

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Пензенский институт усовершенствования врачей»
Министерства здравоохранения и социального
развития Российской Федерации**

Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных

**Материалы XVI юбилейной межрегиональной
научно-практической конференции
ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России**

21 июня 2012 года

*35-летие
ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России*

Пенза - 2012

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, И. П. Баранова, Л. Ф. Бартош, А.С. Ивачев, В. А. Моисеенко, Б. А. Молотилов, В. И. Струков, И. П. Татарченко, Л. В. Фатеева

А-43 Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных: Материалы XVI юбилейной межрегиональной научно-практической конференции ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России: Сб. статей. Пенза, 2012. 401 с.
ISBN 978-5-9903637-1-7

УДК 616-071-08-036.868

ББК 53.4/5

А-43

ISBN 978-5-9903637-1-7

© ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России, 2012

Любое воспроизведение данного текста разрешается только с указанием источников

**ГОСУДАРСТВЕННОМУ БЮДЖЕТНОМУ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ
УЧРЕЖДЕНИЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ «ПЕНЗЕНСКИЙ ИНСТИТУТ
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ – 35 ЛЕТ**

А.И.Кислов, В.А.Тупикин

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

В мае 2012г. мы отмечаем 35-летие Государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Пензенский институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Постановление Совета Министров СССР № 429 от 25 мая 1977г.).

Все предшествующие годы институт динамично развивался и совершенствовался по вопросам кадровой политики, создания материально-технической базы и внедрения современных технологий в систему послевузовского и дополнительного профессионального образования. С учетом опыта мирового и отечественного здравоохранения требования к качеству подготовки специалистов неуклонно возрастают.

В свою очередь качество подготовки специалистов является ключевым моментом улучшения медицинской помощи населению страны и во многом определяется ее социально-экономическим состоянием. В последние годы социально-экономическое развитие России осуществлялось в позитивном направлении. Планируется увеличить расходы на здравоохранение в ближайшее время с 3,9% от ВВП до 5% (из доклада В.В. Путина на Всероссийском форуме медицинских работников 13.04.2011 г.). Мероприятия по улучшению медицинской помощи, проводимые в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», оказали положительное воздействие на многие показатели. В частности, в 2011 году удалось сохранить положительные тенденции в сфере демографической политики.

Численность населения в России на начало 2012 г. составила 143,03 млн. чел. Благодаря снижению естественной убыли населения (в 1,8 раза по сравнению с 2010 г.) и миграционному приросту, рост численности населения составил 165 тыс. человек. Показатель продолжительности жизни для мужчин составил 64,3 лет, для женщин - 76,1 лет. Коэффициент младенческой смертности снизился с 7,5 в 2010г. до 7,3 на 1000 родившихся живыми в 2011г. В 2011г. открылись 13 перинатальных центров. Начата реализация мер по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела. Для этого закуплено 82 единицы дорогостоящего оборудования, с помощью которого пролечено 316 новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела. Общий

показатель смертности в 2011г. составил 13,5 на 1000 нас. Наилучшие показатели достигнуты в снижении смертности от внешних причин (снижение на 9%). В 2011г. продолжалась работа по реализации Федеральных целевых программ по совершенствованию организации медицинской помощи:

- пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (участвовало 64 субъекта РФ);
- больным с сосудистыми заболеваниями (участвовало 52 субъекта РФ);
- больным с онкологическими заболеваниями (участвовало 35 субъектов РФ).

Высокотехнологичная медицинская помощь в 2011г. оказана 322,7 тыс. человек на сумму 44,7 млрд. рублей.

Совместно с субъектами РФ продолжена работа по развитию Центров здоровья, повышению их роли в профилактике заболеваний. Так в 2011г. в Центры здоровья обратились 3,88 млн. человек.

Несомненно, в достижении вышеперечисленных показателей в здравоохранении РФ существенную роль оказывает и наш институт. Например, в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» по подготовке высококвалифицированных кадров институт принимал самое активное участие. За период с 2006г. по 2011г. обучено:

- по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» на циклах профессиональной переподготовки – 526 чел., повышения квалификации – 180,
- по специальностям «Терапия» - 388 врачей-терапевтов участковых,
- «Педиатрия» - 305 врачей-педиатров участковых,
- «Неонатология» - 39 чел.,
- «Офтальмология» - 18,
- «Психиатрия-наркология» - 43.

Вместе с тем, современная ситуация в здравоохранении требует проведения глубоких изменений как в подготовке, так и в управлении кадровым потенциалом. В настоящее время остро ощущается дефицит кадров в стационарном звене, составляя 153 тыс. чел. Ситуация усугубляется и тем, что ежегодно уменьшается количество выпускников медицинских вузов. Так, по предварительным прогнозам, в 2012 году количество выпускников медицинских специальностей составит 22,6 тыс. человек, а ежегодный отток из здравоохранения составляет до 25 тыс. чел.

Всего за 35 лет в институте прошли обучение 106340 специалистов, из них с 1996г. сертифицировано 29824 человека, с 2006г. 75 человек сдали специальный экзамен для установления эквивалентности образования, полученного в странах СНГ. В настоящее время ежегодно обучается от 4300 до 4500 слушателей (из 24-26 субъектов РФ). С 2006г. открыта аспирантура по 5 специальностям (аллергология и иммунология, анестезиология и реаниматология, инфекционные болезни, кардиология, хирургия). За период с 2006-2011гг. аспирантуру окончили 19 чел., из них 13 чел. защитили кандидатские диссертации, 10 - отчислено.

Всего подготовлено 956 клинических ординаторов и 1508 врачей-интернов. Во всей этой трудоемкой работе огромная роль принадлежит профессорско-преподавательскому составу (ППС). По итогам 2011г. в институте трудились 143 преподавателя, из них 107- на постоянной основе. Докторов медицинских наук – 25 (профессоров - 9). Кандидатов медицинских наук – 76 (доцентов – 39). Качественный показатель составил 70,62% (лицензионный – 70%).

Для постоянного совершенствования профессиональных знаний и умений ППС предоставляется возможность повышения квалификации, профессиональной переподготовки как на базе института, так и в центральных образовательных учреждениях г. Москва, г. С-Петербург и др., принимать участие в видео-конференциях: семинарах, лекциях ведущих ученых страны, пользоваться Интернет ресурсами, электронными учебными пособиями, современными монографиями, электронной библиотекой, а также принимать участие в съездах, симпозиумах по реализуемым дисциплинам, как на территории РФ, так и за рубежом. В период с 2005г. по 2011г. было 65 организовано научных командировок в дальнее зарубежье. Кроме того, в целях поддержания имиджа института, стимулирования внедрений инноваций в образовательный процесс и научную деятельность разработана рейтинговая (кредитная) система оценки работы преподавателей по 33 критериям, предусматривающая материальное стимулирование. Ежегодно стимулирующие выплаты ППС в целом составляют около 800 тыс. рублей.

