бедренной кости для увеличения ее прочности. Мы назвали его хирургическим армированием (от лат.

armo-вооружаю, снабжаю) кости арматурой из др. более прочного материала [Советский энциклопедический словарь под ред. А.М.Прохорова 1984].

На предлагаемую методику в 2008 году был получен патент РФ на изобретение № 2316280. Введение имплантата в шейку бедра повысит прочность костной ткани и снизит вероятность возникновения перелома. В случае не высокоэнергетической травмы шейка бедренной кости будет сохранена.

Нами проведено наблюдение за тремя больными с односторонним переломом шейки бедренной кости. Учитывая факторы риска, общее состояние, рентгенологические признаки остеопороза и с письменного согласия самих больных и их родственников, всем больным проведен остеосинтез поврежденной шейки бедренной кости по общепринятым методикам. Одновременно неповрежденная шейка бедренной кости с контрлатеральной стороны армирована канюлированным винтом с целью предупреждения ее перелома при повторной травме. Операции и послеоперационный период прошли без осложнений. За 1,5 года наблюдения у одной из оперированных больных на стороне армирования при повторной травме произошел подвертельный перелом бедренной кости, но при этом линия перелома прошла значительно ниже места введения имплантата. Шейка бедра была сохранена. Повторных травм у других оперированных больных не было. Для проведения армирования шейки бедренной кости мы разработали свои оригинальные имплантаты, на которые получены патенты РФ на ПМ (№91845, №98901, №101351). При исследовании эффективности нашего способа применена методика Маркова. На сегодняшний день индекс QALY (Quality-adjusted life years – добавленные годы жизни с поправкой на качество) является широко используемым суммарным показателем эффективности, учитывающим как качественную, так и количественную оценку жизни [Faucett, Scott C MD, MS; Genuario, James W. 2010]. Прочность армированной шейки бедра предлагаемым способом возрастает за счет снятия напряжения на слабом участке кости на 10-15%, что уже сегодня нами доказано с помощью математических расчетов и значительно снижает вероятность самого перелома у лиц пожилого возраста.

Литература

1. Родионова С.С., Колондаев А.Ф., Солод Э.И. Комбинированное лечение переломов шейки бедренной кости на фоне остеопороза. //Русский Медицинский Журнал. 2001.
2. Сайт Международного Фонда остеопороза www.iofbonehealth.org
3. Прохоров А.М. // Советский энциклопедический словарь. 1984.
4. Меньшикова Л.В., Храмцова Н.А., Ершова О.Б., Лесняк О.М., Кузьмина Л.И., Аникин С.Г., Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И., Оттева Э.Н. Ближайшие и отдаленные исходы переломов проксимального отдела бедра у лиц пожилого возраста и их медико–социальные последствия (по данным многоцентрового исследования). // Остеопороз и остеопатии, 2002; №1: 8–11.

5. Ершова О.Б., Семенова О.В., Дегтярев А.А. Результаты проспективного изучения исходов переломов проксимального отдела бедра у лиц пожилого возраста // Остеопороз и остеопатии. – 2000. – №1. – С. 9–10.
6. Цейтлин О.Я. Распространенность, диагностика и профилактика остеопороза и остеопоротических переломов (на примере Самарской области) // Автореферат дисс. соиск. уч. ст. докт. мед. наук – Самара, 2003 г. – 22 с.
7. Матвеев А.Л - "Оперативный способ профилактики переломов шейки бедренной кости " // Открытия и изобретения. - Москва, 2008. Патент РФ на изобретение № 2316280.
8. Матвеев А.Л – "Устройство для армирования шейки бедренной кости и превентивной профилактики ее переломов", // Открытия и изобретения. Москва, 2011. Патент РФ на ПМ №101351.
9. Матвеев А.Л-"Устройство для армирования биологического композитного материала и превентивной профилактики шейки бедренной кости", // Открытия и изобретения. Москва, 2010. . патент РФ на ПМ № 91845.
10. Матвеев А.Л – "Устройство для армирования шейки бедренной кости и превентивной профилактики переломов", // Открытия и изобретения, Москва, Опубликовано 45, 2010. патент РФ на ПМ № 98901.
11. Johansson T. et al., // Intern.Orthopaedic, 30,1,2006
12. Cummings SR et all. 1989
13. Oliver D, Connelly JB, BMJ 2007
14. Faucett, Scott C MD, MS; Genuario, James W MD, MS; Tosteson, Anna N A ScD; Koval, Kenneth J MD, Is Prophylactic Fixation a Cost-Effective Method to Prevent a Future Contralateral Fragility Hip Fracture? // Journal of Orthopaedic Trauma: February 2010 - Volume 24 - Issue 2 - pp 65-74.
15. Melton LJ III. Epidemiology of fractures // In: New York: Raven Press, 1992.
16. Riggs BL, Melton LJ III, eds. Osteoporosis: etiology, diagnosis, and management. New York: Raven Press, 1988.

ИМПЛАНТАТЫ ДЛЯ АРМИРОВАНИЯ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ

А.Л.Матвеев, А.В.Нехожин, И.И.Матвеева

ММУ «Центральная городская больница»
Новокуйбышевск

Обстоятельства, ведущие к перелому шейки бедренной кости - удар на область, близкую к проксимальному отделу бедренной кости, недостаточно ак-

тивные защитные механизмы, препятствующие падению (вытянутая рука), недостаточное пассивное поглощение энергии падения окружающими мягкими тканями [Cummings SR et all., 1989]. Систематические обзоры и мета–анализы свидетельствуют о том, что только 15% падений у пожилых людей потенциально предотвратимы [Oliver D, Connelly JB, BMJ 2007]. Предотвратить даже однократное падение нельзя, и оно может привести к перелому. Не отказываясь от фармакологических методов и не умаляя достоинств, применяемых нефармакологических методов в решении проблемы, мы предложили более радикальный, хирургический путь предупреждения переломов при остеопорозе.

После разработки методики армирования кости для предупреждения ее перелома при остеопорозе в 2008 году, патент РФ на изобретение №2316280, ее применение сопровождалось использованием стандартных имплантатов для остеосинтеза в виде спонгиозных 6,5 мм и канюлированных 7,3 мм винтов. Их применение привело к чрезмерному увеличению жесткости конструкции кость-металл-кость (шейки бедренной кости) и к образованию слабого места в подвертельной зоне, что сказалось на возникновении переломов в этой области у двух больных при повторной травме через 1,5 года после предыдущей травмы. Нужны были новые имплантаты малого поперечного сечения, для обеспечения наименьшего повреждения кости в области их введения и сохранением способности кости к микроколебательным движениям для поддержания кровообращения. Учитывая новые требования для проведения армирования и недостатки стандартных имплантатов применяемых для остеосинтеза шейки бедренной кости, мы разработали перечень требований к имплантатам это – малый размер и вес, минимальные повреждения тканей при их введении, ограниченная жесткость эластичность) с сохранением колебательных движений, выносливость к длительным колебаниям в кости, низкая стоимость и использование новых материалов для их изготовления.

Использование стандартной 2,5 мм спицы с резьбой на заостренном конце нам показалось недостаточным. Была разработана спица с двумя участками резьбы (рис.1).

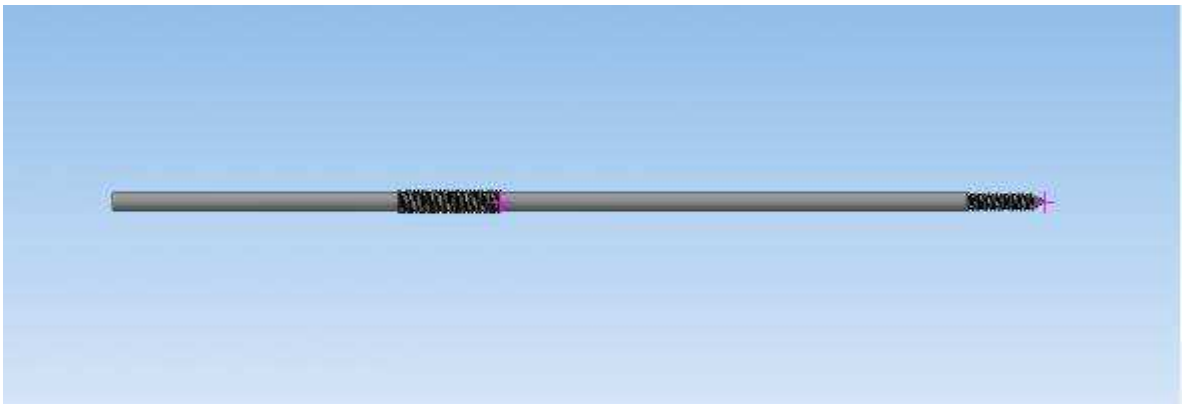


Рис 1. Бификсирующая спица (Патент РФ на ПМ № 101351)

Диаметр резьбы на остром конце соответствовал диаметру спицы – 2,5 мм. В средней части при производстве спицы предусмотрен участок с утолще-

нием и нарезкой резьбы 3,5 мм. Шаг резьбы на обоих участках одинаковый. Первая резьба рассчитана на фиксацию в головке, вторая в наружном кортикальном слое в точке введения. Количество предполагаемых спиц для армирования от одной до трех. Патент РФ на ПМ №101351.

Шнековый винт (рис. 2) патент РФ на ПМ № 91845. Устройство для армирования шейки бедренной кости и превентивной профилактики ее переломов у пациентов, относящихся к группе риска по переломам шейки бедра, состоящее из губчатого винта, имеющего головку и стержень с резьбовой частью. Стержень является осью винта, представляет собой спицу с удлиненным наконечником и головкой винта. Резьбовая часть представляет собой спирально закрученную пластину, жестко соединенную со спицей, головка винта снабжена шлицем под гексагональную отвертку.

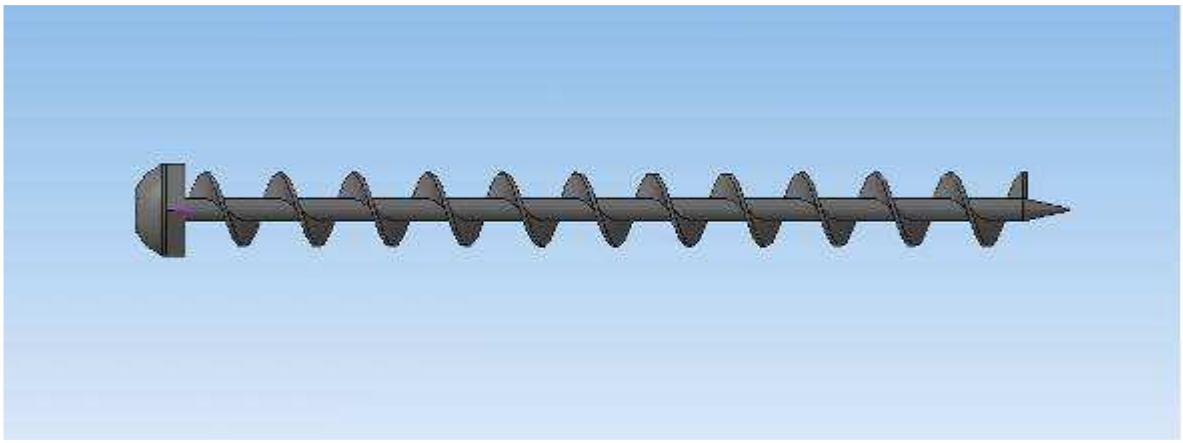


Рис.2 Шнековый винт (Патент РФ на ПМ № 91845)

Имплантат винт-штопор (рис. 3) патент РФ на ПМ № 98901. Устройство состоит из спицы, закрученной в виде спирали с наружным диаметром витка спирали 8,0 мм и шагом витка 8,0 мм. Длина спирали равна длине шейки бедренной кости пациента минус 10 мм, которому проводится армирование. На конце спирально закрученной спицы имеется сферическая головка со шлицем под отвертку.

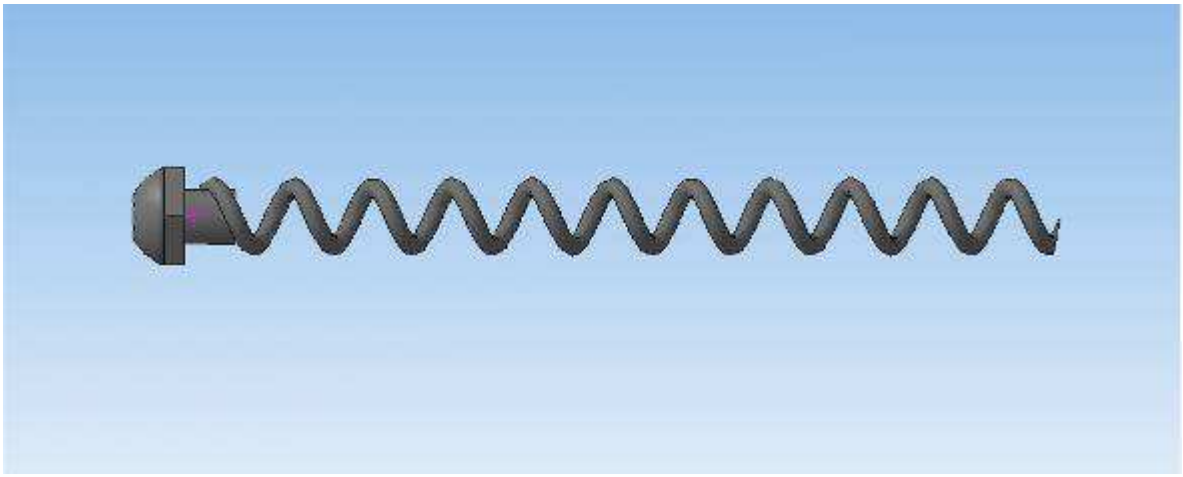


Рис.3 Винт – штопор (Патент РФ на ПМ № 98901)

Материалом для предлагаемых имплантатов является нержавеющая медицинская сталь или чистый титан. Все предложенные имплантаты отвечают предъявленным требованиям.

Прочность армированной шейки бедра предлагаемым способом возрастает за счет снятия напряжения на слабом участке кости на 10-15%, что уже сегодня нами доказано с помощью математических расчетов и значительно снижает вероятность самого перелома у лиц пожилого возраста.

Литература

1. Cummings SR et all. “A hypothesisthecauses of hip fractures” 1989, J Geronrol; 44: M 107-111
2. Oliver D, Connelly JB, BMJ, 2007.
3. Матвеев А.Л - “Оперативный способ профилактики переломов шейки бедренной кости “ Открытия и изобретения. - Москва, 2008. Патент РФ на изобретение № 2316280.
4. Матвеев А.Л – “Устройство для армирования шейки бедренной кости и превентивной профилактики ее переломов“, Открытия и изобретения. Москва, 2011. Патент РФ на ПМ №101351.
5. Матвеев А.Л.“Устройство для армирования биологического композитного материала и превентивной профилактики шейки бедренной кости”, Открытия и изобретения. Москва, 2010. патент РФ на ПМ №91845.
6. Матвеев А.Л., Нехожин А.В. – “Устройство для армирования шейки бедренной кости и превентивной профилактики переломов”, Открытия и изобретения. Москва, 2010. патент РФ на ПМ № 98901.

ПРИРОДНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ – ГАРАНТ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

И.У.Меркулова, Н.Ф.Давыдкин, А.В.Яшков, И.Ю.Меркулова

Пензапрофкурорт, ЛПУ санаторий «Березовая роща»
Пенза
НПО СамГМУ
Самара

Корригирующие медицинские технологии включают обширный арсенал современных лечебно-оздоровительных методов профилактики заболеваний и реабилитации больных, среди которых наиболее широкое применение находит сочетанное и комбинированное использование природных физических факторов местных курортов, в том числе и Пензенской области. Побочные эффекты фармакотерапии, аллергизация населения, появление фармакорезистентных форм патологических процессов, а также рост полиорганной заболеваемости, определяют актуальность поиска новых, в том числе и немедикаментозных, методов лечения.

По данным скрининговых исследований 80% населения России имеет не одно, а несколько заболеваний, вовлекающих в структуру единого патологического процесса различные органы и системы, определяющих дебют сразу нескольких ассоциированных процессов. Лидером в составе ассоциации является основное заболевание на фоне многочисленных сопутствующих.

Природные минеральные воды, ландшафтно-климатические условия региона Пензенской области в виде различных лечебных комплексов, включающих бальнео-, талассо-, аэро-, гелиотерапию, дозированные прогулки, терренкур, ЛФК, спортивные игры на фоне комфортного досуга в сочетанных и комбинированных формах, способствуют мобилизации резервных возможностей организма и составляют основу здоровьесберегающих медицинских технологий, определяющих коррекцию этиопатогенетических механизмов заболеваний, ассоциированных в единый полиморбидный комплекс.

С учетом многофакторности и разнонаправленности биотропного влияния природных физических факторов Пензенского региона, нами были изучены особенности их корригирующего воздействия на различные заболевания, ассоциированные в единый полиморбидный комплекс, определившие цель наших научных исследований.

Исследуемый контингент составлял 750 больных с полиорганной патологией, определяющей в каждом ассоциированном комплексе основное и сопутствующие заболевания. Из них мужчин было – 450 чел., женщин 300. Средний возраст пациентов составлял 45 +/- 1,5 года. Давность заболевания варьировала от одного года до 10 лет. Диагноз каждого заболевания, входящего в ассоциацию, верифицировался по данным клинико-инструментальных исследований.

Контингент наблюдения методом случайной выборки был поделен на подгруппы, в зависимости от ведущего лечебного фактора и структуры полиморбидного комплекса.

Контрольную группу составляли лица, получавшие лечение в виде монотерапии, в группе сравнения лечение проводилось идентичными природными физическими факторами путем их комбинирования и сочетания.

Реализация лечебного процесса проходила согласно дифференциальной оценке природных лечебных ресурсов Пензенского региона по стандартным оздоровительным программам с учетом нозологии заболеваний в ассоциации.

Эффективность лечения определялась путем сравнительного анализа клинико-инструментальных данных до и после курации, а также отдаленных результатов санаторной реабилитации. В результате проведенных исследований регресс клинических проявлений ассоциированных заболеваний в основной группе опережал аналогичные показатели в группе сравнения на 2-3 дня и наступал на 3-4 день лечения, в группе контроля на 6-7 день.

Критериями эффективности служили динамика показателей САД и ДАД, ЧСС, данных ЭКГ у пациентов кардиологического профиля, данные ph-метрии, показатели УЗИ и ФГДС определяли результаты проведенного лечения пациентов с гастроэнтерологической патологией. Общими для всех групп наблюдаемого контингента были клинико-биохимические исследования мочи, крови,

психологические тесты САН, Спилберга, индекса здоровья и КД по Фоллю до и после курса лечения. Полученные результаты характеризовались сравнительным снижением показателей САД и ДАД в основной группе в 96% случаев, в группе сравнения 88%, урежение ЧСС наблюдалось по всем группам, оптимизация исходных данных ЭКГ превалировала в основной группе и характеризовалась достоверно (p<0, 05) положительной динамикой зубца R по всем отведениям. Динамика исходных данных УЗИ и ФГС, в результате регресса локальных воспалительных изменений, наступала на 7-8 день лечения в основной группе (93,3%), в группе сравнения на 10-12 день (86,7%). По всем группам наблюдаемого контингента определялась сравнительная позитивность данных клинико-биохимических исследований мочи и крови, оптимизировались психологические тесты САН, Спилберга, результаты КД по Фоллю, возросли показатели ИЗ в основной группе на 20-30 у. е., в группе сравнения на 15-20. Эффективность лечения в основной группе составляла 97,5%, в группе сравнения 89,7%. Лекарственная зависимость уменьшилась в основной группе в 2-2,5 раза от исходной дозы препарата, в группе сравнения в 1,5 раза. В 75,8% случаев пациенты полностью отказались от лекарственной терапии. Побочных эффектов не наблюдалось, достигнутый клинический результат через 6-12 месяцев пролонгировался повторными курсами санаторной реабилитации.

Полученные данные обрабатывались методом вариационной статистики. Достоверность определялась по критерию Стьюдента. Различия по признакам считали достоверными при p<0, 05. Сравнительный анализ результатов лечения по группам был статистически достоверным по всем показателям.

Таким образом, проведенные нами исследования, подтверждают актуальность и целесообразность дифференцированного и комплексного применения природных физических факторов в арсенале профилактических и реабилитационных мероприятий, а также определяют наиболее оптимальные возможности для восстановительного лечения нескольких ассоциированных заболеваний в условиях местных курортов, в том числе и Пензенской области.

ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ГАЛОТРАКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

В.А.Моисеенко, А.В.Салаев, А.В.Гатин, А.Е.Ермошкин

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ФГУЗ МСЧ № 59 СМБА России
Пенза

В настоящее время актуальным направлением являются вопросы малоинвазивной хирургии позвоночника, наряду с сохранением функциональной активности пациента.

Материал и методы. Анализирован опыт лечения 397-ми пациентов за последние 20 лет, в возрасте от 14 до 79 лет. Повреждения на уровне CI–CII наблюдались у 168 (42,3%). Травмы средне-нижнешейного отдела позвоночника имели место у 229 (57,7%) больных. Нейрососудистые осложнения констатиро-

ваны у 138 (34,3%) из числа всех пострадавших. По характеру причин повреждений превалировали травмы, полученные в результате дорожно-транспортных происшествий – 143 (36,0%); затем - последствия ударов по голове, шее 61 (15,4%) и «ныряльщики» - 53 (13,4%). Из всех 397 пострадавших выявлены аномалии развития на шейном уровне позвоночника у 31(7,8%): врожденный блок позвонков - 8 (2,0%); аномалия Киммерле - 8 (2,0%); врожденный вывих атланта – 3 (0,8%); незаращение дуги CI - 5 (1,3%); дисплазии зубовидного отростка CII: гипоплазия – 2 (0,5%), гиперплазия (удвоение зубовидного отростка CII) – 1 (0,3%); «зубовидная кость CII » - 2 (0,5%); синдром Клиппель – Фейля - 2 (0,5%).

При лечении травматических смещений атлантоаксиального отдела позвоночника для обеспечения управляемой репозиции и последующей стабилизации в клинике разработан, и используется оригинальный способ биполярной галотракции (патент АС 1683711, патент РФ 2044079). Смысл заключается в создании двух блоков, подвижно-стопорящейся системы внеочаговой чрескостной фиксации, при которой краниальный блок фиксирует кости черепа в кососагиттальной проекции.

Результаты. По данным литературы при лечении повреждений шейного отдела позвоночника методом галотракции осложнения наблюдаются - до 39% (Baum J., Hanley E., Pullekines J., 1989).

У оперированных нами 63-х больных осложнения распределены на две группы.

- Нагноения мягких тканей в области введения фиксаторов: - у 7 (11,1%), которые купированы адекватной антибактериальной терапией.

- Утрата стабилизирующей функции гало-системы:

а) «усталостные» переломы спиц галокольца наблюдались у 14 из 63– 22,2%. Потребовалось дополнительное укрепление спиц. На исход лечения эти осложнения не повлияли.

б) миграция спицы с разрушением наружного слоя черепа: из 63 у 8 - 12,6%. Причиной перелома спиц является неравномерное натяжение спиц в гало-кольце при использовании стандартного спиценатягивателя из набора Илизарова. В настоящее время для предотвращения упомянутых осложнений нами предложен и апробирован в клинике способ равномерного натяжения спиц в гало-кольце. Заявка на изобретение №2010121368/14(030376) от 26.05.10. Приоритетная справка от 04.10.10.

Исходы лечения изучены у 33% больных, в сроки до 10 лет. Больные после перелома зубовидного отростка CII, с подвывихом атланта, а так же перелома дуги CII со смещением, приступили к труду через 4,5-8 месяцев. Период реабилитации такой группы больных по данным литературы составляет 6-14 месяцев.

Таким образом, методика галотракции является перспективным малотравматичным и эффективным направлением лечения повреждений шейного отдела позвоночника, преимущественно его верхнешейной порции. Учет био-

механических законов при монтаже краниального блока галотракции с помощью спиц позволяет повысить надежность стабилизации конструкции в целом.

СИСТЕМНАЯ ОЗОНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ АБСЦЕССОМ ЛЕГКИХ

Д.И.Назаркин, И.Н.Пиксин, А.В.Пигачев, П.И.Карпушкина

МИ МГУ им. Н. П. Огарева
Саранск

Несмотря на достижения современной медицины проблема лечения больных острыми абсцессами легких является одной из наиболее сложных и актуальных в торакальной хирургии вследствие относительно высокой ее частоты и неудовлетворительных исходов лечения. Применение озона для лечения гнойно-воспалительных заболеваний легких представляется перспективным направлением и является актуальным в настоящее время.

Целью работы явилась оценка некоторых клинико-лабораторных показателей при комплексном лечении острых абсцессов легких с применением системной озонотерапии.

Под нашим наблюдением находилось 54 пациента возрасте от 35 до 65 лет с неосложненными острыми абсцессами легких, которым на фоне применения традиционного лечения проводились инфузии озонированного физиологического раствора. Большая часть обследованных пациентов - 40 (75%), были работниками физического труда, где специфика работы связанна с перепадами температуры в цехах или работой на открытом воздухе. Пенсионеров и инвалидов было 14 (25%). Все обследованные курили, 32 (60%) из них злоупотребляли алкоголем. Наиболее часто наблюдалась следующая сопутствующая патология: ИБС - у 12 (22%), артериальная гипертензия - у 10 (18%), сахарный диабет - у 2 (3,7%). Общее состояние при поступлении в стационар оценено как удовлетворительное у 14 (26%), средней степени тяжести - у 30 (74%) больных.

Все больные были разделены на две группы.

Первую группу составили 27 больных острыми абсцессами легких, которым проводилось традиционное лечение. Из них у 12 (44,0%) больных абсцесс локализовался в нижней доле левого легкого, у 15 (56,0%) в верхней доле правого легкого.

Вторую группу составили 27 больных, которым стандартное лечение было дополнено системной озонотерапией. В этой группе больных с острым абсцессом нижней доли левого легкого было 11 человек (41,0 %), с острым абсцессом верхней доли правого легкого - 16 (59,0 %) пациентов.

Недостаточная эффективность традиционного лечения послужила причиной подключения озонотерапии. Для получения озонированного физиологического раствора использовался озонатор «АОТ-Н-01-Арз». Проведение озонотерапии производилось согласно инструкции, прилагаемой к аппарату. Подключали флакон с физиологическим раствором к выходу трассы подачи озона

аппарата АОТ-Н-01-Арз с низкой концентрацией и деструктором озона. Подавали смесь О2/О3 с концентрацией озона в смеси 2500 мкг/л при скорости подачи кислорода 0,25 л/мин. Барботаж осуществляли в течение 9 минут. Озонированный физиологический раствор в объеме 200 мл вводили внутривенно капельно один раз день. Всего было проведено 135 инфузий ОФР. В среднем каждый больной получил по 5 сеансов системной озонотерапии. Осложнений и аллергических реакций не было.

При рентгенологическом исследовании у больных II группы отмечалась более выраженная положительная динамика заболевания в виде уменьшения перифокальной инфильтрации легочной ткани, уменьшении диаметра полости деструкции в легком. Изменялась и бронхологическая картина, которая характеризовалась уменьшением отека слизистой оболочки бронхов, количеством ее секрета. Отмечался выраженный рост количества лимфоцитов на 12,8% ($p<0,001$), снижение холестерина на 16,8% ($p<0,001$) и снижение активности аминотрансфераз. Уровень АлАТ и АсАТ в сыворотке крови больных снижался на 29,6% ($p<0,05$) и 43,6 % ($p<0,001$) соответственно, 33% уровень креатинина, мочевины - на 28,4% ($p<0,001$). При традиционном лечении эти показатели увеличивались. Следовательно, включение системной озонотерапии в комплексное лечение положительно влияло на функцию печени и почек у больных абсцессами легких, что способствовало коррекции эндотоксикоза и улучшению клинического течения заболевания.

Продолжительность пребывания в стационаре больных II группы в среднем была на 4 койко-дня меньше, чем в I группе.

У больных I группы полное выздоровление достигнуто - у 19 (70%) , клиническое выздоровление - у 6 (22%), у 2 (8%) больных процесс перешел в хроническую форму. Во II группе полное выздоровление достигнуто - у 20 (74%), клиническое выздоровление - у 7 (26%). Летальных исходов в группах не было.

Осложнений и аллергических реакций при проведении системной озонотерапии не отмечалось.

Заключение. Таким образом, применение системной озонотерапии в комплексном лечении неосложненных абсцессов легких имеет преимущества по сравнению с традиционным лечением. Уменьшение сроков госпитализации и улучшение результатов лечения при применении системной озонотерапии, а также отсутствие осложнений и аллергических реакций говорит о перспективности применения данного метода.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕССОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

Н.А.Нафталиева, Е.Ю.Левкова

ГУЗ ОКБ им. Н.Н. Бурденко
Пенза

Прессотерапия – это активный лимфодренажный массаж сжатым воздухом, давление которого дозируется компьютером. Первый аппарат для проведения прессотерапии создал голландский учёный Ван Дер Молен. По его замыслу последовательная ритмическая стимуляции мышц, путем сдавливания, должна была восстанавливать ток лимфы и венозной крови. Результаты опытов имели успех, и аппарат Ван Дер Молена стал использоваться для лечения людей, страдающих венозными отеками, целлюлитом и лишним весом.

Современная прессотерапия (прерывистая пневматическая компрессия, лимфопрессура, лимфодренажный массаж) – это эффективный аппаратный метод лечения, применение которого мощно стимулирует лимфовенозный отток. В результате уменьшается образование лимфы, улучшается ее отток, увеличивается скорость венозного кровотока, сокращается диаметр вен, повышается фибринолитическая активность крови. Это приводит к регрессу отеков, улучшению микроциркуляции и трофики тканей. Повышается мышечный тонус, улучшается эластичность кожи. Ускоряется заживление венозных язв, снижается частота тромбоза глубоких вен. Во время проведения сеансов происходит стимуляция нервной системы, расщепление жиров в тканях. В результате курсового лечения наблюдается заметный антицеллюлитный эффект.

Показания: лечение целлюлита, реабилитация после липоксации; хроническая венозная недостаточность; - профилактика варикозного расширения вен; патология лимфатической системы различного происхождения (врожденная, инфекционная, травматическая, аллергическая, посттромботическая); остаточные явления инсультов в виде гемипарезов; деформирующие артрозы осложненные синовитами.

В нашем отделении процедуру проводят на аппарате Pulstar.

Принцип работы прибора состоит в последовательной автоматически контролируемой подаче сжатого воздуха в двухстенную герметичную манжету, разделенную на секции. Работа прибора имитирует мышечные сокращения. Волнообразные движения, создаваемые давлением воздуха, способствуют улучшению лимфо- и кровотока путем массажа от периферии к проксимальным точкам. За счет регулирования величины давления и скорости заполнения камер обеспечивается индивидуальный режим прессотерапии в зависимости от показаний. Во время процедуры пациент располагается на кушетке. Для ног используются специальные длинные сапоги, эластичные манжеты подключаются к прибору воздуховодами, оказывая механическое воздействие на кожу и мышцы тела, глубокие венозные и лимфатические сосуды выпрямленных конечностей чередованиями повышенного и пониженного давления воздуха.

В нашем отделении в период с ноября 2010 по март 2011 г. пролечено 40 пациентов с парезами нижних конечностей. Курс лечения составлял 10 ежедневных сеансов по 30 минут. У всех пациентов отмечалась выраженная положительная динамика. Клинически отмечалось увеличение мышечной силы в пораженных конечностях, увеличение объема движений. Для количественной оценки тяжести исходного состояния и динамики на фоне терапии применялась шкала Medical Research Council Paralysis (MRC scale). В начале лечения на ап-

парате Pulstar средний балл составил 2,7±0,8, при завершении курса 3,6±0,6 балла ($p<0,05$).

Заключение: метод пульстерапии показан пациентам с постинсультными парезами нижних конечностей; увеличивает мышечную силу и объемный кровоток в конечностях, уменьшает спастические явления и мышечные контрактуры, сопутствующие гемипарезу.

КУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АГРЕССИВНОГО ПАРОДОНТИТА

Т.Т.Нацвлишвили, А.В.Цимбалистов, Г.Б.Шторина

ГОУ ДПО СПб МАПО Роздрава
Санкт-Петербург

Ряд эпидемиологических исследований показывает взаимосвязь между курением, распространенностью и тяжестью пародонтита.

Целью нашего исследования является определение влияния курения на тяжесть заболевания больных с генерализованным агрессивным пародонтитом.

Материалы и методы: Нами обследовано 30 больных с диагнозом генерализованный агрессивный пародонтит в возрасте от 20 до 38 лет. Проведено анкетирование пациентов, клиническое обследование стоматологического статуса и рентгенологическое исследование.

Результаты: Из 30 обследованных с генерализованным агрессивным пародонтитом было 10 мужчин и 20 женщин. По результатам анкетирования 46% опрошенных отметили, что данным заболеванием страдают более 10 лет. На вопрос «курите ли вы?» 57% больных ответили, что не курили никогда, 26% опрошенных - бывшие курильщики и только 16% на момент опроса были курильщиками. По результатом клинико-рентгенологического обследования легкая степень заболевания пародонта диагностирована только в 1 случае, средняя – в 16,6% наблюдений, а тяжелая – в 80% случаев. Как видно из диаграммы в 46,6% случаев (14 некурящих больных) страдают тяжелой степенью пародонтита и все курящие больные (16% наблюдений), также имеют тяжелый пародонтит (рис. 1.).

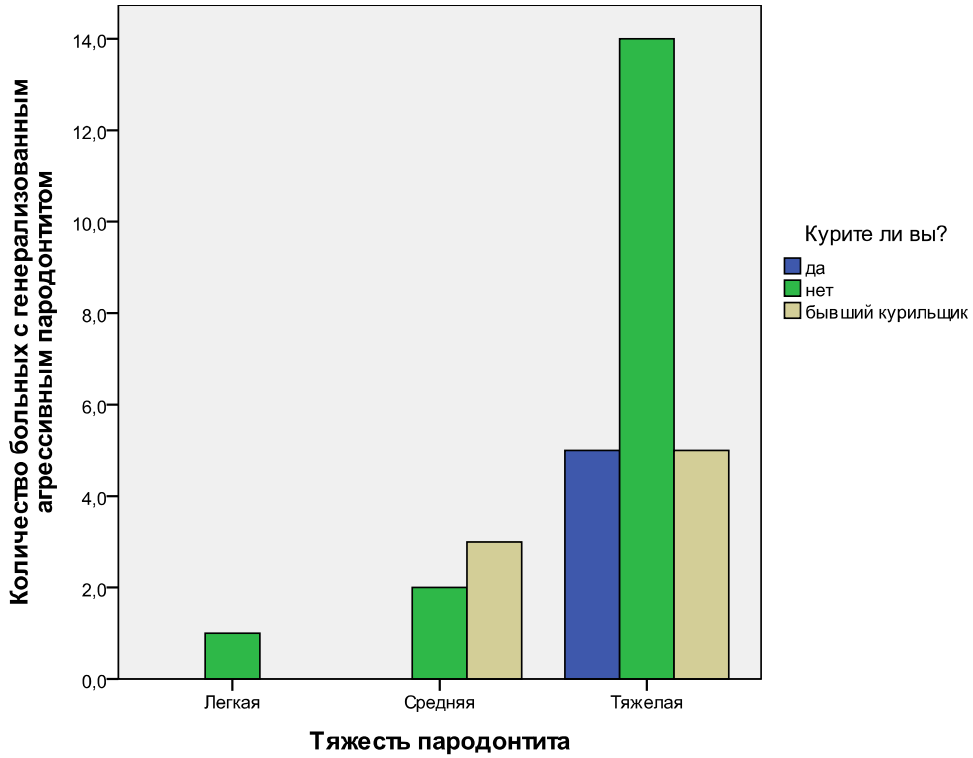


Рис. 1. Зависимость фактора курения и тяжести генерализованного агрессивного пародонтита.

Выводы: По данным нашего исследования генерализованной формой агрессивного пародонтита чаще болеют женщины, и данное заболевание начинает проявляться в ювенильном возрасте, до 20 лет. Несмотря на то что многочисленные исследования доказали влияние курения на тяжесть воспалительных заболеваний пародонта, в нашем исследовании большинство некурящих больных все таки имели тяжелую форму генерализованного агрессивного пародонтита. Курение не является столь значимым фактором риска при агрессивном пародонтите как при его генерализованной хронической форме.

ДОЗИРОВАННОЕ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ

М.А.Никифоров, Л.С.Гриднева, С.Л.Тузов, А.В.Котовский, Н.С.Карташева, Л.А.Мусатова

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

Аппарат дозированного скелетно-мышечного вытяжения вибрационного теплового массажа «ORMED-PROFESSIJNAL» предназначен для локального механического воздействия на связочно-мышечный аппарат и костно-суставные элементы позвоночника. Эффективность изучали в комплексе с тра-

диционной мануальной и кранио-сакральной терапией. Дополнительно применяли механический роликовый вибромассаж.

За период с 2010 по 2011 гг. курс лечения прошли 173 ребенка в возрасте от 7 до 18 лет. Было проведено 865 сеансов. Каждый ребенок получил 3–5 сеансов в зависимости от степени тяжести патологического процесса. Длительность каждого сеанса 15 – 20 минут.

В терапевтическую группу вошли дети со следующими нозологическими формами:

1. Нарушение осанки, сколиоз I и II степени – 64 ребенка;
2. С дисфункцией желчевыводящих путей – 33 пациента;
3. Пациенты с синдромом вегетативной дисфункции – 23;
4. С детским церебральным параличом (спастическая форма) – 12 человек;
5. Группа пациентов с заболеваниями глаз, мочевой системы и ЧПЗ – 41.

Полученные результаты:

У 90% детей с нарушением осанки, сколиозом I и II степени клиническое улучшение отмечали после 2–3 сеансов. У 85,5% выявляли уменьшение асимметрии надплечий, лопаток, сглаженности треугольников талии. Повышение подвижности позвоночника наблюдали у 90% детей, а уплощение «мышечного валика» - у 50%. У 60 % детей со сколиозом I степени полностью исчезала пальпаторная болезненность, а у 40% значительно уменьшалась. Определяли значительное усиление силовой выносливости мышц спины, уменьшение эмоциональной возбудимости и утомляемости. Дети четко выделяли улучшение общего самочувствия.

У 50% пациентов с дисфункцией желчевыводящих путей исчезал болевой синдром и субъективное чувство «дискомфорта» в правом подреберье.

После сеансов дозированного скелетно-мышечного вытяжения у 90% больных отмечали уменьшение цефалгии, дорсалгии. Стабилизировалось артериальное давление, исчезал симптом эмоциональной лабильности, улучшалось настроение и аппетит. У девочек – подростков отмечали нормализацию менструальной функции.

Родители и дети с ДЦП отмечали улучшение походки, что является следствием уменьшения спастических проявлений.

В результате анализа полученных данных мы пришли к выводу, что включение аппаратного дозированного скелетно-мышечного вытяжения и вибрационного теплового массажа наряду с мануальной и кранио-сакральной терапией в комплексную программу лечения и реабилитации детей не только с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, но и другой патологии (ДЖВП, ВСД, ЧПЗ, ДЦП) несомненно позволяет добиться высоких результатов. Использование аппарата «ORMED-PROFESSIJNAL» высокоэффективным методом в лечении различно патологии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ СЕРИИ «АСЕПТА» В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

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

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Заболевания пародонта – одна из наиболее сложных и распространенных патологий полости рта (до 98% населения по данным ВОЗ, 2000г.). В настоящее время ведущими этиологическими факторами пародонтита признаны микроорганизмы, входящие в структуру зубного налета. При пародонтите происходит отчетливый сдвиг в сторону преобладания анаэробной микрофлоры.

На сегодняшний день «золотым стандартом» анаэробных средств является метронидазол, демонстрирующий в частности, высокую эффективность при воспалительных заболеваниях пародонта, в особенности в сочетании с хлоргексидином – антисептиком широкого спектра действия (Булкина Н.В., Островская Л.Ю., 2006г).

Наличие побочных эффектов при системной антибиотикотерапии, невозможности достижения высокой концентрации препаратов в пародонтальных карманах, формирование полирезистентных штаммов микроорганизмов к широко используемым антибиотикам и антисептикам обосновывают обращение к лекарственным формам местного действия.

Новая линия средств «Асепта» предназначена для лечения и профилактики на современном уровне воспалительных заболеваний десен, состоящая из бальзама для десен адгезивного (содержит хлоргексидина биглюконат 0,05%, метронидазол – 1%); ополаскивателя для полости рта (бензидамина гидрохлорид – 0,05%, хлоргексидина биглюконат – 0,05%); лечебно-профилактической зубной пасты (содержит экстракты лечебных трав, фермент папаин).

Цель исследования – изучить эффективность курса комплексной терапии с использованием разных схем применения серии средств «Асепта» при лечении больных генерализованным пародонтитом.

Материалы и методы. В соответствии с целью работы было обследовано и проведено лечение 98 пациентов с генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести в возрасте от 18 до 56 лет без тяжелой сопутствующей соматической патологии. В основной группе (59 больных) использовали в качестве антимикробной и противовоспалительной терапии зубную пасту «Асепта», ополаскиватель для полости рта «Асепта» и бальзам для десен «Асепта» одновременно с комплексным лечением по общепринятой методике.

В группу сравнения вошли 39 человек. Пациенты группы сравнения получали комплексное лечение по традиционной схеме. Комплексная терапия пародонтита включала: санацию полости рта, устранение местных травмирующих факторов, обучение гигиене полости рта, избирательное пришлифовывание зубов, назначение антимикробной и противовоспалительной терапии; по показаниям проводили хирургическое и ортопедическое лечение. Клинические

методы исследования: индекс кровоточивости (по ВОЗ), индекс гигиены по Грину-Вермильону; ПИ (Russel, 1956); индекс РМА (Parma, 1960г). Эффективность лечения определяли по формуле индекса эффективности Улитовского:

$$\text{Эффективность}(\%) = \frac{100 \times [\text{РМА (1)}] - [\text{РМА (2)}]}{\text{РМА (1)}}, \text{ где}$$

РМА (1) – до лечения, РМА(2) после лечения.

Все параметры определяли в первое посещение; через 1 и 2 недели. Оценку эффективности лечения проводили по динамике субъективных и объективных данных (осмотр, определение пародонтальных индексов).

Результаты исследования. В результате проведения комплексного лечения с использованием средств линейки «Асепта» у пациентов было отмечено уменьшение болевых и исчезновение неприятных субъективных ощущений, кровоточивости десен, а также наблюдалась положительная динамика клинических проявлений в полости рта. Существенно снижались показатели пародонтальных индексов ($p < 0,01$). Так в основной группе пациентов индекс РМА снизился почти в 3 раза - с 50,20% до 16,66%, а ПИ с 2,21 до 1,6 балла; кровоточивость исчезла; эффективность лечения составила 67,18%. У пациентов группы сравнения индекс РМА снизился с 51,2% до 20,03% - почти в 2,5 раза, а ПИ индекс с 2,34 до 1,7 балла; наблюдалось выраженное снижение кровоточивости. Индекс эффективности Улитовского составил 59,81%.

В основной группе больных с пародонтитом легкой степени улучшение состояния тканей пародонта отмечалось через 3-5 дней после начала лечения, а в группе сравнения через 1 неделю. У пациентов с пародонтитом средней степени положительные изменения анализируемых показателей определены в основной группе через 6-8 дней, а в группе сравнения спустя 2 недели.

Выводы:

1. Дополнительное включение в схемы местного лечения больных генерализованным пародонтитом средств серии «Асепта» обеспечивает более высокий терапевтический результат по сравнению с группой сравнения; статистически значимо изменились все клинические показатели, характеризующие воспалительные процессы в тканях.
2. Применение в комплексной терапии бальзама для десен , наряду с зубной пастой и ополаскивателем «Асепта», усиливает лечебный эффект у больных и сокращает сроки лечения в 1,5 раза по сравнению с общепринятыми методами лечения.

НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АУТОИММУННОЙ КРАПИВНИЦЫ

Е.А.Орлова, Б.А.Молотилов, В.А.Алешкин, Л.И.Новикова, А.Г.Лютов, Е.А.Больц

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза
ФГУН МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского

Москва

Хроническая крапивница – это досадная проблема современной аллергологии, так как характеризуется высокой частотой идиопатических форм и частой безуспешностью диагностических и лечебных мероприятий. В последние годы этиология и патогенез хронической крапивницы активно изучается отечественными и зарубежными учеными, накоплен определенный опыт в этой области. Нерешенными остаются вопросы диагностики и патогенетически обоснованного лечения аутоиммунной хронической крапивницы. Особые клинические маркеры аутоиммунной крапивницы отсутствуют. Тактика лечения хронической аутоиммунной крапивницы представляет собой наиболее сложную проблему, так как антигистаминные препараты эффективны далеко не у всех больных. Есть немногочисленные зарубежные исследования, подтверждающие эффективность внутривенного человеческого иммуноглобулина у больных с тяжелым течением аутоиммунной крапивницы. Предполагают, что препарат снижает уровень патогенных аутоантител. Нами проведено изучение клинико- патогенетических особенностей аутоиммунной крапивницы и изучена эффективность отечественного внутривенного иммуноглобулина Габриглобин (регистрационный номер заявки на изобретение 2011101058 от 12.01.2011 г.) у этой группы больных. Габриглобин отвечает всем требованиям ВОЗ, предьявляемым к внутривенным иммуноглобулинам и имеет ряд преимуществ по сравнению с зарубежными аналогами.

Обследовано 30 пациентов с хронической крапивницей в возрасте от 18 до 60 лет с давностью заболевания от 6 недель до 5 лет. Для выявления сопутствующей патологии проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование. В качестве групп контроля были отобраны пациенты с поллинозом в состоянии ремиссии (I группа - 10 человек) и вторая группа здоровых пациентов (21человек). Всем пациентам ставилась проба с аутосывороткой для выявления возможной аутоиммунной этиологии заболевания. Проба с аутосывороткой проводилась и оценивалась по методу, предложенному Hide в 1993г.

Из 30 обследованных больных с хронической крапивницей проба с аутосывороткой была положительная у 23 человек (77%). По результатам пробы выделены три группы: к первой группе отнесены пациенты с диаметром пробы от 2 до 4 мм (3человека), ко второй – от 4,5 до 6,5 мм (9 человек), и в третью группу вошли пациенты с диаметром пробы 7мм и более (11 человек).

У пациентов из группы контроля с поллинозом проба с аутосывороткой у всех была отрицательной (100%), у пациентов из второй группы только у одного диаметр пробы с аутосывороткой превышал тест-контроль на 2,5 мм (5%) у остальных проба была отрицательной (95%).

В результате нашего исследования было выявлено, что у 77% больных с хронической крапивницей результаты пробы были положительными, что может указывать на аутоиммунный механизм развития данного заболевания.

В зависимости от диаметра пробы было пролечено 14 человек с аутоиммунной крапивницей препаратом Габриглобин. Габриглобин вводился пациентам в\в капельно 1 раз в сутки в дозе 50 мл в течение 4 дней. Всем пациентам

были введены одинаковые дозы препарата. До начала терапии все пациенты получали базисную терапию антигистаминными препаратами 2 поколения с незначительным клиническим эффектом.

Габриглобин назначен 11 больным с диаметром пробы более 7 мм и 3 больным с диаметром пробы от 4,5 до 6,5 мм. Эффективность препарата оценивалась на основании регресса уртикарных высыпаний. Переносимость Габриглобина оценивалась на основании анализа частоты нежелательных явлений. Исследования показали, в результате проведенного лечения клиническое улучшение у 13(93%) пациентов на 3-4 день лечения. Во время лечения только у одного пациента не было получено ответа на проводимую терапию, а также отмечалось повышение температуры после первого и четвертого введения Габриглобина, других нежелательных явлений зарегистрировано не было. Препарат хорошо переносился, не вызывал аллергических и побочных реакций общего характера. Отмечено также уменьшение размеров пробы с аутосывороткой у 13 пациентов после курса лечения и у одной пациентки полная негативация результата пробы через 6 месяцев после завершения лечения. Положительный эффект был достаточно длительным, так как сохранялся в течение года. Нами была проведена отдаленная оценка результатов лечения путем осмотра и сбора анамнеза через год после лечения. Таким образом, Габриглобин обладает стабильным и предсказуемым клиническим эффектом у больных с аутоиммунной крапивницей, что позволяет рекомендовать его в алгоритм ведения этих больных.

РЕАБИЛИТАЦИЯ РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД

Ж.В.Осокина

НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Пенза», ОАО «РЖД»
Пенза

В структуре смертности от сердечно – сосудистых заболеваний ведущее место занимает гипертоническая болезнь. Работники локомотивных бригад являются группой повышенного риска развития артериальной гипертонии, что обусловлено высокострессовой профессией, которая сочетает ряд вредных экзогенных факторов, кроме того, приводит к изменению пищевого поведения, курению. Недостаточный и часто неполноценный отдых между сменами не позволяет снять психоэмоциональное перенапряжение. В связи с этим актуальной задачей восстановительной медицины является разработка методов профилактики и медицинской реабилитации лиц, связанных с вредными условиями труда.

Обследовано 140 работников локомотивных бригад, страдающих гипертонической болезнью в возрасте от 24 до 54 лет. Средний возраст составил 43,9 лет. Из них 1 стадия гипертонической болезни выявлена у 95 пациентов, 2 стадия – у 45. Обследование включало измерение роста, массы тела, индекса массы тела (ИМТ), артериального давления, лабораторное исследование общего

холестерина, триглицеридов, глюкозы крови. Оценивались следующие факторы риска: избыточная масса тела, курение, дислипидемия, наследственность по ССЗ.

В результате у 105 (75%) пациентов был выявлен избыточный вес (ИМТ > 25), 49 (35%) – курящие, отягощенный семейный анамнез был у 38 пациентов (27% случаев); уровень общего холестерина повышен в 20% случаев (28 пациентов), триглицериды в 12% (17 пациентов), повышенное содержание глюкозы крови установлено у 2 больных (1,4%). Сочетание двух факторов риска встречается у 99 пациентов (71%), трех факторов – в 27% (38 пациентов), четырех факторов риска – у 2 пациентов (1,4%).

Пациенты методом случайной выборки были разделены на 2 группы: основную и контрольную. Данные группы до лечения были сопоставимы по полу, возрасту, факторам риска артериальной гипертензии, объективным признакам и лабораторным показателям.

Пациенты основной (1 группы) прошли курс медицинской реабилитации в течение 2 недель. Программа реабилитации в себя включала: медикаментозную терапию, лечебную физкультуру, аудиовизуальную релаксацию, фитотерапию, аэроионотерапию, магнитолазеротерапию, аппаратный или ручной массаж. Также им проводились лекции в «школе пациентов с артериальной гипертензией» с демонстрацией наглядного материала, с последующей выдачей рекомендаций и дневников самоконтроля. Занятия в «школе пациентов с артериальной гипертензией» повышает приверженность пациентов к лечению. Вторая группа (контрольная) получала только медикаментозную терапию.

После проведенного курса медицинской реабилитации среднее значение систолического АД (САД) снизилось со 137±3,6 до 128±2,7 мм рт. ст., диастолическое АД (ДАД) с 87±2,3 до 79±2,2 мм рт. ст., это позволило уменьшить дозу гипотензивной терапии у 32 человек (45%). В первой группе отмечалось уменьшение массы тела у 5 человек (7%); 2 работника (2,8%) бросили курить. В группе контроля гипотензивный эффект был менее выражен. Динамика САД до и после лечения составила соответственно 139±3,1 и 132±1,1 мм рт. ст., АД диастолическое уменьшилось с 89±1,1 до 82±1,9 мм рт. ст.

Таким образом, учитывая результаты данного исследования, рекомендуется проведение медицинской реабилитации среди работников локомотивных бригад 2 раза в год и привлечение к этому процессу других работников железнодорожного транспорта.

К ВОПРОСУ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Е.В.Пеганова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

В институте большое внимание уделяется контролю качества обучения слушателей. Объективными критериями качества обучения слушателей являются: наличие в институте соответствующей материально-технической базы, применение современных образовательных технологий и высококвалифицированные преподаватели. Кроме объективных критериев качества важен и субъективный критерий - удовлетворённость слушателей обучением. С целью получения обратной связи со слушателями циклов профессиональной переподготовки (ПП) по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» (ОВП) в 2008 году было проведено социологическое исследование (сплошной анкетный опрос).

Была разработана специальная анкета. Она состоит из двух частей: 1) оценка работы кафедры по 5-ти балльной шкале; 2) замечания и предложения (в свободной форме).

Анкетирование проводилось после итоговой государственной аттестации. В анкетировании участвовали слушатели 4-х циклов ПП, всего 93 человека (76% от всех обучившихся врачей общей практики (ВОП).

Средняя оценка удовлетворённости слушателей обучением в институте высокая – 4,8 балла. Однако есть кафедры, оценённые слушателями максимально высоко, – 4,9 балла и минимально – 4,57. В таблице представлен рейтинг кафедр по удовлетворённости слушателей обучением.

Таблица

Рейтинг кафедр

Рейтинг	Кафедра	Средний балл
1	Хирургии и эндоскопии Стоматологии общей практики и стоматологии терапевтической	4,9
2	Организации здравоохранения и общественного здоровья Офтальмологии	4,87
3	Анестезиологии-реаниматологии и СМП Акушерства и гинекологии	4,77
4	Мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф	4,75
5	Педиатрии и неонатологии	4,73
6	Терапии, ОВП, эндокринологии и гастроэнтерологии	4,72
7	Неврологии	4,65
8	Оториноларингологии и сурдологии-оториноларингологии	4,57

63% слушателей не высказали никаких пожеланий и замечаний. Доля слушателей, выразивших критические замечания и пожелания, 71% от числа выразивших своё мнение и 26% от всех участвовавших в анкетировании.

Все предложения и замечания по кафедрам можно разделить на следующие группы: по содержанию учебных программ, по организации учебного процесса.

По содержанию учебных программ при существующей унификации содержания обучения удовлетворить разнообразные профессиональные интересы слушателей на цикле ПП трудно. С целью удовлетворения профессиональных интересов и потребностей каждого слушателя в институте разработано 33 образовательных программы тематического усовершенствования (72 часа) по актуальным вопросам работы ВОП. После завершения цикла ПП врачи общей практики могут углубить свои знания по интересующему их разделу. Практические умения по актуальной теме, методике работы ВОП могут приобрести на цикле стажировки.

По организации учебного процесса слушатели очень высоко оценивают профессиональный уровень, практическую направленность учебно-методических пособий, разработанных на кафедрах, и хотят иметь возможность приобретать в институте эти учебно-методические пособия. Поэтому в институте целесообразно организовать торговую точку, где слушатели могли бы купить необходимые им учебно-методические пособия. Слушатели рекомендуют больше использовать современную мультимедийную аппаратуру.

Часть слушателей не проявили интереса к анкетированию (37% не участвовали, из участвовавших в анкетировании 63% не высказали ни одного пожелания или замечания). Кроме организационной причины (роль куратора цикла в создании мотивации на участие в анкетировании), можно предположить, что слушатели устали (длительное обучение, отрыв от семьи, утомительные переезды к месту обучения). Традиционные формы обучения (лекции, практические занятия непосредственно с преподавателем в аудитории) и современные формы обучения (дистанционное обучение) имеют свои плюсы и минусы. Так преимущество дистанционного обучения с использованием современных компьютерных технологий в том, что сокращаются финансовые затраты на командирование слушателей к месту учёбы и в том, что нет необходимости в длительном отрыве слушателей от работы и от семьи. В институте активно развивается дистанционное обучение.

У слушателей есть потребность в субъект-субъектном взаимодействии «преподаватель-слушатель». Слушатели отмечают доброжелательность и душевность на нескольких кафедрах и недостаток такого отношения на некоторых других. Необходимо обратить внимание на уровень психолого-педагогической культуры профессорско-преподавательского состава.

Результаты анкетирования были доложены на ректорате и на заседании учёного совета института. В ходе обсуждения были спланированы мероприятия по устранению критических замечаний и пожеланий слушателей: укрепление материально-технической базы, пополнение библиотечного фонда, организация

стажировок по актуальным проблемам для ВОП, развитие телекоммуникационных технологий.

Вывод: Профессиональная переподготовка по специальности ОВП эффективна. Поставленные цели обучения достигнуты. Для обеспечения качества обучения необходима обратная связь со слушателями.

ЗНАЧИМОСТЬ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В ОЦЕНКЕ НАРУШЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

И.А.Петрушин, И.П.Татарченко, Н.В.Позднякова, А.Г.Мордовина, В.А.Шевырев

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза
ФГУЗ МСЧ №59 ФМБА России
Заречный

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в течение многих лет остается главной причиной инвалидизации и смертности населения в экономически развитых странах. Именно ИБС вносит наиболее значимый вклад в развитие хронической сердечной недостаточности (ХСН), составляя до 60 - 68% в структуре этиологии заболевания. У 30 - 40% пациентов ХСН клиника сердечной недостаточности обусловлена нарушениями диастолической функции левого желудочка.

В последние годы в отечественной и зарубежной литературе широко осуждается роль эндотелиальной дисфункции как одного из ключевых этапов развития и прогрессирования ИБС. Однако изменения эндотелиальной регуляции сосудистого тонуса у больных ИБС далеко не однозначны.

Цель исследования: изучить функциональное состояние эндотелия плечевой артерии у больных ИБС с различными вариантами диастолической дисфункции левого желудочка.

Материал и методы исследования: 86 больных (26 женщин, 60 мужчин), средний возраст - 57,3+5,6 лет. В исследование включали амбулаторных пациентов, перенесших инфаркт миокарда давностью более 1 года, со стабильным течением ИБС на протяжении предшествующего месяца, с фракцией выброса ЛЖ более 45%, при наличии устойчивого синусового ритма. От каждого пациента было получено письменное информированное согласие на добровольное участие в исследовании в соответствие с протоколом, утвержденным решением локального этического комитета. В зависимости от типа нарушения диастолической функции левого желудочка (ДФ ЛЖ) было выделено три группы больных: I группа (n=36) с аномальной релаксацией ЛЖ, II группа (n=28) с псевдонормальным типом диастолической дисфункции (ДД) ЛЖ, III группа (n=22) с рестриктивным типом ДД ЛЖ.

Комплекс обследования, помимо стандартного клинико-лабораторного обследования, включал эхокардиографию (ЭхоКГ), холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), ультразвуковую допплерографию плечевой артерии (ПА) с оценкой эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) по методу D.S. Celermaer – проба с реактивной гиперемией.

Результаты исследования. Анализ структурно-геометрических показателей левых камер сердца показал, что в III группе в сравнении с I группой имело место нарастание дилатации полостей левого желудочка и левого предсердия, увеличение массы миокарда ЛЖ, снижение сократительной функции (фракция выброса в III группе – более 45%, но менее 50%, в I - более 50%). Установлена корреляционная связь степени тяжести ДД ЛЖ с показателем изменения объема левого предсердия – r= -0,43 (p=0,032), с фракцией выброса ЛЖ – r= -0,48 (p<0,04), с индексом конечного диастолического объема – r=0,51 (p=0,02), с индексом массы миокарда левого желудочка – r=0,45 (p=0,034).

Исходно диаметр ПА в анализируемых группах сопоставим - 4,07±0,18 мм. При оценке эндотелиального механизма регуляции сосудистого тонуса у пациентов III группы во всех случаях было выявлено нарушение вазомоторной функции эндотелия, индуцированной напряжением сдвига. Диаметр ПА после снятия манжеты в среднем по группе увеличился лишь до 3,9±0,95% от исходного значения. При этом у 32% (7) больных отмечено нарушение вазомоторной функции эндотелия виде недостаточного вазодилатирующего эффекта, т.е. менее 10% от исходного, у 41% (9) - в виде отсутствия прироста диаметра ПА и у 27% (6) пациентов в виде патологической вазоконстрикции.

Во II группе диагностированы нарушения вазомоторной функции по типу недостаточного прироста диаметра ПА (ЭЗВД менее 10%) у 39% (11) больных, по типу отсутствия прироста диаметра ПА у 18% (5) пациентов и патологической вазоконстрикции у 11% (3) больных. В данной группы в 32% наблюдений не выявлено нарушений вазомоторной функции сосудистого эндотелия.

На фоне пробы с реактивной гиперемией в I группе (аномальная релаксация) достоверное снижении вазодилатирующего резерва (ЭЗВД менее 10%) выявлено у 39% (14) больных, отсутствия прироста диаметра ПА у 19% (7) пациентов, однако значение ЭЗВД более 10% получено в 42% наблюдений.

Анализ данных ХМ ЭКГ показал, что в III группе (рестриктивный тип ДД ЛЖ) эпизоды ишемии миокарда регистрировались у 95,4% больных, при этом в 68% наблюдениях суточная продолжительность эпизодов ишемии миокарда (СИМ) превышала 60 мин, что достоверно выше аналогичных показателей во II группе(псевдонормальный тип ДД ЛЖ) и в I группе (аномальная релаксация), соответственно: 82% и 69,4%; 32% и 25%, p<0,05. Корреляционный анализ показал отрицательную взаимосвязь между показателем, отражающим нарушение вазомоторной функции (ЭЗВД менее 10%), и количеством эпизодов безболевой ишемии миокарда (ББИМ) - r = -0,49 (p= 0,01), продолжительностью эпизодов ББИМ - r = -0,58 (p= 0,02). Установлена зависимость нарушения ЭЗВД ПА от соотношения амплитуды E' и A' диастолических волн фиброзного кольца митрального клапана E'/A' (r= 0,4615, p=0,042).

Таким образом, при ИБС с увеличением степени нарушения ДФ ЛЖ отмечено ухудшение функционального состояния эндотелия ПА, что может служить указанием на срыв регуляторных механизмов и играет значимую роль в диагностике прогрессирования заболевания.

РИТМ-УРЕЖАЮЩАЯ ТЕРАПИИ ПРИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Н.В.Позднякова, И.А.Петрушин, В.А.Шевырев, И.П.Татарченко

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза
ФГУЗ МСЧ №59 ФМБА России
Заречный

Цель: оценить эффективность терапии небивололом и ивабрадином (кораксан) на основании комплексного анализа клинических и функциональных показателей больных ИБС с диастолической сердечной недостаточностью.

Материал и методы: 60 больных со стабильной стенокардией напряжения, признаками ХСН II-III ФК (с нарушением диастолической функции левого желудочка по типу аномальной релаксации), средний возраст 56,4+4,8 лет. В комплекс обследования включены ЭКГ в 12 отведениях, нагрузочный тест (велоэргометрия), холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), сигнал-усредненная ЭКГ (СУ-ЭКГ) с выделением ППЖ, спектральный и временной анализ ВРС. В 1-й группе (n=34) в дополнении к базовой терапии (ингибиторы АПФ, аспирин, статины, при необходимости нитраты) назначен небиволол (Небилет, средняя дозе 5,0 мг в сутки). Пациенты 2-й группы (n=26) к базовой терапии дополнительно получали ивабрадин (Кораксан, средняя доза - 7,5 мг). По структуре исследование открытое, рандомизированное контролируемое, продолжительность наблюдения – 6 месяцев.

Результаты: качество жизни улучшилось у больных в I и II группах, то сопровождалось достоверным снижением среднего балла по Миннесотскому опроснику (соответственно: 24,5 + 3,5 и 15,5 + 1,5 баллов; 24,5 + 3 и 9,5 + 1,5 баллов, $p<0,05$). К концу периода наблюдения в I группе 82% больных дали положительную субъективную оценку физического состояния. В II группе на фоне терапии кораксаном 92,3% больных отмечали увеличение двигательной активности при достаточно хорошей её переносимости, уменьшение приступов стенокардии. В группе с кораксаном через 6 мес количество применяемого короткодействующего нитроглицерина снизилось с 8,8 + 2,7 таблеток за неделю до 1,2 + 0,5, что значимо ниже с аналогичным показателем в первой группе. Дополнительное назначение небилета позволило снизить ЧСС с 73,1 + 12,3 до 63,1 + 5,6 уд/мин. При курсовой терапии кораксаном отмечено достоверное снижение ЧСС на 17,4+3,5 уд/мин, $p<0,05$.

При исходном ХМ ЭКГ во всех группах суточная продолжительность ишемии (СИМ), общее количество эпизодов болевой (БЭИМ) и безболевой

ишемии миокарда (БИМ) сопоставимы. Повторные исследования показали, что через 6 мес наибольшее уменьшение СИМ - в группе с кораксаном: с 36,2 + 3,3 до 10,3 + 2,1 мин, $p<0,05$. Адекватное уменьшение СИМ выявлено и в группе с небилетом - с 34,1 + 2,3 до 20,2 + 2,2 мин.

Терапия кораксаном позволила увеличить фракцию выброса (ФВ) до 9% от исходного значения, $p<0,05$, при этом улучшение сократительной способности сопровождалось улучшением диастолической функции левого желудочка: увеличение соотношения пика Е к пику А трансмитрального диастолического потока (Е/А) от 0,64+0,17 до 1,09+0,16, уменьшение IVRT от 121+3,8мс до 98,3+2,4мс, при $p<0,05$. В I группе (небилет) в первые 2 недели получена тенденция к снижению ФВ на 2,3% от исходного значения, однако при последующей терапии наблюдали прирост ФВ, к концу 6-месячного курса он составил до 3,8% от исходного значения при отсутствии достоверной динамики показателей, характеризующих диастолическую функцию левого желудочка.

Количественный анализ СУ-ЭКГ во II группе (кораксан) показал уменьшение продолжительности фильтрованного комплекса QRS на 14,2%, продолжительности низкоамплитудных сигналов LAH Fd на 17,3%, $p<0,05$. Частота регистрации поздних потенциалов желудочков (ППЖ) уменьшилась во II группе с 34,6% до 15,4%, в I группе - от 29,4% до 17,6%.

В конце периода наблюдения у больных I группы отмечены изменения показателей ВРС, свидельствующие об ослаблении симпатического влияния на синусовый ритм - увеличение SDNN с 24,9+1,7мс до 46,3+2,3мс, уменьшение LF/HF с 3,67 + 0,34 до 1,73 + 0,24. При терапии кораксаном мы регистрировали не только изменение SDNN (с 25,3+1,6мс до 37,3+2,9мс), но и значимое увеличение rMSSD.

Таким образом, при выборе препарата при долгосрочной терапии больных ИБС, осложненной диастолической сердечной недостаточностью, важным необходимо считать не только антиишемическую эффективность, но и его безопасность, возможность благоприятного влияния на прогноз. Именно с этих позиций интерес представляют данные по динамике показателей, характеризующих электрическую нестабильность сердца: ППЖ, ВРС. Присоединение ивабрадина и небиволола при достоверном снижении ЧСС способствовало уменьшению суточной ишемии и количеству эпизодов ишемии, повышению толерантности к физической нагрузке, улучшению показателей, характеризующих электрическую нестабильность сердца.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ

Н.К.Починина, А.В.Федин

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Среди заболеваний ЛОР-органов в детском возрасте превалируют болезни лимфоэпителиального глоточного кольца. Ведущая роль, безусловно, принадлежит патологии глоточной миндалины. Так, аденоидитами страдают 45-62% (Богомильский М.Р., 2008) обратившихся к оториноларингологу детей дошкольного и младшего школьного возраста.

Персистирующее воспаление глоточной миндалины обычно развивается в возрасте 3- 6 лет, его появление связывают с функциональным иммунодефицитом, характерным для этого возраста в виде доминирования функций Th2-лимфоцитов и дефицита функций Th1.

Воспаление и гипертрофия глоточной миндалины приводят к стойкому нарушению носового дыхания, что способствует развитию таких осложнений как:

- дисфункция слуховой трубы с рецидивами острого отита, развитием хронического отита и кондуктивной тугоухости;
- синдром обструктивного апноэ во сне;
- хроническое воспаление в полости носа и околоносовых пазухах;
- нарушения формирования лицевого скелета;
- формирование в дальнейшем бронхиальной гиперреактивности.

При гипертрофии и воспалении глоточной миндалины возникает непрерывная афферентная импульсация, которая инициирует патологические изменения на разных уровнях нервной системы. Поражение ЦНС у детей с аденоидитами проявляется головными болями, нарушением внимания, плохим сном, ночными страхами, эпилептическими припадками, ночным недержанием мочи.

Лечение рецидивирующего аденоидита представляет собой серьезную проблему из- за резистентности заболевания к традиционным схемам консервативного лечения и частой необходимости проведения неоднократных повторных хирургических вмешательств у ребенка, что ведет к выраженному снижению качества его жизни.

Изложенное выше требует поиска новых, эффективных схем консервативного лечения рецидивирующего аденоидита.

Цель исследования: оценка клинической эффективности предложенной схемы лечения рецидивирующего аденоидита у детей.

Материалы и методы: обследовано 52 ребенка (35 мальчиков, 17 девочек) в возрасте от 3 до 8 лет (средний возраст 4,7 года), лечившихся амбулаторно в период с сентября 2008 г. по декабрь 2010 г. Критериями для назначения терапии являлись: нарушение носового дыхания на фоне воспалительного процесса в носоглоточной миндалине, регистрировавшегося при задней риноскопии и, в отдельных случаях, при эндоскопическом исследовании; два и более эпизода аденоидита в анамнезе. У 7 пациентов назальной обструкции сопутствовало нарушение проходимости слуховых труб.

Всем пациентам проводилась следующая медикаментозная терапия: пидотимод в дозе 400 мг (1 флакон) 2 раза в сутки в течение 15- 20 дней, деринат по 3 капли в каждую половину носа 3 раза в сутки 21 день, лимфомиозот по 10 капель 3 раза в день перорально 30 дней, эуфорбиум композитум по 1 ингаля-

ции в каждый носовой ход 3 раза в день 30 дней, промывание полости носа при помощи устройства «долфин» или ирригационная терапия препаратом аквалор-бэби. Пациенты, получавшие терапию по данной схеме, находились под наблюдением в течение 6 месяцев. На протяжении первого месяца контрольные осмотры проводились 1 раз в неделю, в последующий период - 1 раз в месяц.

Результаты: на фоне проводимой терапии у 35 (67,3%) больных наблюдалось полное купирование воспалительного процесса в носоглотке, восстановление носового дыхания и проходимости слуховых труб в течение первого месяца с последующим отсутствием рецидивирования в период наблюдения, 15 пациентам (28,8%) пациентам проводились дополнительные курсы консервативной терапии через 1 месяц, у 2 (3,8%) больных не отмечалось достаточного клинического улучшения, что потребовало выполнения аденотомии.

Выводы: полученные результаты позволяют сделать вывод об эффективности комбинированной терапии пидотимодом 400 мг 2 раза в сутки, деринатом по 3 капли в каждую половину носа 3 раза в сутки, лимфомиозотом по 10 капель 3 раза в день перорально, эуфорбиумом композитум по 1 ингаляции в каждый носовой ход 3 раза в день с промыванием полости носа или ирригационной терапии препаратом аквалор- бэби для лечения рецидивирующего аденоидита у детей, позволяющей избежать хирургического вмешательства.

ЛЕЧЕБНАЯ РАБОТА КАФЕДРЫ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ И СУРДОЛОГИИ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ НА БАЗЕ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ МУЗ ГКБ СМП ИМЕНИ Г.А. ЗАХАРЬИНА

Н.К.Починина, М.И.Дулатова, А.В.Федин

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

С сентября 2002 года базовым отделением кафедры оториноларингологии является ЛОР-отделение городской клинической больницы скорой помощи им. Г.А.Захарьина.

Лечебно-диагностическая работа выполняется преподавательским составом кафедры в объёме, предусмотренном должностными обязанностями по всем разделам специальности с использованием новейших методов диагностики и лечения.

Преподавательский состав кафедры: Наталья Константиновна Починина - зав. кафедрой, к.м.н., доцент; Роза Павловна Крымская- к.м.н., доцент; Вячеслав Геннадьевич Цыганков - к.м.н., ассистент; Андрей Викторович Федин - ассистент; Сергей Петрович Панюшов - ассистент (ЛОР-онколог).

Ассистенты кафедры курируют ежедневно по 10-12 пациентов ЛОР-отделения. Все преподаватели участвуют в совместных обходах отделения, консилиумах, консультируют больных из различных отделений ГКБ СМП, а также других городских и областных лечебно-профилактических учреждений; выполняют хирургические вмешательства пациентам ЛОР- отделения.

Кафедра оснащена диагностическим оборудованием, позволяющим проводить тональное аудиометрическое исследование, тимпанометрию, отоневрологическое обследование, эндоскопическое исследование ЛОР- органов. Обследование на кафедре могут пройти пациенты ГКБ СМП и других ЛПУ (включая другие регионы) по направлению лечащего врача.

Количество больных ЛОР-отделения ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина, пролеченных сотрудниками кафедры

год	кафедра	отделение	%
2002	57	1309	4.4
2003	97	1456	6.7
2004	121	1663	7.2
2005	132	1760	7.5
2006	148	1630	9.0
2007	193	1678	11.3
2008	210	1697	12.4
2009	251	1789	14.0
2010	275	1791	15.3
всего	1732	16451	10.5

Средний койко-день

год	кафедра	отделение
2002	11.7	9.87
2003	14.3	10.8
2004	10.9	18.3
2005	9.9	12.6
2006	10.1	13.3
2007	10.5	10.3
2008	10.6	10.1
2009	9.45	9.5
2010	11.2	12.3

Хирургические вмешательства, выполненные сотрудниками кафедры

Год	Кафедра	Отделение	Процент
2002	33	1114	2.9
2003	89	995	8.9
2004	131	1020	12.9
2005	83	1177	7.1
2006	108	1144	9.4
2007	125	1110	11.2

2008	197	1231	12.6
2009	243	1349	12.6
2010	298	1478	9.9
Всего	1307	10185	10.2

С 2010 года сотрудниками кафедры выполняются эндоскопические операции в полости носа и околоносовых пазухах. За 2010 год проведено эндоскопических 23 вмешательства, за три месяца 2011 года- 29. За время работы кафедры оториноларингологии и сурдологии-оторино ларингологии на базе ЛОР-отделения ГКБ СМП имени Г.А. Захарьина отмечается неуклонный рост количества больных, пролеченных сотрудниками кафедры, увеличение числа хирургических вмешательств, соблюдаются нормативы пребывания больных в отделении по койко-дням, осваиваются и внедряются новейшие технологии специальности.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ДЕПРЕССИЙ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

А.А.Прибытков

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Депрессивные расстройства послеродового периода являются достаточно распространенной психической патологией. Частота депрессий непсихотического уровня у родильниц составляет 10-15 % [Прибытков А.А., 2006; Leung B.M., 2009; Piacentini D., 2009; Nagy E., 2010]. Актуальность проблемы послеродовых депрессивных расстройств обусловлена их высокой распространенностью, негативными социальными последствиями, отрицательным влиянием депрессии матери на развитие ребенка [Almond P., 2009; Friedman S.H., 2009; O'Hara M.W., 2009; Melrose S., 2010].

Рассматривая вопрос лечения послеродовых депрессий необходимо отметить, что большинство женщин с указанной патологией осуществляют естественное вскармливание новорожденных. Антидепрессанты способны проникать в грудное молоко и оказывать отрицательное влияние на ребенка, что ограничивает возможности фармакотерапии послеродовых депрессий [Dayan J., Yoshida K., 2007; Field T., 2008]. С учетом этого обстоятельства, а также, принимая во внимание, что в большинстве случаев депрессивные расстройства послеродового периода протекают на непсихотическом уровне, целесообразно использование психотерапии для лечения послеродовых депрессий [Klier C. et all., 2001; Dayan J., Yoshida K., 2007; Muzik M. et all., 2009; Freeman M.P., Davis M.F., 2010].

Эффективность психотерапии была исследована в группе, состоявшей из 27 пациенток с психогенными послеродовыми депрессиями непсихотического уровня. Применялись когнитивно-бихевиоральные и суггестивные методики,

по возможности в психотерапевтическую работу включались ближайшие родственники (супруг, родители). Контроль состояния пациенток осуществлялся в ходе 6 визитов: визит 1 – оценка до лечения, визиты 2 и 3 – исследование через 1 и 2 недели соответственно, дальнейшая оценка проводилась каждые 2 недели, последний визит – после 8 недель терапии. С целью стандартизированной оценки уровня депрессии применялась шкала Монтгомери-Асберг (MADRS). Выраженность тревоги изучалась с помощью шкалы Спилбергера (STAI). Для оценки достоверности динамики состояния пациентов в процессе проводимой терапии применялся t-критерий Стьюдента для зависимой выборки. Из 27 больных, включенных в исследование, полностью прошли курс терапии 25 (92,6 %). Причиной выбывания двух пациенток послужил отказ от рекомендованной терапии.

Динамика выраженности тревожных и депрессивных расстройств у родильниц с психогенными послеродовыми депрессиями представлена на диаграммах 1 и 2.

Диаграмма 1

Динамика выраженности депрессии (оценка по шкале MADRS)

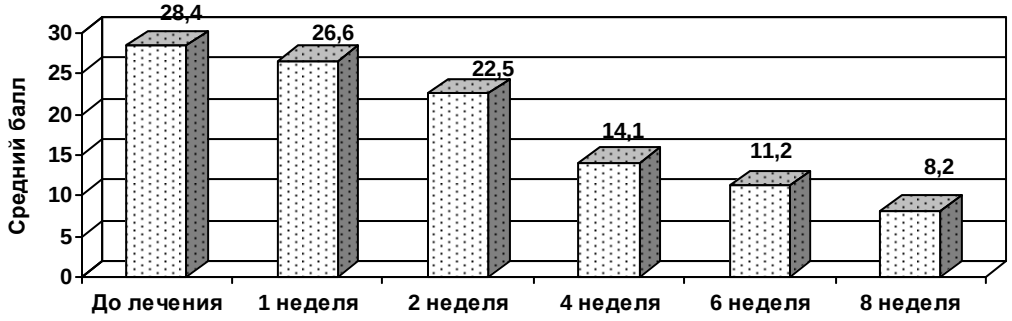
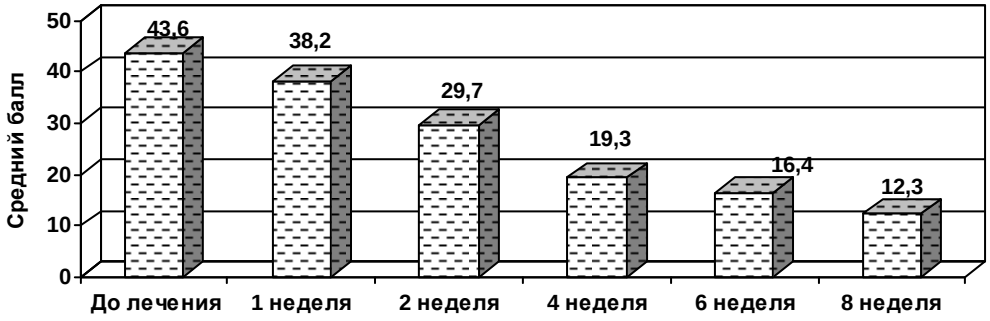


Диаграмма 2

Динамика выраженности тревоги (оценка по шкале STAI)



Согласно полученным данным, достоверное ($p < 0,01$) снижение уровня депрессивных расстройств выявлялось ко 2-й неделе (оценка по шкале Монтгомери-Асберг) с последующей положительной динамикой в течение всего курса лечения. Достоверное обратное развитие симптомов тревоги у родильниц (оценка по шкале Спилбергера) начиналось на 2-й неделе лечения ($p < 0,05$) и становилось все более выраженным в процессе дальнейшей терапии с непрерывным улучшением показателей вплоть до последней (8-й) недели лечения.