В институте наряду с традиционными успешно развиваются инновационные формы обучения:

- телекоммуникационные информационные технологии сети Интернет (дистанционное обучение);
- интерактивные имитационные системы (тренажеры, стимуляторы).

Основной их задачей является не замещение традиционных форм обучения, а их органичное дополнение.

Внедрению информационных технологий предшествовало улучшение материально-технического обеспечения образовательного процесса. В период 2006г. по 2011г. на улучшение учебной базы и социально-бытовых условий обучающихся израсходовано около 80 млн. руб.

В настоящее время на балансе института находятся: компьютеры – 151, ноутбуки – 43, сканеры – 34, принтеры – 96, мультимедийные проекторы – 44, цифровые фотокамеры – 11, Интернет камеры – 1. Только в 2011г. оргтехники приобретено на 634,543 руб.

В 2008г. для проведения дистанционного обучения и телеконференций приобретено оборудование Polikom VSX 8800. В 2010г. с провайдером услуг по проведению вебинаров «Вебинар.ру Платформа» (г.Москва) заключен договор о сотрудничестве.

В качестве исторической справки следует отметить, что экспериментальные циклы дистанционного обучения были начаты в 1997г. кафедрой анестезиологии и реаниматологии (зав. кафедрой, профессор В.Г.Васильков; ответственный исполнитель, д.м.н. А.И.Сафронов). С 2005г. и по настоящее время ус-

пешно работает Интернет-центр дистанционного образования в режиме удаленного доступа по вопросам антимикробной терапии (зав. кафедрой пульмонологии и фтизиатрии, доцент В.П.Сергеева). Обучено 46 врачей из разных регионов России. По итогам работы за 2011г. проведено 8 циклов дистанционного обучения в режиме on line, обучено 198 слушателей. Из них кафедрой пульмонологии и фтизиатрии проведено 2 цикла (Республика Мордовия – 30 чел., г.Нижний Ломов – 31 чел.), кафедрой инфекционных болезней – 2 цикла (г.Кузнец – 39 чел., г.Тамбов – 27 чел.), кафедрой КЛД – 2 цикла (г.Кузнецк – 19 чел., г.Тамбов – 17 чел.), кафедрой УЗД – 1 цикл (г.Йошкар-Ола – 15 чел.), кафедрой неврологии – 1 цикл (ОКБ им. Н.Н.Бурденко – 20 чел.). В марте 2011г. 4 преподавателя приняли участие в международной виртуальной Интернет-конференции «Медицина XXI век: Тенденции и перспективы». При дистанционной форме обучения остается не отработанным вопрос учета учебных часов для ППС. Среди других информационных образовательных технологий, развитию которых в институте уделяется большое внимание необходимо отметить мультимедийные презентации, создание электронных мультимедийных учебных пособий, работу слушателей с электронными информационно-образовательными системами в библиотеке, а также своевременное обновление библиотечного фонда, который насчитывает 93,5 тыс. экз. книг.

Актуальным вопросом остается приобретение обучающимися практических навыков. По данным ректора I Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова П.В.Глыбóчко в 2011г. 35% выпускников вуза оказались недовольны обучением в части овладения практическими навыками. Многие сложные манипуляции и процедуры требуют тщательной отработки действий врача, например, интубация трахеи, проведение первичного комплекса сердечно-легочной реанимации, катетеризация магистральных сосудов, ведение родов и др.

Внедрение в процесс обучения интерактивных имитационных технологий началось с 2007г., когда в институте был оборудован первый тренажерный класс. В 2008 году организован центр практических навыков (ЦПН), включающий 4 тренажерных класса, в которых размещены 18 тренажеров и симуляторов производства США, Японии, Дании. В настоящее время ЦПН позволяет отрабатывать практические навыки по 24 медицинским специальностям. В период с 2007г. по 2011г. в ЦПН прошли обучение 1445 человек, в том числе: ординаторов -183, интернов – 263, врачей общей практики – 460, других слушателей – 539. Отмечена высокая эффективность ЦПН. Например, при базовом контроле практических навыков по сердечно-легочной реанимации, практические ошибки у врачей общей практики выявлялись в 87%, у интернов – в 92%, у ординаторов – в 76%. По окончании обучения в ЦПН процент ошибок во время выполнения приемов сердечно-легочной реанимации во всех группах не превышал 2%.

Широкое применение в учебном процессе тренажеров и симуляторов позволяет моделировать клиническую ситуацию, приобрести врачами необходи-

мый практический навык и существенно снизить вероятность медицинской ошибки в дальнейшей их работе.

Результаты анонимного анкетирования слушателей и многочисленные положительные отзывы руководителей лечебных учреждений из различных субъектов РФ свидетельствуют о своевременности и адекватности принятых нами решений, направленных на внедрение инновационных образовательных технологий.

Особого внимания заслуживают результаты научно-исследовательской работы. За 35 лет защищены 210 диссертаций, из них 40 – докторских и 170 – кандидатских работ.

Динамика защит диссертационных работ с 2006 по 2011 гг.

Диссертации	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Всего
Докторские	2	3	0	2	2	2	11
Кандидатские	8	7	3	5	4	7	34
ВСЕГО	10	10	3	7	6	9	45

Опубликовано 6858 научных работ, в том числе 1041 статья в рецензируемых журналах и 114 – в зарубежной печати. Получено 80 патентов РФ и 50 авторских свидетельств на изобретения, 496 свидетельств на рационализаторские предложения, опубликовано 77 сборников научных трудов.

Всего за отчетный период издано 69 монографий, 11 учебников, 491 учебное пособие и 196 методических рекомендаций, за последние 5 лет - 21 электронное мультимедийное учебное пособие.

В 2011 г. в США была издана монография по актуальным вопросам кардиологии, в написании которой принимали участие ведущие ученые из 22 государств, в том числе и из России. Одна из глав монографии полностью написана нашими коллегами – а именно д.м.н., проф., Заслуженным деятелем науки Российской Федерации Татарченко И.П., д.м.н. Поздняковой Н.В., д.м.н., проф. Морозовой О.И., аспирантом Петрушиным И.А.

Результаты научных исследований наших сотрудников многократно и успешно демонстрировались на всероссийских и международных форумах.

В институте на протяжении последних 7 лет проводится конкурс на лучшую монографию, учебник, руководство и 10 лет – конкурс на лучшее учебное пособие и методические рекомендации.

В настоящее время в институте проводятся научные исследования по 21 теме (19 - кафедральные, 2 – ЦНИЛ), выполняемых кафедрами как самостоятельно, так и совместно с другими отечественными и зарубежными научными учреждениями.