К респондерам в данном исследовании были отнесены пациенты с редукцией исходного бала по шкалам Монтгомери-Асберг и Гамильтона на 50 и более процентов. Появление респондеров отмечено на четвертой неделе терапии (13 родильниц, 52 % наблюдений). К концу исследования значимая редукция аффективных нарушений (50 и более процентов по указанным шкалам) зарегистрирована у 19 из 25 родильниц (76 % наблюдений). В 6 наблюдениях к окончанию исследования сохранялись аффективные расстройства. Женщинам, у которых отмечен недостаточный эффект психотерапевтической коррекции, было рекомендовано прекращение грудного вскармливания и терапия антидепрессантами.

Таким образом, психотерапевтические методики (когнитивно-бихевиоральная и суггестивная психотерапия) при лечении психогенных послеродовых депрессий позволяют достичь существенного улучшения состояния родильниц в 76% случаев.

L-ТИРОКСИН В КОРРЕКЦИИ ЗАТЯЖНЫХ КОНЬЮГАЦИОННЫХ ЖЕЛТУХ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Л.Г.Радченко, В.И.Струков, М.Н.Максимова, М.Н.Гербель, О.А.Жеворченкова, О.В.Филиппова, Л.Ю.Боярова, Л.В.Камардина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ГУЗ ПОДКБ им. Н.Ф.Филатова
Пенза
МУЗ Кузнецкая городская детская больница
Кузнецк

Неонатальные затяжные желтухи одна из распространенных патологий новорожденных детей. Согласно данным отечественной [Н.Н.Володин, А.ВДегтярева, Д.Н. Дегтярев,2004], и зарубежной [Робертон Н.К., 1998] литературы желтуха неонатального периода выявляется у 50-60% доношенных и у 70-80% недоношенных новорожденных. Причины неонатальных желтух многообразны. Так М.Гомелла (1997), Г.В.Яцык (2004), Н.П.Шабалов (2006) считают, что затяжная желтуха у новорожденных чаще всего обусловлена: недоношенностью (незрелость печени, поздний старт ферментов); гипогликемией у детей, рожденных от матерей с сахарным диабетом; на фоне грудного вскармливания (прегнановая желтуха).

Немаловажное значение в этиологии затяжных коньюгационных желтух имеет снижение функции щитовидной железы, гормоны которой влияют на активность глюкоронилтрансферазной системы, участвующей в коньюгации билирубина [Э.П. Касаткина, Д.Е. Шилин, 2008].

В настоящее время в печати активно дискутируется вопрос о так называемых затяжных коньюгационных желтухах. В связи с существующими различиями в сроках нормальной длительности желтухи у новорожденных, отсутствием четкого определения, какую желтуху следует считать затяжной, пред-

ставляет особый интерес изучение особенностей течения коньюгационной желтухи у новорожденных с дисфункцией щитовидной железы.

Цель работы: изучить действие L-тироксина в комплексном лечении затяжных коньюгационных желтух на фоне дисфункции щитовидной железы.

На базе ГУЗ ПОДКБ им. Н.Ф.Филатова проведен ретроспективный анализ (2008- 2010гг.) течения затяжных коньюгационных желтух у новорожденных детей с дисфункцией щитовидной железы. Обследовано 113 детей. Возраст детей колебался от 14 дней до 2,5 месяцев. Из них в срок родилось 84 ребенка (74%), преждевременно - 29(26%). Контингент детей и их матерей в наблюдаемых группах был приблизительно одинаков. Возраст женщин колебался: от 18-33 лет. Первородящие составили 67%, повторнородящие - 33%. В более чем в 70% случаев у матерей исследуемых детей отмечался отягощенный акушерский анамнез (гестоз, угроза прерывания, анемия I - II степени тяжести, ОРВИ). 17 матерей (15%) имели поражение щитовидной железы (аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз).

Воздействие вредных факторов во время беременности (курение, употребление слабоалкогольных напитков и др. проф. вредности) выявлено у 28(25%) женщин.

Обследованные дети были выделены в 2 группы:

1 дети с затяжной коньюгационной желтухой без нарушения функции щитовидной железы-51 (45%)ребенок;

2 группа - 62(55%) человека на фоне дисфункции щитовидной железы, последняя разделена на две погруппы 2а - дети, получающие стандартную терапию и 2б - получающие комплексное лечение в сочетании с L-тироксином. Всем детям проводилось клиническое обследование по системам, оценка физического, нервно-психического развития; лабораторное, инструментальное, исследование маркеров функции щитовидной железы (ТТГ, Т4св, Т3).

Затяжной характер желтух отмечался в обеих группах, но более продолжительным был во 2 группе ($p<0,05$), и составил 63 дня, в то время как в 1 группе, соответственно, 35, т.е. видна прямая зависимость продолжительности желтухи от дисфункции щитовидной железы. На фоне комплексной терапии в сочетании с L-тироксином положительная клиническая динамика была более выраженной, чем в подгруппе 2а, получавшей только стандартную терапию.

В заключение можно отметить:

1) коньюгационные желтухи более продолжительны на фоне дисфункции щитовидной железы;

2) терапия коньюгационных желтух в сочетании с L-тироксином имела более выраженный терапевтический эффект по сравнению с группой детей, получавшей стандартную терапию.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ ЛОЗАРТАНОМ И АМЛОДИПИНОМ НА РЕГРЕСС ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АГ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Е.В.Рублева, Р.А.Купаева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МУЗ ГКБСМП имени Г.А. Захарьина
Пенза

Гипертрофия левого желудочка у больных с артериальной гипертензией (АГ) является независимым фактором риска негативного прогноза. В связи с этим, одним из критериев выбора антигипертензивного препарата служит его способность влиять на регрессию гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), снижая риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Многими исследователями было доказано кадиопротективное действие препаратов из группы антагонистов рецепторов ангиотензина (АРА) и антагонистов кальция при длительном приеме, что проявляется в обратном развитии гипертрофии левого желудочка (ЛЖ), предотвращает ухудшение сократительной функции (ЛЖ), благоприятно влияет на состояние диастолического наполнения полости ЛЖ у больных АГ.

Цель исследования: сравнить эффективность влияния монотерапии современными препаратами из группы АРА и антагонистов кальция - лозартаном, амлодипином и их комбинации на регресс ГЛЖ у пациентов с АГ в амбулаторных условиях.

Материал и методы исследования. Было обследовано 157 человек с АГ 1-3 степени в возрасте от 35 до 55 лет (средний возраст составил 46,7±1,2 лет). Группа состояла из 136 женщин и 21 мужчины. Длительность АГ колебалась от 1 до 10 лет и в среднем - 5,8±2,4 года.

Все пациенты были разделены на три группы. Пациенты 1-ой группы (10 мужчин и 42 женщины с АГ 1 и 2 степени, средний возраст составил 46,2±1,2 года) в течение 24 недель получали монотерапию лозартаном по 50 мг в сутки. Пациентам 2-ой группы (4 мужчины и 26 женщин с АГ 1 и 2 степени, средний возраст - 48,4±1,6 года) на протяжении 24 недель назначалась монотерапия амлодипином по 5 мг в сутки. Если на фоне монотерапии у пациентов не удавалось достичь целевых уровней АД, то их переводили на комбинированную терапию лозартаном и амлодипином. Пациенты третьей группы (7 мужчин и 68 женщин с АГ 2 и 3 степени, средний возраст составил 49,2±0,8 года) в течение 24 недель получали комбинированную терапию лозартаном 50 мг/сут и амлодипином 5 мг/сут. Эхокардиографическое исследование проводили амбулаторно до начала лечения и через 24 недели гипотензивной терапии. Исследование проводили на аппарате «Aloka 4000Pluss» в положении пациента на левом боку. Проводили измерения конечного диастолического размера левого желудочка (КДР), толщины задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) и межжелудочковой перегородки (МЖП), индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), а также величину трансмитрального кровотока Ve/Va.

Результаты исследования. По исходным данным показатели, характеризующие структурные и объемные свойства левого желудочка во всех группах были сопоставимы. На фоне антигипертензивной терапии лозартаном и амлодипином толщина ЗСЛЖ и МЖП уменьшились недостоверно и были сопоставимы. КДР более значимо изменился на фоне лечения амлодипином с 50,6±1,3 до 46,7±1,8мм, чем лозартаном с 48,9±1,2мм до 48,7±1,1мм. ИММЛЖ также в большей степени снизился на фоне лечения амлодипином с 131,0±8,3 до 119,9±8,2 г/мм². Произошло увеличение соотношения фаз трансмитрального кровотока при терапии лозартаном Ve/Va с 1,09±0,3 до 1,23±0,1 и амлодипином с 1,04±0,1 до 1,12±0,2, что связано с распределением трансмитрального кровотока в пользу раннего диастолического наполнения левого желудочка на фоне лечения. Представленные данные доказывают кардиопротективное действие препаратов АРА и антагонистов кальция.

В третьей группе на фоне комбинированной терапии лозартаном и амлодипином отмечалось достоверное и более выраженное, чем при монотерапии этими препаратами снижение КДР с 50,6±1,4 до 48,4±1,3 мм, уменьшение значений ЗСЛЖ с 10,9±0,4 до 10,6±0,3мм и МЖП с 10,6±0,4 до 10,3±0,3мм. ИММЛЖ также достоверно уменьшился с 184,5±12 до 154±13,5 г/м², по сравнению с первой и второй группами, получавших монотерапию лозартаном и амлодипином. Кроме того, на фоне 24-недельной комбинированной гипотензивной терапии наблюдалось более выраженное увеличение соотношения фаз трансмитрального кровотока Ve/Va с 1,01±0,2 до 1,15±0,1. Такое явное кардиопротективное действие комбинированной терапии по-видимому связано с тем, что антагонисты Са потенцируют эффект АРА.

Таким образом, кардиопротекторное действие лозартана и амлодипина, более значимое при комбинации этих препаратов, проявлялось в достоверном снижении индекса массы миокарда левого желудочка и улучшении диастолической функции левого желудочка, что свидетельствует о возможном регрессе миокарда при длительном приеме препаратов этих групп.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ЛОЗАРТАНОМ И АМЛОДИПИНОМ НА ПРОЦЕССЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Е.В.Рублева, О.И.Морозова, Е.А.Усанов, И.П.Татарченко

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МУЗ ГКБСМП имени Г.А. Захарьина
Пенза

Известно, что жесткость сосудов считается в настоящее время независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и сердечно-сосудистой смертности. Артериальная гипертензия (АГ) оказывает влияние на структуру и функции артерий различного типа, вызывая их повреждение. В этой связи изучение параметров жесткости сосудов является важным ме-

тодом обследования пациентов с АГ. Многими исследованиями доказана возможность медикаментозного воздействия на состояние артерий у больных с АГ. Однако в литературе недостаточно освещается вопрос о характере влияния комбинированной терапии антагонистами рецепторов ангиотензина (АРА) и препаратами из группы антагонистов кальция на жёсткость артерий у больных с АГ.

Целью исследования была оценка влияния монотерапии лозартаном и амлодипином, а также их комбинации на сосудистую ригидность у пациентов с АГ 1-3 степени в амбулаторных условиях.

Материал и методы исследования. Обследовано 157 человек с АГ в возрасте от 35 до 55 лет (средний возраст составил 46,7±10,2 лет). Из них женщин было 136 и мужчин – 21 человек. Длительность АГ колебалась от 1 года до 10 лет (в среднем 5,8±2,4 лет). Все пациенты были разделены на три группы. Пациенты 1-ой группы (10 мужчин и 42 женщины с АГ 1 и 2 степени) в течение 24 недель получали монотерапию лозартаном в дозе 50 мг/сут. Пациентам 2-ой группы (4 мужчины и 26 женщин с АГ 1 и 2 степени) на протяжении 24 недель назначалась терапия амлодипином в дозе 5 мг/сут. Если на фоне монотерапии у пациентов не удавалось достичь целевых уровней АД их переводили на комбинированную терапию лозартаном 50 мг/сут и амлодипином 5 мг/сут (7 мужчин и 68 женщин с АГ 2 и 3 степени). Всем пациентам для оценки жесткости магистральных сосудов проводили объемную сфигмографию (VaSera VS 1000, Fukuda Denshi, Япония), которой оценивались следующие показатели: скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) в артериях эластического типа (R/L – PWV) и мышечного типа (B-PWV), с учетом полученных значений СРПВ оценивался биологический возраст пациента.

Результаты собственных исследований. В первой группе на фоне 24 недельного лечения лозартаном наблюдалось недостоверное улучшение сосудистой ригидности артерий эластического типа: отмечалось снижение СРПВ: R-PWV с 13,8±0,5 до 12,7±0,3 м/с и L- PWV с 13,1±0,4 до 12,5±0,4 м/с, отмечалось также улучшение сосудистой ригидности артерий мышечного типа: B-PWV уменьшилась с 7,1±0,5 до 6,7±0,4 м/с. Во всех группах больных по критериям сосудистой жесткости до начала лечения биологический возраст пациентов превышал паспортный. После 24-недельного лечения лозартаном выявлено недостоверное снижение биологического возраста наблюдаемых пациентов на 3,0±0,4 года.

Во второй группе пациентов после 24-недельной терапии амлодипином было отмечено более значимое улучшение всех показателей сосудистой ригидности по сравнению с пациентами первой группы, получавшими лозаран. Скорость распространения пульсовой волны заметно уменьшилась по артериям эластического типа: показатель R- L-PWV снизился с 13,9±0,9 м/с до 12,9±0,6 м/с и в меньшей степени по артериям мышечного типа - B-PWV уменьшилась с 7,3±0,8 м/с до 7,0±0,7 м/с. У пациентов отмечалось более значительное, но также недостоверное, как и у пациентов первой группы снижение биологического возраста - в среднем на 4,0±0,5 года.

В третьей группе больных после 24 недельной терапии комбинацией лозартаном и амлодипином было отмечено достоверное улучшение всех показателей жесткости. Наблюдалось снижение СРПВ по артериям эластического типа - показатель R-PWV снизался с 16,1±0,42 до 13,5±0,37 м/с, L-PWV снизился с 15,6±0,39 до 13,4±1,2 м/с. СРПВ по артериям мышечного типа также уменьшился, но в меньшей степени - с 7,9±0,34 до 7,1±0,42 м/с. Снижение биологического возраста по исследованию сосудов отмечалось у пациентов всех групп, однако достоверное снижение на 7,0±0,6 лет явилось результатом воздействия комбинации препаратов амлодипина и лозартана.

Таким образом, показатель скорости распространения пульсовой волны, который является отражением повреждения сосудистой стенки, уменьшается при терапии современными препаратами из группы антагонистов рецепторов ангиотензина и антагонистов кальция, особенно при комбинированной терапии препаратами этих групп, что подтверждает их вазопротективное действие, влияющее на регресс процессов старения сосудистой стенки.

ВЛИЯНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА КАЧЕСТВО И ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ВОЗМОЖНОСТЬ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Г.А.Саксонова, Н.В.Сопина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Создание телемедицинских сетей и внедрение телемедицинских услуг – это реальный шаг в направлении решения чрезвычайно важной социальной задачи - повышения уровня оказания высокоспециализированной медицинской помощи с наименьшими финансовыми затратами и в кратчайшие временные сроки, без учета расстояния между врачом-консультатнтом и пациентом. Внедрение телемедицинских технологий активизировалось с началом действия Федеральной целевой программы «Электронная Россия». На современном этапе, получили распространения передачи данных с использованием технологии накопления. Таким образом, врач-консультант может получить выписку из истории болезни, результаты лабораторных исследований, рентгенограммы и данные других методов визуализации. Внедрение телемедицинских технологий способствует повышению качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, позволяет уменьшить врачебные ошибки. Врач самого высокого профессионального уровня имеет возможность провести консультацию в любом отдаленном районе, при этом затраты будут значительно ниже, чем при срочном личном осмотре больного. При необходимости, специалист принимает решение о срочной переводе больного в ЛПУ с более высоким уровнем оказания медицинской помощи.

Кафедрой «ОЗиОЗ» были поставлены задачи: 1) изучение уровня использования информационных технологий в областных и районных больницах; 2)

определение соответствия целей консультаций принятым решениям; 3) возможность использования результатов проведенного исследования в образовательном процессе на кафедре. Применялся метод анкетирования среди 40 врачей-организаторов. Это главные врачи и их заместители (ОДКБ им. Н.Ф. Филатова, ОКБ им. Н.Н. Бурденко и Никольская, Бессоновкая, Кузнецкая, Шемышейская, Сердобская, Бековска, Тамалинская, Колышлейска, Н. Ломовска, Лопатинска, Земетчино, Каменкая, Лунинская ЦРБ). Телемедицинская сеть Пензенской области обеспечивает работу в 2-х режимах: планового (отсроченного) и экстренного консультирования.

К сети отложенного консультирования подключены 32 автоматизированных рабочих места в 26 центральных районных больниц и 4 областных учреждения здравоохранения. Наибольший % использования телекоммуникационных связей в виде консультаций приходится на более крупные районные центры. Кузнецк (44 — в 2009 г.; 35 — в 2010г.), являющийся одним из крупнейших районных центров. Вместе с тем, в ряде районных больниц (Сердобск, Колышлей, Тамала, Шемышейка и др.) данная связь ещё не развита, не смотря на востребованность.

ОДКБ проводила, в основном, экстренные консультации с РДКБ в Москве по поводу больных детей.

ЛПУ	2009г.		2010г.		Основные цели 09/10	Результат 09/10
	Экстр.	План.	Экстр.	План.		
ОДКБ	16		15		Подбор терапии 10/7	Перевод 6/8
Каменская	7	-	8	-	Подбор терапии 1/2	Перевод 6/6
Кузнецкая	16	28/ 7	18	14/ 2	Подбор терапии 18/16 уточнение диагн. и такт. ведения 4/2	Перевод 22/12
Никольская	8		3		Подбор терапии 6/3	Перевод 2/-
Бессоновская	7	3/ -	8	2/ 1	Подбор терапии 6/- уточнение диагн. и такт. ведения 2/8	Перевод -/1
Всего	54	31	52	16	47/38	36/27

P. S. Строка плановые, состоит из 2-х показателей: всего/ из них для ВОП.

Цель работы ОКБ – консультативная помощь районам, которая составила в 2009г. – 101 случай, в 2010г. – 172 сл. (увеличение объема работы на 41%)

Основные цели: согласование лечения, перевод больного в ОКБ. Наиболее востребованы были консультации кардиолога, пульмонолога, травматолога, уролога, нейрохирурга, торакального хирурга и др.

Выводы:

1. Отмечается рост консультативной помощи силами ОКБ на 41%, что косвенно характеризует необходимость расширения телемедицинских услуг
2. Развитие плановой консультативной помощи с применением телемедицинских услуг может способствовать увеличению количества консультаций для врачей первичного звена (ВОП/СВ).
3. Экстренные консультации преобладают. Таким образом, при тяжелом состоянии больного, с применением телемедицинских технологий, появляется возможность спасти больного или изменить тактику лечения.
4. Показания к переводам снизилась на 25%, потребность в уточнении диагноза и согласовании лечения, практически не изменилась

Заключение

1.Уровень применения телемедицинских технологий в районах зависит, в значительной мере, от оснащенности современной аппаратурой и расширения телемедицинских сетей.

2. Решения, принятые в процессе консультаций соответствуют задачам, ради которых они проводились. Нуждается в расширении плановые консультации врачам первичного звена для улучшения качества и доступности медицинской помощи населению.

3. Проведение практических занятий, с рассмотрением задач, возникающих на рабочем месте, значительно повышает интерес слушателей к теме, способствует качеству образовательного процесса и расширению применения данной методики в общеврачебной на практике.

ВНЕОЧАГОВЫЙ ЧРЕСКОСТНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ СТЕРЖНЕВОГО АППАРАТА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ И ЕЁ ПОСЛЕДСТВИЯХ

А.В.Салаев, В.А.Моисеенко, А.В.Гатин

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Травматизм в России находится на высоком уровне, достигая12% и с каждым годом отмечается тенденция к его увеличению. Поэтому данная проблема обозначается как одна из социально значимых. [Гураль К.Л. и сравт 2006].

Особая сложность при лечении складывается в случаях политравмы, летальность при этом достигает 40% [Гуманенко Е,К., 1993]. В дальнейшем более

чем у 40% пациентов, формируется длительная нетрудоспособность и инвалидность [РевенкоТ.А.и соавт.,1984]. Травматический шок в случаях политравмы развивается у 11-86% пострадавших, что составляет 25-30% всех несчастных случаев. [Котельников Г. П., Миронов С. П., 2008].

При лечении травматического шока одной из первоочередных мероприятий является иммобилизация перелома. Применение гипсовых повязок в этих случаях крайне ограничено. Погружные конструкции требуют длительного времени установки и сопровождаются дополнительной кровопотерей. Исходя из изложенного при моно- и политравме оправдано применение аппаратов внеочаговой чрескостной фиксации. При анализе группы подобных конструкций в остром периоде травмы оптимальным вариантом оказывается использование стержневых или спицестержневых аппаратов. В сравнение с подобными методиками внеочагового чрескостного остеосинтеза, эта методика менее трудоемкая и короче по времени исполнения.

Другой важной проблемой является выбор оптимального метода остеосинтеза при рефрактурах и ложных суставах. При ложных суставах длинных трубчатых костей стандартом или методом выбора считается один из вариантов компрессионно- дистракционного лечения.

При КДО спицевыми аппаратами функция конечности страдает в большей степени. В связи со сложной анатомией и биомеханикой плечевого и бедренного сегментов возникают определенные трудности с проведением спиц на данном сегменте по причине сложной топографии сосудисто-нервного пучка, а также по причине билатерального ее расположения. Этот фактор влияет на подвижность мышц и сухожилий. При КДО спицевыми аппаратами мы заведомо формируем миофансциодезы, которые являются основной причиной в развитии трансфиксационных контрактур. Однако при ложных суставах и рефрактурах длинных костей в той или иной степени уже имеются ограничения подвижности в суставах, так как им предшествовал либо остеосинтез либо иммобилизация.

Последнее время популярен интрамедуллярный остеосинтез длинных трубчатых костей штифтами с блокированием. Данная методика является малотравматичной и позволяет в ближайшее время после остеосинтеза приступить к ранним активным движениям в суставах. Однако при ложных суставах и рефрактурах длинных трубчатых костей нередко приходится открывать место перелома, и в большинстве случаев приходится рассверливать костно-мозговой канал. При этом повреждается эндост, который на 67% кровоснабжает кортикальный слой. Восстановление кровоснабжения происходит в течение 12 недель [Анкин Л.Н. 2005]. Дополнительно при доступе выключается кровоснабжение кортикального слоя и со стороны надкостницы. При таком остеосинтезе процесс консолидации очень длительный. С целью рациональной малотравматичной стабилизации переломов длинных трубчатых костей нами разработан и применен в клинике оригинальный стержневой аппарат. Особенностями конструкции являются жесткая стабильная многоплоскостная фиксация, компактность унилатеральной конструкции и возможность репозиции как во время

операции так и в послеоперационном периоде. Методика малотравматичена, технически относительно не сложна и не требует длительной предоперационной подготовки.

С 2007 г. по 2010г. по данной методике нами оперировано 36 пациентов в возрасте от 16 до 77лет. Средний возраст пациентов составил 46 лет. Из них 5 пациентов с переломами бедренной кости и 1пациент - с ложным суставом бедренной кости. С переломами костей предплечья наблюдались3 пациента; один пациент с переломом костей голени и 21 пациент с переломом плечевой кости и 5 пациентов с ложным суставом плечевой кости.

Для сокращения времени установки винта Шанца в кость нами разработано устройство для формирования канала в кости и установки в него винта Шанца (патент РФ на изобретение №2353322).

Ближайшие результаты оценивали после демонтажа аппарата. Во всех случаях получены положительные результаты: достигнут положительный эффект стабилизации и репозиции. Наступило сращение перелома костей, в сроки приемлемые для соответствующих сегментов: бедренная кость 4-8 мес.; плечевая кость 3-6 мес.; большеберцовая кость 5мес.; кости предплечья 2-4 мес. Характерно значительное уменьшение количества случаев постиммобилизационных контрактур в сравнение с другими вариантами остеосинтеза. Пациенты, которые ранее лечились другими методиками чрескостного остеосинтеза (9 пациентов) отмечали улучшение качества жизни на период стабилизации аппаратом. Отдаленные результаты оценивали в сроки от 1 до 3-х лет (изучены у 25 пациентов из 36 прооперированных). На основании клиникорентгенологической картины, отдаленные результаты улучшались относительно ближайших во всех случаях.

Методика внедрена нами в лечебную практику отделений травматологии 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 19 больных и у 17 больных с последствиями травмы длинных трубчатых костей. Во всех случаях получены положительные результаты: достигнута репозиция и надежная стабилизации. Наступило сращение перелома костей, в сроки приемлемые для соответствующих сегментов. Характерно значительное уменьшение количества случаев постиммобилизационных контрактур в сравнение с подобными методиками чрнескостного внеочагового остеосинтеза, либо другими вариантами остеосинтеза.

Приведенная методика фиксации отломков длинных трубчатых костей с помощью стержневого аппарата оригинальной конструкции относительно несложна для реализации, поэтому может быть использована в отделениях травматологии различных уровней ЛПУ. Наличие репозиционно-фиксирующих узлов позволяет дозированно репонировать отломки как во время операции так и в послеоперационном периоде, двухплоскостная фиксация позволяет добиться хорошей стабилизации отломков.

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 лечебно-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.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

А.С. Сахарова

Медицинский центр ЭСКУЛАП
Пенза

Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) — заболевание миокарда, характеризующееся развитием дилатации полостей сердца, с возникновением систолической дисфункции, но без увеличения толщины стенок. Этиология ДКМП разнообразна, ее частота достигает 1:2500, это третья по частоте причина сердечной недостаточности. Критерием заболевания считается снижение фракции выброса левого желудочка ниже 45 % и размер полости левого желудочка в диастолу более 6 см. Характерно развитие прогрессирующей сердечной недостаточности, проводимости и нарушений сердечного ритма, часто рефрактерных к лечению. Характерным примером сложности лечебной тактики может служить следующее клиническое наблюдение.

Пациентка Д. 34 лет, обратилась с жалобами на одышку в покое, приступы удушья в горизонтальном положении. Выраженные отеки на голенях и стопах, увеличивающиеся к вечеру. Постоянное учащенное сердцебиение, общую слабость. Из анамнеза известно, что учащенное сердцебиение беспокоит в течение многих лет, ранее не обследовалась. Трое родов. Во время третьей беременности с 36 недели появилась и стала нарастать одышка в покое, усиливающаяся при минимальной физической нагрузке, отеки на нижних конечностях, общая слабость, приступы нехватки воздуха в горизонтальном положении. Перед родами отмечала хрипы во время выдоха. Роды без особенности, через естественные родовые пути. После выписки самочувствие прогрессивно ухудшалось.

При обращении в поликлинику общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные. Дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах. Границы сердца расширены влево. Сердечные тоны глухие, ритм правильный, систолический шум над всей областью сердца с эпицентром на верхушке, проводящийся в аксиллярную область. Артериальное давление (АД) 80 и 60 мм рт ст, частота сердечных сокращений (ЧСС) 170 уд/мин. Печень у края реберной дуги, выраженные отеки на голенях, стопах. На ЭКГ регистрируется предсердная эктопическая тахикардия с частотой 170 ударов в минуту. Признаки

увеличения левого желудочка. По данным ЭХО кардиографии 24.03.2011 г конечный диастолический размер по Тейхольцу (КДРт) 61 мм, конечный систолический размер по Тейхольцу (КСР) 53 мм, конечный диастолический объем по Тейхольцу (КДОт) 187 мл, конечный систолический объем по Тейхольцу (КСОт) 135 мл, фракция выброса (ФВ) 28%, ударный объем (УО) 52 мл. Снижение систолической функции левого желудочка, тотальное нарушение сократимости миокарда обоих желудочков, обоих предсердий. В брюшной полости, обеих плевральных полостях, перикарде свободная жидкость. Митральная регургитация III-IV степени, трикуспидальная регургитация III-IV степени. Систолическое давление в легочной артерии 47 мм рт ст. Легочная гипертензия I степени. Больная была госпитализирована в кардиологическое отделение в экстренном порядке.

В стационаре проводилась медикаментозная терапия мочегонными, В-адреноблокаторами, сердечными гликозидами, антиаритмическая фармакотерапия, лечебная чреспищеводная электоростимуляция сердца по поводу эктопической пароксизмальной предсердной тахикардии. На фоне лечения отмечался положительный нестойкий эффект – уменьшилась одышка, периферические отеки, приступы удушья в горизонтальном положении не рецидивировали, однако сохранялась эктопическая предсердная тахикардия с ЧСС 160 уд/мин, общая выраженная слабость, низкая переносимость физических нагрузок.

Для возможного оперативного лечения пациентка была переведена в Федеральный Центр Сердечно-Сосудистой Хирургии (ФЦССХ). По данным ЭХО кардиографии 03.03.2011 г КДРт 59 мм КСРт 52 мм КДОт 177 мл КСОт 131 мл ФВт 26 %, КДО по Симпсону 175 мл КСО по Симпсону 141 мл ФВ по Симпсону 19%. Снижение систолической функции левого желудочка. Нарушение локальной сократимости: акинез верхушки с переходом на межжелудочковую перегородку, переднюю, нижнюю стенки на всем протяжении, частично на средние отделы боковой стенки, акинез правого желудочка в апикальных, средних отделах, гипокинез правого желудочка (ПЖ) в базальных отделах. Дилатация левого предсердия. Митральный клапан (Мк): дилатация фиброзного кольца (41 мм), регургитация III степени. Легочная гипертензия 2 степени. Трикуспидальный клапан (Тк): фиброзное кольцо (ФК) 33 мм, регургитация II—III степени.

Проведена коронарография: тип кровоснабжения правый. Ствол левой коронарной артерии (ЛКА) проходим. Передняя нисходящая артерия (ПНА) проходима. Огибающая артерия (ОА) проходима. Вентрикулография левого желудочка: снижение сократимости, гипокинез передней, боковой области базального, верхушечного сегмента. Ветви легочной артерии (ЛА) представляются проходимыми.

Больной проведена операция внутрисердечное электрофизиологическое исследование и радиочастотная аблация (ВС ЭФИ и РЧА) эктопического очага в правом предсердии. После оперативного лечения по данным ХМ ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с минимальной ЧСС 40 уд/мин, средне-суточная ЧСС 98 уд/мин, максимальная ЧСС 122 уд/мин, пауз нет, ЖЭС 114 НЖЭ 30. Выписана на 9 день.

На амбулаторном этапе в течение 1 месяца больная получала моноприл, конкор, гипотиазид. Клинически отмечалось уменьшение одышки, общей слабости, улучшение переносимости физических нагрузок. По данным ЭХО кардиографии через 1 месяц отмечена положительная динамика КДРт 57 мм, КСРт 36 мм КДОс 169 мл КСОс 102 мл ФВтс 36 % ФВс 39,4%. Уменьшились зоны нарушения локальной сократимости: акинез межжелудочковой перегородки (МЖП), передней, стенки на всем протяжении, остальные стенки ближе к нормокинезу; гипокинез ПЖ в средних, базальных отделах. Дилатация левого предсердия. Митральный клапан (Мк): регургитация III степени. Легочная гипертензия 1 степени. Трикуспидальный клапан (Тк): регургитация II—III степени. По данным холтеровского мониторирования электрокардиографии (ХМ ЭКГ) зарегистрирована наджелудочковая эктопическая активность представленная эктопической предсердной тахикардией длительностью 1 час 18 мин с максимальной ЧСС 148 уд/мин. Средне-суточная ЧСС 122 уд/мин.

ВЫВОДЫ: Заболевание у данной пациентки характеризуется поздней диагностикой, в его развернутой стадии, с медленно-прогрессирующим течением. На фоне антиаритмической фармакотерапии у пациентки эффект был частичным и характеризовался лишь незначительным и нестойким уменьшением клинической симптоматики заболевания: уменьшение одышки, периферических отеков, приступов удушья в горизонтальном положении. После проведенного оперативного лечения, наступило уменьшение ЧСС со 170 до 120 уд/мин, уменьшение одышки, сократились зоны акинезии, гипокинезии, уменьшились размеры левого желудочка, правого желудочка, обоих предсердий, уменьшилась степень регургитации на митральном и трикуспидальном клапанах, снизилось и нормализовалось давление в легочной артерии, однако остается общая слабость, учащенное сердцебиение среднее в течение суток 100 уд/мин.

Таким образом, у данной пациентки выявлена четкая зависимость клинической симптоматики от ЧСС. Подтверждается стойкий положительный эффект после проведенного оперативного лечения.

ОЦЕНКА СУММАРНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

С.А.Секерко, Л.Г.Педай, С.В.Евстигнеев, Г.А.Лохина, Е.В.Кривобок, А.Н.Мокиевская, М.В.Коротких

МСЧ УВД по Пензенской области
Пенза

Болезни системы кровообращения занимают лидирующее положение в структуре заболеваемости, смертности населения экономически развитых стран и являются серьезной угрозой для общественного здоровья.

В последние годы, несмотря на повышенные требования к состоянию здоровья в ходе профессионального отбора, учитываемые при приеме на служ-

бу, у сотрудников органов внутренних дел (ОВД) имеется тенденция роста сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В ведомственном здравоохранении крайне мало сведений о прогностической роли факторов риска (ФР) в формировании эпидемиологической ситуации ССЗ у сотрудников правоохранительных органов.

Цель исследования: установить популяционные закономерности сердечно-сосудистого риска у сотрудников органов внутренних дел Пензенской области.

Материал и методы: В исследование были включены 425 мужчин, средний возраст которых составил 43,9±0,9 года. Оценка суммарного риска развития ССЗ основана на учете возраста, статуса курения, уровней артериального давления, глюкозы и общего холестерина, индекса массы тела сотрудников ОВД при анализе историй болезни. Учитывались принимаемые лекарственные препараты и соматические заболевания.

Результаты: Артериальная гипертония (АГ) зарегистрирована у 87% респондентов (в 40% - АГ 1-й степени, в 50% - АГ 2-й степени, 10% - АГ – 3-й степени). Каждый второй обследуемый является курильщиком. У 49% обследованных лиц выявлена гиперхолестеринемия (ГХС). В большинстве случаев ФР встречались в сочетании. Так, у 63% обследованных сотрудников зарегистрировано сочетание 2-х или более ФР. Наиболее часто выявляли сочетание АГ и курение – у 48%, сочетание курения и ГХС - у 17,6%, тогда как сочетание АГ и ГХС - в 15%, сочетание АГ, курения, ожирения - у 46%, а АГ, курения, гликемии - у 25%. Наличие АГ, курения и ГХС выявлено у 15% сотрудников. Расчет суммарного риска развития ССЗ позволил выявить, что у 70% (n=298) сотрудников имеется низкий и умеренный риск, тогда как у 16% (n=68) - высокий и у 14% (n=59) - очень высокий риск развития ССЗ. Тактика подбора терапии при различных уровнях суммарного риска обусловливает необходимость дифференцированного подхода. У лиц с низким риском приоритетным является изменение образа жизни, при этом почти 40% лиц нуждаются в регулярном врачебном контроле. Лицам с высоким риском необходимо проведение многокомпонентной терапии с применением средне-терапевтических доз препаратов. Следует отметить, что только 20% этой группы регулярно принимали гипотензивные препараты. Пациентам с очень высоким риском, даже при небольшом отклонении ФР показана интенсивная терапия с обязательным достижением целевых уровней артериального давления (АД). У обследуемых этой группы только 46% лиц регулярно принимали гипотензивные препараты, а целевые уровни АД были достигнуты у 57% респондентов.

Таким образом изучение ФР в формировании сердечно-сосудистой патологии у сотрудников правоохранительных органов позволяет оценить потребности конкретной популяции в первичной и вторичной профилактике, что является неотъемлемой составной частью концепции развития ведомственного здравоохранения.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, СМЕРТНОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2008–2010 гг.

В.П.Сергеева, И.Ю.Коротин, Н.Н.Ашанина, А.В.Жукова, Л.С.Шугурова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ГУЗ «Пензенский областной медицинский информационно-аналитический центр», ФГУ Главного бюро медико-социальной экспертизы по Пензенской области
Пенза

Бронхиальная астма (БА) относится к наиболее распространенным заболеваниям и является серьезной медицинской проблемой здравоохранения. В современном обществе БА рассматривается не только как медицинская, но и социально значимая проблема. Диагностика и лечение больных БА оказывает существенное влияние на экономику страны. БА является болезнью, которая дорого стоит как государству, так и человеку, страдающему ею.

За последние 15 лет произошли существенные изменения в диагностике и качестве оказания помощи больным БА. За этот период ВОЗ предпринял целый ряд инициатив в разработке глобальной стратегии диагностики, лечения и профилактики - Global National Initiativ for Asthma (GINA). Последнее 10-летие характеризуется широким внедрением основных положений GINA в практическое здравоохранение РФ, в том числе и Пензенского региона. За этот период проведена большая образовательная работа, внедрен целый пакет национальных документов (клинические рекомендации, стандарты и протоколы и др.), значительно улучшилось обеспечение пациентов современными комбинированными лекарственными препаратами. произошел резкий скачок в диагностике данного заболевания, что привело к более высоким цифрам заболеваемости.

Таблица 1.

Показатели общей заболеваемости БА по материалам Пензенской области

	Население		Заболеваемость					
	всего	в том числе взрослые	Всего			в том числе взрослые		
			человек	на 100000 населения	РФ	человек	на 100000 населения	РФ
2001						***4947***	***413,3***	
2008	1388021	1156172	7965	573,8	914,4	6439	556,9	822,2
2009	1379839	1154010	8057	583,9	931,0	6591	571,1	844,8
2010	1373236	1150763	8408	612,3	…	6971	605,8	…

Заболеваемость БА в Пензенской области значительно ниже соответствующих показателей по России (табл.1.), что характеризует недостаточный уровень ранней диагностики этой патологии в нашем регионе. Однако при анализе данных заболеваемости по годам наблюдается рост заболеваемости за последние 3 года: в 2009 г. вновь выявлено 152 больных БА, а в 2010 г. - 380. Ко-

личество больных БА в Пензенской области за последние 10 лет (2001 – 2010 гг.) увеличилось в 1,5 раза, что отражает не только увеличение распространенности БА, но и улучшение диагностики этой патологии.

Таблица 2.

Показатели смертности больных БА по материалам Пензенской области

Нозологическая форма	2008		2009		2010	
	область	РФ	область	РФ	область	РФ
Бронхиальная астма	0,939 (13 чел.)	2,120	1,017 (14 чел.)	1,892	0,720 (10 чел.)	1,554

Показатель смертности от БА взрослого населения снизился по сравнению с 2008 г. на 23% и за весь анализируемый период остается ниже средних показателей по РФ (табл.2). Положительные изменения в динамике показателей достигнуты, в первую очередь, за счет улучшения качества лечения, применения адекватной базисной терапии, профилактики обострений и правильному ведению больных в период обострения, как наиболее высокого риска летального исхода у больного БА.

Анализ инвалидности при БА проводился по материалам пульмонологического бюро МСЭ по Пензенской области: актам освидетельствования больных, статистическим талонам, журналам учета, годовым отчетам за период 2008-2010 гг.

В целом по Пензенской области уровень первичной инвалидности по БА имеет незначительную тенденцию к снижению (табл.3), наблюдается преобладание женщин пенсионного возраста, у мужчин преобладают лица трудоспособного возраста (табл.4).

Таблица 3.

Количество впервые признанных инвалидов (ВПИ) вследствие БАпо материалам Пензенской области

Год	Число ВПИ	Интенсивный показатель инвалидности на 10 тыс. взрослого населения	Темп прироста или убыли, %	Показатель наглядности
2008	46	0,40	-	100%
2009	37	0,32	-19,6	80,4%
2010	33	0,29	-10,8	89,2%

Таблица 4.

Структура первичной инвалидности вследствие БА по возрасту с учетом пола

Год	Всего	БА		женщины		мужчины	
		все	в том числе	все	в том числе	все	в том числе

			трудо-способ-ный	пенсион ный возраст		трудо-способ-ный	пенси-онный возраст		трудо-способ-ный	пенси-онный возраст
2008	202	46 22,8%	15 32,6%	31 67,4%	**29** 63,0%	5 17,2%	**24** 82,4%	17 37,0%	10 58,8%	4 41,2%
2009	143	37 25,9%	19 51,4%	18 48,6%	26 70,2%	11 42,3%	15 57,4%	11 29,8%	8 72,7%	3 27,3%
2010	130	33 25,4%	14 42,4%	19 57,6%	22 66,7%	7 31,8%	15 68,2%	11 33,3%	7 63,6%	4 36,4%

Анализ распределения ВПИ по группам показал абсолютное преобладание удельного веса инвалидов III группы (табл.5).

Таблица 5.

Распределение ВПИ вследствие БА по группам инвалидности

Группа инвалидности	2008		2009		2010	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I II III	- 2 44	 4,3 95,7	- - 37	 100	- - 33	 100
всего	46	100	37	100	33	100

Изучение социально-гигиенических особенностей первичной инвалидности вследствие БА в Пензенской области показало, что на данной административной территории отмечается тенденция к снижению числа данной категории инвалидов с 2008 по 2010 гг., преобладание женщин пенсионного возраста, преобладание инвалидов III группы.

Значительного улучшения требует работа учреждений медико-социальной экспертизы по реабилитации инвалидов, которая рассматривается руководством страны как основной механизм их социальной защиты и интеграции в общество. Существующая сеть реабилитационных учреждений для проведения комплексных реабилитационных мероприятий инвалидам вследствие БА в Пензенском регионе отстает от реальной потребности медико-социальной реабилитации. Перспективным решением проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов на современном этапе представляется создание центров медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, где имеются подразделения экспертно-реабилитационной диагностики и комплексной реабилитации инвалидов.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ: ВЗГЛЯД ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

М.Ю.Сергеева-Кондраченко

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Остеопороз – заболевание скелета, для которого характерны снижение прочности кости и повышение риска переломов. Остеопороз в России, как и во всем мире, представляет одну из важнейших проблем здравоохранения, поскольку частота его в последние десятилетия постоянно увеличивается. При денситометрическом обследовании лиц в возрасте 50 лет и старше в соответствии с критериями ВОЗ остеопороз в России выявляется у каждой третьей женщины и каждого пятого мужчины. Это означает, что остеопорозом в России больны более 14 млн. человек. Еще большую долю составляют люди с остеопенией – больше 40%.

Социальная значимость остеопороза определяется его последствиями – переломами позвонков и костей периферического скелета, обусловливающими значительный подъем заболеваемости, инвалидности и смертности среди лиц пожилого возраста и, соответственно, большие материальные затраты в области здравоохранения.

Цель: оценить знания врачей общей практики по проблеме остеопороза и выявить наиболее часто применяемые группы препаратов, влияющие на основные показатели костного ремоделирования.

Методы: за период 2008-2011 гг. проведено анкетирование врачей, проходивших обучение на циклах последипломного усовершенствования на кафедре терапии, ОВП, эндокринологии и гастроэнтерологии ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава. В опросе участвовало 195 врачей. Средний стаж по общей врачебной практики составил - 7,0±1,5 лет.

Результаты: при обработке полученных данных было выявлено, что основными препаратами, используемыми врачами общей практики являются:

- кальций и/или витамин Д – применяют 72,5%;
- бисфосфонаты – 42,2%;
- стронция ранелат – 45,0%;
- кальцитонин лосося – 57,5%;
- заместительная гормональная терапия эстрогенсодержащими препаратами – 12,7%;
- заместительная гормональная терапия андрогенсодержащими препаратами – 2,5%.

Однако, при опросе врачей на знание групп препаратов, направленных на нормализацию процессов ремоделирования костной ткани, было выявлено, что 75% врачей общей практики информированы только о 4 группах препаратов, применяемых для лечения остеопороза. Выявлено, что об отдельных представителях каждой группы врачи общей практики имеют достаточно скромную информацию.

Данная неблагоприятная ситуация по лечению больных остеопорозом наблюдается, по мнению самих врачей, по следующим причинам:

- нет четких рекомендаций относительно того, кто из специалистов должен заниматься ведением пациентов;
- низкая доступность диагностических методов;
- отсутствие знаний и собственного опыта;
- финансовые проблемы у пациентов;
- отсутствие знаний у самих пациентов.

Выводы: выявлена недостаточная информированность врачей по вопросам остеопороза, что свидетельствует о необходимости включать в план циклов последипломного усовершенствования врачей занятия, посвященные проблеме остеопороза (основным методам диагностики и лечения данной патологии).

ОСТЕОПОРОЗ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА: ВЛИЯНИЕ КОМПЕНСАЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ОСТЕОПОРОЗА

М.Ю.Сергеева-Кондраченко, И.А.Ивашкина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Диабетическая остеопения представляет важную проблему диабетологии. Своевременно диагностировать диабетическую остеопению позволяют специальные неинвазивные методы исследования костной ткани, к которым относится денситометрическое измерение минеральной плотности костной ткани (МПКТ).

Цель работы: оценить минеральную плотность костной ткани и показатели фосфорно-кальциевого гомеостаза у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа в зависимости от длительности заболевания и компенсации углеводного обмена.

С целью изучения состояния костной системы 235 больным СД 2 типа (средний возраст – 47,9±4,8 лет, 95 мужчин и 140 женщин, больные не имели в анамнезе заболеваний и состояний, приводящих к нарушению МПКТ) проводилось исследование на компьютерном денситометре ДТХ – 200 методом рентгеновской количественной абсорбциометрии в периферических отделах лучевой и локтевой костей. Контрольной группой послужили 90 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 2 типа по сравнению с группой здоровых лиц выявлено не было.

При проведении денситометрии проводилось: определение площади проекции исследуемого участка (Area, см2), содержания костного минерала (BMC, МСК, грамм), вычислялась проекционная минеральная плотность костей (BMД, МПК, г/см2). МПК оценивалась с использованием Т- и Z-критериев. О степени остеопении или остеопороза судили по критериям ВОЗ.

Компьютерная обработка полученных данных проводилась с использованием статистического пакета STATGRAPHICS 3.1 и стандартного пакета прикладных программ Microsoft Excel 7.0 с использованием методов вариационной статистики. Различия показателей считались статистически значимыми при критерии достоверности $p<0,05$.

Для оценки влияния компенсации углеводного обмена на изменения МПКТ у больных СД 2 типа, все больные были разделены по уровню компенсации на субкомпенсированных и декомпенсированных в зависимости от продолжительности заболевания. Больных, находящихся в состоянии компенсации углеводного обмена, среди обследуемых пациентов не было.

В зависимости от длительности заболевания и компенсации углеводного обмена все больные были разделены на 3 группы: 1-я – больные СД 2 типа с продолжительностью заболевания до 5 лет (без осложнений СД) – 80 человек (37 – субкомпенсированных и 43 – декомпенсированных), 2-я группа – продолжительность заболевания от 5 до 10 лет (с проявлениями микроангиопатии и нейропатии) – 75 больных (33 – с субкомпенсацией углеводного обмена и 42 – с декомпенсацией углеводного обмена) и 3-я группа – СД 2 типа с продолжительностью заболевания более 10 лет (с проявлениями микро-, макроангиопатии и нейропатии) – 80 больных (42 больных - субкомпенсированных и 38 больных – декомпенсированных).

У больных СД 2 типа с продолжительностью заболевания до 5 лет, находящихся в состоянии субкомпенсации углеводного обмена, показатели минерального содержания костей, площади проекции исследуемых участков не отличались достоверно от показателей здоровых лиц ($p>0,05$). А вот значения, полученные по Т и Z – score, свидетельствовали об остеопении I степени.

Данные, полученные по показателю Т и Z – score, у больных СД 2 типа с продолжительностью заболевания до 5 лет, находящихся в состоянии декомпенсации углеводного обмена, свидетельствовали о наличии остеопении III степени.

Следовательно, при одинаковой продолжительности сахарного диабета, но разных значениях компенсации углеводного обмена, выявляются различные изменения костной системы: при субкомпенсации - остеопения I степени, а при декомпенсации – остеопения III степени. Таким образом, при СД необходимо прежде всего, строго компенсировать состояние углеводного обмена и назначать лекарственные средства, повышающие минеральную плотность костной ткани.

Изменения по Z – score и T – score у больных СД 2 типа с продолжительностью заболевания от 5 до 10 лет, находящихся в состоянии субкомпенсации углеводного обмена, свидетельствуют об остеопении II степени.

В группе больных СД 2 типа с продолжительностью заболевания от 5 до 10 лет, но находящихся в состоянии декомпенсации углеводного обмена, были выявлены изменения, свидетельствующие об остеопения III степени, что еще раз подчеркивает необходимость назначения больным СД 2 типа, особенно находящимся в состоянии декомпенсации углеводного обмена, лекарственных средств, повышающих МПКТ.

У больных СД 2 типа с продолжительностью заболевания выше 10 лет как при субкомпенсации углеводного обмена, так и при декомпенсации уровни Z – score и T – score свидетельствуют об остеопорозе I степени.

Следовательно, у больных СД 2 типа с целью поддержания нормальных значений МПКТ, необходимо строго следить за компенсацией углеводного обмена и назначать препараты, повышающие МПКТ, практически с момента развития заболевания не зависимо от того в состоянии субкомпенсации или декомпенсации находится больной.

КОРРЕКЦИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА ПРЕПАРАТОМ ПЕРИНДОПРИЛ

М.Ю.Сергеева-Кондраченко, Т.П.Шебуняева

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Цель работы: определить структуру нарушений внутрисердечной гемодинамики у больных сахарным диабетом (СД) 1 типа и оценить влияние препарата Периндоприл (Престариум А) на параметры внутрисердечной гемодинамики.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели у 252 больных СД 1 типа (средний возраст – 34,7±3,6 лет, 112 мужчин и 140 женщин, все больные без артериальной гипертензии и сердечной недостаточности в анамнезе) определяли параметры трансмитрального потока крови из левого предсердия в левый желудочек во время диастолы, время изоволюмического расслабления миокарда. Группу сравнения составили 75 здоровых добровольцев сравнимых по полу и возрасту.

При изучении размеров камер сердца и измерениях показателей трансмитрального кровотока использовался аппарат ультразвуковой диагностики “Sim 5000 D Plus” фирмы “Рос-Биомедика” (Россия-Италия) с допплеровской приставкой. Частота излучения импульсов аннулярного датчика составляла 3,5 МГц.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования выявлено, что у больных СД 1 типа отмечаются выраженные нарушения внутрисердечной гемодинамики, которые обусловлены ухудшением диастолической функции миокарда. Наиболее чувствительными показателями к наруше-

ниям внутрисердечной гемодинамики оказались максимальные скорости раннего и позднего пиков диастолического трансмитрального потока крови, их отношение и время изоволюмического расслабления миокарда.

Всем обследуемым больным был назначен препарат Периндоприл (Престариум А) в дозе 2,5 мг/сут. Больные СД 1 типа имели нормальный уровень АД, а вышеуказанный препарат был назначен для постоянного приема сроком на 1 год, после чего были оценены показатели диастолической функции миокарда.

При сравнении показателей диастолической функции больных СД 1 типа до и после лечения выявлено, что значение времени изоволюмического расслабления миокарда на фоне лечения снизилось до 0,068±0,003 сек., при исходном уровне 0,082±0,003 сек. ($p<0,05$). Кроме этого, отношение максимальных скоростей раннего и позднего трансмитрального потоков крови на фоне лечения повысилось до 1,70±0,03 отн.ед., а до лечения Ve/Va составляло 1,28±0,02 отн.ед. ($p<0,05$). Максимальная скорость раннего пика диастолического трансмитрального кровотока на фоне приема препарата также не отличалась от показателей здоровых лиц - 0,74±0,03 м/с и 0,78±0,02 м/с соответственно ($p1>0,05$), но была достоверно выше, чем у больных СД 1 типа до лечения: 0,64±0,03 м/с (до лечения) и 0,74±0,03 м/с (после лечения) ($p2<0,05$).

Заключение. Таким образом, постоянный прием Престариума А в течение одного года в дозе 2,5 мг/сут приводит к нормализации большинства показателей диастолической функции левого желудочка (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.

О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТРИХИНЕЛЛЕЗОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ИСТОЧНИКАХ ИНВАЗИРОВАНИЯ

Т.В.Середа, М.Е.Батаева, А.П.Тишкина

ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава
Новокузнецк

Территория Сибирского Федерального округа является наиболее неблагополучной по трихинеллезу, на его долю приходиться 49% всей регистрируемой заболеваемости в Российской Федерации. В последние годы наблюдается изменение эпидемиологии трихинеллеза. Среди причин заражения людей постепенно снижается доля свинины, не прошедшей санитарно-ветеринарную экспертизу. Одновременно, особенно в Сибири и на Дальнем Востоке России, более половины зарегистрированных случаев заражения трихинеллезом в последнее время связано с употреблением в пищу мяса диких животных, добытого на охоте. Заболеваемость трихинеллезом носит, в основном, групповой характер с числом пострадавших от 3 человек и более, чаще наблюдаются семейные вспышки. Если в начале первого десятилетия 21 века основным фактором

передачи инвазии служило свиное мясо и изделия из него, то в конце участились случаи трихинеллеза, связанные с употреблением медвежатины.

Так, в 2001-2002 гг. мы наблюдали 2 групповых случаев заболеваний трихинеллезом. В первом случае в семье, состоящей из 3 человек, последовательно с интервалом в 6 дней заболели отец и сын. Заболевание сопровождалось повышением температуры до 38,4-39,80°С, ознобом, недомоганием, головной болью, снижением аппетита, бледностью кожных покровов, которые сохранялись более 10 дней в обоих наблюдениях. У отца имели место мышечные боли во время лихорадки с вовлечением икроножных мышц. Установлен лейкоцитоз 9,9 - 15,3 тыс., эозинофилия 59 - 48% в первом наблюдении и 14,8 - 15,9 тыс. и 31 - 50% - во втором. Диагноз трихинеллеза был подтвержден обнаружением антител класса IgM к трихинеллам в титре 1:3200, в том числе и у матери ребенка, которая заболела одновременно с ним, но за медицинской помощью не обращалась. Источником заражения послужило соленое свиное сало, приобретенное на рынке за неделю до начала заболевания. Во втором наблюдении семейного заболевания трихинеллезом (3 человека) инвазирование произошло при употреблении сырокопченой свинины. Инкубационный период составил соответственно 12, 19 и 20 дней. Заболевание у взрослых членов семьи протекало с субфебрильной температурой и умеренными симптомами интоксикации. Миалгии в области поясницы, живота и шеи установлены в одном наблюдении. У всех членов семьи отмечался отек мягких тканей лица различной степени выраженности от легкой пастозности век до выраженного отека в области носа и подбородка. Эозинофилия до 17-19% регистрировалась в одном наблюдении на 8 и 14 день болезни. Диагноз подтвержден исследованием парных сывороток крови методом ИФА с нарастанием титров антител в разведении от 1:100 до 1:200 во всех наблюдениях. Все пациенты получали вермокс 300 мг в сутки. В течение 7 -12 дней, десенсибилизирующие препараты. В одном наблюдении вермокс назначали повторно, в связи с обострением заболевания, проявившимся кратковременным подъемом температуры и пастозностью лица.

В ноябре-декабре 2008 года на юге Кемеровской области было зарегистрировано 3 случая групповой заболеваемости трихинеллезом и еще одно наблюдение (4 человека) в ноябре 2009 года. Всего заболело 32 человека, из них 13 – городские жители и 19 –проживали в сельской местности. Среди заболевших было 24 взрослых и 8 детей в возрасте до 14 лет. Все больные употребляли в пищу медвежье мясо (вяленое, копченое вареное, жареное), городские жители однократно, а постоянно проживающие в сельской местности систематически в течение 1 -2 месяцев. Диагноз трихинеллеза был подтвержден методом ИФА в парных сыворотках в разведениях от 1:200 до 1:6400, а также обнаружением личинок трихинелл в остатках изъятого их употребления мяса методом компрессорной трихинеллоскопии. Интенсивность инвазии -28 экземпляров в 1 грамме. Установление диагноза трихинеллеза, особенно при групповых заболеваниях, несложно. Однако клиническая диагностика представляет определенные трудности, даже при вспышках у лиц, заболевших первыми. В нашем на-

блюдении ошибочный диагноз первоначально установлен у 13 больных активно обратившихся за медицинской помощью. Так, один пациент с типичными проявлениями трихинеллеза наблюдался в поликлинике по поводу ангины, второй с ОРЗ. Остальные госпитализированы в различные стационары города с гастродуоденитом, псевдотуберкулезом, лихорадкой неустановленной этиологии, отеком Квинке, крапивницей, ОРВИ. В дальнейшем прогрессирование основных клинических проявлений трихинеллеза, значительное увеличение числа эозинофилов способствовали целенаправленному уточнению данных эпидемиологического анамнеза. Инкубационный период продолжительностью от 7 до 14 дней установлен в 10 , от 14 до 21 дня в 13 наблюдениях. Клиническое обследование анализ данных анамнеза заболевания установили наличие мышечных болей в 20 наблюдениях с локализацией преимущественной в икроножных мышцах в сочетании с болями в межреберных, жевательных и мышцах глазных яблок. Характерная для трихинеллеза отечность лица и век регистрировалась у 17 больных. В двух случаях наблюдали распространение отека на шею грудь, в трех - отекали верхние и нижние конечности. В период разгара заболевания и выраженности основных клинических симптомов трихинеллеза у всех больных, находившихся на стационарном лечении, с большим постоянством регистрировалась лихорадка до 38-400С и симптомы интоксикации, бледность кожных покровов. Высыпания, преимущественно розеолезно-папулезного характера, были у 7 человек, с геморрагическим компонентом у двух больных. Боли в крупных суставах отмечали 3 человека, в животе 4. Жидкий стул был в 2-х наблюдениях. Гиперэозинофилия крови - наиболее постоянный симптом трихинеллеза достигала 7-48%. Больные трихинеллезом получали вермокс: 7 дней при легкой форме заболевания и 10-14 дней при среднетяжелой и тяжелой, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные препараты. Контактные лица превентивно пролечены вермоксом в течение 5 дней.

Анализ клинической симптоматики двух групповых заболеваний трихинеллезом при различных источниках инвазирования позволяет сделать вывод, что клинические проявления трихинеллеза у обследованных нами больных представлены тремя основными синдромами: лихорадочным, мышечным, отечным, и сопровождались гиперэозинофилией крови. Тяжесть и течение болезни зависит от интенсивности инвазирования, а эффективность терапии определяется своевременностью диагностики и ранним назначением специфического лечения. Приведенные наблюдения указывает на реальную возможность заражения людей трихинеллезом в нашем регионе при употреблении свиного мяса и изделий из него, так и мяса диких животных, что диктует необходимость жесткого и качественного контроля при его реализации и регулярного информирования населения о мерах профилактики заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТОФЛАВИНА ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

В.В.Серов, Е.Н.Куканова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Учитывая патогенетическую обоснованность назначения препарата «цитофлавин», нами проведен анализ эффективности его применения у 53 пациентов, с признаками сосудистой энцефалопатии, обусловленной артериальной гипертензией, атеросклерозом сосудов головного мозга, перенесенными острыми нарушениями мозгового кровообращения, а также у лиц с признаками сосудистой энцефалопатии, осложненной травматическими и токсическими (употребление алкоголя) факторами.

Эффективность препарата оценивалась в разных возрастных группах, на основании динамических изменений в рефлекторной, сенсорной и интеллектуально-мнестической сферах. Выявлялась категория пациентов, обнаруживающих необходимость проведения повторных курсов назначаемого препарата. Один курс лечения предполагал период в 10 дней, больным назначались внутривенные инфузии препарата по 10 миллилитров.

В исследовании участвовали мужчинам и женщины. Были выделены три возрастные группы: I- гр.- от 40 до 50 лет – 9 чел.; II- гр. – от 50 до 70 лет - 8 чел.; III-группа – 70 до 85 лет – 36 чел.

Пациенты, обнаруживающие признаки сосудистой энцефалопатии, обусловленной атеросклерозом сосудов головного мозга и артериальной гипертензией составили 7 чел., в возрасте от 70 до 80 лет. После I курса назначения препарата у 5 чел. наблюдалась положительная динамика в виде улучшение деятельности рефлекторной, сенсорной и интеллектуально-мнестической сферы. У 2-х чел. положительной динамики не отмечалось. Им был проведен II курс назначения цитофлавина, после чего у одного пациента наблюдалась ожидаемая положительная динамика, у другого пациента положительной динамики не отмечалось.

Пациенты с сосудистой энцефалопатией, осложненной острым нарушением мозгового кровообращения в анамнезе составили 14 человек. Возраст пациентов от 73 до 84 лет. После I курса лечения положительная динамика наблюдалась у 11 чел. У 3-х пациентов имелось незначительное улучшение, лишь в сенсорной и рефлекторной сферах. После II и III курсов лечения у 2-х больных наблюдалась значительная положительная динамика, как в рефлекторной, сенсорной, так и в интеллектуально-мнестической сферах. У одного пациента состояние осталось без динамики.

Пациенты с признаками сосудистой энцефалопатии, осложненной алкоголизацией, составили 22 человека. Возрастные границы в этой категории пациентов оказались достаточно широкие от 40 до 85 лет. Для оценки эффективности применения «цитофлавина» среди данной категории больных были выделены 3 возрастные группы: I – гр. – пациенты от 40 до 50 лет – 9 чел.; II – гр.

– пациенты от 50 до 70 лет – 5 чел.; III гр. – пациенты от 70 до 85 лет – 7 чел. Оценивая эффективность применения «цитофлавина» в I гр. у 7 пациентов после проведения первого курса лечения наблюдалась значительная положительная динамика. У одного пациента улучшение наблюдалось после назначения второго курса препарата. У одного пациента на фоне лечения положительной динамики не наблюдалось. Во II и III гр. при проведении первого курса отмечалось значительное улучшение лишь в сенсорной и рефлекторных сферах, при проведении второго курса значительная положительная динамика наблюдалась и в интеллектуально-мнестической сфере. У двоих пациентов этой группы на фоне назначения первого и второго курсов препарата положительная динамика наблюдалась, но она оценивалась, как умеренная.

Пациенты с сосудистой энцефалопатией, осложненной черепно-мозговыми травмами и алкогольной интоксикацией, составили 9 чел. Из них 3 чел. в возрасте от 50 до 60 лет и 6 чел. в возрасте от 70 до 82 лет. При назначении I курса «цитофлавина» у этой категории больных во всех трех исследуемых сферах (рефлексы, чувствительность, интеллектуально-мнестические показатели) отмечалась умеренная положительная динамика. При назначении II и III курсов положительные проявления динамики клинических показателей оценивались как значительные.

При проведении исследования одна пациентка, 67 лет, выбыла из исследования, так как на фоне назначения препарата у неё развилась абортированная реакция по типу анафилактического шока с явлениями гипотонии и нарушением дыхания.

Выводы: 1) назначение препарата «цитофлавин» при сосудистой энцефалопатии, и факторах, осложняющих это состояние (ЧМТ, алкоголизм) в 92,4% случаев имеет положительный эффект; 2) положительная динамика на первых этапах лечения прослеживается в виде улучшения оценочных показателей в сенсорной и рефлекторной сферах, позже наблюдается клиническое улучшение в интеллектуально-мнестической сфере; 3) более быстрая и равномерная положительная динамика наблюдается у лиц более молодой возрастной группы и среди лиц, у которых генез энцефалопатии ограничивался лишь сосудистыми факторами; 4) если фактор сосудистой энцефалопатии осложняется острым нарушением мозгового кровообращения или токсическим фактором, или сочетанием токсического и травматического факторов, особенно, когда это отмечается в старших возрастных группах, то больные нуждаются в более длительном лечении; им показано назначение повторных курсов препарата. Полученные данные показывают, что после I курса лечения улучшение клинических показателей оценивается лишь, как умеренное. При назначении II и III курсов препарата динамика улучшения клинических показателей оценивается, как значительная; 5) при назначении препарата «цитофлавин» не исключается развитие реакций по типу анафилактического шока.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНГИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ ПРИ ОККЛЮЗИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

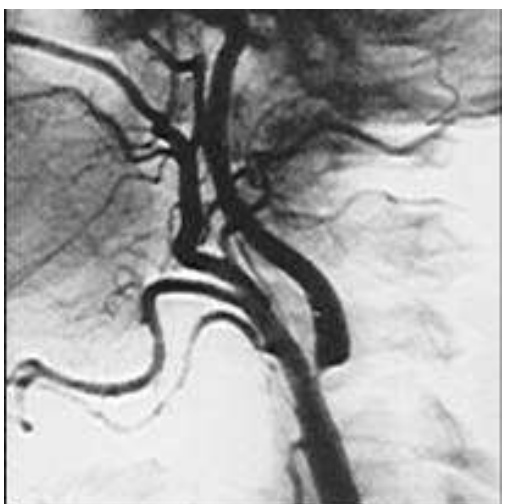
Г.Ю.Сокуренко, Д.В.Кандыба, Г.Н.Горбунов, В.Г.Цой

ГОУ ДПО СПбМАПО Росздрава,
ФГУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии имени Р.Р. Вредена Росмедтехнологий»
Санкт-Петербург

При адекватном состоянии каротидного коллатерального кровотока клинические проявления окклюзирующих поражений брахиоцефальных артерий (БЦА) могут протекать по типу компенсированной сосудисто-мозговой недостаточности. При окклюзии внутренней сонной артерии (ВСА) коллатеральный кровоток возможен как из бассейна гомолатеральной наружной сонной артерии (НСА) при отсутствии атеросклеротического поражения ее устья, так и из противоположного каротидного бассейна при отсутствии атеростеноза противоположной ВСА.

Целью нашего исследования было изучение клинической и гемодинамической эффективности медикаментозного и хирургического лечения больных с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ), обусловленной атеросклерозом БЦА и имеющих хроническую окклюзию проксимального отдела ВСА.

Материал исследования составили 30 больных в возрасте 55-70 лет с ДЭ II стадии, которая развилась вследствие атеросклеротического поражения БЦА и окклюзии ВСА на уровне шеи. Пациенты разделены на две группы: группа I (n = 8) – медикаментозное лечение, группа II (n = 22) – ангиохирургическое лечение, которое заключалось в резекции ВСА с эндартерэктомией и артериальной пластикой НСА (улучшение коллатерального кровотока). Пациентам I-й группы операция на БЦА была показана, но не проведена по различным причинам: отказ больного от хирургического лечения, полиморбидный соматический фон. Данный вид оперативного пособия при окклюзии ВСА применяется крайне редко. В наше исследование вошли 30 больных с хронической окклюзией ВСА, у которых отмечалось значительное снижение противоишемических коллатеральных возможностей головного мозга, отмечалось атеросклеротическое стенозирование (50-70%) устья НСА на стороне окклюзии ВСА и атеросклеротическое стенозирование (до 70%) устья противоположной ВСА (рис. 1 А,Б).



А Б

Рис. 1. Каротидные рентгенконтрастные ангиограммы: А (больной М., 56 лет) - атеросклеротический циркулярный стеноз в устье ВСА; Б (больной Е., 61 год) – атеросклеротический стеноз в устье ВСА и окклюзия НСА.

Все больные были однородны по возрасту, стадии ДЭ, патогенезу развития хронической сосудисто-мозговой недостаточности. Несмотря на наличие окклюзии ВСА, обследованные нами пациенты не переносили в анамнезе острых нарушений мозгового кровообращения, что объяснялось хорошими коллатеральными возможностями. При анализе состояния здоровья пациентов и результатов ультразвукового обследования мозгового кровотока, которые проводились за несколько лет до нашего исследования, было выяснено, что на протяжении 2-3 лет прогрессирующее атеросклеротическое поражение БЦА привело к значительному снижению коллатерального каротидного кровотока. Нередко больные с окклюзией ВСА практически не имеют сосудисто-мозговой симптоматики, но в данной ситуации, у обследованных нами пациентов, на момент начала исследования отмечалось увеличение темпов прогрессирования хронической церебральной ишемии и увеличение риска ишемического инсульта.

При обследовании нами проводилась трехкратная (до лечения, через 3-7 дней после лечения, в отдаленные сроки наблюдения - в среднем через 2,77±1,31 года) комплексная диагностика, включающая: клинико-неврологическое обследование, допплерографию (ДГ), дуплексное сканирование (ДС), ангиографию, нейровизуализацию и лабораторные методики. Для оценки динамики неврологического статуса использовалась модифицированная 5-бальная шкала оценки степени нарушения функций, разработанная Л.Г. Столяровой с соавторами (1982) в НИИ неврологии РАМН для больных с постинсультными гемипарезами. ДГ выполнена на аппарате EME Nicolet Companion, ДС - на ультразвуковой системе ACUSON «Sequoia – 512». Для оценки гемодинамической эффективности лечения нами выделены и систематизированы 5 степеней изменения (значительное улучшение, улучшение, незначительное улучшение, без эффекта, ухудшение) ультразвуковых характеристик кровотока.

В результате оценки клинико-неврологической динамики сразу после лечения у пациентов I / II группы было выявлено: значительное улучшение – у 0 / 1 (4,5%) больных, улучшение – у 1 (12,5%) / 0 больных, незначительное улучшение – у 4 (50%) / 9 (40,9%), без эффекта – у 3 (37,5%) / 8 (36,3%), ухудшение – у 0 / 4 (18,2%). При повторном клиническом обследовании в отдаленные сроки наблюдения отмечались следующие результаты (I / II группа): значительное улучшение – у 0 / 3 (13,6%) больных, улучшение – у 0 / 6 (27,3%), не-

значительное улучшение – у 2 (25%) / 7 (31,8%), без эффекта – у 4 (50%) / 5 (22,7%), ухудшение – у 2 (25%) / 1 (4,5%).

Сразу после лечения показатели ДГ и ДС, систематизированные нами в 5 видов изменений, были следующими (I / II группа): улучшение – у 1 (12,5%) / 6 (27,3%) больных, незначительное улучшение – у 5 (62,5%) / 9 (40,9%), без эффекта – у 2 (25%) / 7 (31,8%). При повторном ультразвуковом обследовании в отдаленные сроки наблюдения отмечались следующие результаты (I / II группа): улучшение – у 1 (12,5%) / 3 (13,6%) больных, незначительное улучшение – у 1 (12,5%) / 13 (59%), без эффекта – у 2 (25%) / 4 (18,2%), ухудшение – у 4 (50%) / 2 (9%).

Хирургическое лечение окклюзии проксимального отдела ВСА с пластикой НСА является более эффективным (при определенных показаниях), чем только медикаментозное, что подтверждено улучшением мозговой гемодинамики и неврологического статуса в процессе динамического наблюдения. Тесное сотрудничество неврологов, сосудистых хирургов и специалистов ультразвуковой диагностики позволяет проводить более успешную профилактику ишемического инсульта при патологии БЦА.

СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Н.В.Сопина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Успешная работа врача любой специальности возможна только в условиях понимания им закономерностей современного развития здравоохранения. По определению ВОЗ, качественная медицинская помощь – это эффективная и своевременная помощь, эффективное использование ресурсов, удовлетворение потребностей пациентов, результативность лечения. Изменению подхода к оказанию качественной медицинской помощи, способствует программа модернизации здравоохранения. Основные её направления: 1)Укрепление материально-технической базы (оснащение, текущий и капитальный ремонт завершение строительства, в соответствие, с требованиями порядков оказания МП) на сумму 250 млрд.р.. 2) Внедрение современных информационных технологий (электронный документооборот, расширение телемедицинских систем, переход на единый полис ОМС, персонифицированный учет оказания медицинских услуг, внедрение единого регистра медицинских работников и др.), на общую сумму – 19,3 млрд.р.. 3) Внедрение стандартов МП и повышение доступности амбулаторной МП, на сумму 116,1 млрд.р.

Медицинская помощь – это формы осуществления медицинской деятельности, направленная в помощь, на пользу и интересы других лиц, не предполагает категории качественного свойства этих действий. Она не может быть плохого или худшего качества. Не устанавливает количественные затраты труда

(продукт медицинской деятельности - времени), не определяется стоимость, трудовые показатели.

В рыночных отношениях любой вид деятельности, в том числе и медицинская помощь, приобретает денежное выражение: цена, стоимость, тариф. Это всегда товар или услуга, реализуемая за определенную сумму средств. И эта сумма средств должна быть потрачена рационально, с максимальной пользой для больного. Для этого медицинская услуга должна представлять минимальный риск для пациента и медицинского работника, должна быть стандартизована (соответствовать эталону), понятна пациенту (информированное согласие), ориентирована на максимально высокий уровень доказательности. Применение понятия доказательной медицины, обязательно при любой медицинской услуге: профилактика, диагностика, лечение, реабилитация и особенно важно при внедрении новых технологий. Шкала убедительности, доказательств имеет следующие обозначения: А – доказательства убедительны, В – есть достаточно оснований, что бы это рекомендовать, С- нет достаточных доказательств, но услуги могут быть рекомендованы с учетом обстоятельств, Д – достаточно доказательств, что бы отказаться от метода, Е- отрицательные доказательства. Для того, что бы достичь максимального качества при минимальных затратах для больного, необходимо внедрять систему управления качеством оказания медицинской помощи.

Управление – деятельность, направляющая и регулирующая отношения в отдельной области, в данном случае, в здравоохранении. Вопрос об управлении качеством возник в середине прошлого века и имел отношение к любой услуге или товару. ВОЗ рекомендует применение методов управления и к оказанию медицинской услуги. В РФ существует Государственная политика в сфере управления КМП. Этапы и модели управления качеством (профессиональная, бюрократическая, индустриальная) вошли в программу подготовки специалистов-экспертов системы ОМС. В нашей стране для практического внедрения в здравоохранение применяется концепция Донабадиани.

1. Структурный подход (структурное качество): включают в себя все ресурсы здравоохранения. Контроль структуры – лицензирование, аккредитация.

2. Процессуальный (процессный) подход предполагает управление технологией оказания МП, её соответствию эталону (стандарту). В основе стандартизации лежат международные стандарты ISO 9000:2005, ориентированные на TQM (всеобщее управление на основе качества), соответствующие обозначениям и наименованиям национального стандарта РФ ГОСТ Р ИСО 9000-2008. Все стандарты направлены на повышение удовлетворенности потребителя. Управление КМП предполагает универсальный подход к лечению и диагностике и неразрывно связано со стандартизацией в здравоохранении. На современном этапе можно говорить о четырёх видах стандартов, действующих на территории РФ: федеральные, утверждены приказами МЗСР РФ, национальные, утверждены приказами Ростехрегулирования, региональные, международные (ВОЗ, ИСО/МЭК).

3. Результативный подход (качество результата) – динамика состояния здоровья населения, демографические показатели.

Основные модели управления КМП (Э. Деминг)

1. Профессиональная модель: критерием качества является индивидуальный профессиональный уровень врача и владение им сложными технологиями, методиками.

2. Бюрократическая модель: основана на стандартизации объемов и результатов МП.

3. Индустриальная модель. Идея всеобщего управления качеством (TQM) предложена в некоторых отраслях в 50 годы. ВОЗ признала эту теорию целесообразной и желательной в здравоохранении. Эта модель включает в себя:

а) процессный подход - постоянный контроль процесса на всех этапах оказания МП.

б) непрерывное повышение качества: социальные условия, создание координационных служб в регионе (муниципалитете), в) оценка КМП, основанная на сопоставлении объемов и эталонов. Оценивается коэффициент медицинской результативности – отношение числа случаев с достигнутым медицинским результатом / к общему числу оцениваемых случаев оказания МП; коэффициент социальной удовлетворенности – отношение числа случаев удовлетворенности потребителя к общему числу оцениваемых случаев оказания МП; коэффициент соотношения затрат – отношение нормативных затрат / к фактически произведенным затратам на оцениваемы случаи МП; интегральный коэффициент эффективности – обобщенный показатель, представляющий собой производное коэффициентов медицинской результативности, социальной удовлетворенности и коэффициента соотношения затрат; коэффициент качества – отношение числа случаев полного соблюдения адекватных технологий к общему числу оцениваемых случаев оказания МП; частные показатели структуры причин неправильного выбора технологий или их несоблюдение.

В заключении необходимо отметить, что индикаторами модернизации здравоохранения, становятся вопросы современного подхода к управлению качеством оказания медицинской помощи. Управление качеством оказания медицинской помощи, в условиях модернизации здравоохранения, позволяет здравоохранению внести свой вклад в такие показатели, как: снижение общей смертности и смертности трудоспособного населения, снижение первичной инвалидности, снижение экстренной госпитализации, эффективное использование ресурсов и др.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Н.В.Сопина, Г.А.Саксонова, В.В.Космачев, Л.А.Койкова

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

Модернизация здравоохранения РФ, разработанная на основании ФЗ от 29.11.2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» выделяет основные мероприятия: управление материально-технической базой медицинских учреждений, внедрение современных информационных систем в здравоохранение, внедрение стандартов оказания медицинской помощи населении.