Примером комплексирования научных исследований являются следующие кафедры:

- Терапии, общей врачебной практики, гастроэнтерологии и эндокринологии:
 - Исследование ATLAS ACS 2 TIMI 51. В исследовании участвовали: зав. кафедрой, д.м.н. Дорогова И.В. и ассистент кафедры Панина Е.С. (Johnson& Johnson США).
 - Исследование CANVAS (CANagliflozin cardiovascular assessment Studi) по протоколу 28431754 DIA-3008. Бартош Л.Ф. – главный исследователь, Дорогова И.В., Панина Е.С. (Johnson& Johnson США).
 - Клиническое исследование по протоколу CLAF237A23118 Сергеева-Кондраченко М.Ю. – главный исследователь, закончено в 2011г. (Novartis, Дания).
 - Клиническое исследование по протоколу EX2211-3748 Сергеева-Кондраченко М.Ю. – главный исследователь (Novo Nordisk, Дания).
 - Клиническое исследование NN 9068-3697 Сергеева-Кондраченко М.Ю. – главный исследователь (Novo Nordisk, Дания).
 - Prospective observational Longitudinal Registry of patients with stable coronary artery disease – исследователь Бочкарева Ю.В.
 - Многоцентровое проспективное обсервационное исследование – длительное наблюдение за больными, перенесшими инфаркт миокарда, в реальной практике. 2011-2015гг. исследователь – Бочкарева Ю.В.
 - Исследование НИКА: совместная научно-исследовательская деятельность, направленная на изучение распространенности и прогностического значения компонентов метаболического синдрома среди населения Российской Федерации с ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова Росмедтехнологий». Бартош Л.Ф., Дорогова И.В., Павлова Е.А.

- Аллергологии и иммунологии, которая проводила клинические исследования совместно с GSK, Великобритания:
 - Протокол по исследованию HZA 106837 Начат 23.07.2010 до декабря 2011 года, страна Великобритания. Молотилев Б.А., Алексеева Н.Ю., Орлова Е.А., Костина Е.М.
 - Протокол по исследованию DB2113359 начат июнь 2011 Молотилев Б.А., Алексеева Н.Ю., Орлова Е.А., Костина Е.М.
 - Протокол HZC115247 начат октябрь 2011г. Молотилев Б.А., Алексеева Н.Ю., Орлова Е.А., Костина Е.М.

Несмотря на определенные успехи в научных исследованиях, следует отметить, что в рейтинге Научной электронной библиотеки (<http://elibrary.ru>) из числа 235 зарегистрированных медицинских организаций и учреждений по

критерию «Российский индекс научного цитирования» наш институт находится на 121 месте (индекс цитирования -45). Обращает внимание низкий показатель индекса Хирша и низкий показатель средневзвешенного импакт-фактора журналов, в которых были опубликованы статьи большинства преподавателей. Наибольшие значения индекса Хирша имеют д.м.н., проф. В.Г.Васильков (4), д.м.н., проф. Б.Г.Искендеров (3), д.м.н., проф. И.П.Баранова (3), д.м.н. Д.А.Чичеватов (3), д.м.н., проф., Заслуженный деятель науки Российской Федерации И.П.Татарченко (2), д.б.н., ст.н.с. Н.И.Баранова (2), к.м.н., доцент О.А.Коннова (2). Для улучшения данной ситуации необходимо проделать большую работу.

Для обеспечения условий по выполнению научных исследований только в 2011 г. закуплено медицинского оборудования на 11181 тыс. рублей, в том числе лаборатория ПЦР стоимостью 1206,5 тыс. рублей.

Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 16.05.08г. на базе Пензенского государственного университета открыт объединенный Диссертационный Совет по защите кандидатских и докторских работ по 3 научным дисциплинам: кардиология, хирургия, травматология и ортопедия. За период с 2009 г. в Диссертационном Совете защищено 3 докторских и 22 кандидатских работ.

Решение всех вышеперечисленных задач проходило при финансовой поддержке Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, руководства Пензенской области, Министерства здравоохранения и социального развития Пензенской области и руководителей лечебно-профилактических учреждений, с которыми у нас заключены договора о взаимном сотрудничестве, и, конечно, благодаря дружному, преданному профессии коллективу института и его добросовестной работе. Таким образом, мы твердо уверены в перспективе дальнейшего развития нашего института.

СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК С ОЖИРЕНИЕМ

С.В.Абрамова, Е.С.Самошкина, А.В.Федоров, А.В.Балыкова, Н.В.Ивянская

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П.Огарева», ГБУЗ «ДРКБ»,
Саранск

Целью данного исследования явилось изучение состояния репродуктивной системы девочек различного возраста с ожирением. Обследовано 90 девочек, находившихся на стационарном лечении в отделении эндокринологии ГУЗ «ДРКБ №2» с диагнозом «Ожирение». Средний возраст пациенток составил $12,1 \pm 0,4$ года. Все девочки были разделены на группы в зависимости от возраста: 1 группа - девочки дошкольного возраста ($n=14$), во вторую вошли больные младшего школьного возраста ($n=17$), в третью – девочки среднего школьного возраста ($n= 33$), и в четвертую – девочки-подростки ($n= 26$).

При изучении характера наследственности у девочек с ожирением нами было выявлено, что у 28% девочек отмечалась отягощенная наследственность по развитию заболеваний репродуктивной системы, у 67% - по избыточной массе тела. При проведении гинекологического осмотра у девочек с ожирением наиболее часто выявлялись воспалительные заболевания наружных половых органов. Следующая по частоте встречаемости – дисфункция яичников, выражающаяся в нерегулярном менструальном цикле, причем опсоменорея встречалась в 75% случаев, тогда как доля полименореи, составила только 25%. В младшей возрастной группе преобладали воспалительные заболевания наружных половых органов и преждевременное половое развитие в виде изолированного телархе у 5 девочек и сочетания телархе и адренархе у 1 пациентки. Необходимо отметить, что у всех осмотренных представительниц данной группы выявлена гинекологическая патология. У девочек младшего школьного возраста спектр патологии увеличивается, хотя на первом месте также вульвовагинит (выявлен у 35% обследованных) и ППП (18% девочек). У одной из пациенток 10 лет с преждевременным половым развитием (стадия 4 по Таннеру) выявлен хронический метроэндометрит. У девочек препубертатного возраста патологии при осмотре не выявлено только у 9%, на первом месте проявления дисфункции яичников. У девушек-подростков отсутствие патологии констатировано в 7% случаев. Также как и в предыдущей группе, наибольший удельный вес составляет дисфункция яичников.

Сроки появления вторичных половых признаков в целом не отличались от популяционных значений, однако, у девочек дошкольного и младшего школьного возраста отмечались признаки более раннего появления вторичных половых признаков (3 случая), а среди девочек средней и старшей возрастных групп замедление темпов появления вторичных половых признаков (9 случаев).