Информационная поддержка системы здравоохранения предполагает ряд качественных изменений. 28 апреля 2011 года, приказом Минздравсоцразвития РФ №364, утверждена "Концепция создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения». Основные направления Концепции: внедрение медицинских информационных систем, включая ведение листов ожидания и запись на прием к медицинскому работнику, учет и анализ деятельности медицинских учреждений, оформление медицинской документации, персонифицированный учет оказания медицинских услуг, обмен телемедицинскими данными, электронный документооборот, ведение единого регистра медицинских работников, электронного паспорта медицинского учреждения, системы здравоохранения субъекта РФ.

Перечисленные мероприятия, требуют оснащения медицинских организаций компьютерным оборудованием, а так же организацию локальных вычислительных сетей и каналов.

Эффективность внедрения информационных систем зависти от единого подхода к использованию информационных программ. Результатом информатизации должно стать создание регионального сегмента информационных систем. Это, в свою очередь позволит иметь данные об оказанной медицинской услуге, эффективности ресурсного обеспечения здравоохранения, затратах на медикаменты в стационаре и при льготном обеспечении в поликлинике, в том числе лекарственных средств и др.. Однократное введение информации позволит многократно использовать её на всех уровнях, в том числе, при необходимости и на федеральном уровне.

Пензенский регион в течение последнего десятилетия постоянно расширяет применение информационных технологий в медицинской практике и организационных процессах в здравоохранении. Сегодня в медицинских учреждениях существует более 800 различных медицинских информационных систем. Вместе с тем, для нужд бухгалтерий, отделов кадров и экономических подразделений используются самые разные программные пакеты, что затрудняет обмен данными.

Для реализации Концепции в ряде крупных медицинских организаций наработан определенный опыт. Что- то можно использовать, что-то придется менять.

Так, в МУЗ ГКБСМП им. Г.А.Захарьина была внедрена информационная система «Авиценна», где медицинский персонал, а также врачи общей практики овладели навыками ведения электронной документации в полном объеме, что позволяет иметь полную информацию о больном (качество оформления документации, клиническое состояние больного, соответствие медикаментозного лечения утвержденным стандартам, финансовые затраты на больного и др.).

В МУЗ ГКБСМП им. Г.А. Захарьина. В настоящий период работает 64 ВОП (СВ), которые обслуживают 115 326 человек. Функция врачебной должности, составила за 2010 год–4 680 посещений, включая профилактические посещения. Практически более 90% всего населения по тем или иным причинам обращаются к ВОП (СВ), часть из них – неоднократно.

Работа первичного звена организована по принципу общеврачебной практики. Для ВОП (СВ), подобная форма работы значительно облегчает принятие решения о больном, позволяет анализировать состояние здоровья пациентов своего участка, отслеживать эффект от назначенного лечения, исключает дублирование обследования и повторного назначения медикаментозных средств, максимально использовать стандарты лечения и обследования, анализировать эффективность профилактических мероприятий, использовать телемедицинские консультации, позволяет увеличить время для больного и др.

Внедрение информационных технологий в общеврачебную практику начато в 2001 году. В настоящее время все рабочие места общеврачебных практик оснащены компьютерным оборудованием и печатающими устройствами. Такая форма работы позволяет обмениваться медицинской информацией со специалистами и способствует повышению качества оформлению медицинской документации. Применяемые информационные технологии позволяют ВОП(СВ), во время приема больного, вывести на монитор стандарты оказания МП. Четкое применение стандартов способствует КМП. В основном здании поликлиники и семи амбулаториях ВОП (СВ) – имеется выход в Интернет. Частота выхода в Интернет за последние 3 года удвоилась, что позволяет, в первую очередь не допустить ошибок и исключить повторное обращении пациента, дублирование рецептов, и экономить время пациента на получение препарата.

ВОП (СВ) ведут электронный паспорт участка. Кроме того, на врчебных участках созданы регистры:

- Больных сахарным диабетом.
- Больных с сердечно-сосудистой и онкологичекой патологией.
- Больных, нуждающихся в высокотехнологических видах медицинской помощи.
- Прививочная картотека.
- Флюорокартотека.
- Перечень социально-неблагополучных семей.

Перечень инвалидов труда, военных действий, участников ликвидации аварии на ЧАЭС и др., что позволяет ВОП (СВ) наиболее полно и качественно исполнять свое основное предназначение и выполнять должностные обязанности.

Вместе с тем, разработанные информационные системы, как правило, носят узконаправленный характер, ориентированный на обеспечение частных функций и задач. Отсутствие единого подхода при их развитии в процессе эксплуатации привело к возникновению серьезных проблем. В результате существующие информационные системы представляют собой комплекс разрозненных автоматизированных рабочих мест, а не единую информационную среду.

Уровень оснащения системы здравоохранения современными информационно-коммуникационными технологиями крайне неоднороден, и в основном ограничивается использованием нескольких компьютеров в качестве автономных автоматизированных рабочих мест.

Одним из недостатков программы «Авиценна» является отсутствие получения врачом доступа к информации об обращениях пациентов к врачам других ЛПУ, а также к справочной информации.

Учитывая недостатки, различных информационных систем в здравоохранении в настоящее время в Пензенской области дорабатывается информационная система Парус для внедрения во все ЛПУ области.

Модернизация здравоохранения РФ предусматривает увеличение финансовых затрат на процесс информатизации, что расширяет перспективы ЛПУ по таким направлениям, как:

- Централизованное использование информационных систем здравоохранения (региона, РФ), для полноты информации и повышения КМП.
- Разработать и подготовить к внедрению программу по стандартам оказания МП для каждого врача, что позволит усилить самоконтроль оказания МП.
- Внедрить программы по формированию статистических и иных отчетов (информацию вводим однократно, используем её многократно).
- Обеспечить доступ ВОП (СВ) к справочным и информационным системам, что позволит организовать непрерывное образование врача. и др.

Ожидаемый социально-экономический эффект для ВОП (СВ): снижение медицинских ошибок, повышение полноты и достоверности информации о больном, снижение дополнительных, необоснованных затрат на лечение, точность планирования дорогостоящих лекарственных средств, высокотехнологичной МП, внедрение современных медицинских технологий и др.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ В РАБОТЕ ВОП/СВ

Н.В.Сопина, О.В.Чижова, А.Н.Иванова

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Одним из приоритетов в работе врача общей практики (семейного врача) (далее ВОП/СВ), является организация и проведение профилактических мероприятий, которые, в соответствии с существующими нормативным актами должны занимать не менее 30% их рабочего времени. Кафедрой «Организации здравоохранения и общественного здоровья», была поставлена задача: провести выборочный анализ состояния профилактической работы на врачебных участках на основе данных опроса и анкетирования ВОП/СВ; оценить отношение

врачей к профилактическим мероприятиям; использовать результаты исследования для повышения качества образовательного процесса врачей первичного звена. В данном исследовании приняли участие 126 ВОП/СВ. Опрос (анкетирование) соответствовал общепринятым уровням профилактики: укрепление здоровья, первичная и вторичная профилактика. Были предложены следующие вопросы: 1) анализ структуры населения в соответствии с паспортом участка; 2) результаты первичной профилактики, направленной на своевременное выявление факторов риска развития заболеваний и выявление заболеваний на ранней (доклинической) стадии за истекший год; 3) результаты вторичной профилактики - диспансерное наблюдение больных с хроническими заболеваниями. По данным анкет представлена следующая информация:

1. Общая численность населения, обслуживаемая 126 ВОП/СВ, принявшими участие в анкетировании, составила – 233 187 чел. Несмотря на то, что в области все врачебные участки приведены по численности к федеральным нормативам, в связи с нехваткой врачей, за счет совмещения и совместительства средняя численность ВУ (врачебного участка) составляет 1850,7 человек (мин. – 1500, макс. – 2500). Численность городских участков — 1817 человек, сельских – 2034,9. По социальному составу: работающих – 47,6%, пенсионеров - 32 %, инвалидов – 8,9 % (или 892 на 10000 нас.), других – 14%. При этом, лиц, старше 60 лет – 29%. Практически на всех ВУ прослеживается регрессный тип воспроизводства среди обслуживаемого населения, т.е. высок процент пенсионеров, инвалидов.

2. Анализ первичной профилактики за 2010 год.

2.1. ВОП анализируют все виды осмотров населения своего участка (прием на работу, допуск к профессии, осмотр дикретированных групп, выявление социально-значимых заболеваний). Осмотрено, в среднем на ВУ – 10% или 192 человека, практически, около 23,6 тыс. человек со всех анализируемых врачебных участков. Вновь выявленных заболеваний – менее 1000 среди всего обследуемого населения. Онкопатологии не зарегистрировано. Эффективность пока не поддается анализу.

2.2. Использование скринигового исследования на выявление сердечно-сосудистой патологии. Исследованию подлежит все население, старше 40 лет, не страдающее, на момент осмотра, данной патологией. В среднем на ВУ лиц старше 40 лет – 1120 человек, из них прошло обследование, в среднем – 233, что составляет 20% от числа подлежащих осмотру. Среди осмотренных, вновь выявлено сердечно-сосудистой патологии на участке 94 больных или 40% населения, не подозревавших о наличии у них заболеваний. С вновь выявленными больными, проводится весь комплекс необходимых медицинских мероприятий. При этом, средние цифры выявления больных с сердечно-сосудистой патологией по региону составляют около 70%. Не исключается, что анкетирование выявило проблему недостаточного владения информацией ВОП, что в дальнейшем приведет к снижению профилактических мероприятий.

2.3. ФГ (флюорография). Осмотрено, в среднем на участке 1045 человек или 56,5%, (Фед. норматив – 65%) выявлено заболеваний 30,9 или 3%, среди них туберкулез - 0,73 случая или 4% от всех вновь выявленных заболеваний.

2.4. Онкоцитологический скриниг-тест. В среднем на участке женщин - 990,7. Осмотрено - 127, или 12,8 %. Выявлено патологических изменений 10,4 случая или у 8 % осмотренных. Выявлено онкологических заболеваний – 0,32 случая у осмотренных или 0,25% среди всех обследованных женщин. Можно предположить, что при обследовании всех женщин, удалось бы выявить дополнительно по 2 женщины с каждого участка с онкологической патологией на доклинической стадии.

2.5. ПСА – скрининг-тест. В среднем на участке мужчин, старше 40 лет - 494. Осмотрено 41 человек или 8 %. Среди обследованных, выявлено патологических изменений у 2,3 чел или 5,1%,из числа осмотренных. Среди них онкологических заболеваний – 0,02 % , выявленных на доклиническом этапе.

2.6. Маммография. В среднем на участке женщин, старше 40 лет - 701. Осмотрено 84, или 11 %. Выявлено патологических изменений 4,2%, среди них онкологических заболеваний – 0,038 % .

2.7.Дополнительная диспансеризация населения (ДДН). В среднем на ВУ работающего населения - 881 или 47%. Прошли ДДН – на участке - 129 человек или от 5 до 7 %. Определены группы дальнейшего наблюдения и дообследования. Практически здоровые - от 11 до 18%, с факторами риска - от 7 до 21%. Врачи отмечают низкую мотивацию, среди пациентов с факторами риска, для проведения мероприятий на нивелирование данных факторов. При этом, только в единичных случаях используются Центры здоровья. Группа пациентов, нуждающихся в дообследовании, составляет от 42% до 51 %. Эти пациенты испытывают сложности с очередностью в поликлинике, часто не заканчивают обследования полностью. Подтверждения среди них вновь выявленных заболеваний не поддается строгому учету, из-за большого % лиц, не закончивших обследование. В стационар направлено от 5 до 12 %.

3. Вторичная профилактика. Число больных с хронической патологией, находящихся на диспансерном наблюдении, составляет - 299 (по данным МЗСР ПО, в среднем на каждого врача – 212 в городе, и 312 в ЦРБ) или 16 % к общей численности участка.

По профилю Д-наблюдения: АГ - 27,6%, ИБС – 32,5%, ХОБЛ – 4,4%, СД -13,6%.

Выявленные факторы риска: среди больных с АГ: ИМТ-54,3%, курящие – 29,7%, гиперхолестеринемия – 46,8%, злоупотребление алкоголем – 8,5%.; При СД – ИМТ – 78%, курящие 11,6%, гиперхолестеринемия – 56,8%, злоупотребляющих алкоголем – 2,5%.

Количество обострений: АГ – 46%, ИБС – 54%, ХОБЛ – 78%. Декомпенсация СД – 18%

Выводы:

1. Целесообразно усилить работу среднего медицинского персонала, обслуживающего ВУ, для сбора информации результатов профилакти-

ческой работы, отслеживания дальнейшего дообследования лиц с выявленными отклонениями в здоровье, а так же по увеличению численности населения, проходящего скрининговые исследования.

2. При анализе профессиональной компетентности ВОП (фронтальный опрос, сравнение со средними региональными цифрами) не всегда удается выявить четкого представления влияния профилактических мероприятий на дальнейшее состояние здоровья населения участка. Врачом, крайне недостаточно анализируются статистические показатели проф. работы, что снижает качество мониторинга здоровья населения участка.
3. Наиболее эффективными, среди форм первичной профилактики, можно считать скриниговые тесты, в том числе ФГ, маммографию. При этом, объем выполненных обследований на врачебном участке, крайне недостаточен.
4. Нет четких результатов мониторинга здоровья населения по анализу ДДН.
5. Использование всех видов осмотров значительно уступают скриниговым тестам по эффективности первичной профилактики.
6. Вторичная профилактика: наблюдение Д-группы больных, в связи с чрезмерной нагрузкой ВОП/СВ, очередностью на приеме и низкой мотивации больных, не дает ощутимых результатов по снижению обострений.
7. Среди Д-группы больных отмечается значительное количество больных с одним или несколькими факторами риска, что может привести к утяжелению основного заболевания, инвалидизации и смертности.

Заключение:

1. Данные выборочного анализа позволили подчеркнуть ключевые проблемы организации профилактической помощи ВОП/СВ.

2. Оценка профилактических мероприятий и влияние их на дальнейшую судьбу больного, ВОП/СВ проводится недостаточно. Одной из причин следует считать высокую нагрузку у ВОП/СВ. (Так по данным МЗСР Пензенской функция должности врача составила 4 685 на приеме и 936 – на дому. При количестве рабочих дней в 2010 году – 249. В среднем, врач осматривал в день 19 больных в поликлинике, и 4х больных на дому.). Наиболее эффективными следует считать скриниговые тесты, которые способствуют выявлению заболеваний на ранней стадии или в доклиническом периоде, практически у здоровых людей.

3. Результаты исследования, обсуждаемые на практических занятиях, позволяют формировать у ВОП/СВ понимание, ответственное отношение к организации и расширению объемов профилактических мероприятий, что способствует выявлению заболеваний на ранней стадии, контролю за факторами риска. Кроме того, технологии обучения с анализом собственной работы необходимо использовать при проведении ресертификационных циклов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ FICE ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ГЭРБ

В.А.Стародубцев, А.В.Полосин, А.А.Баулин, М.П.Куприянов, В.А.Баулин, Н.С.Лотникова, И.Б.Белоусова, А.И.Перетрухин

ООО КДЦ «МЕДИКЛИНИК», ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МУЗ ГКБ № 4
Пенза

Цель: Изучить возможности применения технологии интеллектуального цветовыделения патологии слизистой (FICE) для выявления осложненных форм ГЭРБ и раннего выявления неосложненных форм с высокой степенью недостаточности кардии (НК) для последующего направления на хирургическую коррекцию.

Материалы и методы: Приборы фирмы FUJINON – цифровой процессор EPX-4400 с функцией FICE. FICE - система интеллектуального цветового выделения патологии слизистой оболочки (СО). Обычное цветное изображение преобразуется в несколько спектральных изображений, каждое из которых соответствует определенной длине волны от фиолетового – 400 нм, проникающего в поверхностные слои СО, до красного – 700 нм, проникающего в глубокие слои СО. Только определенные длины волн могут быть использованы для реконструкции изображения (система RGB); процессор позволяет выбирать спектральные изображения с определенной длиной волны, усиливать различия отраженного спектра и создавать высококонтрастные изображения, делая видимыми мельчайшие изменения структуры СО; в системе имеется 10 заводских настроек длин волн и возможность менять длину волны в интервале 400-650 нм. Фиброгастроскопы – EG-530 FP – трансоральный, EG-530 N – трансназальный.

Результаты: с 01\01\10 по 31\12\10 обследовано 2733 пациента: мужчин 1076, женщин 1657. Трансорально выполнено 1344 исследования, из них с применением технологии FICE 1108; трансназально выполнено 1389 исследования, из них с применением технологии FICE 1256. ГЭРБ, в форме различных степеней рефлюкс-эзофагита (РЭ), выявлена у 1881 пациента, что составило 68,8%. По данным ЦНИИГ (2010 г) частота выявления РЭ составляла 37,8%; по собственным наблюдениям, используя оптоволоконные приборы OLYMPUS – 21,5% (2005-07 гг.). РЭ оценивался в соответствии классификации Савари-Миллера в модификации GNJ Tytgat et an. (1990 г) по степеням и распределился следующим образом – 1 ст. – 1630 пациентов (86,66%), 2 ст. – 178 пациентов (9,46%), 3 ст. – 43 пациента (2,29%), 4 ст. – 22 пациента (1,17%), 5 ст. – 8 пациентов (0439%). Степень НК оценивалась по степеням от первой до четвертой, в зависимости от вида сегмента слизистой пищевода при инверсионном осмотре нижнего пищеводного сфинктера и распределилась следующим образом: общее количество пациентов 1514, из них: НК 1 ст.-648 (42,8%), НК 2 ст. - 259 (17,11%), НК 3 ст. - 223 (14,73%), НК 4 ст. – 384 (25,36%). Обращает на себя внимание, что при проведении трансназальной ЭФГДС (ТН ЭФГДС), в виду отсутствия рвотного рефлекса, отсутствует опасность вклинения дистальной

части эндоскопа при инверсионном осмотре; причем при недостаточности кардии 3-4 ст. возможно свободное введение-выведение изогнутого под углом 180 градусов эндоскопа через НПС. ТН ЭФГДС дает преимущества в осмотре такой деликатной зоны, как кардия; при отсутствии рвотного рефлекса, используя режим «0» - R 500 nm, G 455 nm, B 515 nm нам удалось получить высококонтрастные изображения зоны гастроэзофагеального перехода; используя режим «6» - R 500 nm, G 480 nm, B 420nm удалось получить высококонтрастные изображения артериальных сосудов СО; используя режим «9» - R 550 nm, G500 nm, B 400 nm удалось получить высококонтрастные изображения венозных сосудов СО. Анализируя полученные изображения, удалось более точно диагностировать РЭ различной степени выраженности. Начальные проявления ГЭРБ в виде РЭ 1-2 ст. хорошо поддаются консервативному лечению – у больных исчезают боли и симптомы желудочной диспепсии (изжога, отрыжка, горечь в полости рта и т.д.); но по литературным данным после отмены специфической антирефлюксной терапии рецидив заболевания возникает у 50% пациентов через 6 месяцев, а у 87-90% через 12 месяцев. По нашему мнению такой высокий процент рецидивов связан с наличием у данной группы пациентов НК различной степени выраженности; НК 3-4 ст. является эндоскопическим признаком ГПОД. Выходов из данной ситуации два: 1- постоянная, поддерживающая терапия антирефлюксными препаратами и прокинетиками; 2- хирургическое лечение, направленное на формирование дополнительной запирательной функции у НПС. При этом использование ТН ЭГДС с применением технологии FICE и инверсионного осмотра НПС позволяет выявить НК 3-4 ст. на ранней стадии проявления РЭ (1-2 ст.), когда еще не сформировались осложнения в виде рубцовых стриктур, язв, пищевода Баррета и рака.

Выводы:

1. Применение технологии FICE улучшает диагностику ГЭРБ. 2.
2. ТН ЭФГДС значительно лучше переносится пациентами, что позволяет рекомендовать ее для широкого применения в клинической практике, особенно для диагностики ГЭРБ. 3.
3. Использование инверсионного осмотра и оценка степени НК дает возможность оценить прогностический результат консервативного лечения. 4.
4. Наличие у пациентов НК 3-4 ст. и сопутствующего РЭ предполагает направление пациента на рентгенологическое обследование, а в случае выявления ГПОД, в хирургическую клинику для проведения оперативного лечения, направленного на восстановление запирательной функции НПС, для исключения в последующем развития осложненных форм ГЭРБ.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ФИРМЫ «FUJINON» В КАЧЕСТВЕ УТОЧНЯЮЩИХ МЕТОДИК ГАСТРОИНТЕСТИТАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ

В.А.Стародубцев, А.В.Полосин, Н.П.Березина, И.Б.Белоусова, А.А.Баулин, М.П.Куприянов, В.А.Баулин

ООО КДЦ «МЕДИКЛИНИК», ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Цель: Внедрение в амбулаторную практику уточняющих методик фирмы «FUJINON».

Материалы и методы: Приборы фирмы FUJINON – цифровой процессор EPX-4400 с функцией FICE, фиброгастроскопы EG-530FP и EG-530N.

FICE – система интеллектуального цветовыделения фирмы FUJINON – обычные цветные изображения преобразовываются в несколько спектральных изображений, каждое из которых соответствует определенной длине волны – от фиолетового 400 нм, проникающего в поверхностные слои слизистой оболочки, до красного 700 нм, проникающего практически на всю глубину слизистой оболочки. Только определенные длины волн могут быть использованы для реконструкции изображения (система RGB). FICE располагает десятью наборами волн разной длины, которые готовы к использованию в клинической практике; система позволяет выбирать спектральные изображения с определенной диной волны, усиливать различия отраженного спектра и создавать высококонтрастные изображения различных тканей.

Результаты: с 01\07\09 по 31\12\10 обследовано 2733 пациента – мужчин 1076, женщин 1657. Трансорально выполнено 1344 исследования, из них с применением технологии FICE 1108. Трансназально выполнено 1389 исследований, из них с применением технологии FICE 1256.Выявленная патология распределилась следующим образом: ГЭРБ (в форме различных степеней рефлюкс-эзофагита) – 1881, хронический гастрит – 1538, эрозии желудка – 395, язва желудка – 58, хронический дуоденит – 2044, эрозии ДПК - 107, язва ДПК – 757, язва пилорического канала – 58, папиллит – 61, рак желудка – 37, полип пищевода – 10, полип желудка – 37, подслизистые опухоли – 11, кандидоз пищевода – 27, оперированный желудок – 14, варикоз вен пищевода – 12, дивертикул пищевода – 6, лейкоплакия пищевода - 233. При традиционной, трансоральной эндоскопии, изображение получается большего размера, за счет функциональных особенностей аппарата – угол обзора 140 градусов. Несмотря на меньший размер изображения, угол обзора трансназального гастроскопа 120 градусов, нам удалось достичь очень хороших результатов в осмотре такой деликатной зоны как кардия, т. к. отсутствует рвотный рефлекс. Анализируя изображения, которые получаются при использовании заводских настроек, нам удалось выяснить, что используя режимы «0» - R 500nm, G 445 nm, B 415nm, и «5» - R 500 nm, G 480 nm, B 420 nm удается достичь высококонтрастных изображений патологий слизистой оболочки (СО); используя режим «6» - R500 nm, G480 nm, B420 nm удалось получить высококонтрастное изображение ар-

териальных сосудов СО; используя режим «9» - R550 nm, G500 nm, B400 nm удалось получить высококонтрастное изображение венозных сосудов СО. Анализируя полученные изображения, удалось более точно диагностировать различные патологические состояния СО не видимые в естественном белом свете.

Выводы:

1. Применение технологии FICE улучшает диагностику патологии СО, т.к. при использовании различных длин волн удается рассмотреть мельчайшие изменения эпителия СО верхних отделов ЖКТ.

2. Трансназальная ФГДС значительно лучше переносится пациентами, что позволяет рекомендовать ее для широкого применения в клинической практике.

3. Метод FICE требует дальнейшего применения в практике для наибольшего изучения его возможностей.

ПОКАЗАТЕЛИ ТЕМПА СТАРЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА И ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

В.С.Строева

ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава
Челябинск

Старение – гетерохронный и гетеротопный процесс, который при артериальной гипертонии (АГ) проявляется ускоренным постарением «органов-мишеней» [1]. Календарный возраст, считающийся естественной мерой постарения организма, не объясняет влияния темпов старения на развитие поражения сердца и головного мозга при АГ I стадии. Для этого используют биологический возраст (БВ) характеризующий соответствие индивидуального морфофункционального статуса организма среднестатистической норме данной популяции [2]. Значительное омоложение АГ, ишемической болезни сердца и мозгового инсульта, увеличение смертности от них связано с изменениями сердечно-сосудистой системы, что повысило значение изучения темпа старения, БВ, кардио-пульмонального возраста (КПВ) у лиц трудоспособного возраста.

Цель исследования: выявить степень влияния БВ, КПВ и темпа старения на развитие ранних кардиальных и церебральных осложнений у мужчин трудоспособного возраста с АГ I стадии.

Методы исследования: в амбулаторных условиях обследовано 184 мужчины в возрасте 29 – 59 лет (средний возраст 45,7±0,65). Из 147 больных с АГ I стадии (ВНОК, 2008), без клинических, электрокардиографических и эхокардиографических признаков поражения сердца [3] сформировано 3 группы: «А» – 45 пациентов с отсутствием признаков поражения не только сердца, но и головного мозга, средний возраст 39,3±0,8; «В» – 74 больных с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ) [4], средний возраст 41,5±0,7; «С» – 28 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией I стадии

(ДЭ I) [4], средний возраст 49,6±0,7. Группа контроля «К» – 37 здоровых мужчин (средний возраст 37,8±0,8) с нормальными цифами артериального давления (АД). Всем пациентам определяли БВ и КПВ с использованием пакета прикладных программ по методике «BIOAGE» НИИ Геронтологии АМН СССР, г. Киев (1990). По отклонению КПВ от должного биологического возраста (ДБВ), являющегося популяционным стандартом, определяли функциональные классы (ФК): ФК I (наилучший, старение замедленно) от – 15,0 до – 9,0 лет; ФК II от – 8,9 до – 3,0 лет; ФК III (соответствует популяционному стандарту) от – 2,9 до + 2,9 лет; ФК IV от + 3,0 до + 8,9 лет; ФК V (наихудший, старение ускорено) от + 9,0 до + 15,0 лет. Всем обследованным проведены: суточное мониторирование АД и электрокардиограммы, ритмокардиография, велоэргометрия, эхокардиография, транскраниальная допплерография, ультразвуковая диагностика магистральных артерий головы и шеи. Статистическая обработка результатов осуществлялась в рамках Statistica for Windows, версия 6.

Результаты исследования. При изучении в группах «К», «А», «В», «С» показателей БВ (35,8±0,2; 42,1±0,7; 35,3±0,3; 49,4±0,2 соответственно) и КПВ (43,4±0,3; 46,1±0,6; 45,1±0,3; 58,6±0,4 соотв.) выявлено достоверное увеличение БВ и КПВ в группах «А» и «С», по сравнению с «К» ($p<0,05$; $p<0,01$), в группе «В» достоверно повысился только КПВ ($p<0,05$). Это можно объяснить включением компенсаторного механизма на самых ранних этапах нарушения мозгового кровообращения (МК) при формировании церебральной патологии, что отражается в изменении ауторегуляции уже при I стадии АГ. При НПНКМ механизм ауторегуляции МК функционирует практически нормально, хотя уже отмечается ускореное постарения кардиопульмональной системы КПВ (+ 10,6 лет) и ФК V. При ДЭ I ауторегуляция МК нарушается, и старение более выражено, что подтверждает КПВ (+ 13,9 лет) и ФК V. ФК I-II у 10% в группе «К» и у 9% в группе «А», что говорит о наилучшем, замедленном темпе старения, необходимости в диспансерном наблюдении нет. У 90% лиц из этих групп ФК III и их темп старения не отличается от популяционного стандарта, но они нуждаются в ежегодном диспансерном наблюдении и немедикаментозной реабилитации. У больных групп «В» и «С» ФК V (наихудший), т.е. у них существенно повышен темп старения (прирост к популяционному стандарту + 10,6 и + 13,9 лет ($p<0,05$) и высок риск кардиальных и церебральных осложнений, им показано диспансерное наблюдение и применение всех методов медицинской реабилитации. Корреляционный анализ ФК выявил в группе «А» прямую линейную зависимость с эхокардиографическими признаками изменений аорты ($R=0,9$; $p<0,05$); в группе «В» – с диастолическим и средним динамическим АД ($R=0,45$; $p<0,05$; $R=0,42$; $p<0,05$); а в группе «С» – обратную линейную зависимость с гиподинамией, индексом массы тела ($R= – 0,42$; $p<0,05$; $R= – 0,53$; $p<0,05$) и прямую зависимость с употреблением алкоголя ($R=0,5$; $p<0,05$).

Таким образом, темп биологического старения существенно влияет на развитие ранних кардиальных и церебральных осложнений у мужчин трудоспособного возраста при АГ I стадии, что имеет важное значение для ранней диагностики сочетанной кардио-цереброваскулярной патологии и проведения

профилактических и реабилитационных мероприятий. Наиболее информативными являются кардио-пульмональный возраст и его функциональный класс, коррелирующий с изменениями аорты, показателями диастолического и среднего динамического АД и основными факторами риска при артериальной гипертонии.

Литература

1. Анисимов В.Н. Молекулярные и физиологические механизмы старения/ В.Н. Анисимов. – СПб.: Наука, 2003. – 468 с.
2. Белозерова, Л.М. Алгоритм создания методов определения биологического возраста человека / Л.М. Белозерова// Эстетическая медицина. – 2006. – т. V, №2. – С. 199-204.
3. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов «Диагностика и лечение артериальной гипертензии». – Москва 2008 // Кардиоваскулярная тер. и профилактика. – 2008; 7 (б), прил. №2. – 32 с. (3).
4. Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга. – Невропатол. и психиатр. им С.С. Корсакова. – 1985. – № 9. – С.1281-1288.

ФИЗИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

О.А.Строкова, М.И.Литюшкина, Н.Т.Морозов, И.В.Герасименко

МИ МГУ им. Н.П. Огарева
Саранск

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одной из основных причин смертности и инвалидизации трудоспособной части населения развитых стран. Смертность от ИБС в нашей стране, как у мужчин, так и у женщин, в 3 раза превышает среднеевропейские показатели. В настоящее время разработаны и внедрены в клиническую практику программы медицинской реабилитации, где учитывается синдромно-патогенетический подход. Физический аспект реабилитации разработан в недостаточной степени, хотя именно индивидуально подобранные (дозированные) физические нагрузки способствуют снижению факторов риска ИБС, оказывают системное положительное влияние вне зависимости от преобладания того или иного синдрома, приводят к сокращению сроков госпитализации вследствие более быстрого восстановления трудоспособности и повышению качества жизни.

Цель: изучить эффективность физических методов в комплексной реабилитации больных ИБС.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 168 пациентов ИБС со стабильной стенокардией I-IV ФК в возрасте от 48-72 лет (средний возраст - 59,7 ± 2,9 лет) (все больные были мужчинами).

Физические тренировки (ходьба) у обследуемых больных осуществлялись на протяжении 6 недель и дозировались в зависимости от функционального класса. Методом случайной выборки больные были подразделены на 4 группы. I группу составили 45 пациентов ИБС со стабильной стенокардией I ФК, им назначалась ходьба 6 раз в неделю по 90 мин в стабильном темпе. II группу - 42 больных с ИБС со стабильной стенокардией II ФК с назначением ходьбы по правилам тренировки на выносливость 4 -5 раз в неделю продолжительностью 60 мин с перерывом лишь при ухудшении самочувствия больного и возобновлением после отдыха. В III группе больных с ИБС со стабильной стенокардией III ФК (n=45) назначалась медленная ходьба без ускорений, длительностью 30 мин 3 раза в неделю (в период урежения /отсутствия ангинозных приступов) на фоне приема антиангинальных средств. Для больных стенокардией напряжения IV ФК (n=36) назначались пешеходные прогулки в темпе до 60 шагов в мин. длительностью 15–20 мин контролем ЧСС и на фоне антиангинальной терапии.

Пациенты контрольной группы (n=87) получали амбулаторное лечение, включающее стандартную терапию ИБС на фоне диеты №10 без назначения физических нагрузок.

Критерии исключения из исследования:

1. Нестабильная стенокардия.
2. Нарушения сердечного ритма (постоянная или часто возникающая пароксизмальная форма мерцания, трепетания предсердий, миграция водителя ритма, частая политопная или групповая экстрасистолия).
3. Недостаточность кровообращения IV ФК
4. Патология опорно-двигательного аппарата.
5. Рецидивирующие тромбоэмболии.
6. Отказ больного от участия в исследовании.

Критерии оценки результатов лечения:

1. Опрос больных, изменение характера жалоб, основное объективное обследование.
2. Результаты контрольных диагностических исследований (липидный спектр, суточное мониторирование артериального давления, холтеровское мониторирование ЭКГ, велоэргометрическая проба).

Результаты. На фоне дозированной физической нагрузки у всех обследуемых больных, по сравнению с контрольной группой, улучшались показатели функционального состояния сердечно-сосудистой системы, что проявлялось урежением количества приступов стенокардии и увеличением повседневной физической активности, уменьшением потребности в нитроглицерине. Все это может свидетельствовать о повышении коронарного резерва сердца и повышении толерантности к физическим нагрузкам. Физические тренировки больных ИБС также способствовали снижению у них избыточной массы тела, нормализации АД и повышению уровня липопротеидов высокой плотности в липидном спектре крови.

Выводы. Включение в комплексную программу медицинской реабилитации больных ИБС дозированных аэробных нагрузок увеличивает приверженность пациентов к лечению и повышает уровень их физической работоспособности, обеспечивает стабильность отдаленных результатов, способствует повышению качества жизни больных.

СИНДРОМ ГИПЕРМИНЕРАЛИЗАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН

В.И.Струков, Л.Г.Радченко, М.Н.Максимова, Т.В.Крылова, М.Н.Гербель, О.С.Погребняк, Д.В.Кочетков

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ГУЗ ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова, МИ ПГУ Пенза

Лабораторными признаками патологии кальциевого обмена являются гипер- и гипокальциемия. По литературным данным клинически гиперкальциемия проявляется мышечной слабостью, утомляемостью, апатией и веса, диареей, тошнотой, рвотой, запорами, абдоминальными болями, полиурией, дегидратацией, острой почечной недостаточностью, нефрокальцинозом, нефролитиазом, нарушениями сердечного ритма, укорочением интервала QT на ЭКГ, нарушениями сосудистого тонуса, кальцификацией сосудов, болями в костях [В.И. Струков, 1984].

Целью и задачами работы было: изучить клинико-лабораторные, остеометрические проявления гиперминерализации у 67 женщин с синдромом гиперминерализации в зависимости от менопаузы, разработка методов профилактики и лечения.

Методы исследования: всем пациентам проведено исследование костной ткани рентгенабсорбционным методом. Группу обследованных лиц составили 67 женщин, в возрасте от 25 до 74 лет. Женщины были разделены на 2 группы: в первую вошли 17 (25,4%) женщин без менопаузы, во вторую - 50 (74,6%) женщин с менопаузой.

Результаты исследования и их обсуждение. Зависимость гиперминерализации костной ткани от менопаузы приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Степень выраженности синдрома гиперминерализации костной ткани у обследуемых женщин в зависимости от менопаузы

	I ст. гипер-минерализации	II ст. гипер-минерализации	III ст. гипер-минерализации	Огягощ. анамнез
Женщины без менопаузы	9(13,3%)	5 (7,5%)	3 (4,5%)	3 (4,5%)
Женщины с менопаузой	18 (26,9 %)	26 (38,8 %)	6 (9 %)	8 (12%)

Из таблицы видно, что I степень гиперминерализации была установлена у 9 (13,3%) женщин без менопаузы и 18 женщин (26,9%), находящихся в менопаузе; II степень гиперминерализации - у 5 (7,5%) не достигших менопаузы и 26 (38,8%) женщин в менопаузе; III степень синдрома была установлена у 3 (4,5%) и, соответственно 6(9%) женщин.

У 3 женщин (4,5%) репродуктивного периода был установлен отягощенный анамнез, из них, у 1 женщины (1,5%) выполнялась операция на щитовидной железе, а у 2 (3%) женщин - регулярный приём оральных контрацептивов. Из группы женщин находящихся в менопаузе, у 8 (12%) отягощенный анамнез. У 2 (3%) из женщин в анамнезе поздние роды, у 3 (4,5%) - перенесли операцию на щитовидной железе, у 1 (1,5%) - хроническая почечная недостаточность, 1 (1,5%) - оперирована по поводу феохромоцитомы и имела эндометриоз.

Таким образом, выявлены факторы риска синдрома гиперминерализации: женский пол, избыточная масса тела и ожирение (по данным анамнеза, измерению индекса массы тела), чаще у женщин с отягощенным анамнезом (наличие в анамнезе генитальной и экстрагенитальной патологии), возраст и наличие менопаузы (по данным таблицы у женщин, не достигших менопаузы, максимальное количество отмечено случаев синдрома у 9 (13,3%) с I степенью, а у женщин с менопаузой - 26 (38,8%) со II степенью гиперминерализации). 3 (4,5%) женщин анамнеза имели вредные привычки (приём алкоголя, курение). Таким образом в условиях современного экологического неблагополучия региона, избыточного питания и гиподинамии синдром гиперминерализации является актуальной темой для изучения, выявления факторов риска и их коррекции.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

А.Н.Суриков

Центральная районная больница
п. Лиман, Астраханская область

В лечении инфицированных ран применяли раствор гипохлорита натрия, который обладает широким спектром антимикробного действия в отношении грамположительных, грамотрицательных микроорганизмов.

Мы применяли ОД 25% раствор гипохлорита натрия, приготовленный на электролизной установке «Санер 5-30». Раствор применяли местно во время перевязок у 32 пациентов с инфицированными ранами. Во время лечения определяли видовую принадлежность микрофлоры. Из грамположительной флоры в 39,5% высевали S.aureus, в 10,5% S.epidermidis, из грамотрицательной флоры E.coli 7,9%, из рода Enterobacter 10,5%, из рода Proteus 23,7% и Pseudomonas aeruginosa 7,9%.

При применении раствора гипохлорита натрия быстро стихали воспалительные явления, уменьшалось количество гнойного отделяемого, раны очища-

лись от остатков некротических тканей. После однократного применения раствор, интенсивность бактериального обсеменения ран резко снижалось. Данные определения уровня бактериальной обсемененности в расчете на 1 кв. см поверхности раны представлены в таблице.

До обработки раны гипохлоритом натрия		После обработки раны гипохлоритом натрия
S.aureus	3,5*103 см2	1,8*102 см2
S.epidermidis	2,6*104 см2	2*103 см2
E.c1oacae	2*104 см2	1,5*102см2
Ps.aeruginosa	1,2* 104 см2	1,5*103 см2
E.coli	1,3*103 см2	0,8*102 см2
P.mirabilis	1,4*103 см2	1,2*102 см2

Проводили испытание бактерицидных свойств гипохлорита натрия ОД 25% на культурах S.aureus, E.coli, Ps.aeruginosa, используя тканевые тест-объекты, пропитанные этими культурами. В пробирке с гипохлоритом натрия ОД 25% помещали тканевые тесты. При экспозиции 10` уже отмечался бактерицидный эффект. При высеве на питательный агар роста испытуемых культур не отмечалось.

При использовании ОД 25% раствора гипохлорита натрия, наблюдалось более быстрое очищение раны от некротических тканей и созревание грануляций, чем при использовании растворов фурациллина и хлоргексидина, что приводило к сокращению сроков заживления раны. В процессе лечения больные не предъявляли жалоб на боль или какие-либо неприятные ощущения, не было отмечено аллергических реакций на применяемый раствор.

Таким образом, раствор гипохлорита натрия 0,125%, является эффективным антимикробным препаратом, стимулирующим репаративно-регенерационные процессы в ране. При его использовании сроки лечения инфицированных ран по сравнению с традиционными методами значительно сокращаются.

ФИТОТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ФАРИНГО- И ЛАРИНГОМИКОЗОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Е.А.Сурикова

Центральная районная больница
п. Лиман, Астраханская область

Структура заболевания верхних дыхательных путей за последнее десятилетие претерпела существенные изменения, выражающиеся, в том числе, в увеличение количества грибковых поражений глотки и гортани. Причинами такого нозо- и патоморфоза принято считать последствия применения антибиотиков, кортикостероидов, цитостатиков, лучевой терапии. Под их воздействием изменяются взаимоотношения организма человека и его микрофлоры, что ведет к активизации грибков, находящихся на слизистых оболочках у 60% населения в сапрофитном состоянии. Активизация грибковой флоры способствуют и другие факторы. Состояние экологии, образ жизни, качество питания влияют на увеличение числа слизистых оболочек верхних дыхательных путей или самостоятельно провоцируют развитие заболевания.

Высокая устойчивость, быстрая адаптация грибков рода Candida к лекарственным препаратам заставляет наряду с медикаментозным лечением, физио- и лазеротерапией изучать возможности применения лекарственных средств растительного происхождения, которые в настоящее время приобретают всё большую популярность как у больных так и у врачей. К достоинствам данного способа лечения относится экономическое преимущество - его дешевизна.

С марта 2005 года под нашим наблюдением находилось 52 больных тонзило-, фаринго- и ларингомикозами. Сочетание поражения миндалин и задней стенки глотки, задней стенки глотки и гортани, а также всех трёх локализаций имеет примерно одинаковое соотношение у взрослых. Для детей характерен тонзилофарингомикоз.

Курс фитотерапии включал следующие мероприятия.

Ингаляции настойки фитосбора, в состав которых входили почки тополя, листья берёзы, трава чабреца и цветки лаванды. Длительность ингаляции 10 минут, курс 10-15 процедур.

Одновременно с ингаляциями пациентам назначали полоскания листьями хрена: 1 столовая ложка листков на 1 литр кипятка. Полоскания проводили 3-4 раза в день после еды в течение одного месяца. Если имелись поражения нёбных миндалин, рекомендовали промывание лакун нёбных миндалин этим же отваром 7-10 раз ежедневно, кроме того этот же отвар рекомендовали применять внутрь по 1/3 стакана 2 раза в день после еды.

После полоскания слизистую оболочку смазывают маслами, в состав которых входили почки тополя и тимола. При поражении гортани выполнялись инстилляции указанными маслами. Количество инстилляций 10 дней.

Основой терапевтического эффекта являются уникальные свойства почек тополя, содержащие эфирные масла, а также до 30% флавоноидных веществ, обеспечивающих биологическую активность, выражающуюся в фунгицидном, антимикробном и противовоспалительном действиях.

Листья берёзы и лаванды обладают достаточно выраженными противоспалительными и бактерицидным действием за счёт содержания комлексноэфирных масел. Использование дубительных веществ обусловлено листьями эвкалипта и содержащими в нём эфирных масел. Листья хрена обладают по

сравнению с другими растениями наибольшей противогрибковой и антибактериальной активностью.

В результате лечения у 70% больных исчезли основные жалобы: явление дискомфорта, ощущение жжения и кашель. Слизистые оболочки приобрели розовый цвет, признаки воспаления и раздражения отсутствовали. В соскобах со слизистых оболочек нити мицелия гриба не выявлялись.

Таким образом, фитотерапия микозов верхних дыхательных путей является методом лечения, имеющего ряд преимуществ:

- эффект применения не только фунгицидный, но и противовоспалительный, и антибактериальный;
- мягкость терапевтического действия.

В процессе лечения микозов верхних дыхательных путей побочные действия фитотерапии не отмечались.

ВЫЯВЛЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, ИМЕЮЩИХ ИНФЕКЦИОННУЮ ПАТОЛОГИЮ, МЕТОДОМ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА НОВОРОЖДЕННОГО

А.П.Тактаев, В.А.Суздальская, Е.Б.Мусатова, М.В.Глумская, Г.Б.Маликова, И.В.Ра зумова, В.В.Цыбарева, И.Я.Лейкина

МУЗ «Городской родильный дом №1»
Пенза

Под термином «внутриутробное инфицирование» понимают факт внутриутробного заражения. Внутриутробное заражение встречается значительно чаще, чем развиваются клинические признаки инфекции. Для обозначения клинических проявлений инфекционной болезни плода и новорожденного, источником которой является мать, выявленных в перинатальном периоде, используют термин «внутриутробная инфекция» (ВУИ).

Частота внутриутробного инфицирования составляет около 10% всех беременностей и в значительной мере влияет на показатели репродуктивных потерь. Так, частота ранней неонатальной заболеваемости и смертности при внутриутробном инфицировании колеблется от 5,3 до 27,4 %, а мертворождаемость достигает 16,8% (А.Я.Сенчук, 2005)

Развитие инфекционного заболевания плода, тяжесть поражения, локализация и распространенность патологического процесса, темпы его реализации, а также исход возникшей патологии определяются видом возбудителя, его вирулентностью. Тропизмом к тканям плаценты и плода, а также тем, какими путями микроорганизмы проникли от матерей к плоду. Важная роль в этом случае принадлежит состоянию защитных резервов матери и способности плода к иммунному ответу (А.Я.Сенчук. 2005г.)

Цель исследования. Выявить инфицирование новорожденных от матерей, имеющих инфекционную патологию и высокий риск развития ВУИ плода.

Материалы и методы исследования. Проведено 172 обследования новорожденных и их матерей путем забора мазков с наружного слухового прохода у детей и с плаценты у родильниц в родильном зале сразу после рождения. Материалы отправлялись на исследование в бактериологическую лабораторию. Забор материала проводился при наличии у беременной женщины обострения хронического пиелонефрита во время беременности (22 случая- 12,7%), кольпита (58 случаев-33,7%), хориоамнионита (5 случаев-2,9%), ЗВУР плода 2 и 3 степени (12 случаев-6,9%), при наличии зеленых околоплодных вод во время родов (19 случаев- 11%), ОРВИ в родах (28 случаев – 16%), длительного безводного периода более 12 часов (18 случаев – 10,4%) , многоводия (5 случаев – 2,9%), при постановке акушерского пессария (2 случая – 1,2%).

У 40 родильниц имелась сочетанная патология: кольпит и зеленые околоплодные воды (15сл.- 8,7%), кольпит и многоводие (5сл. – 2,9%), хориоамнионит и длительный безводный период (3сл.- 1,7%) ОРВИ и кольпит (10сл. – 5,8%), обострение хронического пиелонефрита и кольпит (7сл. – 4,0%).

Результаты исследования. Положительный результат бактериологического исследования с наружного слухового прохода отмечен в 83 случаях (48,2%), с последа – 56 случаев (32,5%) из 172 обследованных, при этом совпадение по микрофлоре выявлено только в 19 случаях (15,4%).

С наружного слухового прохода были выявлены следующие микроорганизмы:

- St. Aureus -8 (9,6%)
- E. coli – 17 (20,4%)
- Citrobactor – 12 (14,4%)
- Pr. Mirabilis – 7 (8,4%)
- Pr. Vulgaris – 13 (15,6%)
- St. epid. – 18 (21,6%)
- Str. piogenes – 8 (9,6%)
- Candida alb. – 8 (9,6%)

При обследовании последов выявлены следующие возбудители :

- St. aureus – 2 (3,6%)
- E. coli – 12 (21,4%)
- Citrobacter – 9(16,0%)
- Pr. Mirabilis – 2 (3,6%)
- Pr. vulgaris – 9 (16,0%)
- St. epid – 10 (17,8%)
- Candida alb. – 12 (21,4%)

Совпадение по микрофлоре при исследовании -19сл. (15,4%) выявлены следующие возбудители:

- St. aureus – 2сл. (акушерский пессарий),

- E. coli -6сл. (из них кольпит-2сл., кольпит и длительный безводный период – 2сл, зеленые околоплодные воды - 2сл.),
- Pr. Vulgaris – 5сл. (кольпит-3сл. , длительный безводный период и обострение хронического пиелонефрита -1сл., ОРВИ и кольпит-1сл.)
- St. epid. – 3сл. (кольпит-2сл.)
- Candida alb. – (кольпит-2сл.,обострение хронического пиелонефрита- 1сл.)

Проявление инфекционного процесса после рождения были отмечены у 35 новорожденных из числа инфицированных (42,1%) в виде врожденного везикулопустулеза- 5 (6,0%), геморрагического синдрома: желудочно-кишечного кровотечения – 4 (4,8%), внутриутробной пневмонии- 5 (6,0%), синдрома срыгивания – 6 (7,2%), неврологической симптоматики - 10 (11,7%), конъюнктивитов и дакриоциститы - 5 (4,8%). Наибольший процент проявления инфекции выявлен у новорожденных от матерей с кольпитом и обострением пиелонефрита (8сл.- 22%).

Выводы:

1. Таким образом при обследовании новорожденных путем забора мазков с наружного слухового от матерей с высоким риском инфекционной патологии в 48,2 % случаев отмечен положительный результат бактериального исследования.
2. В одной пятой случаев (21,6%) выявлен Staph. epidermicus. и в 20,4% случаев – E. Coli.
3. При исследовании плаценты в большинстве случаев выявлены: E. Coli (21,4%) и Candida alb.-21,4%).
4. Совпадение по микрофлоре отмечено только в 15,4% случаев
5. Реализация инфекционного процесса в виде врожденного везикулопустулеза, конъюнктивита, дакриоцистита наиболее часто выявлено у матерей при сочетанной патологии: наличии хронического пиелонефрита и кольпита-14%, ОРВИ и кольпит-28%, длительный безводный период и кольпит-28% из 35 случаев инфицированных новорожденных.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

И.П.Татарченко, Н.В.Позднякова, О.И.Морозова, С.А.Секерко

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Продолжающийся рост распространенности хронической сердечной недостаточности (ХСН) свидетельствует о недостаточной оценке функционального состояния миокарда. Не изучены механизмы формирования диастолической

дисфункции (ДД) левого желудочка (ЛЖ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) при стабильном течении заболевания.

Цель исследования: изучить диастолическую функцию левого желудочка и функциональное состояние миокарда у больных ИБС при стабильном течении заболевания, провести многофакторный корреляционный анализ структурно-геометрических и элетрофизиологических показателей, показателей ишемии миокарда и вариабельности ритма сердца при различных типах ДД ЛЖ.

Материал: В исследование было включено 120 мужчин со стабильным течением ИБС с фракцией выброса (ФВ) левого желудочка не менее 45%, при наличии устойчивого синусового ритма. Средний возраст пациентов $54,7 \pm 5,6$ года. Комплекс обследования, включал электрокардиографию в 12 отведениях с оценкой временной реполяризации желудочков - дисперсии интервала Q-T, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), нагрузочный тест, регистрацию сигнал-усредненной ЭКГ с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ), анализ вариабельности ритма сердца, эхокардиографию.

В I группу вошли - 59 (49,2%) пациентов с аномальной релаксацией левого желудочка, во II группу – 31 (25,5%) с псевдонормальным типом диастолической дисфункции, в III группу – 30 больных (25%) с рестриктивным типом. Анализируемые группы не различались по возрасту, сопоставимы по основным факторам риска.

Результаты: получена достоверная закономерность между типом нарушения диастолической функции и наличием перенесенного инфаркта миокарда в анамнезе. У больных I группы (с аномальной релаксацией ЛЖ) частота перенесенного в анамнезе инфаркта миокарда была значительно ниже 52,5%, чем в III группе с рестриктивным типом - 93,3%. Установлена положительная корреляционная связь рестриктивного типа диастолической дисфункции с Q-инфарктом миокарда.

Клинические симптомы ХСН выявлены у 75 больных, включенных в исследование, причем проявления ХСН I функционального класса (ФК) отмечены у 28 больных, II ФК – у 29, III ФК – у 18 пациентов. Мы получили высокую зависимость ($r = 0,830$; $p < 0,01$) частоты выявления ХСН от типа ДД: при нарастании степени ДД ЛЖ возрастала и частота регистрации ХСН (при типе аномальной релаксации она выявлена в 40,7% случаев, псевдонормальном типе в 71%, при рестриктивном – в 96,7%).

Анализ структурно-геометрических показателей левых камер сердца показал, что при нарастании степени ДД, увеличивалась дилатация полостей левого желудочка и левого предсердия, увеличивалась массы миокарда левого желудочка, отмечалось снижение сократительной функции. Установлена корреляционная связь степени тяжести ДД ЛЖ с показателем изменения объема левого предсердия, с фракцией выброса левого желудочка, с индексом конечного диастолического объема, с индексом массы миокарда левого желудочка.

По данным ХМ ЭКГ: при нарастании степени ДД регистрировалось большее количество болевых и безболевых эпизодов ишемии, общей продолжительности ишемии, максимальной глубины депрессии сегмента ST. При этом

у больных III группы эпизоды ишемии миокарда регистрировались при более низких значениях частоты сердечных сокращений.

В I группе (с аномальной релаксацией левого желудочка) мы получили достоверную зависимость показателей, характеризующих структуру ишемии (суточная ишемия миокарда, максимальная глубина депрессии ST сегмента) с показателями трансмитрального диастолического потока (ТМДП) (временем изоволюметрического расслабления (IVRT), соотношением пиков ранней и поздней диастолы (E/A), временем замедления раннего наполнения ЛЖ (DT)). Мы выявили взаимосвязь электрического и структурного ремоделирования миокарда при ДД ЛЖ. У пациентов III группы (с рестриктивным типом) чаще выявлялись поздние потенциалы желудочков (ППЖ) при анализе показателей сигнал-усредненной ЭКГ (36,7%), выше была частота выявления зон аномальной сократимости - 60%.

Корреляционный анализ показателей электрического ремоделирования у больных с различными вариантами нарушения диастолической функции ЛЖ позволил установить четкую закономерность: с увеличением степени ДД чаще регистрировались ППЖ, желудочковые аритмии высоких градаций, отмечено усиление негомогенности процессов реполяризации с увеличением дисперсии Q-T интервала, что служит отражением негомогенности процессов реполяризации и деполяризации желудочков и сопровождает формирование миокардиального аритмогенного субстрата у больных ИБС при ДД ЛЖ.

При оценке нейрогуморальной регуляции сердечного ритма у больных ИБС отмечена следующая закономерность: при нарастании степени диастолической дисфункции усиливался вегетативный дисбаланс с повышением симпатической активности, что было выявлено в I группе в 52,5% случаев, во II группе - при псевдонормальном типе - в 77,4%, в Ш группе – с рестриктивным типом - в 93,3% случаев. Это сопровождалось снижением показателей парасимпатической активности, которые наиболее резко были снижены у больных III группы с рестриктивным типом.

Таким образом, у пациентов с ИБС прогрессирование ДД ЛЖ связано с хронической ишемией, структурно-функциональным ремоделированием миокарда ЛЖ и вегетативным дисбалансом с преобладанием симпатической активности. Увеличение степени ДД сопровождается электрической нестабильностью миокарда и может явиться пусковым фактором в возникновении фатально опасных нарушений ритма и прогрессированию ХСН.

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

И.П.Татарченко, Н.В.Позднякова, И.А.Петрушин, В.А.Шевырев

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза
ФГУЗ МСЧ №59 ФМБА России

Заречный

Цель: изучение динамики показателей электрической нестабильности сердца, диастолической функции левого желудочка после хирургической реваскуляризации миокарда (РМ).

Материал и методы: в исследование включено 54 пациента с реваскуляризацией инфарктзависимых коронарных стенозов, с сохраненной систолической функцией. Средний возраст больных - 57,9 ± 6 лет. Средняя длительность заболевания до оперативного вмешательства - 5,3 ± 2,2 лет, по группе период после оперативного вмешательства - от 1,4 до 2,6 лет. Комплекс обследования: эхокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ, сигнал-усредненная ЭКГ с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ), оценка турбулентности ритма сердца (ТРС: ТО>0%; TS<2,5мс/RR), анализ вариабельности ритма сердца (ВРС) и временной реполяризации желудочков (QTc, QTd).

Результаты: признаки диастолической дисфункции левого желудочка (ДД ЛЖ) выявлены у всех пациентов, однако после оперативного вмешательства степень её тяжести уменьшилась, соответственно, до и в позднем периоде после операции: рестриктивный тип (III тип) ДД ЛЖ – в 13 и 2 наблюдениях, псевдонормальный (II тип) – в 19 и 10 наблюдениях. I тип ДД ЛЖ регистрировался исходно у 22 больных, после РМ – у 42 пациентов. У больных ИБС после коронарного шунтирования уменьшились клинические проявления ХСН, возросла толерантность к физическим нагрузкам. Улучшение состояния у наблюдаемых подтверждено достоверным снижением среднего балла по Миннесотскому опроснику (MLHFQ): с 28,0 + 3,5 до 16,5 ± 1,5 баллов. Отсутствие динамики показателей диастолической функции ЛЖ у отдельных пациентов связываем с неполной коррекцией артериальной гипертензии, увеличенным диастолическим размером ЛЖ, сниженной фракцией выброса (ФВ).

Исходно частота регистрации ППЖ по группе составляла 39%. После РМ у больных ИБС уменьшились HF QRS-Dauer на 17,2% и LAH Fd на 21%, возросла RMS 40 на 29%, $p<0,05$; нормализация конечной части фильтрованного комплекса QRS отмечена у 26% пациентов (в 66,7% случаев от числа больных с исходно замедленной фрагментированной активностью). Улучшение показателей СУ-ЭКГ связываем с уменьшением негомогенности электрофизиологических свойств миокарда вследствие улучшения коронарной перфузии (уменьшение суточной ишемии миокарда (СИМ) от 37,2 + 3,3 мин до 10,3 + 2,1мин).

Улучшение перфузии миокарда после реваскуляризации сопровождалось положительной динамикой показателей временной реполяризации желудочков: уменьшение QTd на 16,4%, QTc на 18%. Абсолютные значения ТО достоверно коррелировали с QTd ($r=0,349$, $p=0,04$). ТРС позволил установить положительную динамику количественных значений исходно и после оперативного вмешательства, соответственно, начало турбулентности (ТО) более 0% - от 62% до 28% больных, при наклоне турбулентности (TS) менее 2,5мс/RR - от 54% до 24%, $p<0,05$. Установлена связь нарушения ТРС с показателем изменения объема левого предсердия – $r= -0,43$ ($p=0,032$), с ФВ ЛЖ – $r= -0,49$ ($p=0,03$), с индексом конечного диастолического объема – $r=0,51$ ($p=0,02$), с индексом массы

миокарда ЛЖ – r=0,45 (p=0,04). Отмечена взаимосвязь TS с показателями ВРС: SDNN (r=0,41, p=0,02) и LH/HF (r =0,332, p=0,02).

Выводы: у больных ИБС комплексное изучение показателей ТРС и ВРС, анализ поздних потенциалов сердца и реполяризации желудочков позволяет оценить эффективность оперативных вмешательств. Результаты свидетельствуют о влиянии реваскуляризации на состояние больных – отмечается закономерная обратная динамика болевого синдрома, увеличение толерантности к физической нагрузке, улучшение показатели сократительной способности миокарда, что способствовало положительной динамике параметров, характеризующих электрическую нестабильность миокарда.

К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАСТОЙНЫХ И ПСЕВДОЗАСТОЙНЫХ СОСКОВ

П.Ю.Татарченко, И.А.Красовская, Е.С.Святов

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Застойный сосок зрительного нерва является одним из важных симптомов повышения внутричерепного давления. По данным Е.Ж. Трона [3], этот симптом встречается у 70% больных опухолями головного мозга. Многие авторы считают застойные соски при опухолях головного мозга поздним симптомом повышения внутричерепного давления, однако у некоторых больных, особенно у детей, застойные соски могут выступать в качестве первого симптома опухоли головного мозга и нередко представляют неожиданную находку при офтальмоскопическом исследовании.

Офтальмоскопическая картина глазного дна при застойном соске различна, так как она определяется скоростью повышения внутричерепного давления и является показателем динамики основного заболевания.

В начальной фазе застойного соска представляют большие трудности дифференциации его от псевдозастойного соска. Последний очень часто может обусловлен врожденной гиперплазией и наличием друз [1,2].

В консультативной поликлинике больницы им. Семашко г. Пензы за 2005-2007 гг. наблюдалось 12 пациентов с диагнозом псевдозастойных сосков зрительных нервов. Возраст больных колебался от 9 до 36 лет, мужчин было 5, женщин - 7 человек. Всем больным проверялась острота зрения, исследовалось поле зрения объектами разной величины, проводилась офтальмобиомикроскопия, скиаскопия, рентгенография черепа.

Офтальмоскопическая картина была следующей: диски зрительных нервов увеличены в размерах, проминировали от одной до двух диоптрий. Цвет их был серовато-белый с розовым оттенком, сосудистая воронка контурировалась нечетко, так как в ней была видна белая компактная ткань - глия. Вены и артерии нормального калибра, но с повышенной извитостью; по ходу сосудов, как правило, были видны компактные полосы сопровождения - глиозные чехлы,

исчезающие у края диска зрительного нерва. Сетчатка вокруг зрительных нервов спокойная, срез ее при биомикроскопии нормальной ширины. Срез ткани диска зрительного нерва нечеткий, с извилистым передним контуром из-за наличия врожденной глиозной ткани. У трех больных на дисках зрительных нервов были видны поверхностно расположенные врожденные друзы, напоминающие тутовую ягоду, и у 5 пациентов по краю зрительных нервов определялись от одной до трех округлой формы слегка проминирующих глубоко расположенных друз. Острота зрения у всех больных равнялась 0,9-1,0, границы полей зрения не изменены. Жалобу на головную боль больные не предъявляли. На рентгенограмме головного мозга патологии не выявлено.

Таким образом, отсутствие неврологических жалоб, нормальные зрительные функции, наличие на дисках зрительных нервов глии, поверхностно и глубоко расположенных друз дали возможность поставить диагноз псевдозастойного соска зрительных нервов.

Три года наблюдения за больными подтвердили наши предположения.

Литература:

1. Водовозов А.М. Исследования дна глаза в трансформированном свете. М.: «Медицина», 1986. - С. 220.
2. Водовозов А.М., Свердлин СМ. Офтальмохромоскопия // Вестн. Офтальмол. - 1974. - № 4. - С. 31-34.
3. Трон Е.Ж. Заболевания зрительного пути. М.: «Медицина», 1968. - С.420.

К ЛЕЧЕНИЮ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ПРЕПАРАТОМ ВЕССЕЛ ДУЭ Ф

П.Ю.Татарченко, И.А.Красовская, О.В.Склярова, Е.С.Святов, Н.К.Земскова, О.В.Шалдыбина

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава,
ГБУЗ Пензенская областная офтальмологическая больница
Пенза

Происходящие при сахарном диабете нарушения углеводного обмена приводят к патологическим изменениям во всех органах и тканях, в том числе страдает и орган зрения. Именно глазные проявления диабета наиболее часто приводят к инвалидности наблюдаемых больных. Своевременное выявление и лечение ранних проявлений данной патологии является первоочередной задачей, так как на поздних стадиях лечение малоперспективно.

Лекарственная терапия диабетической ретинопатии - один из наиболее противоречивых разделов современной офтальмологии. Поэтому оправдан поиск новых препаратов, благотворно влияющих на эндотелий сосудов и реологию крови у больных сахарным диабетом и диабетической ретинопатией.

Мы включили в комплекс стандартной консервативной терапии диабетической ретинопатии препарат Вессел Дуэ Ф (сулодексид), который выпускается

в ампулах по 2 мл (600 ЛЕ) и в капсулах по 250 ЛЕ, применяется внутримышечно, внутривенно и в капсулах внутрь.

Вессел Дуэ Ф (сулодексид) - натуральный продукт, выделенный из слизистой оболочки тонкого кишечника свиньи. Препарат представляет собой естественную смесь гликозаминогликанов (гепариновая фракция 80% и дерматансульфат 20%), оказывает антитромботическое, профибринолитическое, антикоагуляционное и ангиопротекторное действие. 90% препарата абсорбируется в эндотелии сосудов, создавая в нем концентрацию, в 20-30 раз превышающую в тканях других органов, и всасывается в тонком кишечнике. Перед применением Вессел Дуэ Ф рекомендуется проверять протромбиновый индекс и время свертывания крови.

С целью оценки эффективности лечения диабетической ретинопатии препаратом Вессел Дуэ Ф мы проанализировали две группы больных по 30 человек (табл.1)

Таблица 1

Распределение пациентов (60 человек, 120 глаз) по стадиям диабетической ретинопатии

Группа	Стадия диабетической ретинопатии (число глаз)		
	Непролиферативная	Препролиферативная	Пролиферативная
Основная	21	19	20
Контрольная	20	18	22

Контрольная группа получала стандартное лечение: пентоксифиллин 5 мл внутривенно в 200 мл изотонического раствора хлорида натрия, дицинон 12,5% раствор 2 мл внутримышечно, эмоксипин 1% 2 мл внутримышечно, никотиновая или аскорбиновая кислота по 2 мл внутримышечно, эмоксипин 0,5 мл парабульбарно в чередовании с дексазоном 2 мг вместе с гепарином 700 ЕД. Основная группа вместо пентоксифиллина получала Вессел Дуэ Ф 2 мл (600 ЛЕ) внутримышечно или внутривенно капельно в 200 мл изотонического раствора хлорида натрия. Сравнительная оценка остроты зрения наблюдаемой и контрольной групп отражена в табл. 2.

Таблица 2

Сравнительная оценка остроты зрения до и после лечения основной (60 глаз) и контрольной (60 глаз) групп больных

Острота зрения	Основная группа		Контрольная группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
0,01-0,05	20	14	18	12
0,06-0,1	11	15	12	10
0,2 - 0,3	15	12	22	17
0,4 - 0,5	6	9	3	12

0,6 - 0,7	5	6	3	7
0,8-1,0	3	4	2	2
Итого:	60	60	60	60

Из данных таблицы видно, что в контрольной группе улучшение остроты зрения отмечено у 19 человек на 37 глазах, причем на 18 глазах острота зрения повысилась на несколько сотых, на 14 глазах на 0,1 и на 5 - на 0,2. В группе, получавшей Вессел Дуэ Ф, улучшение остроты зрения отмечено у 22 пациентов на 43 глазах, причем на 24 глазах острота зрения улучшилась на 0,03 - 0,06, у 12 пациентов на 16 глазах на 0,1 и у 6 человек на 7 глазах на 0,2.

Улучшение зрения сопровождалось положительной динамикой картины глазного дна. В заднем полюсе уменьшался отек сетчатки, рассасывались мелкие геморрагии и бледнели более крупные кровоизлияния.

Лучший эффект лечения препаратом Вессел Дуэ Ф отмечался у больных при непролиферативной и препролиферативной стадиях диабетической ретинопатии.

Таким образом, Вессел Дуэ Ф в комплексе консервативной терапии оказывает более положительное действие у больных диабетической ретинопатией по сравнению со стандартным лечением. Препарат хорошо переносится больными, не сопровождается осложнениями и может широко использоваться при лечении диабетической ретинопатии.

ОЦЕНКА УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Н.Г.Токарева

МИ МГУ им. Н.П. Огарева
Саранск.

Эпилепсия – хроническое прогрессирующее заболеванике эндогенно-органического генеза, характеризующееся сложным патогенезом пароксизмальных нарушений и сопровождающееся разнообразными клиническими и параклиническими симптомами. Личностные расстройства и многообразные психосоциальные факторы, возникающие при данном заболевании, препятствуют социальной адаптации пациентов и являются своего рода фрустраторами, т.е. причинами, вызывающими фрустрацию. Причем, психическое состоянике переживания неудачи может проявляться во всех сферах социального функционирования больных эпилепсией и быть направлено как на окружающих, так и на самих себя. Исхлдя из этого, ранняя оценка и выявление уровня неудовлетворенности в той или иной сфереь жизнедеятельности больного эпилепсией приобретает особую значимость в контексте своевременного проведения реабилитационных мероприятий у данных пациентов. Целью настоящего исследования явилась оценка уровня удовлетворенности различными сферами социума с выявлением наиболее фрустрирующих сфер жизнедеятельности больных эпи-

лепсией. Было обследовано 50 больных с генерализованной формой эпилепсии, длительностью заболевания от 1 года до 20 лет и частотой приступов от 3 раз в день до 8 раз в месяц. Были использованы следующие методики: клинико-психологический метод, включающий анамнестическую беседу, наблюдение и психологические методики по диагностике памяти, мышления, внимания, эмоционального фона; а также экспериментально-психорлогический опросник «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ-1, УСФ –2), позволяющий оценить уровень удовлетворенности в различных сферах социума больных эпилепсией. По общему уровню социальной фрустрированности исследуемая выборка распределилась следующим образом: лица с высоким уровнем удовлетворенности отсутствуют, 45% обнаруживают умеренную удовлетворенность, 40% - умеренную неудовлетворенность и 15% - полную неудовлетворенность. Среди женщин 62,5 % имеют умеренную удовлетворенность по шкалам, оценивающия пациентов с близкими (муж, родители, дети, родственники), с окружающим социумом (друзья, противоположный пол, коллеги по работе), для шкал, характеризующих образование, профессиональную деятельность, жилищно-бытовые, материальные условия и умеренную неудовлетворенность по по шкале, характеризующую личность (физическое и психоэмоциональное состояние, работоспособность и образ жизни в целом). Эти данные соотносятся с анкетированием женщин: 40% из них состоят в браке, воспитывают двоих детей, являются трудоспособными и имеют имеют высшее образование при длительности болезни до 10 лет и частоте приступов до 4-х раз в месяц. Остальные 60% женщин, не состоящих в браке, имеющих средне - специальное образование и 3 группу инвалидности выявляют умеренную неудовлетворенность по шкалам, характеризующим образование, профессиональную деятельность, их личность (физическое, психоэмоциональное состояние, работоспособность и образ жизни в целом) и умеренную удовлетворенность по шкалам взаимоотношений с близкими (в частности с родителями и родственниками).

Умеренную неудовлетворенность уровнем социального функционирования по всем шкалам методики (взаимоотношения с близкими, окружающим социумом, уровень образования и профессиональной подготовки, материальное положение, собственное физическое, психоэмоциональное состояние, работоспособность и образ жизни в целом) выявили 37,5 % женщин.

Все они не замужем, не имеют детей, являются нетрудоспособными по 2 группе инвалидности, длительность их заболевания составляет 10-20 лет при частоте приступов до 8 раз в месяц. Таким образом, мы видим, что у женщин уровень удовлетворенности, либо неудовлетворенности по различным шкалам методики «Уровень социальной фрустрированности» зависит от показателей социального функционирования (семейное положение, наличие детей, уровень образования, трудоспособность) и нереализованности пациентов в той или иной сфере социума. Чем больше сфер нереализованности, тем выше уровень неудовлетворенности и степень фрустрированности. Для женской выборки характерна еще одна особенность – это, в основном, наличие среднего уровня удовлетворенности и, в меньшей степени, среднего уровня неудовлетворенности по

методике «Уровень социальной фрустрированности», при полном отсутствии крайних показателей (полная удовлетворенность и полная неудовлетворенность у них не встречается). Среди мужчин 50% выборки представляет средний уровень неудовлетворенности социальным функционированием, по 25% приходится на средний уровень удовлетворенности и уровень полной неудовлетворенности соответственно. У 50% среди всех обследуемых мужчин выявлен средний уровень неудовлетворенности по шкалам методики, оценивающим взаимоотношения с близкими, с окружающим социумом, образование, профессиональная деятельность, жилищно-бытовые, материальные условия и высокий уровень неудовлетворенности по шкале, характеризующей их личность.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Н.Г.Токарева

МИ МГУ им. Н. П. Огарева
Саранск

Суицидальный феномен – это сложное биосоциальное явление, имеющее нравственные, медицинские, культурологические, психологические основания. Важно отметить, что сведения о распространенности самоубийств, сравнительно-статистические выкладки и моральная статистика были полностью закрыты в советский период, да и, изучением самоубийств в нашей стране никто не занимался фактически в течение 30- 60 годов. Публикации статистики возобновились лишь к 1989 году, а исследования по проблеме развернулись с конца 60-годов. Таким образом, самоубийство было поставлено в ряд узких профессиональных психиатрических проблем. Сегодня, мы имеем возможность обсуждать показатели распространенности суицидов в нашей стране, проследить некоторую динамику этого явления. Рассмотрение суицидального поведения лищь в рамках клинических исследований сужает угол зрения и оказывает явно недостаточным для понимания многообразия негативных факторов, лежащих в основе его формирования. Массовый характер самоубийств вызывает необходимость комплексного подхода к решению проблемы с рассмотрением не только клинических, но и социально – психологических аспектов. Среди покушающихся на свою жизнь – и это подметили исследователи в разных странах – относительно высокая доля одиноких, разведенных. Чаще пытаются покончить с собой не слишком квалифицированные рабочие, воспитательницы детских садов, медицинские сестры. Наиболее высокая частота самоубийств отмечается среди врачей (особенно, среди женщин и психиатров), юристов, военнослужащих, людей творческих специальностей. Анализируя социальный статус суицидентов в Мордовии приходим к выводу, что особо опасную в суицидальном отношении группу составляют слабозащищенные слои населения. Все лица, совершившие суицидальные попытки были условно разделены на пять групп: до 14 лет, свыше 14 лет и до 20 лет, свыше 20 и до 39 лет, свыше 30 и до 59 лет, старше 50 лет. Полученные данные свидетельствуют о том, что основной кон-

тингент составляют лица молодого и трудоспособного возраста, что совпадает с общероссийской тенденцией: завешенные суициды совершают преимущественно лица среднего и пожилого возраста, а покушения на свою жизнь чаще всего предпринимается молодыми людьми. Данные о половой принадлежности свидетельствуют о том, что как и подчеркивается в литературе, число женщин, совершивших аутоагрессивные попытки , превосходит число, в то же время эта разница не является статистически значимой. В России свыше 80 % самоубийств (по статистике) приходится на долю мужчин, и лишь из них 20% уходят из жизни в пенсионном возрасте. У женщин пенсионерки – самоубийцы составляют почти половину. Соотношение завершенных суицидов среди мужчин и женщин составляет 36:1, а попыток 1:8. Чтобы расстаться с жизнью мужчины выбирают огнестрельное оружие, повешение, выбрасывание с высоты. А женщины чаще предпочитают прием больших доз лекарственных препаратов и кидаются под колеса. Результаты исследования подтверждают зависимость суицидального риска от культурно-религиозного, климатического и демографического факторов. Перенаселенность (плотность населения), а так же более суровые климатические условия, что было доказано учеными, влияют на показатели самоубийств в сторону увеличения. Предпочтительными поводами для совершения суицидальных попыток, являются медикаменты в различных сочетаниях: снотворные, антигистаминные, противосудорожные, сердечные, желчегонные, противовоспалительные, гипотензивные, нейролептики и т.д. Самоповреждения занимают в этом ряду второе место. Среди остальных способов суицидов отмечают повешение, падение под транспорт, прочие суициды. Следует отметить, что несмотря на то, что врачами «Скорой медицинской помощи» верифицированный нозологический диагноз не бывает сформулирован, маршруты госпитализаций суициндентов, является косвенным подтверждением известного факта преобладания среди суициндентов либо психически здоровых, лиц с пограничной психической патологией. Нами проведено психологическое обследование 25 пациентов с суицидальными проявлениями. Клинико - психопатологический анализ показал, что у 18 человек (72%) суицидальные проявления наблюдались на фоне невротический реакций, у остальных – 7 человек (28%) оно было обусловлено психогенными реакциями. Анализ больных с суицидальными проявлениями показал, что все они находились на разных этапах суицидогенеза: у 11 человек (44%) был этап суицидальных мыслей, у 12 человек (48%) – суицидальных намерений, у 2 человек (8%) наблюдались незавершенные суицидальные попытки. Данные психологического обследования показали следующее: среди больных с невротическими реакциями в преморбиде преобладали лица психастенического (42%), возбудимого (26%), циклоидного (12%), шизоидного и гипертимного (по 10%) типов. По результатам теста Айзенка в 95% случаев выявлялся нейротизм. Уровень личностной и реактивной тревоги характеризовался как умеренный и высокий (тест Спилберберга - Ханина) соответственно в 88,6% и 91,4% случаев. Всем больным проводилось комплексное лечение, включающее психотерапию и психофармакотерапию. Терапия больных строилась на принципе достижения максимального эффекта

при минимальном использование психофармакологических средств. Наиболее продуктивным оказалось использование психотерапевтических методов.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА ПРИ НАРУШЕНИЯХ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА

С.Ю.Тытюк, Н.С.Робакидзе

ГОУ ДПО СПБМАПО Росздрава
Санкт-Петербург

Актуальность: этиология и патогенез воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), к которым относятся язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), до настоящего времени не установлены, однако ясно, что они протекают в условиях нарушений иммунитета и нередко характеризуются внекишечными проявлениями, в том числе в челюстно-лицевой области. Учитывая вышеуказанные обстоятельства, привлекает внимание состояние факторов местного иммунитета полости рта, на фоне которых развивается стоматологическая патология у пациентов с ВЗК.

Цель исследования: изучение особенностей стоматологического статуса у больных с ВЗК при нарушениях местного иммунитета ротовой полости.

Материалы и методы: проведено клиническое обследование 23 пациентов с верифицированным ВЗК в возрасте от 16 до 69 лет (10 больных с ЯК и 13 больных с БК). Повышенное внимание уделялось осмотру слизистой оболочки щек, преддверия, губ, кончика языка, а также его дорзальной и боковых поверхностей, твердого и мягкого неба, дна полости рта. Молекулярно – биологическим методом (ПЦР) выявляли наличие вирусной инфекции в полости рта (вируса герпеса (ВГ) 1 и 2 типа, вируса Эпштейна – Барр (ВЭБ) и цитомегаловируса (ЦМВ)). Методом проточной цитофлуориметрии с помощью флуоресцентных микрочастиц определяли концентрацию провоспалительных (IL6 и IL8) и противовоспалительного (IL10) цитокинов в ротовой жидкости у всех больных ВЗК.

Результаты: пациенты с ЯК в 80% случаев страдают хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (ХРАС), у 60% пораженных наблюдается хронический катаральный стоматит (КС). У всех обследованных с ЯК выявлены заболевания пародонта в виде гингивита и пародонтита легкой степени (в 20% и 80% случаев от общего количества больных соответственно).

В группе с БК наблюдалась следующая картина: 77% обследованных страдают ХРАС и 69% - КС. Поражения пародонта, также как и у больных с ЯК, отмечены в виде гингивита и пародонтита легкой степени (в 69% и 23% случаев от общего количества пациентов соответственно). В 8% наблюдений в группе с БК патологии пародонта не выявлено.