Всем девочкам было проведено УЗИ органов малого таза. Отсутствие изменений на ультрасонограммах было выявлено лишь у 28% обследованных. У девочек дошкольного возраста самый большой процент неизменной УЗ-картины органов малого таза – 50%, во второй группе неизменное заключение УЗИ выявлено только у 18% детей, в третьей группе – у 33%, у девушек-подростков – 27%. У девочек дошкольного возраста чаще всего выявлялись признаки преждевременного созревания, в группе младших школьниц преобладали признаки недоразвития внутренних половых органов (53% обследованных), среди девочек препубертатного возраста на первом месте по частоте встречаемости была низкая фолликулярная активность (37% девочек), у подростков также сохранялась данная тенденция проявившаяся в признаках недоразвития внутренних половых органов и низкой фолликулярной активности яичников (38% и 35% соответственно).

Таким образом, у девочек с ожирением изменения состояния репродуктивной системы формируются начиная с допубертатного возраста и имеют тенденцию к увеличению в периоде пубертата, что требует более пристального внимания детских гинекологов к данной категории пациенток.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИКЕ АЛКОГОЛИЗМА У ЛИЦ С НЕУСТОЙЧИВЫМИ ЧЕРТАМИ ХАРАКТЕРА В ПРЕМОРБИДЕ

А.Д.Абрамочкина

ГБУЗ «Областная наркологическая больница»
Пенза

Аффективные расстройства (от легких субдепрессивных до выраженных депрессивных) несомненно являются одним из ведущих факторов формирования и дальнейшего развития алкоголизма и нередко становятся доминирующими в структуре его основных клинических синдромов, в частности, влечения к алкоголю и абстиненции. Психопатологические особенности аффективных проявлений во многом определяются преморбидными чертами характера. И их необходимо учитывать при проведении психофармакотерапии и психотерапевтической коррекции больных алкоголизмом.

Клинико-психопатологическим методом было обследовано 58 больных алкоголизмом на II стадии болезни с длительностью заболевания от 4 до 25 лет, в возрасте от 23 до 54 лет, с неустойчивыми чертами характера в преморбиде. Они отличались незрелостью, легкомыслием, подчинением среде, стремлением поступать «как все». Будучи «безвольными», 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, легко мирились с обидчиками. Часто обнаруживали пассивность и лень, проявляли небрежность, не обладали усидчивостью, не доводили начатые дела до конца. Характеризовались склонностью к праздности, безработному времяпрепровождению. Социально приемлемые способы развлечений, которым они могли отдаваться поначалу безудержно, быстро приедались, наскучивали. Скоро возникало тяготение к новым, необычным, более «интересным» для них переживаниям. В компании обычно являлись исполнителями, оказывали разные услуги лидерам. Легко попадали под влияние различного рода асоциальных групп, поэтому нередким было раннее начало систематического пьянства (16-17 лет). Часто больные испытывали затруднения в образовании полноценных, устойчивых контактов с позитивным микросоциальным окружением, не могли наладить здесь стойкого, глубокого, всестороннего общения. С другой стороны, в компании людей употребляющих спиртные напитки, они чувствовали себя комфортно, легко добивались внимания и поддержки. В такой среде у них быстро «завязывались» многочисленные поверхностные контакты.

Эти состояния на II стадии заболевания клинически оформлялись в следующие варианты:

1. Субдепрессии с вегетативными расстройствами (наблюдавшиеся у 12 человек) были представлены незначительно выраженным снижением настроения, некоторой заторможенностью, вялостью, пассивностью в выполнении любого рода занятий. Указанные нарушения сопровождались головной болью, ус-

талостью, прерывистым сном с частыми алкогольными сноведениями. Объективно отмечалась гипертензия, тахикардия, гипергидроз.

2. Тревожно-депрессивные расстройства (у 22 человек) были представлены значительным снижением настроения, ослаблением активности, повышенной утомляемостью. Достаточно трудно было концентрировать внимание на каком-либо вопросе. Такое состояние сопровождалось внутренним напряжением, волнением, беспокойным ожиданием «чего-то нехорошего». Часто отмечались головокружение, учащенное сердцебиение.

3. Дисфорические расстройства с поведенческими нарушениями (у 24 человек) были представлены сочетанием пониженного настроения с раздражительностью, вспыльчивостью, а в некоторых случаях со злобностью. Постоянно высказывали упреки в адрес окружающих. Часто возникали выраженные гневливые реакции, в связи с чем вступали в различные конфликты с медицинским персоналом и больными. Поведение отличалось взбудораженностью, повышенной активностью. Чувствуя себя несправедливо наказанными, требовали немедленной выписки из больницы, так как необходимо было «выпить и успокоиться».

У больных с неустойчивыми чертами характера в преморбиде, по мере формирования клинической картины алкоголизма, депрессивные эпизоды и реакции трансформировались в дисфорические.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА И СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРМСКОМ КРАЕ

Т.Ю.Агафонова, В.А.Тарасов, Б.В.Головской, А.А.Баталова

ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера Минздравсоцразвития России
Пермь

Цель исследования: изучение распространенности факторов риска и социально значимых заболеваний (в первую очередь, болезней сердечно-сосудистой системы и сахарного диабета) среди подростков и взрослого населения Пермского края.

Материал и методы исследования. Обследованы лица трудоспособного возраста и подростки г. Перми и Пермского края. Критерии исключения: наличие острых и обострений хронических заболеваний, профвредностей на момент исследования.

Этапы исследования: 1) скрининговое обследование 1424 человек, в том числе в возрасте 19-64 лет - 596 человек, в возрасте 15-18 лет - 828 человек, включающее общий врачебный осмотр и экспертную оценку состояния здоровья по уровню биологической, социальной, психологической и иммунологической адаптации организма к среде с помощью компьютерной программы «САМПО» («Система автоматизированного медицинского профилактического обследования», Головской Б. В., Ховаева Я. Б., Тарасов В. А., свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № 2001611516, Москва, 2001,

«Роспатент»). Уровень риска развития таких заболеваний как артериальная гипертония, язвенная болезнь, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, заболевания легких, заболевания онкологической направленности рассчитывался по алгоритмам, заложенным в программу САМПО. На основании заключения САМПО выделялись практически здоровые лица для проведения второго этапа исследования.

2) исследование липидного спектра крови с определением ОХС, ХС-ЛПВП, ТГ, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПОНП у 256 человек (из них мужчин – 93). Средний возраст в группе 36,03±0,6 лет. Уровень общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП) и триглицеридов (ТГ) сыворотки крови исследовали после 12-часового голодания ферментативным колориметрическим методом на фотометре с узкополосными светофильтрами «Screen master plus», реагентами фирмы «HUMAN» (Германия). Уровни холестерина липопротеинов низкой и очень низкой плотности (ХС-ЛПНП и ХС-ЛПОНП) определяли расчетным методом.

Данные представлены в виде средних значений со среднеквадратичными ошибками. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты исследования. При изучении факторов риска и заболеваемости подростков нами показано, что у девушек чаще, чем у юношей встречаются заболевания уха, горла, носа (частота заболеваний соответственно у юношей и девушек 13,7% и 22,7%, $p=0,036$) и аллергические заболевания (отмечались соответственно у юношей и девушек в 21,6% и 33,2% случаев, $p=0,000$). Однако юноши испытывают более высокий уровень стрессовой нагрузки (высокий уровень стрессовой нагрузки отмечался соответственно у юношей и девушек в 26,5% и 18,4% случаев, $p=0,025$).

У взрослых женщин (по сравнению с мужчинами) чаще выявляются такие интегральные факторы риска, как низкий уровень социальной адаптации (в 24% и 8% случаев соответственно у женщин и мужчин, $p=0,000$) и недостаточная устойчивость к стрессу (в 23% и 12% случаев соответственно у женщин и мужчин, $p=0,007$). Вероятно, следствием этого явилось то, что среди женщин чаще наблюдалось снижение резервных возможностей организма (в 34% и 18% случаев соответственно у женщин и мужчин, $p=0,000$). У мужчин чаще отмечался высокий риск заболеваний легких (в 29% и 56% случаев соответственно у женщин и мужчин, $p=0,000$), высокий риск ишемической болезни сердца (в 18% и 30% случаев соответственно у женщин и мужчин, $p=0,009$). При изучении распространенности заболеваний у мужчин отмечена более высокая частота встречаемости язвенной болезни (в 5% и 11% случаев соответственно у женщин и мужчин, $p=0,05$).

Таблица 1

Показатели липидного спектра крови (ммоль/л) и коэффициента атерогенности у практически здоровых лиц разного пола и возраста

показатели липидного спектра крови	До 40 лет		Р	Старше 40 лет		р
	мужчины	Женщины		Мужчины	Женщины	
ОХС	4,3±0,15	5,2±0,15	0,0005	6,2±0,53	5,8±0,21	
ХС-ЛПВП	1,1±0,03	1,4±0,05	0,0000	0,9±0,10	1,4±0,09	0,001
ХС-ЛПНП	2,8±0,15	3,4±0,16	0,01	4,4±0,47	3,9±0,21	
ХС-ЛПОНП	0,4±0,02	0,4±0,04		0,9±0,16	0,6±0,05	
ТГ	1,0±0,05	0,9±0,08		1,9±0,34	1,2±0,10	
КА	3,1±0,20	3,0±0,20		6,6±1,03	3,8±0,36	0,02

Показатели липидного спектра крови у взрослого населения представлены в таблице 1. Среди мужчин до 40 лет частота встречаемости изменений липидного спектра крови составляют 39,1%, среди женщин до 40 лет – 59% (р=0,02), но после 40 лет половые различия сглаживаются (у мужчин изменения липидного спектра встречаются в 100%, у женщин - в 80%, р>0,05). У женщин старше 40 лет сохраняются большие значения ХС-ЛПВП и отмечаются меньшие значения КА, что подтверждает неблагоприятные изменения липидного спектра у мужчин этого возраста. В целом происходит увеличение частоты встречаемости атерогенных изменений липидного спектра крови после 40 лет (р=0,01-0,0000).

Таким образом, нами показано, что лица мужского пола с подросткового возраста испытывают более высокие стрессовые нагрузки, которые, наряду с другими факторами риска, в частности, прогрессирующим нарастанием атерогенности сыворотки крови, в дальнейшем приводят к более высокому риску сердечно-сосудистой патологии, чем у женщин, и реализуются, первую очередь, в возникновении ишемической болезни сердца, что должно обуславливать соответствующую стратегию профилактических мероприятий.

СОСТОЯНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Н.И.Алешина, И.И.Кухтевич

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Мультифокальность атеросклеротического процесса объясняет частоту сочетанной патологии сосудов сердца и мозга. Это подтверждают не только кардиоэмболические ишемические инсульты, но и сочетание ишемической болезни сердца (ИБС) с хронической недостаточностью мозгового кровообра-

ния. Установление частоты и характера подобных сочетаний облегчает не только выявление факторов риска смежной патологии, но и ориентирует на комплексное патогенетическое лечение подобных больных.

Нами изучены неврологический статус и состояние мозгового кровообращения у 40 больных с атеросклеротическим стенозом коронарных артерий в амбулаторных условиях. Среди обследованных было 36 мужчин и 4 женщины, средний возраст составил $58,4 \pm 8,2$ лет. Все пациенты наблюдались кардиологом по поводу ИБС. Подавляющее большинство обследованных (80%) были курильщиками со средним стажем курения $35 \pm 5,5$ лет. Артериальной гипертензией 2-3 степени страдали 82,5% пациентов. Индекс массы тела у обследованных не превышал 30,6. ИБС проявлялась стенокардией напряжения 2 функционального класса у 37,5% больных, 3 функционального класса – у 62,5%. Инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе был у 80% пациентов, причем у 25% повторный. Ишемический инсульт (ИИ) перенесли 30% обследованных, транзиторные ишемические атаки – 10%. У больных, перенесших повторный ИМ, ИИ в анамнезе регистрировался в три раза чаще, чем у перенесших один ИМ. У 60% наблюдался атеросклероз периферических артерий, клинически проявлявшийся в 20% случаев. Все пациенты были направлены в кардиологический центр для определения показаний к реваскуляризации миокарда. Ангиографическое исследование у 70% больных выявило поражение трех коронарных артерий со стенозом от 40 до 100%.

Неврологические жалобы выявлены у 90% обследованных, наиболее часто пациенты отмечали нарушение памяти, шум в голове, головную боль. Частота основных субъективных симптомов представлена на рисунке 1.

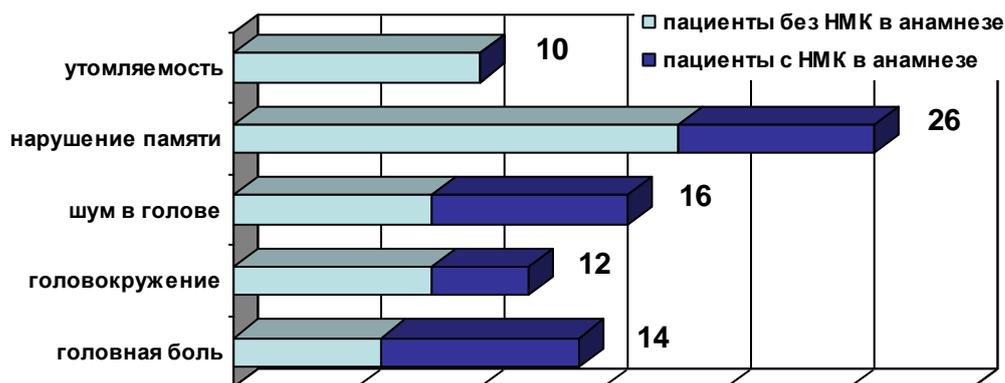


Рис.1 Частота субъективных неврологических симптомов.