В группе с ЯК обнаружена высокая распространенность вирусной инфекции (80% случаев). У 60% больных в результате обследования с помощью молекулярно – биологического метода получен ВЭБ, сочетанно с которым в 20% наблюдений выявлен ВГ. У 20% пациентов удалось выявить ЦМВ. В группе с БК в 47% случаев выявлена вирусная инфекция, представленная ВЭБ.

По данным метода проточной цитофлуориметрии, показатели содержания противовоспалительного цитокина IL-10 в ротовой жидкости пациентов обеих групп в целом не отличаются друг от друга и соответствуют нормальным значениям (в группе с ЯК – ср. конц. 4,8 пкг/мл, в группе с БК – ср. конц.5,3пкг/мл). Показатели содержания провоспалительных цитокинов IL-6 и IL-8 в этих группах имеют некоторые отличия между собой (в группе с ЯК – ср. конц. IL-6: 4,1пкг/мл и IL-8: 4578,2пкг/мл; в группе с БК – ср. конц. IL-6: 4,62пкг/мл и IL-8: 3266,9пкг/мл) и существенные отклонения от нормальных показателей.

ХРАС встречается у всех пациентов (100% случаев) с тяжелым течением ВЗК. Также в 100% случаев ХРАС отмечен у больных со стриктурирующей формой поражения кишечника. Такой же высокий показатель (100%) ХРАС отмечен и у принимавших на момент проведения исследования или до него препараты, оказывающие иммуносупрессивное действие (азатиоприн).

В общей выборке больных с ВЗК 65% являются носителями вирусной инфекции ротовой полости. У 78% пациентов диагностирован ХРАС, однако только в 55% случаев от всех пораженных афтозным стоматитом клинические проявления ХРАС совпадают с вирусоносительством. В группе с ЯК это совпадение составляет 75%, а в группе с БК – 40%. По данным клинического обследования, 65% больных с ВЗК имеют проявления в виде КС, из их числа только 60% являются вирусоносителями.

Выводы.

1. Отдельные виды стоматологической патологии на фоне ВЗК характеризуются более высокой частотой встречаемости, к ним относятся ХРАС, КС, воспалительные поражения пародонта.

2. Установлена высокая частота распространения ХРАС у пациентов с тяжелым характером течения основного заболевания, со стриктурирующей формой поражения кишечника и у проходивших иммуносупрессивную терапию с использованием препаратов азатиоприна.

3. Показатели местного иммунитета в значительной мере определяются стоматологическим статусом и не зависят от течения ВЗК.

4. Прямой зависимости между наличием вирусной инфекции и стоматологическими поражениями не выявлено.

ПЕРОРАЛЬНЫЙ ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩИЙ ПРЕПАРАТ УРОВАКСОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО НЕФРОЛОГА

Т.А.Удалова, Н.С.Карташова, С.Л.Тузов

МУЗ "Городская детская поликлиника", ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава

Пенза

Среди заболеваний органов мочевой системы (ОМС) наиболее распространенными являются инфекционно-воспалительные заболевания почек и мочевых путей. Распространенность инфекций мочевой системы в детской популяции составляет до 80% всех заболеваний ОМС. По г. Пенза в 2010г. инфекции мочевой системы (острый и хронический пиелонефрит, инфекции мочевых путей (ИМП) составили 74% в структуре всех заболеваний ОМС.

В этиологии инфекций мочевой системы приоритетное значение имеют бактериальные инфекции. Известно, что наиболее распространенными уропатогенами являются различные серотипы Escherichia coli, составляющие 80-90% внебольничных инфекций.

В настоящее время для санации ОМС от уропатогенов имеется большой выбор антибактериальных препаратов, позволяющих достаточно быстро добиться элиминации бактерий из уротракта ребенка.

Однако, после первого эпизода инфекции мочевых путей примерно у 30% пациентов наблюдается рецидив в течение полугода или года. Наиболее высок риск возникновения рецидива в течение двух месяцев после первого эпизода инфекции мочевых путей. Некоторым пациентам показано длительное лечение антибиотиками или уросептиками в низких дозах для профилактики рецидивирующих инфекций.

Широкое использование антибактериальных препаратов нередко приводит к угнетению иммунных механизмов защиты, появлению резистентных штаммов бактерий и в целом к снижению эффективности лечения и рецидивам инфекции. Все это нацеливает на поиск новых подходов к лечению рецидивирующих инфекций мочевой системы.

Функциональное состояние иммунной системы имеет важное значение в развитии рецидивирующих инфекций. Многократные бактериальные атаки вызывают напряжение, а затем истощение иммунной системы, что в свою очередь ведет к снижению иммунорезистентности и хронизации процесса.

Эффективная защита от уропатогенов во многом определяется состоянием местного иммунитета слизистых уротракта и состоянием общей иммунобиологической защиты организма.

Перспективным направлением явилась концепция формирования местного иммунитета и его влияния на общий иммунитет с использованием иммуностимулирующих препаратов микробного происхождения (бактериальных лизатов).

Иммуностимулирующий пероральный препарат Уро-Ваксом (Astellas, Швейцария) содержит фрагменты лизатов (антигены) из 18 различных серотипов E.coli. Оральное введение антигенов способствует стимуляции локального иммунного ответа не только в лимфоидной ткани кишечника (GALT), но и в тканях слизистых всего организма, в том числе в урогенитальной лимфоидной ткани (UALT).

В ряде исследований [Bosch и соавт.,1988; Nauch и соавт.,1991 и др.] было показано, что Уро-Ваксом активирует механизмы иммунной защиты орга-

низма через слизистую основных мукозальных систем (MALT, GALT, UALT) и поддерживает активность этих механизмов на высоком уровне. Уро-Ваксом стимулирует клеточный и гуморальный иммунитет, в результате чего укрепляется естественная защита организма от ИМП. Уро-Ваксом стимулирует выделение иммуноспецифичного Ig к тем штаммам E.coli, которые входят в его состав, повышает синтез секреторного Ig A.

Исследования Staats и соавторов (1994) показали, что активация иммунного ответа слизистых оболочек эффективна как для профилактики инфекций на поверхности слизистой, так и для запуска иммунного ответа всего организма.

В клинических исследованиях как у взрослых [Frey и соавт., 1986; Hachen, 1990 и др.], так и детей [Lettgen, 1996; Czerwionka-Szaftarsca и Pawlowska, 1996] была показана эффективность Уро-Ваксома в комплексном лечении острых и рецидивирующих инфекций мочевых путей.

Под нашим наблюдением в течение 6 месяцев находилось 25 детей в возрасте от 4 до 10 лет с диагнозом "хронический пиелонефрит" и "рецидивирующая инфекция мочевых путей", которым был проведен курс иммуноактивной профилактики рецидивов инфекции препаратом Уро-Ваксом по схеме: одна капсула (6 мг) ежедневно натощак в течение 3-х месяцев. После лечения продолжалось наблюдение в течение еще 3-х месяцев.

Критериями оценки эффективности препарата являлись показатели повторных эпизодов ИМП, бактериурия, частота применения антибиотиков. Сравнение по этим показателям проводилось за период - 6 месяцев до и после лечения препаратом.

Результаты наблюдения показали: у всех 25 пациентов частота рецидивирующих ИМП в течение 6 месяцев наблюдения была значительно ниже, чем в течение 6 месяцев до лечения. У половины пациентов (53%) не возникало повторных эпизодов ИМС. До лечения Уро-Ваксомом у большинства пациентов возникали рецидивирующие инфекции 2-3 раза в течение 6 месяцев, а во время наблюдения это случалось 0-1 раз. Общий показатель бактериурии значимо снизился после окончания лечения у всех детей. Отмечено уменьшение дизурических расстройств как во время, так и после лечения препаратом. Сопутствующее применение антибиотиков и уросептиков было значительно более редким на всем протяжении наблюдения. Уро-Ваксом хорошо переносился, только в 1 случае отмечены незначительные нарушения со стороны ЖКТ.

Пероральный иммуностимулирующий препарат Уро-Ваксом повышает уровень антимикробной защиты мочевых путей и может использоваться у детей в качестве иммуноактивной профилактики рецидивирующих инфекций мочевой системы.

КСАНТОМА – МАРКЕР РАННЕГО РАКА?

Е.О.Фадина, О.И.Корогодина

МУЗ «Городская больница №2», КДЦ ПОКБ им Н.Н.Бурденко

Пенза

Цель работы: Изучить частоту и закономерность сочетания ксантом с атрофическим гастритом и ранним раком желудка. Может ли быть ксантома диагностическим маркером или сателлитом предраковых изменений слизистой оболочки желудка (атрофия, кишечная метаплазия, дисплазия) и раннего рака желудка.

Материалы и методы: Материалом для исследования послужили результаты эндоскопического обследования больных с атрофическим гастритом и ранними формами рака кишечного типа. Исследования проводились стандартными фиброскопами, видеоэндоскопами серии V-70 (Olympus). Изучались визуальные картины, эндоскопические заключения, гистологические исследования биопсийного материала, видео- и фото-документации.

Результаты: Ксантома желудка (gastric xanthoma, gastric xanthelasma) – доброкачественное образование, клиническое значение которого на сегодняшний день остается неясным. Проблема ксантоматоза крайне скудно отражена в литературе. Макроскопически ксантомы представлены единичными или множественными пятнами или слегка возвышающимися плоскими или чечевицеобразными образованиями размером от 0,1 до 1,5 см. Цвет их варьировал от белого до бледно-желтого и оранжевого. Гистологически ксантомы представлены скоплением пенистых клеток (макрофагов), содержащих липиды. Обычно располагаются в собственно слизистом слое, но иногда доходят до собственно мышечной пластинки. Локализуются чаще в нижней трети тела и антральном отделе желудка, но в зависимости от выраженности дуоденогастрального рефлюкса встречаются и в верхних отделах. Локализация ксантом и рака по отделам желудка совпадает лишь в 55% случаев. Этиопатогенез ксантоматоза неизвестен, но существует взаимосвязь ксантоматоза с гиперлипидемией атрофическим гастритом, сахарным диабетом. Существует мнение, что наличие ксантоматоза может быть маркером патологических возрастных изменений слизистой оболочки желудка.

Обнаружена взаимосвязь ксантоматоза с хроническим гастритом, полипами, ранним раком желудка, кишечной метаплазией, т.е. с предраковыми состояниями желудка. По данным Романова В.А., ксантомы чаще встречаются у пациентов среднего и пожилого возраста на фоне атрофического гастрита с дуоденогастральным рефлюксом и кишечной метаплазией, в 70% случаев – при раннем раке желудка кишечного типа. Автор считает, что ксантомы могут быть зачислены в сателлиты раннего рака. По результатам наших исследований ксантомы встречаются в 47% случаев при кишечном типе раннего рака желудка. Также мы изучали частоту и роль ксантом желудка у больных с атрофическим гастритом. Нами было обследовано 87 больных (37 мужчин и 50 женщин) с диагнозом атрофический гастрит. С учетом выраженности морфологических изменений слизистой оболочки желудка были выделены следующие группы: 1 группа – атрофия слизистой оболочки (57 больных); 2 группа – атрофия и кишечная метаплазия слизистой оболочки желудка (21 больной); 3 группа – атрофия, кишечная метаплазия и дисплазия слизистой оболочки желудка (9 боль-

ных). Ксантомы желудка были выявлены только у больных с атрофическим гастритом в 10,7% случаев. Размеры в среднем до 3-5 мм в D. Частота ксантоматоза в первой группе составила 5,4%, во второй – 12,3%, в третьей – 24% случаев. В 1 группе характерна локализация только в антральном отделе, во 2 и 3 группах – по разным отделам желудка. По мере усиления структурных морфологических изменений слизистой оболочки предраковой направленности у больных с атрофическим гастритом происходило и увеличение частоты и распространенности ксантоматоза желудка. К сожалению, большинством эндоскопистов ксантомам не уделяется должного внимания и они не фиксируются и не отображаются в эндоскопических протоколах.

Выводы:

1) Проведенный анализ дает основание считать ксантоматоз желудка важным эндоскопическим признаком.

2) Частота и распространенность ксантоматоза растет с увеличением морфологических изменений слизистой оболочки и сочетается с выраженностью микроскопических атрофических изменений слизистой оболочки желудка, с кишечной метаплазией и дисплазией слизистой оболочки желудка, с выраженностью дуоденогастрального рефлюкса.

3) Ксантомы часто встречаются и, совершенно необязательно, сочетаются с раком желудка, но при раннем раке кишечного типа встречаются в 47% случаев.

4) Выявление ксантоматоза желудка говорит о необходимости динамического эндоскопического и морфологического обследования больных с целью выявления ранних форм рака желудка.

5) Ксантома, атрофический гастрит, дуоденогастральный рефлюкс должны сразу насторожить врача-эндоскописта на поиск очагов неоплазии и раннего рака желудка.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФЛУКОНАЗОЛА В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗНЫХ ЭЗОФАГИТОВ

Е.О.Фадина, А.В.Новичков, О.И.Корогодина

МУЗ «Городская больница №2», КДЦ ПОКБ им Н.Н.Бурденко
Пенза

Цель работы: Изучить опыт применения препарата флуконазола в лечении эрозивных эзофагитов, имеющих оппортунистическую инфекцию – микоз.

Материалы и методы: Оппортунистические инфекции – актуальная проблема современной гастроэнтерологии. Микозы органов пищеварения могут быть вызваны различными микроскопическими грибами, однако первое место по частоте поражений желудочно-кишечного тракта, безусловно, занимает кандидоз.

Кандидоз пищевода встречается у больных с эрозивными эзофагитами в 10-12% случаев, у страдающих сахарным диабетом в 25-30%. Среди местных

факторов риска могут быть ожог, ахалазия, дивертикулез, полипоз пищевода и др. Характерными жалобами являются дисфагия, одинофагия, ретростернальный дискомфорт, однако встречается и латентное течение заболевания. Эндоскопические признаки кандидоза пищевода: гиперемия и контактная ранимость слизистой оболочки, фибринозные налеты различной локализации, конфигурации и размеров. Среди всего разнообразия визуальных признаков кандидоза пищевода можно выделить три группы типичных изменений.

Катаральный эзофагит. Наблюдают диффузную гиперемию различной степени (от слабовыраженной до яркой) и умеренный отек слизистой оболочки. Характерным эндоскопическим признаком является контактная кровоточивость слизистой оболочки, иногда – с образованием нежного, белесоватого («паутинообразного») налета на слизистой оболочке. Эрозивных изменений не отмечают.

Фибринозный (псевдомембранозный) эзофагит. Наблюдают бело-серые или бело-желтые рыхлые налеты в виде округлых бляшек диаметром 1-5 мм, выступающие над ярко гиперемированной и отечной слизистой оболочкой. Контактная ранимость и гиперемия слизистой оболочки заметно выражены.

Фибринозно-эрозивный эзофагит. Характерно наличие грязно-серых «бахромчатых» налетов в виде «лент», расположенных на гребне продольных складок пищевода. При инструментальном отделении таких налетов обнажается эрозированная слизистая оболочка. Эрозии могут быть округлой или линейной формы, чаще от 0,1 до 0,4 см в диаметре. Слизистая оболочка пищевода крайне ранима, отечна и гиперемирована. Выраженные изменения слизистой оболочки иногда препятствуют полноценному эндоскопическому осмотру пищевода (кровотечение, боль и беспокойство пациента, стеноз пищевода, вызванный отеком).

Золотой стандарт диагностики кандидоза слизистых оболочек – обнаружение псевдомицелия Candida при морфологическом исследовании. С целью обнаружения псевдомицелия используют морфологические микологические методы: цитологический – с окраской мазков по Романовскому-Гимзе и гистологический – с окраской биоптатов ШИК-реакцией, обнаружение бластомицетов, как правило, свидетельствует о кандидоносительстве, а обнаружение псевдомицелия позволяет подтвердить диагноз «кандидоз».

Нами в течение пяти лет набиралась группа пациентов страдающих ГЭРБ, эрозивными эзофагитами, у которых цитологически выявлены мицелий гриба рода Candida. Среди 61 больного получавшего флуконазол, 34 имели эзофагит стадии А по Los Angeles, 14 больных имели поражение пищевода стадииВ по Los Angeles, у 9 больных эндоскопическая картина соответствовала С стадии и 4 имели стадию D по Los Angeles. Среди них 42 больных имели следующие сопутствующие заболевания сахарный диабет(30),бронхиальная астма, в лечении которой используются аэрозольные глюкортикостероиды (4), хронические заболевания мочевых путей, как правило, на фоне длительного применения антибиотиков (8).

Результаты: Всем пациентам был назначен флуконазол в дозировке 200 мг/сутки на 10 дней в комплексной терапии, состоящей из ингибитора протонного насоса прокинетика. Клинический эффект получен в 100% случаев. 8 из 61 человек получали флуконазол в комбинации с антибактериальными препаратами (защищенные полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, аминогликозиды) по поводу развившейся смешанной грибково-бактериальной инфекции, на фоне основного заболевания. Доза препарата составляла 200-400 мг в сутки, длительность курса лечения до 14 суток. Клинический эффект комбинаций составил 100%. 4 из 61 больного страдавших эрозивным эзофагитом получали флуконазол по поводу кандидоза пищевода, развившегося на фоне гормональной терапии Эффект получен в 100% случаев. В последующем больным проводилась контрольная эзофагогастродуоденоскопия через 1 год. Среди 61 пациента, которым был назначен флуконазол в составе комплексной терапии, рецидив кандидозного поражения пищевода произошел в 3х случаях.

Выводы: Таким образом, опыт использования препарата флуконазол (Микосист, Дифлазон) у больных с эрозивными эзофагитами, имеющих оппортунистическую инфекцию-микоз, способствует купированию эрозивного процесса в пищеводе и стойкой ликвидации кандидозного поражения пищевода.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

А.В.Федин, Н.К.Починина, М.И.Дулатова, А.В.Шалашов

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

Рентгенографический метод исследования околоносовых пазух в практике врача-оториноларинголога, несмотря на развитие современных методов лучевой диагностики, продолжает оставаться актуальным, востребованным, менее дорогостоящим и более доступным.

В странах Европейского союза при диагностике и лечении риносинуситов руководствуются согласительным документом EPOS (European Position Paper On Rhinosinusitis And Nasal Polyps) - европейское соглашение по риносинуситу и полипозу носа (последний пересмотр опубликован в журнале Rhinology в 2007).

В европейской модели здравоохранения пациент с симптомами синусита обращается к врачу общей практики, который ставит диагноз на основании наличия двух или более клинических признаков:

- заложенность носа, нарушение носового дыхания;
- выделения из носа, постназальные выделения;
- лицевая боль/ чувство давления;
- снижение или отсутствие обоняния.

Рентгенологическое обследование при этом не рекомендовано.

При остром процессе у взрослых пациентов вопрос о рентгенологическом обследовании ставится только в случае двух недель безуспешного лечения антибиотиками и топическими глюкокортикоидами при направлении к оториноларингологу.

В случае хронического процесса у взрослого (по EPSOS 2007- наличие симптомов более 12 недель) пациент в течение 4 недель лечится у врача общей практики, затем 3 месяца у оториноларинголога, прежде чем ему будет назначена компьютерная томография околоносовых пазух. Рентгенография не рекомендована из-за «малой информативности о состоянии околоносовых пазух».

При риносинуситах у детей компьютерная томография и рентгенография как метод диагностики не используются.

Приведенные ниже клинические примеры демонстрируют необходимость раннего использования метода рентгенографии околоносовых пазух при острых и хронических синуситах.

Больной Н., 36 лет. Обратился к оториноларингологу с жалобами на заложенность носа, выделения из носа, боль и чувство давления в области лба. Больным себя считает в течение двух недель. Объективно: слизистая оболочка полости носа отечна, с синюшным оттенком, свободного отделяемого нет. Пациенту выполнена рентгенография околоносовых пазух в носоподбородочной проекции с открытым ртом по Ватерсу. На рентгенограмме: участок уплотнения костного вещества межпазушной перегородки лобных пазух овальной формы, размерами 10 на 6 мм с четкими ровными контурами; округлая тень средней интенсивности с четкими ровными контурами, занимающая нижние и средние отделы левой лобной пазухи размерами 2 на 2 см; округлая тень средней интенсивности в правой лобной пазухе с четкими ровными контурами, прилежащая к межпазушной перегородке размерами 11 на 9 мм (рис. 1).

Рисунок 1. Диагноз: Остеома межпазушной перегородки лобных пазух, кисты правой и левой лобных пазух. Больному произведена операция : левосторонняя фронтотомия и удаление патологических образований из пазухи.

Больной К., 58 лет. Беспокоят головная боль, выделения из носа, затруднение носового дыхания. Хроническим фронтитом страдает около 17 лет. 7 месяцев назад перенес радикальную операцию на левой лобной пазухе, после чего значительного улучшения не отмечал. Объективно: послеоперационный рубец над левой бровью, при передней риноскопии - отек и гиперемия слизистой оболочки левой половины полости носа, в среднем носовом ходе скудное слизисто-гнойное отделяемое. Пациенту выполнена рентгенография околоносовых пазух в носоподбородочной проекции с открытым ртом по Ватерсу. На рентгенограмме: субтотальное затемнение левой лобной пазухи. В левой лобной пазухе у межпазушной перегородки определяется дополнительная тень металлической плотности (инородное тело) продолговатой формы размерами 8 на 3 мм.

При ревизии левой лобной пазухи удален обломок хирургической ложки (рис. 2, 3).

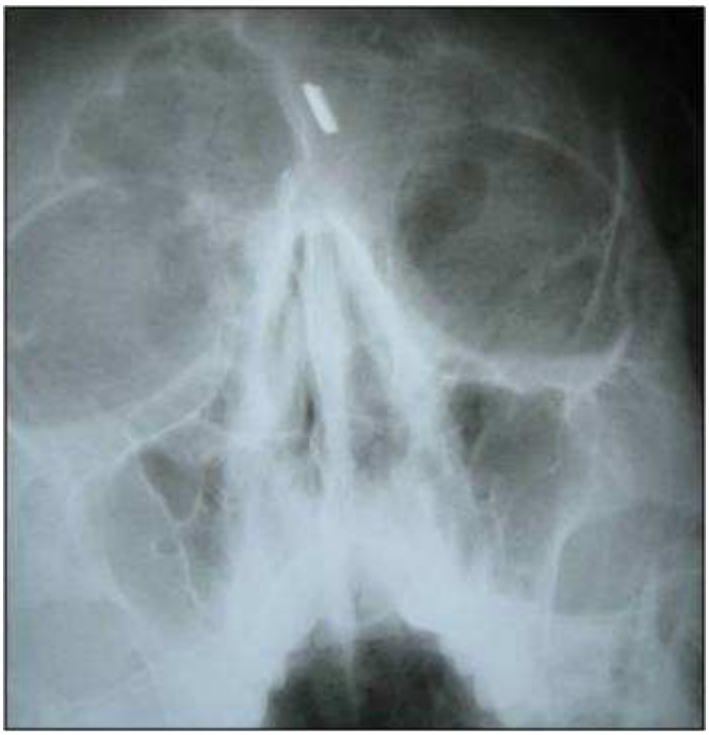


Рисунок 2.

Рисунок 3.

И в первом и во втором случаях жалобы больного, анамнестические и объективные данные, не подкрепленные рентгенологическим обследованием, требовали постановки диагноза риносинусит (в первом случае острый, во втором хронический) и проведения длительного и неэффективного консервативного лечения. В итоге хирургическое вмешательство состоялось бы со значительной задержкой и доза полученных за курс лечения антибактериальных препаратов была бы много больше полученной пациентами.

Выводы:

1. Рентгенографическое исследование околоносовых пазух - информативный и доступный метод исследования.
2. Ряд заболеваний (новообразования, инородные тела, кисты околоносовых пазух) не имеет специфических клинических проявлений, симулируя симптомы риносинусита.
3. Выполнение рентгенографии околоносовых пазух на раннем этапе позволяет избежать диагностических ошибок и назначить адекватное лечение.

О ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ СКРИНИНГЕ СОСТОЯНИЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ В РАБОТЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

О.В.Филиппова, Т.М.Глебова, Г.А.Смольянинова, А.Н.Шелудько, Е.А.Арсенкина, В.С.Иванова

ГУЗ ПОДБ им.Н.Ф. Филатова», ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Цитологический скрининг в комплексе врачебных мероприятий проводится в соответствии с приказом МЗ и социального развития РФ от 2 октября 2009 года № 808н «Об утверждении оказания акушерско-гинекологической помощи» для выявления женщин с подозрением на заболевания ряда локализаций женской половой сферы. В связи с этим в клинико-диагностическом отделении ГУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им.Н.Ф. Филатова» исполняется комплексная диагностика с использованием различных методов исследования (кольпоскопия, цитологическое иссл6едование, иммуноферментный анализ и др.).

Цитологическому обследованию подвергались женщины не зависимо от возраста. В задачи врачей, проводящих цитологический скрининг, входило выявление состояния косвенной характеристики гормонального статуса женщины, выявление инфекции и онкопатологии. Это позволяет акушер-гинекологам формировать группы диспансерного наблюдения:

- 1группа – здоровые женщины без отклонения в физиологических функциях;
- 2 группа – здоровые женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы;
- 3 группа – женщины с хроническими заболеваниями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы;
- 4 группа – женщины с нарушением репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие).

Материал взят из задне-бокового свода влагалища женщины, с шейки матки и из цервикального канала с помощью пластиковой щеточки Cervex-Brush. Окраска мазков произведена по методу Романовского. Метод дает четкое

прокрашивание ядер, структуры их хроматина и бактериальной флоры. Данные цитологического исследования вносились в форму №446/у, утвержденную приказом МЗ РФ № 174 от 24.04.2004года и в бланки КДЛ.

Проведен цитологический анализ за период 2010 года. Нами было исследовано 4 199 гинекологических мазков, из которых 1522 было отнесено к патологическим. Это составило 36,2%. Проведен метод ИФА-диагностики на выявление хламидийной инфекции и уреаплазмоза от 816 женщин.

Гормональная оценка статуса проводилась беременным по вагинальным мазкам с описанием фона, индекса созревания эпителия вагины и кариопикнотического индекса.

О дисбактериозе вагины судили по выявлению бактериального вагиноза, который составил от всех обследованных женщин 9,6%. К этой же группе состояний относились и другие. Дрожжевой кольпит, составил 3,57%. Уреаплазмоз выявляли с помощью ИФА-диагностики. При обследовании 816 женщин на уреаплазмоз определено 14 с высоким титром IgM, что говорит о массивности дозы их поражения уреаплазмами. Из общего количества у 151 женщин имелся выработанный иммунитет по IgG.

Относящиеся же в группу дисбактериозов неспецифические вагиниты определены в 10,7% случаев. Дисбиотические нарушения состава микрофлоры поддерживают патологические процессы, снижают естественную защитную функцию влагалища, являясь реальной угрозой для возникновения тяжелых патологических процессов.

Специфические воспалительные процессы определены в следующем проценте случаев: хламидиоз – 0,14%, трихомонадный кольпит - 0,28%, папиломовирусная инфекция - 0,07%. Показатель острого хламидиоза полностью подтверждался проведением метода ИФА-диагностики.

Патологические состояния эпителия были обнаружены в виде картины пролиферативно-дегенеративных процессов у 18,1% обследованных женщин. В основном контингент обследованных женщин принадлежал к пожилой возрастной группе (климактерический период). У них в мазках иногда наблюдали клетки плоского эпителия с атипией неясного значения, койлоциты, явления дискариоза, паракератоза, вакуолизации цитоплазмы. Редкие подобные находки для постановки данного диагноза обнаруживались у женщин репродуктивного возраста.

Умеренные и выраженные диспластические процессы выявлены при обследовании у женщин в 0,85% случаев. Этим женщинам рекомендовался цитологический и гистологический контроль в специализированном учреждении, имеющим лицензию и специалистов соответствующего профиля.

Проводимый цитологический скрининг, особенно у беременных, позволяет во время выявлять и предотвращать патологию женской половой сферы.

О ПРЕПОДАВАНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ИНОСТРАННЫМ СТУДЕНТАМ НА КАФЕДРЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ГОУ ВПО КАЗАНСКИЙ ГМУ РОСЗДРАВА

Н.М.Хакимов

ГОУ ВПО Казанский ГМУ Росздрава
Казань

Преподавание эпидемиологии остается одной из приоритетных направлений медицинской школы. Причиной тому не только довольно напряженная эпидемическая обстановка в нашей стране и за рубежом, необходимость применение накопленного теоретического потенциала для профилактики неинфекционных заболеваний, но и сохранение и передача уникального багажа знаний отечественной школы эпидемиологов зарубежным специалистам.

Преподавание эпидемиологии иностранным студентам было начато на кафедре эпидемиологии Казанского государственного медицинского университета в 1994 году. Сначала программа и методика преподавания не отличалась существенно от преподавания этой дисциплины российским учащимся. На лечебном факультете курс эпидемиологии инфекционных заболеваний читался в девятом семестре, эпидемиологии ВИЧ-инфекции – в одиннадцатом семестре и курс эпидемиологии неинфекционных болезней и доказательной медицины – в двенадцатом семестре. В конце каждого семестра студенты получали зачет на основе результатов посещения лекций и оценке знаний и навыков на практических занятиях. Иностранные студенты обучались вместе с российскими гражданами в одних и тех же академических группах, поэтому на начальном этапе преподавания эпидемиологии в девяностые годы не удавалось достигнуть какой-либо специализации или говорить об учете национальных особенностей учащихся.

Новый этап в образовательном процессе в Казанском государственном медицинском университете начался в 2002 году в связи с приемом на первый курс англоговорящих студентов и начала преподавания основных предметов образовательной программы на английском языке. Начиная с первого курса, обучение было построено по комбинированному фронтально-цикловому методу, когда наряду с обычным чередующимся расположением предметов в недельном расписании студентов применялось и сплошное преподавание одной дисциплины в течение нескольких дней с последующим сдачей зачета. Другой особенностью организации учебного процесса для англоговорящих студентов было формирование отдельных небольших по численности академических групп по 8-12 человек отдельно от российских учащихся. Это наряду с положительными моментами, такими как возможность учета национальных особенностей в преподавании, корректировка учебной программы в связи с местными организацией здравоохранения и эпидемической ситуацией, более индивидуальный подход по сравнению с русскоговорящими группами, имело и отрицательные стороны, например, затрудненную интеграцию англоговорящих студентов в студенческий социум, сохранение языкового барьера в общении со

студентами и преподавателями, недостаток учебной медицинской литературы на английском языке и как следствие, появление острой насущной необходимости создания методических разработок к практическим занятиям, тезисов лекций на английском языке, повышенная нагрузка на преподавателей др.

Первое знакомство с изданного в Индии учебником по профилактической медицине и эпидемиологии для студентов медицинских вузов под редакцией Парка показало наличие уважительного отношения к достижениям российских и советских ученых в профилактике инфекционных болезней, признание безусловного приоритета и достоинства профилактической направленности русской медицины конца 19 – начала 20 веков. В книге достаточно подробно изложен раздел, посвященный изложению описательного, аналитического и экспериментального методов эпидемиологии. В учебнике удалось избежать повторений, несмотря на то, что в одном издании были объединены общая, частная и неинфекционная эпидемиология, организация здравоохранения, гигиена водоснабжения, питания, детей и подростков, коммунальная, медицина труда.

Пристальное сравнение данного учебника с отечественными аналогами показало наличие принципиальных отличий в понимании основ эпидемиологии инфекционных заболеваний между основоположниками советской, а затем российской школы эпидемиологов и зарубежными эпидемиологическими школами. В издании не нашли отражения положения эпидемиологических концепций советского периода, составляющие основу преподавания эпидемиологии в российских вузах: учений об эпидемическом процессе Л.В.Громашевского, о природной очаговости Е.Н.Павловского, иерархии эпидемического процесса Б.Л.Черкасского, саморегуляции эпидемического процесса В.Д.Белякова, теории соответствия И.И.Покровского и Ю.П.Солодовникова. При этом материал учебника по эпидемиологии не избежал наличия противоречий и недостатков. Например, в учебнике приводится классификация путей передачи, разработанная экспертами ВОЗ, однако раздел, посвященный частной эпидемиологии отдельных нозологических форм заболеваний, построен по принципу классификации инфекционных болезней по Л.В.Громашевскому как наиболее удобной и логически обоснованной! Отсутствие в руководстве основных положений об иерархическом строении эпидемического процесса привело авторов руководства к противоречию в изложении понятия об эпидемиологической триаде: в одном месте она звучит как «этиологический агент – путь передачи – восприимчивое население», а в другом, как «источник инфекции – путь передачи – восприимчивое население».

С учетом выше изложенного программа преподавания эпидемиологии для англоговорящих студентов была скорректирована с упором на доведение до слушателей достижений советской и российской школы эпидемиологов, необходимости интеграции отечественных достижений в международную образовательную систему преподавания данной дисциплины.

Форма преподавания наряду с традиционно применяющимися лекционными и практическими занятиями была дополнена проведением учебных мини-

конференций, решением ситуационных задач, просмотром учебных видеофильмов и ежедневным тестированием на компьютере.

Примененные инновационные технологии преподавания позволили достигнуть высокого качества усвоения учебного материала. По результатам национального тестирования выпускников зарубежных медицинских вузов министерством здравоохранения Индии выпускники ГОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет Росздрава показали наивысшие результаты среди выпускников российских вузов.

ПРОБЛЕМА ГАЛИТОЗА В ГИГИЕНИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

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. Галитоз – это устойчивый неприятный запах воздуха, который выдыхает человек.

Цель исследования: изучение влияния различных методик гигиены полости рта на этапах коррекции галитоза в условиях стоматологической клиники.

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 человека (51,1% наблюдений) на основании жалоб на неприятный запах изо рта и наличия стоматологической патологии. Вторую группу составили 12 пациентов (26,7% случаев) на основании жалоб на неприятный запах изо рта при наличии стоматологической патологии и хронического тонзиллита. Третью контрольную группу составили 10 человек (22,2%) - это обследуемые, которые не предъявляли жалоб на неприятный запах изо рта, но имели стоматологические заболевания.

У всех пациентов проводилось клиническое обследование, включающее подробный сбор анамнеза и анкетирование, изучение стоматологического статуса, определение индекса гигиены полости рта (OHI-S;Грин, Вермиллион,1969), для исследования налета на языке использование индекса WTC (Winkel Tongue Coating, предложенный E.Winkel в 1998 году), проведение специфических тестов с флоссом и с салфеткой, регистрация концентрации летучих сернистых соединений (ЛСС) с помощью диагностического аппарата Halimeter (США).

Коррекция галитоза проводилась в двух группах обследуемых по следующему плану:

- в группе № 1 сначала осуществлялась профессиональная гигиена и обучение навыкам индивидуального ухода за зубами и языком, включающее в себя очищение зубной щеткой, использование зубной нити и очищение языка с по-

мощью набора «Silver care». Через 2-3 недели проводились повторный осмотр и галиметрия, и, в случае, если показатели не приходили в норму, назначались дополнительные препараты: ополаскиватель «President» (с хлоргексидином в концентрации 0,12%, не содержащий спирта; не более 2-3 недель), зубная паста и ополаскиватель «Air-lift» на основе натуральных природных компонентов, сроки использования которых не ограничены, а так же проводилась санация полости рта и лечение у врача-пародонтолога.

- в группе № 2 пациенты проходили курс лечения хронического тонзиллита у врача-оториноларинголога и, по показаниям, дополнительно проводены стоматологические мероприятия, описанные для группы № 1.

Результаты исследования: выявлено, что все пациенты нуждаются в проведении санации полости рта, что подтверждено следующими показателями:

- индекс гигиены более 1 выявлен у 40 пациентов, что соответствует 88,9% наблюдений,

- индекс WTC больше 6 выявлен в 35 случаях, что соответствует 77,8%,

- тесты с флоссом и с салфеткой положительны у 32 пациентов, что составило 71,1% наблюдений.

Установлено, что концентрация ЛСС в выдыхаемом воздухе более 170 ppb наблюдалась у всех больных 1 и 2 групп при социально приемлемом уровне равном от 120 до 170.

В первой группе после проведения начальных мероприятий (профессиональная и индивидуальная гигиена) социально приемлемый уровень концентрации ЛСС был достигнут только у 4 пациентов (8,9%), остальные 19 больных (42,2%) нуждались в более полном стоматологическом лечении, а так же использовании ополаскивателя «President» и зубной пасты и ополаскивателя «Air-lift».

Во второй группе после проведения курса лечения у врача-оториноларинголога произошло снижение концентрации ЛСС в выдыхаемом воздухе, что, однако, оказалось недостаточным для достижения социально приемлемого уровня. Добавление в комплекс лечебных мероприятий стоматологической коррекции в объеме профессиональной гигиены и санации полости рта, обучения навыкам индивидуального ухода за зубами и языком, снизили галиметрические показатели до нормальных значений.

Третью контрольную группу составили 10 человек (22,2%), пациенты, имеющие стоматологические проблемы без ЛОР-патологии и без признаков галитоза.

Выводы: полученные результаты позволяют сделать вывод, что одним из предрасполагающих факторов в возникновении галитоза является комбинация неудовлетворительного состояния полости рта, гигиены полости рта и хронического тонзиллита. Следует отметить, 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, в том числе и гигиенистов стоматологических, а также оториноларингологов дает долгосрочный положительный результат.

СТАТУС СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА

В.И.Цокуренко

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Конституция РФ каждому гражданину гарантирует право на охрану и укрепление собственного здоровья. Это право реализуется через социальную политику государства.

Изменения в состоянии общественного здоровья, произошедшие в стране за последние годы, высокие технологии, появившиеся в деятельности ЛПУ, требуют по-новому организовать деятельность системы здравоохранения и работу каждого врача.

Социальный статус врача – это совокупность прав и обязанностей, социальных ожиданий, форм и объемов материального и морального вознаграждения устойчивых нормативных форм поведения.

Статус врача в системе здравоохранения определяется в первую очередь официальной социальной позицией этой профессии, формируемой государственной политикой (образование, официальный престиж профессии и т.д.).

Можно выделить следующие составляющие статуса врача:

1. Экономическая.
2. Профессионально-должностная.
3. Престижность.
4. Социально-психологическая.

Профессиональная карьера: это сознательно выбранный и реализуемый человеком путь профессионального или должностного продвижения, результатом которого является достижение определенного «желаемого» статуса. Профессиональную карьеру врача определяют множество факторов, влияющих на его должностной и квалификационный статус.

Специфика трудовой деятельности врача определяется рядом условий:

- быстрое устаревание получаемых знаний, и как следствие, необходимостью в постоянном повышении ими профессионального уровня;
- официальные показатели профессионального роста врача существенно не дифференцированы и фактически сводятся к делению на врача «второй», «первой» и «высшей» категории.

Экспертные интервью показали, что в повышении квалификационного статуса заинтересован в первую очередь сам врач. Отношение администрации ЛПУ к этому противоречивое.

С одной стороны, она заинтересована в повышении квалификации своего персонала. С другой стороны – у администрации ЛПУ возникают кадровые проблемы.

В условиях недостаточного бюджетного финансирования возникают сложности материального плана с оплатой учёбы, повышения квалификации, переобучения.

Таким образом, профессиональный рост становится исключительно элементом самоорганизации врача.

Успех – это не просто удача, он должен быть ценностно поддержан обществом и сопровождается эквивалентной моделью подкрепления и вознаграждения.