Очаговая неврологическая симптоматика наблюдалась у больных, имевших в анамнезе расстройства мозгового кровообращения и проявлялась нарушением речи, двигательными, чувствительными расстройствами. У остальных больных нередко выявлялась вестибулярная и псевдобульбарная симптоматика.

Характер и встречаемость объективных неврологических симптомов представлены на рисунке 2.

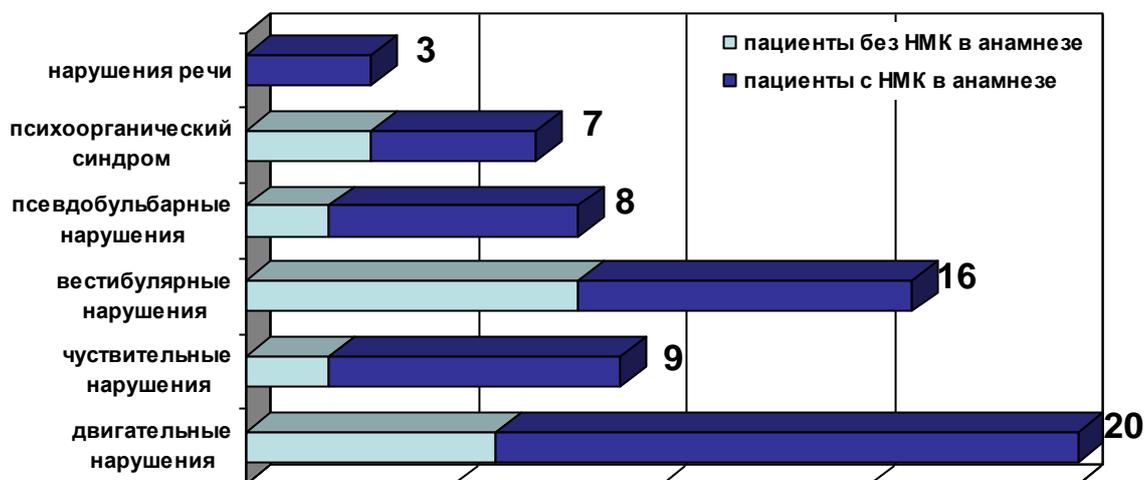


Рис.2 Частота объективных неврологических симптомов.

Более выраженные отклонения отмечались у больных при проведении нейропсихологического тестирования. Так, при оценке когнитивного состояния по Краткой шкале оценки психического статуса (MMSE) легкие когнитивные расстройства выявлены у 45 % обследованных (рисунок 3).

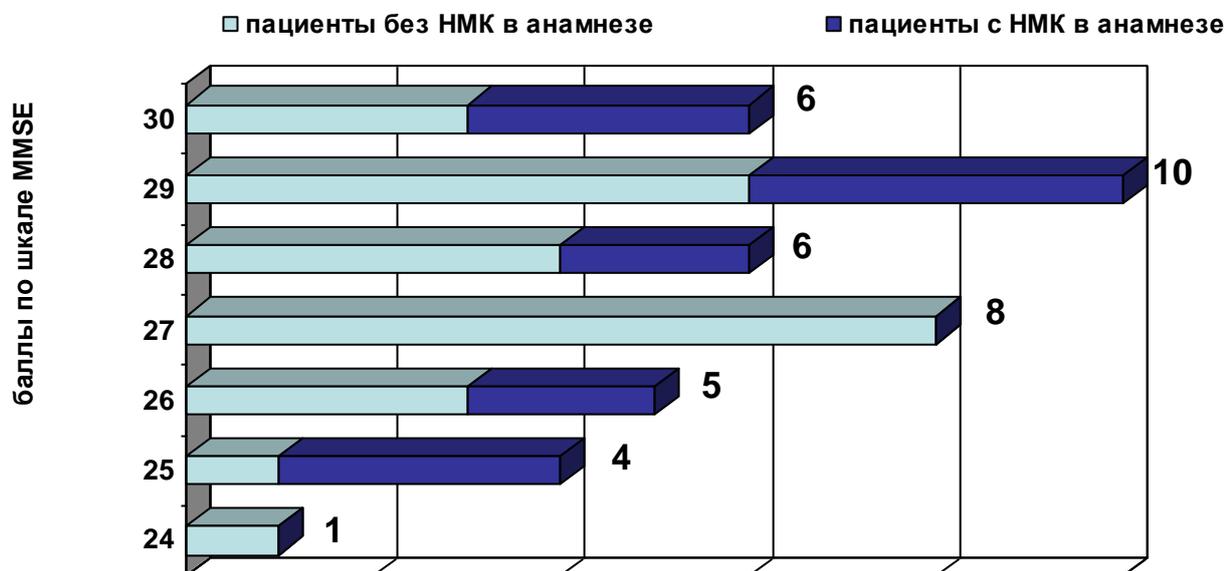


Рис.3 Результаты тестирования по шкале MMSE.

Средний балл в тесте повторения цифр (по D.Wechsler; D.Wade) в прямом порядке у пациентов без нарушения мозгового кровообращения (НМК) в анамнезе составил $41,8 \pm 11,3$, у пациентов с НМК – $35,2 \pm 9,7$ (максимальный балл 60), в обратном порядке соответственно $36,2 \pm 10,8$ и $26,6 \pm 7,4$ (максимальный

балл 50). При выполнении теста слежения (ТМТ-А), время, затраченное на выполнение задания, составило $47,25 \pm 13,5$ сек у больных без НМК и $55,2 \pm 12,1$ с НМК в анамнезе (норма в среднем 29 сек). Индекс общего психологического благополучия (по Н.Дуру; D.A.Revicki) существенно не различался у пациентов перенесших и не перенесших НМК, и определился как $78,45 \pm 17,11$ баллов, при среднем значении индекса у здоровых 105.

Дуплексное сканирование магистральных артерий головы (МАГ) у большинства пациентов грубых стенотических процессов не выявило. Стенозы от 40 до 70% по диаметру наблюдались в примерно одинаковом количестве в каротидном и вертебро-базилярном бассейне (таблица 1).

Таблица 1.

Количество больных со стенозом МАГ по результатам дуплексного сканирования

Артерия Стеноз,%	OCA _d	OCA _s	BCA _d	BCA _s	ПА _d	ПА _s
до 40	15	14	9	13	3	2
41-70	2	5	6	4	5	4
более 71	1	1	1	2	0	1

ОСА – общая сонная артерия

BCA – внутренняя сонная артерия

ПА – позвоночная артерия

d – dextra

s – sinistra

Нейровизуализация (магнитно-резонансная томография) выявила изменения вещества мозга у половины обследованных. Мультиинфарктное состояние наблюдалось у 2 больных (5%), атрофические явления с расширением объема желудочков и субарахноидальных щелей – у 7 человек (17,5%), перивентрикулярные очаги демиелинизации – у 3 (7,5%). Указанные морфологические изменения не относились к больным, перенесшим в анамнезе НМК.

У большинства больных отмечались изменения гемореологических показателей (таблица 2).

Таблица 2.

Гемореологические показатели

ПТИ, %	Фибриноген, г/л	Гематокрит, %	АЧТВ, сек
$110,9 \pm 11,2$	$4,02 \pm 0,8$	$46,9 \pm 1,8$	$33,01 \pm 5,52$

Уровень холестерина был повышен у 1/3 пациентов (на фоне лечения статинами). У 4 пациентов отмечен высокий уровень С-реактивного белка (7,2 – 10,5 мг/л), они имели в анамнезе НМК.

Резюме. Проведенное исследование показало, что у больных с выраженной коронарной патологией имеются нерезко выраженные отклонения в неврологическом статусе с явным преобладанием когнитивных нарушений. Несмотря на допенсионный возраст у многих больных отмечается атеросклеротическое поражение мозговых артерий, не достигающее критических величин. Обращает внимание высокий уровень гематокрита и фибриногена у большинства больных. К факторам риска кардиоцеребральных нарушений следует отнести курение, артериальную гипертонию и мужской пол. Поскольку обследованные пациенты являются кандидатами для хирургической коррекции коронарного кровообращения, полученные данные могут иметь значение для прогнозирования возможных осложнений кардиохирургических операций и проведения пред-, интра- и послеоперационной превентивной медикаментозной терапии.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «ГАБРИГЛОБИНА» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АУТОИММУННОЙ КРАПИВНИЦЫ

В.А.Алешкин, Б.А.Молотилов, Е.А.Орлова, Е.А.Больша, А.Г.Лютков, Л.И.Новикова

ФБУН МНИИЭМ им. Г.Н.Габричевского Роспотребнадзора, Москва
ГОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития, Пенза

В 1962 году были получены первые препараты иммуноглобулинов для внутривенного введения и с тех пор все новые и новые аспекты их применения привлекают внимание клиницистов различных профилей медицины.

Разумеется, продолжаются поиски по усовершенствованию и самих препаратов иммуноглобулинов, а также по изучению механизмов их действия. Разработанный в МНИИЭМ им.Г.Н.Габричевского препарат «Габриглобин» является первым отечественным внутривенным иммуноглобулином (ВВИГ) с нерасщепленной, сохранившей все свои биологические функции, молекулой IgG, имеющим ряд важных преимуществ перед другими препаратами:

- содержит более 99% мономерного IgG;
- распределение подклассов IgG соответствует физиологическому;
- имеет величину рН 4,2 и др.

Его клиническая эффективность подтверждена при целом ряде заболеваний: агаммаглобулинемии, идиопатической тромбоцитопенической пурпуре, сепсисе, гнойно-воспалительных заболеваниях и системных заболеваниях соединительной ткани.

Целью настоящей работы было изучение возможности использования «Габриглобина» для лечения больных с хронической аутоиммунной крапивницей (ХАК). Для подтверждения аутоиммунного механизма крапивницы проводилась внутрикожная проба с аутосывороткой по методу M.Hide (1993). Диагноз ХАК с наибольшей вероятностью выставлялся пациентам, имеющим поло-

жительную пробу с аутосывороткой при диаметре 7 мм и более, с сопутствующей патологией щитовидной железы, изменениями в системе комплемента. Все пациенты с ХАК были разделены на две группы: первой группе (группа сравнения – 13 человек) проводилось традиционное лечение с использованием антигистаминных препаратов и ГКС системного действия, вторая (основная) группа (15 человек) наряду с традиционным лечением получала «Габриглобин», который вводили внутривенно капельно в дозе 2,5 г/сут в течение 4 дней. Эффективность лечения оценивали на основании купирования основных симптомов болезни (интенсивности кожного зуда, распространенности и характера уртикарных высыпаний). Через 6 и 12 мес. после окончания курса лечения проводили оценку результатов иммунотерапии.

Установлено, что при проведении традиционной терапии клинические проявления продолжали рецидивировать у 92,3% пациентов, что требовало постоянной смены препаратов и увеличения дозы ГКС и антигистаминных средств. Полная клиническая ремиссия после курса традиционной терапии наступила только у 7,7% больных. Диаметр внутрикожной пробы с аутосывороткой до и после лечения у них остался без изменений.

У пациентов второй группы, получивших дополнительно «Габриглобин», к 4-му дню лечения наблюдалось наступление полной клинической ремиссии в 80% случаев.

При оценке отдаленных результатов лечения через 6 и 12 мес. в основной группе больных было зафиксировано 5 рецидивов из 15 больных (33,3%), в то время как в группе сравнения обострения возникли у 12 из 13 пациентов (92,3%). Необходимо также отметить, что у пациентов второй группы, прошедших курс лечения препаратом «Габриглобин», медиана диаметра пробы с аутосывороткой уменьшилась на 2,5 мм, что может свидетельствовать о патогенетичности проведенной терапии.

Очень важно подчеркнуть, что в процессе лечения «Габриглобином» у больных не было отмечено каких-либо серьезных реакций на введение препарата.

Таким образом, комбинированная терапия с включением ВВИГ «Габриглобин» является весьма эффективным и перспективным методом лечения больных с ХАК. В настоящее время нами проводятся дальнейшие исследования с целью выбора оптимальной дозы препарата и изучения механизмов его действия при данной патологии.

О НЕОБХОДИМОСТИ СВОЕВРЕМЕННОГО ИНФОРМИРОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ О РАДИОАКТИВНОМ ЗАГРЯЗНЕНИИ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ПРОФИЛАКТИКА ОБЛУЧЕНИЯ

В.Ф.Алфёров, А.Е.Болванович, О.Н.Букаев, Е.Н.Еремеева, М.И.Софронова

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарёва»
Саранск

Катастрофы на атомных электростанциях Три-Майл-Айленд (США, 1979 г.), Чернобыльской (СССР, 1986 г.), и Фукусима-1 (Япония, 2011 г.) убедили общественность в том, что увеличивается вероятность радиоактивного загрязнения отдельных участков и больших территорий проживания. Сообщения из средств массовой информации носят порой несвоевременный, противоречивый характер и нередко вызывают сомнения в их достоверности.