В структуре успеха можно выделить три основных момента:

- успех оценивается (существует некая система мер);
- успех отмечается (существует набор символов, определяющих это понятие);
- успех признаётся (существует «Жюри», которое и даёт оценку).

Все эти критерии оценки входят в структуру мотивации человека, направляют его активность и ложатся в основу стратегии достижения карьерного роста.

Престижность.

Престижной может быть как специальность, так и место работы.

В настоящее время верхушку престижной иерархии занимают коммерческие, платные и частные ЛПУ. Существующая на сегодняшний день престижная иерархия является дополнительным стимулом утечки лучших врачебных кадров из государственной медицины в платную.

Престиж профессии и престиж рабочего места формируются по разным основаниям. Для первого более важны образование, квалификация и специализация. Для второго – конкретные показатели, предложения на рынке медицинских услуг.

Уровень дохода врача крайне низок, что заставляет их уделять намного больше внимания своему материальному положению, чем здоровью пациента и отношению с коллегами. Частными следствиями вынужденной погони «за дополнительным заработком становятся:

- Заниженная самооценка.
- Плохое психологическое самочувствие.
- Физические перегрузки и усталость.

Равенство всех перед болезнью требует полной профессиональной включённости независимо от личности, статуса и финансовой состоятельности больного.

Качество работы врача – это эффективность приёма пациентов и лечения больных. Чем профессиональнее врач, чем в большей степени он включен в контекст новейших врачебных практик, тем более эффективными должны быть результаты его лечебных манипуляций.

Актуальность корректного, своевременного и эффективного лечения должна стимулироваться следующими факторами:

- Врачебное призвание.
- Высокий статус и престиж профессии.
- Профессиональная корпоративность.
- Репутация врача и лечебного учреждения.

Именно таким образом сегодня выглядит статус современного врача, и чтобы его достичь необходимо очень много и серьёзно над собой работать, особенно в свете предстоящего очень глубокого реформирования здравоохранения.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНОГО ЗОБА

А.Ю.Цуркан

ГОУ ВПО ВГМА им. Н.Н.Бурденко Росздрава
Воронеж

Проблема рецидивного зоба остается актуальной, несмотря на многочисленные исследования ученых ведущих клиник. Количество операций на щитовидной железе сохраняется на высоком уровне. Число больных с рецидивами колеблется от 0,5% до 26%.

Цель исследования – провести анализ причин развития рецидивного зоба и разработать комплекс лечебных и профилактических мероприятий.

Нами изучены результаты хирургического лечения 254 больных с различными формами зоба оперированных в Воронежской областной клинической больнице №1. Рецидивный зоб после операции развился у 45 (17,7%) пациентов. Женщин было 42 (93,3%), мужчин - 3 (6,7%). Клинические симптомы рецидивного зоба соответствовали симптомокомплексу, предшествовавшему первичной операции, при этом выраженность тиреотоксических проявлений была сглажена.

Обследование больных рецидивным зобом включало: клинические, лабораторные, радиоизотопные, ультразвуковые, рентгенологические методы исследования, в том числе компьютерную и магнитно-резонансную томографию при загрудинной локализации зоба. Всем больным проведена прицельная тонкоигольная пункционная биопсия с последующим цитологическим исследованием. Тонкоигольная пункционная биопсия позволяла выявить аденоматозные узлы, исключить злокачественный рост, выбрать тактику дальнейшего лечения.

Рецидивный зоб с симптомами тиреотоксикоза установлен у 10 (22,2%) больных, из которых 7 были с диффузным токсическим зобом и 3 – со смешанным тиреотоксическим зобом. Рецидивный зоб без признаков тиреотоксикоза выявлен у 32 (71,1%), аутоиммунный тиреоидит – у 3 (6,6%) человек. Наибольшее количество рецидивов (26,7%) установлено через 10 лет после операции.

При анализе выполненных первичных операций у больных с узловыми образованиями щитовидной железы выявлено, что рецидивный зоб диагностирован у 48,9% больных после частичных резекций, после субтотальной резекции щитовидной железы рецидивный зоб развился в 17,8% случаев, после гемитиреоидэктомии с субтотальной резекцией другой доли – у 11,1% больных. Рецидивов заболевания не выявлено после предельно-субтотальной резекции и тиреоидэктомии. При узловых формах зоба рецидив возникает из-за появления новых или роста недиагностированных во время первичной операции мелких узлов.

При диффузном токсическом зобе рецидив обнаружен у пациентов, оперированных в объеме субтотальной резекции щитовидной железы. Причинами рецидива при диффузном токсическом зобе стало нерадикальное удаление тиреоидной ткани, избыточная стимуляция тиреоидного остатка тиреотропным гормоном гипофиза с увеличением массы оставшейся части ЩЖ при некомпенсированном послеоперационном гипотиреозе.

Повторная операция выполнялась пациентам с рецидивом узлового зоба при подозрении на злокачественный процесс, фолликулярную опухоль, при многоузловом тиреотоксическом зобе, при выявлении загрудинного расположения рецидивного зоба. В случае рецидива диффузного токсического зоба повторная операция была проведена при больших размерах зоба, наличии противопоказаний к антитиреоидной терапии и лечению радиоактивным йодом.

Морфологическая структура рецидива узлового зоба совпала с результатами первичного гистологического исследования в 62,7% случаях. У остальных 37,3% пациентов выявлена другая морфологическая структура узловых образований. Данный факт свидетельствует о том, что оставленная ткань щитовидной железы потенцирует появление, как рецидива заболевания, так и развитие нового заболевания тиреоидного остатка. При этом у 3,5% больных существует вероятность развития рака щитовидной железы после органосохраняющих операций.

При рецидивном зобе повторная операция выполнялась в объеме тиреоидэктомии или предельно-субтотальной резекции щитовидной железы. В послеоперационном периоде установлено, что односторонняя травма возвратного нерва была у 4,4% пациентов, раннее послеоперационное кровотечение – у 2,2%, транзиторный гипопаратиреоз – у 4,4%.

Выводы.

1. К основным факторам, определяющим риск послеоперационных рецидивов можно отнести неадекватно выполненное оперативное пособие, некомпенсированный послеоперационный гипотиреоз, наличие зобных изменений в окружающей узлы ткани щитовидной железы.

2. Профилактика рецидивного зоба заключается в выполнении первичного радикального лечения при узловых образованиях щитовидной железы и диффузном токсическом зобе – тиреоидэктомии или предельно-субтотальной резекции щитовидной железы, назначении в послеоперационном периоде адек-

ватной заместительной терапии тиреоидными гормонами под контролем уровня тиреотропного гормона и свободного тироксина.

3. Больным, оперированным на щитовидной железе, требуется диспансерное наблюдение не менее 10 лет, так как наибольшее количество рецидивов развиваются именно в течение этого времени.

БОЛЕЗНЬ ИЦЕНКО-КУШИНГА: ДАННЫЕ РЕГИСТРА ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

О.Н.Шимохина, М.Ю.Сергеева-Кондраченко, И.В.Фролова

ГУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава
Пенза

Цель исследования: оценить клинические проявления, данные лабораторно-инструментального обследования, лечебную тактику при болезни Иценко-Кушинга по данным регистра Пензенской области.

Результаты. В регистре Пензенской области состоит 8 пациентов с болезнью Иценко-Кушинга (6 женщин и 2 мужчин). Возраст от 21 года до 68 лет. К диагнозу больные шли от 1 года до 10 лет, наблюдаясь у дерматологов, косметологов в связи с появлением акне, стрий, изменения цвета кожи; у нефрологов и кардиологов в связи с высокими цифрами АД, нарушением сердечного ритма, отеками; гинекологов - в связи с нарушением менструального цикла; у травматологов – по поводу перелома шейки бедра (возраст пациентки 33 года); у неврологов – по поводу болей в спине. У всех больных на момент постановки диагноза была ярко выраженная клиническая симптоматика: характерная внешность, перераспределение подкожного – жирового слоя по кушингоидному типу, матронизм лица, стрии; стероидный сахарный диабет – 4 человека (50%); нарушенная толерантность к углеводам – 2 человека (25%); артериальная гипертензия – 7 человек (87,5%); стероидная кардиопатия – 5 человек (62,5 %); остеопороз – 5 человека (62,5%), из них – компрессионный перелом позвоночника 1 человек, перелом шейки правого бедра 1 человек; остеопения – 2 человека (25%); аменорея – 5 человека (62,5%), олигоменорея – 1 человек (17,5%). У 7 пациентов была обнаружена аденома гипофиза: микроаденома (кортикотропинома) – 5 человек (62,5%); с эндоселлярным ростом – 4 человека (50%); инфра–параселлярным ростом – 1 человек (17,5%); макроаденома (кортикотропинома) – 2 человек (25%) с пара–супраселлярным ростом. У 1 пациента аденома не была выявлена (пациент направлен в ЭНЦ г. Москвы). Клинико–лабораторные методы исследования подтверждали гиперкортицизм у 8 пациентов (100%): высокий уровень АКТГ, кортизола крови, мочи из суточного количества.

Все пациенты были направлены в ЭНЦ г. Москвы. Методы лечения: эндоскопическое трансназальное удаление аденомы произведено 4 пациентам (50%); протонотерапия – 2 человека (25%); у 1 пациентки (17,5%) произошло кровоизлияние в аденому гипофиза, развилась вторичная надпочечниковая не-

достаточность, требующая проведения заместительной терапии. Регресс клинической симптоматики гиперкортицизма (снижение массы тел, побледнение стрий, нормализация уровня АД, нормализация показателей углеводного обмена) у 1 пациента начался через 2 недели после кровоизлияния в аденому гипофизы; у 5 пациентов через 2-3 месяца после операции.

Выводы: Сложность и многообразие клинических проявлений болезни Иценко-Кушинга ведет порой к несвоевременной постановке диагноза, развитию тяжелых осложнений, в связи с чем, необходимо ориентировать, прежде всего, врачей первичного звена здравоохранения на выявление данной патологии на ранней стадии заболевания. Раннее выявление и адекватное лечение кортикотропином позволяют добиться хороших результатов.

СТРУКТУРА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

А.С.Ялдыгина, М.А.Анучина

ГУЗ ОПБ им. К.Р. Евграфова, ФГУ ГБМСЭ по Пензенской области
Пенза

С конца 80-х годов XX столетия термин «умственная отсталость» признан в мировой и отечественной психиатрии, заменив термин «олигофрения», главным критерием которой считалось тотальное психическое недоразвитие и непрогредиентный характер течения. Однако, при ряде патологий (энзимопатии, внутриутробная инфекция плода и др.) отмечается прогредиентное течение заболевания, клинически выявляется медленно прогрессирующее интеллектуальное снижение, обусловленное поражением мозга. В целом, умственная отсталость не является болезнью в полном смысле этого слова, а представляет собой патологическое состояние чаще обусловленное когда-то действующей внутриутробной вредности, вызвавшей недоразвитие личности и когнитивных способностей. Около 75% умственной отсталости обусловлено поражением мозга во внутриутробном развитии (Н.Г. Незнанов, 2009). Возможно психическое недоразвитие в результате влияния патогенных факторов в родах, раннем постнатальном периоде (в возрасте до 3 лет), и в случаях психической депривации в раннем возрасте. Наследственные случаи умственной отсталости передаются рецессивно, доминантно или сцепленные с полом, выделяются семейные формы ее. По данным ВОЗ распространенность в популяции колеблется в пределах 1-3% населения. В регионах, где отмечено воздействие экологически патогенных факторов, распространенность может достигать 7% (И.В. Макаров, 2009).

Ведущим проявлением в клинике является интеллектуальное недоразвитие: невозможность логически-ассоциативного мышления и абстрагирования, нарушение познавательной деятельности, несостоятельность логически-смысловой памяти, недостаточный объем оперативной памяти, ограниченный кругозор, малый запас знаний и осведомленности, косность суждений, взгля-

дов, установок. Речь маловыразительна, сюжетное содержание ее обеднено, нередко дефекты произношения. Отсутствуют способности к творчеству. Недостаточное самообладание и невозможность подавлять влечения. Подражательность в деятельности, повышенная внушаемость, отсутствие самостоятельности и инициативы, усиление примитивных влечений (бродяжничество, алкоголизация и т.п.). Характерно недоразвитие интеллектуальных и мотивационных компонентов воли. Эмоциональная и социальная незрелость, недоразвитие высших чувств. Специальные знания, навыки, умения формируются крайне медленно, удерживаются с трудом, утрачиваются легко. Темп деятельности замедлен. Основную трудность испытывают в обучении. Представляет крайнее затруднее переход к новым заданиям, навыкам, особенно при замене привычного стереотипа. Адаптативные возможности личности и адекватное социальное функционирование недостаточны, вплоть до невозможности проявления их. Внимание неустойчивое, трудно контролируемое, преобладает дефицит активного внимания. Наряду с общим психическим недоразвитием нередко отмечаются соматоневрологические отклонения: физическое развитие зачастую отстает от возрастной нормы, характеризуется непропорциональностью строения туловища, конечностей, признаками эндокринной недостаточности. Встречаются аномалии развития черепа, пороки развития внутренних органов, отклонение черепно-мозговой иннервации, пирамидная недостаточность, парезы и др.

Для целей диагностики в психиатрической и экспертной практике является необходимым определение коэффициента интеллекта (IQ), одновременно должны учитываться показатели развития мышления и речи, словарный запас, развитие мнестических функций и представлений, способность к обучению. Оценивается состояние эмоциональной сферы и наличие высших чувств, особенности поведения, его мотивированность, возможность прогнозирования и критической оценки его. Наличие умений и навыков, способность пользоваться ими и приобретать новые. Так же необходимо наравне с установлением общего психического недоразвития оценивать темперамент, характер, мотивационную сферу, индивидуальные особенности личности и их психические возможности, соматическое состояние. Следует учитывать присоединение иных вредностей (черепно-мозговые травмы, нейроинфекции, интоксикации, алкоголизм и другие церебральные вредности), которые еще больше могут ограничивать способности и возможности личности. Системный, интегративный подход к оценке психического и соматоневрологического состояния составляет основу структурирования клинико-функционального диагноза. Например: а) Умственная отсталость легкой степени, обусловленная перенесенной менингококковой инфекцией, психопатоподобный синдром, эксплозивный вариант с выраженными эмоционально-волевыми нарушениями, адаптативные возможности ограничены (F 70.11 по МКБ-10); б) Умственная отсталость умеренной степени, обусловленная фенилкетанурией, с выраженными расстройствами поведения (деликвентное) адаптивные возможности низкие, социальное функционирование ограничено (F 71,13 по МКБ 10).

Экспертная оценка ограничения трудоспособности и реабилитационного потенциала основывается на данных клинико-функционального диагноза, особенностей психофизического функционирования личности, ее адаптативных возможностей в конкретных ситуациях (способность к самообслуживанию, передвижению, пространственной ориентировке, общению, обучению, контролю за поведением и др.).

Для лиц с легкой умственной отсталостью в проведении реабилитационных мероприятий особое значение имеет социальный аспект – обучение по программам специальных школ, специальное профессионально-техническое образование; раннее формирование навыков самообслуживания, поведения в социальных группах, трудовых стереотипов и навыков; адекватная социально-трудовая ориентация; активная помощь в трудоустройстве; обучение оправдавшим себя на практике профессиям.

По данным А.М. Войтенко (2002 г.) свыше 70% умственно отсталых лиц, интегрированных в социум, участвуют в трудовой деятельности. Примерно 10% нуждаются в постоянном уходе и надзоре; 15% проживают в интернатах и психиатрических больницах; 75% проживают с родителями; 10% имеют свою семью.

СОДЕРЖАНИЕ

ИННОВАЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ 3
А.И.Кислов, В.А.Типикин *5*

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ (КРЕДИТНОЙ СИСТЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ) ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА ГОУ ДПО ПИУВ РОСЗДРАВА ... 7
А.И.Кислов, В.А.Типикин, А.А.Прибытков, Н.А.Ивачева *7*

К ВОПРОСУ О ПРОВЕДЕНИИ ВЫЕЗДНЫХ ЦИКЛОВ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ ПЕНЗЕНСКИМ ИНСТИТУТОМ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ 9
Н.А.Ивачева, А.А.Прибытков *9*

МОТИВЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С НЕУСТОЙЧИВЫМИ ЧЕРТАМИ ХАРАКТЕРА В ПРЕМОРБИДЕ 11
Д.Р.Абрамочкина *11*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОВЯЗОК НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ ООО «БИОТЕКФАРМ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАН У ДЕТЕЙ 13
Д.В.Агафонов, Л.И.Погожев *13*

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ АРТЕРИЙ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ С РАЗНЫМИ УРОВНЯМИ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ 15
Т.Ю.Агафонова, Б.В.Головской *15*

МЕТОД ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ 16
А.А.Алагулов, А.Н.Беляев *16*

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ 18
Ю.А.Антропов *18*

МОТИВАЦИЯ К ИЗУЧЕНИЮ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА 20
Н.В.Антропова *20*

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ И НАСЛЕДСТВЕННЫХ АНОМАЛИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 21

А.Н.Астафьева, Г.В.Долгушкина, Р.Т.Галеева, Н.В.Агеева, О.А.Жеворченкова 21

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНЫХ РИНИТОВ 22
Т.Б.Ахвердиева, О.Г.Козлова, В.В.Федотов..... 22

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА НЕСЪЕМНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ 24
Д.Н.Балахничев 24

ДИНАМИКА БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТАНДАРТНЫМ ИНТЕРФЕРОНОМ-АЛЬФА-АЛЬТЕВИРОМ И РИБАВИРИНОМ..... 26
И.П.Баранова, Л.Н.Афтаева, М.В.Никольская, Л.И.Краснова 26

ИНТЕГРАТИВНОСТЬ КАК ПРИНЦИП СОВРЕМЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАЛИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ НА КАФЕДРЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ 27
И.П.Баранова, Л.И.Краснова, О.А.Коннова, М.В.Никольская, О.Н.Лесина, О.А.Зыкова, Ж.Н.Керимова 27

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СЕЗОННОГО И ПАНДЕМИЧЕСКОГО ГРИППА У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ 30
И.П.Баранова, Н.В.Свистунова, О.А.Зыкова 30

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ 31
Н.И.Баранова, Е.М.Костина 31

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОПИСТОРХОЗА ... 32
М.Е.Батаева, Т.В.Середа, Н.А.Николаева 32

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ 34
Н.И.Башкатова 34

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА 36
Н.В.Беренштейн, О.В.Девина..... 36

ПОДГОТОВКА ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ ЛАМИНАРНЫМИ ПАЛОЧКАМИ 39

Н.Н.Бисерова, Л.В.Фатеева, О.А.Ларина, Е.О.Маслова, Е.Л.Тактаева *39*

ПРИМЕНЕНИЕ МИФЕПРИСТОНА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ 43
Н.Н.Бисерова, Л.В.Фатеева, Е.О.Маслова, О.А.Ларина, И.С.Кожаева, О.Н.Шошкина *43*

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АУТОИММУННОЙ КРАПИВНИЦЫ 45
Е.А.Больц *45*

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ, ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ В ЛПУ САНАТОРИЙ «БЕРЕЗОВАЯ РОЩА» 47
А.В.Бычкова *47*

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПОДРОСТКАМИ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ 49
В.В.Васильев, А.П.Дмитриев, Е.В.Васильева, О.В.Савина, А.В.Шабров *49*

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ 51
В.Г.Васильков, М.Ф.Купцова, И.С.Попова, Н.Б.Петухова *51*

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ПОЛИПОВ ЖЕЛУДКА И ТОЛСТОЙ КИШКИ 54
А.Ю.Верченко *54*

ЦИТОКИНЫ И ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ ВЗОМТ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА. 55
О.П.Виноградова, Г.В.Коршунов *55*

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ У БОЛЬНЫХ С ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ 56
Е.В.Волкова, Ю.А.Уткин, С.В.Адмаева *56*

«ТЕНОТЕН ДЕТСКИЙ» В ЛЕЧЕНИИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПО ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОМУ ТИПУ ... 58
Р.Т.Галеева, Г.В.Долгушкина, А.Н.Астафьева, Ю.Е.Алленова, О.С.Погребняк . *58*

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ 59
А.В.Гатин, Е.Р.Кулюцина, В.А.Моисеенко *59*

БОЛЕЗНЬ БЕХЧЕТА: ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ ДЕБЮТ 61

Н.Н.Гостева, П.Ю.Татарченко, К.Е.Гостева *61*

ПОВЫШЕНИЕ БЕЗОПАСНОЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ СРЕДСТВАМИ ВИБРОТЕРАПИИ 63
Н.Ф.Давыдкин, Г.Г.Номоконов, Е.Ф.Черных..... *63*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ 65
Н.Ф.Давыдкин, С.Л.Коваль, В.В.Баженова, Е.А.Потапова *65*

КОНЦЕПЦИЯ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТАНИЗ 67
П.С.Дегтярь, С.И.Дегтярь, Р.В.Абрамочкин *67*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕНОТРОПИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ 68
Е.А.Деревянных *68*

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕЛАФАКСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВЕРТЕБРОГЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ..... 70
А.В.Долгушкина..... *70*

ПРИМЕНЕНИЕ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ ПРИ КОНТАКТНО-АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ..... 72
Л.В.Долматова, С.А.Гольдхаур..... *72*

ОЦЕНКА РЕЗЕРВА РЕАКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 73
Т.А.Дружинина, О.А.Левашова, Н.Ю.Алексеева..... *73*

ВЗГЛЯД НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА НА ФОНЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ 74
А.Ф.Елисеева, А.В.Цимбалистов, Г.Б.Шторина..... *74*

СОВРЕМЕННЫЕ ВИДЫ КВЧ-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕВРИТОВ ЛИЦЕВОГО НЕРВА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ..... 75
В.С.Животощук, А.А.Ковалев, Ю.П.Матонин, Г.Г.Страхов, В.Г.Страхов, Н.С.Калмыкова *75*

ЛЕЧЕНИЕ РАДИОАКТИВНЫМ ЙОДОМ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 77

Г.А.Забелина *77*

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ 79
Г.В.Зинукова, М.П.Лесных *79*

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНСУЛЬТА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ 82
О.И.Игнатьева, Е.Г.Кашайкина, О.Ю.Тайнова, А.А.Гришин, О.Н.Ломшина, Н.В.Панфилова *82*

КОМПЛЕКСНЫЕ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В КАРДИОЛОГИИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ 84
С.Н.Игошина *84*

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ 85
Д.С.Ирышков, А.П.Тактаев, С.В.Зыков, И.В.Косолапова, Н.В.Ерёмина *85*

НЕКРОЗ ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ЭЗОФАГОПЛАСТИКЕ ВЫПОЛНЕННОЙ ПО ПОВОДУ РАКА ПИЩЕВОДА 87
А.Г.Кавайкин, Д.А.Чичеватов *87*

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 89
Э.А.Калмыкова, О.Л.Пихур *89*

АНОМАЛИИ СТРОЕНИЯ ВИЛЛИЗИЕВА КРУГА У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ 91
Д.В.Кандыба *91*

ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО ГЕНЕЗА 93
Д.В.Кандыба *93*

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА 96
Т.А.Карасева *96*

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ПО ДАННЫМ

КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 98
Т.А.Карасева 98

ПРИМЕНЕНИЕ ДРЕНАЖЕЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЛАУКОМОЙ . 101
Н.А.Качан, Е.И.Беляева, А.В.Громилин 101

ПЕРОРАЛЬНАЯ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ГРИБКОВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ..... 102
А.И.Козина, Т.А.Дружинина, Б.А.Молотилов 102

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ СКУЛОВОГО КОМПЛЕКСА..... 104
М.Н.Колин, М.М.Оленникова, М.К.Оленников, В.В.Бородин, А.А.Трутнев..... 104

ТРАКЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТОХАНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА 106
Т.Н.Кондратьева, Н.А.Куталова..... 106

ОСОБЕННОСТИ ОЧАГА БОТУЛИЗМА В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ . 107
О.А.Коннова, И.Г.Карташова, Т.Ф.Чернова, Ю.В.Салманова..... 107

СОВРЕМЕННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПОСЛЕВУЗОВСКОМ ОБРАЗОВАНИИ ВРАЧЕЙ-ФТИЗИАТРОВ 109
Н.М.Корецкая..... 109

ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ .. 111
Н.М.Корецкая, А.Н.Наркевич 111

ХОБЛ: ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 113
И.Ю. Коротин, В.П.Сергеева..... 113

ПРИЧИНЫ ЭНУКЛЕАЦИИ ГЛАЗА ПО МАТЕРИАЛАМ МУЗ ГБ ИМ. Н.А. СЕМАШКО 115
С.Н.Косарев, А.Ю.Адамчук, Е.М.Карасева 115

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И КОНТРОЛЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПО ПЕНЗЕНСКОМУ РЕГИОНУ 118
Е.М.Костина, Н.И.Баранова, Л.И.Бирюзова, О.В.Федорова..... 118

ФИБРОЗ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С У ПАЦИЕНТОВ С НАРКОЗАВИСИМОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ..... 120

Л.И.Краснова, М.В.Никольская, А.А.Майбродская *120*

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН МЕТОДОМ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 122
Т.В.Крылова, О.В.Филиппова, В.С.Иванова, Л.В.Ланцова *122*

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ГЛУХИМИ ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ ДЕТЬМИ 124
Р.П.Крымская, В.Я.Вертяшкина, Л.П.Петрова, Л.А.Мякинькова, О.С.Симакова, В.Г.Цыганков *124*

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА 126
О.Ю.Кузнецова, А.П.Горшенина *126*

ПРИМЕНЕНИЕ ИНДЕКСОВ В ПАРОДОНТОЛОГИИ 127
И.Г.Кузьминых *127*

НОВЫЙ ПОДХОД В ПОДГОТОВКЕ МЕДПЕРСОНАЛА ПО ВОПРОСАМ ИММУНОГЕМАТОЛОГИИ – КЛЮЧЕВОЙ ФАКТОР ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОТРАНСФУЗИЙ 128
Е.Р.Кулюцина, П.Л.Кукушкин, И.В.Гордюшина *128*

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА У ДОНОРОВ ПЛАЗМАФЕРЕЗА РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА 130
Е.Р.Кулюцина, П.Л.Кукушкин, И.В.Гордюшина *130*

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ПРОВЕДЕНИЯ ФИБРОЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ 132
М.П.Куприянов, В.А.Стародубцев, А.А.Баулин, Н.П.Березина, В.А.Баулин, И.Б.Белоусова *132*

АКТИВНОСТЬ МИТОХОНДРИАЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ ГЕПАТОЦИТОВ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ 134
Л.В.Курашвили, Ю.В.Булавкин, А.Н.Лавров, О.Ф.Фролкина *134*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЦИКЛОФЕРОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ 136
Д.Ю.Курмаева, И.П.Баранова *136*

НЕЙРОПРОТЕКТОРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ 137

С.Ю.Лаврик, О.Г.Максимов *137*

О ЗАБРЮШИННОМ РАЗРЫВЕ ДПК ЧЕРЕЗ 10 ДНЕЙ ПОСЛЕ ТРАВМЫ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ) 139
А.В.Лагутин, И.Х.Верченова, А.В.Коробов А.Т.Цибин, Т.Т.Тезекбаев *139*

РАЦИОНАЛЬНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ 142
М.Ю.Левков, Р.Х.Ильясов, И.Г.Жарков, Г.Г.Страхов *142*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ 144
Н.А. Леднева, Т.А. Евсеева *144*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МУКОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ 146
О.Н.Лесина, Н.Л.Кондратюк, С.В.Заикина, Е.Г.Колесникова, Ж.Н.Керимова 146

ВЛИЯНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ВНУТРИСЕРДЕЧНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 148
М.Х.Макоева, С.П.Семитко, А.Г.Автандилов *148*

ИЗМЕНЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА 150
М.Х.Макоева, А.Г.Автандилов, С.П.Семитко *150*

БАКЛОСАН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЙ В СПИНЕ 152
О.Г.Максимов, Д.Р.Гармаева, Е.Е.Игнатенкова, Ю.С.Плеханова, Е.С.Потехина *152*

ПРОФИЛАКТИКА РАХИТА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА ФОНЕ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 154
М.Н.Максимова, В.П.Струков, Л.Г.Радченко, М.Н.Гербель, О.Е.Холина, Е.В.Баркина, А.А.Макарова, Ю.В.Богданова *154*

КЛЕЩЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКМИ РИНИТОМ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 155
М.В.Манжос, Т.М.Желтикова, Е.С.Феденко, С.А.Шкадов, Б.А.Молотилов *155*

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕАНИМАЦИИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ ДЫХАНИЯ. ОБУЧЕНИЕ И ТРЕНИРОВКА 157

В.Н.Маринчев *157*

СОТРУДНИЧЕСТВО РОССИИ И ЙЕМЕНА В ОБЛАСТИ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ И НАУЧНЫХ КАДРОВ 159
В.Н.Маринчев *159*

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ 161
А.Л.Матвеев, И.И.Матвеева *161*

ИМПЛАНТАТЫ ДЛЯ АРМИРОВАНИЯ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ 164
А.Л.Матвеев, А.В.Нехожин, И.И.Матвеева *164*

ПРИРОДНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ – ГАРАНТ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 167
И.У.Меркулова, Н.Ф.Давыдкин, А.В.Яшков, И.Ю.Меркулова *167*

ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ГАЛОТРАКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА 169
В.А.Моисеенко, А.В.Салаев, А.В.Гатин, А.Е.Ермошкин *169*

СИСТЕМНАЯ ОЗОНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ АБСЦЕССОМ ЛЕГКИХ 171
Д.И.Назаркин, И.Н.Пиксин, А.В.Пигачев, П.И.Карпушкина *171*

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕССОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА 172
Н.А.Нафталиева, Е.Ю.Левкова *172*

КУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АГРЕССИВНОГО ПАРОДОНТИТА 174
Т.Т.Нацвлишвили, А.В.Цимбалистов, Г.Б.Шторина *174*

ДОЗИРОВАННОЕ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ 175
М.А.Никифоров, Л.С.Гриднева, С.Л.Тузов, А.В.Котовский, Н.С.Карташева, Л.А.Мусатова *175*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ СЕРИИ «АСЕПТА» В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 177
В.Д.Ноздрина, Л.Д.Романовская, Н.В.Еремина, Т.В.Посметная, Н.А.Вирясова, Н.А.Крючкова *177*

НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АУТОИММУННОЙ КРАПИВНИЦЫ 178

Е.А.Орлова, Б.А.Молотилов, В.А.Алешкин, Л.И.Новикова, А.Г.Лютов, Е.А.Больц *178*

РЕАБИЛИТАЦИЯ РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД 180
Ж.В.Осокина *180*

К ВОПРОСУ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ 181
Е.В.Пеганова *181*

ЗНАЧИМОСТЬ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В ОЦЕНКЕ НАРУШЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 184
И.А.Петрушин, И.П.Татарченко, Н.В.Позднякова, А.Г.Мордовина, В.А.Шевырев *184*

РИТМ-УРЕЖАЮЩАЯ ТЕРАПИИ ПРИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИБС 186
Н.В.Позднякова, И.А.Петрушин, В.А.Шевырев, И.П.Татарченко *186*

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ 187
Н.К.Починина, А.В.Федин *187*

ЛЕЧЕБНАЯ РАБОТА КАФЕДРЫ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ И СУРДОЛОГИИ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ НА БАЗЕ ЛОР-ОТДЕЛЕНИЯ МУЗ ГКБ СМП ИМЕНИ Г.А. ЗАХАРЬИНА 189
Н.К.Починина, М.И.Дулатова, А.В.Федин *189*

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ДЕПРЕССИЙ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ 191
А.А.Прибытков *191*

L-ТИРОКСИН В КОРРЕКЦИИ ЗАТЯЖНЫХ КОНЬЮГАЦИОННЫХ ЖЕЛТУХ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 193
Л.Г.Радченко, В.И.Струков, М.Н.Максимова, М.Н.Гербель, О.А.Жеворченкова, О.В.Филиппова, Л.Ю.Боярова, Л.В.Камардина *193*

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ ЛОЗАРТАНОМ И АМЛОДИПИНОМ НА РЕГРЕСС ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АГ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ . 195
Е.В.Рублева, Р.А.Купаева *195*

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ЛОЗАРТАНОМ И АМЛОДИПИНОМ НА ПРОЦЕССЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДОВ У

ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ 196
Е.В.Рублева, О.И.Морозова, Е.А.Усанов, И.П.Татарченко 196

ВЛИЯНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА КАЧЕСТВО И ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ВОЗМОЖНОСТЬ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ..... 198
Г.А.Саксонова, Н.В.Сопина 198

ВНЕОЧАГОВЫЙ ЧРЕСКОСТНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ СТЕРЖНЕВОГО АППАРАТА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ И ЕЁ ПОСЛЕДСТВИЯХ 200
А.В.Салаев, В.А.Моисеенко, А.В.Гатин..... 200

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ..... 203
А.С. Сахарова..... 203

ОЦЕНКА СУММАРНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 205
С.А.Секерко, Л.Г.Педай, С.В.Евстигнеев, Г.А.Лохина, Е.В.Кривобок, А.Н.Мокиевская, М.В.Коротких 205

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, СМЕРТНОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2008–2010 гг..... 207
В.П.Сергеева, И.Ю.Коротин, Н.Н.Ашанина, А.В.Жукова, Л.С.Шугурова..... 207

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ: ВЗГЛЯД ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ 210
М.Ю.Сергеева-Кондраченко..... 210

ОСТЕОПОРОЗ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА: ВЛИЯНИЕ КОМПЕНСАЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ОСТЕОПОРОЗА..... 211
М.Ю.Сергеева-Кондраченко, И.А.Ивашкина..... 211

КОРРЕКЦИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА ПРЕПАРАТОМ ПЕРИНДОПРИЛ 213
М.Ю.Сергеева-Кондраченко, Т.П.Шебуняева 213

О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТРИХИНЕЛЛЕЗОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ИСТОЧНИКАХ ИНВАЗИРОВАНИЯ..... 214

Т.В.Середа, М.Е.Батаева, А.П.Тишкина *214*

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТОФЛАВИНА ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ 217
В.В.Серов, Е.Н.Куканова *217*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНГИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ ПРИ ОККЛЮЗИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ 219
Г.Ю.Сокуренко, Д.В.Кандыба, Г.Н.Горбунов, В.Г.Цой *219*

СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 221
Н.В.Сопина *221*

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ 223
Н.В.Сопина, Г.А.Саксонова, В.В.Космачев, Л.А.Койкова *223*

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ В РАБОТЕ ВОП/СВ 226
Н.В.Сопина, О.В.Чижова, А.Н.Иванова *226*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ FICE ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ГЭРБ 230
В.А.Стародубцев, А.В.Полосин, А.А.Баулин, М.П.Куприянов, В.А.Баулин, Н.С.Лотникова, И.Б.Белоусова, А.И.Перетрухин *230*

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ФИРМЫ «FUJINON» В КАЧЕСТВЕ УТОЧНЯЮЩИХ МЕТОДИК ГАСТРОИНТЕСТИТАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ 232
В.А.Стародубцев, А.В.Полосин, Н.П.Березина, И.Б.Белоусова, А.А.Баулин, М.П.Куприянов, В.А.Баулин *232*

ПОКАЗАТЕЛИ ТЕМПА СТАРЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА И ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 233
В.С.Строева *233*

ФИЗИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 235
О.А.Строкова, М.И.Литюшкина, Н.Т.Морозов, И.В.Герасименко *235*

СИНДРОМ ГИПЕРМИНЕРАЛИЗАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН 237

В.И.Струков, Л.Г.Радченко, М.Н.Максимова, Т.В.Крылова, М.Н.Гербель, О.С.Погребняк, Д.В.Кочетков *237*

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 238
А.Н.Суриков *238*

ФИТОТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ФАРИНГО- И ЛАРИНГОМИКОЗОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 239
Е.А.Сурикова *239*

ВЫЯВЛЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, ИМЕЮЩИХ ИНФЕКЦИОННУЮ ПАТОЛОГИЮ, МЕТОДОМ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА НОВОРОЖДЕННОГО 241
А.П.Тактаев, В.А.Суздальская, Е.Б.Мусатова, М.В.Глумская, Г.Б.Маликова, И.В.Ра зумова, В.В.Цыбарева, И.Я.Лейкина *241*

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 243
И.П.Татарченко, Н.В.Позднякова, О.И.Морозова, С.А.Секерко *243*

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 245
И.П.Татарченко, Н.В.Позднякова, И.А.Петрушин, В.А.Шевырев *245*

К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАСТОЙНЫХ И ПСЕВДОЗАСТОЙНЫХ СОСКОВ 247
П.Ю.Татарченко, И.А.Красовская, Е.С.Святов *247*

К ЛЕЧЕНИЮ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ПРЕПАРАТОМ ВЕССЕЛ ДУЭ Ф 248
П.Ю.Татарченко, И.А.Красовская, О.В.Склярова, Е.С.Святов, Н.К.Земскова, О.В.Шалдыбина *248*

ОЦЕНКА УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ 250
Н.Г.Токарева *250*

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ 252

Н.Г.Токарева *252*

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА ПРИ НАРУШЕНИЯХ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА 254
С.Ю.Тытюк, Н.С.Робакидзе *254*

ПЕРОРАЛЬНЫЙ ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩИЙ ПРЕПАРАТ УРО-ВАКСОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО НЕФРОЛОГА. 255
Т.А.Удалова, Н.С.Карташова, С.Л.Тузов *255*

КСАНТОМА – МАРКЕР РАННЕГО РАКА? 257
Е.О.Фадина, О.И.Корогодина *257*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФЛУКОНАЗОЛА В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗНЫХ ЭЗОФАГИТОВ 259
Е.О.Фадина, А.В.Новичков, О.И.Корогодина *259*

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ 261
А.В.Федин, Н.К.Починина, М.И.Дулатова, А.В.Шалашов *261*

О ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ СКРИНИНГЕ СОСТОЯНИЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ В РАБОТЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ 264
О.В.Филиппова, Т.М.Глебова, Г.А.Смольянинова, А.Н.Шелудько, Е.А.Арсенкина, В.С.Иванова *264*

О ПРЕПОДАВАНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ИНОСТРАННЫМ СТУДЕНТАМ НА КАФЕДРЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ГОУ ВПО КАЗАНСКИЙ ГМУ РОСЗДРАВА 266
Н.М.Хакимов *266*

ПРОБЛЕМА ГАЛИТОЗА В ГИГИЕНИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ 268
А.В.Цимбалистов, Г.Б.Шторина, И.Е.Бачуринская *268*

СТАТУС СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА 270
В.И.Цокуренко *270*

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНОГО ЗОБА 272
А.Ю.Цуркан *272*

БОЛЕЗНЬ ИЦЕНКО-КУШИНГА: ДАННЫЕ РЕГИСТРА ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 274

О.Н.Шимохина, М.Ю.Сергеева-Кондраченко, И.В.Фролова 274

СТРУКТУРА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ..... 275

А.С.Ялдыгина, М.А.Анучина 275

**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 XV межрегиональной научно-практической конференции ГОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию"**

Под редакцией А. И. Кислова
Редактор В. А. Типикин
Корректор М. В. Емелина

План ПГПУ 2011 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 09.07.2011 г. Формат 60x84/16. Бумага офсетная. Гарнитура "Латинская". Печать офсетная. Уч.-изд. Л. 16,6. Усл. печ. л. 17,8 Тираж 200 экз. Заказ № 82/11. 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