Жители нашей страны должны получать объективные сведения и уметь правильно оценивать сложившуюся ситуацию. Это необходимо для понимания фактора опасности радиоактивного загрязнения для здоровья. Важной стороной возможности существования человека в условиях опасности облучения является изучение и освоение населением всех современных способов защиты от радиоактивного загрязнения.

Нами были проанализированы публикации медицинских научных исследований, сведения массовой печати, средств электронной информации, сайтов интернета; проведено ознакомление с материалами радиационной разведки. Использовался практический опыт одного из авторов данной статьи в зоне катастрофы Чернобыльской АЭС. Навыки работы с приборами радиометрического и дозиметрического контроля позволили рекомендовать возможность выбора оптимального комплекса необходимых способов измерения параметров радиоактивного загрязнения.

Оценивая параметры загрязнения, следует знать, прежде всего, количественную характеристику излучения. Количественная мера, основанная на величине ионизации сухого воздуха при нормальном атмосферном давлении, достаточно легко поддающаяся измерению, получила название экспозиционная доза. Для оценки радиационной обстановки местности должна своевременно и достоверно измеряться мощность экспозиционной дозы. Максимально допустимая мощность экспозиционной дозы на территории не должна превышать 50 мкР/час, или $1,39 \times 10^{-8}$ Р/с (рентген в секунду) в системе СИ это соответствует $3,58 \times 10^{-12}$ А/кг (ампер на килограмм).

За единицу измерения поглощенной дозы в системе СИ принят грэй (Гр). 1 Гр - это такая доза, при которой массе 1 кг передается энергия ионизирующего излучения 1 Дж. внесистемной единицей поглощенной дозы является рад. 1 Гр = 100 рад. Эффективная доза - величина, используемая как мера риска воз-

никновения отдаленных последствий облучения всего тела человека и отдельных его органов и тканей с учетом их радиочувствительности. Единицы измерения эффективной дозы совпадают с единицами измерения эквивалентной дозы - зиверты или бэры. Поглощённая доза радиации в мирное время при однократном облучении не должна превышать 125 мбэр, в системе СИ - 1,25 мЗв. Предельно допустимая эффективная доза облучения в течение 1 года или при равномерном облучении в течение 50 лет должна быть не более 5 бэр (0,05 Зв). Это дозы, в отсутствии превышения которых с помощью современных методов исследования не отмечаются неблагоприятные изменения в состоянии здоровья людей.

Защита населения в первую очередь обеспечивается своевременным проведением мероприятий радиационной разведки, достоверными данными радиометрического и дозиметрического контроля.

С целью профилактики облучения и лучевой болезни применяются различные способы и средства защиты. Население должно быть с ними хорошо ознакомлено. В период радиационной катастрофы необходимо пребывать в герметично закрытом помещении, но лучше в убежищах или противорадиационных укрытиях. Должны использоваться средства индивидуальной защиты. Медицинские средства защиты, включая использование радиопротекторов, выполнение мероприятий «йодной профилактики», необходимо применять по показаниям в период чрезвычайной ситуации и в дальнейшем, при оставшемся радиоактивном загрязнении местности.

Проведённые исследования показали, что актуально и необходимо разрабатывать научно обоснованные способы информирования населения о вероятности радиоактивного загрязнения мирного времени и ознакомление с методами профилактики заболеваний от радиоактивного облучения.

С мерами по обеспечению радиационной безопасности, способами и средствами защиты население должно быть ознакомлено в плановом порядке в режиме повседневной деятельности. Для взрослых людей нужно проводить обучение через средства массовой информации, проведение лекций и бесед в трудовых коллективах, клубах по интересам в рамках пропаганды медицинских знаний и обеспечения безопасности жизнедеятельности. Программы школьного обучения должны предусматривать изучение происхождения и действия радиации на окружающую природу, растения, животных, и, особенно, людей; а также правила поведения и способы защиты.

НАРУШЕНИЕ КОНТУРОВ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

В.А.Андреев, А.С.Ивачёв

НУЗ ОКБ на ст. Пенза ОАО «РЖД»,
ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Нарушение контуров брюшной стенки наиболее актуальны у больных, страдающих ожирением и ПОВГ. До 48% пациентов данной группы страдают ХВН нижних конечностей различной степени выраженности и предъявляют жалобы, характерные для ХВН. При коррекции контуров брюшной стенки необходимо учитывать данный аспект, так как при ХВН в послеоперационном периоде появляется высокий риск развития послеоперационных осложнений.

В хирургической клинике ОАО РЖД г. Пензы оперировано 108 пациентов с нарушением контуров брюшной стенки, в сочетании с ХВН: 96- женщин и 12 – мужчин.

Клинически ХВН проявлялась чувством тяжести в ногах (78%), наиболее выраженными в вечернее время (11%), чувство жара (6%), судороги (4%), пигментации нижних конечностей (1%).

У 12 пациенток контур брюшной стенки был нарушен в результате предшествующих родов и отложением жира в подкожно-жировой клетчатке брюшной стенки. Степень нарушения ХВН по классификации CEAP отмечалась с I по III класс.

Данной категории больных выполняли операцию липосакцию. У 2-х больных из данной группы на дооперационном этапе выполнена склеротерапия препаратом «Фибровейн». Все пациенты получали венотоник «Детралекс» 1000 мг в сутки в течение 2 недель до операции и один месяц после операции, выполняли компрессию нижних конечностей эластичными бинтами или чулками в до- и послеоперационном периоде. Эластичное бельё на брюшную стенку.

При изучении результатов через 4 месяца у данной категории больных не зафиксировано перехода ХВН на более низший класс. У 96 пациентов нарушение контуров стенки связано с наличием ПОВГ и абдоминоптоза «жирового фартука». У данной категории пациентов помимо ожирения и ХВН страдали сопутствующей патологией: сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ИБС, ЖКБ, миома матки.

Степень нарушения контуров брюшной стенки устраняли вентроабдоминопластикой преимущественно горизонтальным доступом иссечения жирового фартука. У 80 (83%) больных в послеоперационном периоде на фоне продолженной комплексной профилактики клинические проявления ХВН уменьшились: прекратились ночные судороги, показатели легометрии нижних конечностей отразили улучшение венозного кровотока нижних конечностей. У 16 больных (17%) через 2 месяца клинические проявления ХВН сохранялись на прежнем уровне. Данной категории пациентов была проведена коррекция

«Детралекс» с увеличением его дозы до 3000 mg на протяжении 2-х недель и назначении физиотерапии на нижние конечности.

Спустя 4 месяца после операции (63%) опрошенных пациентов помимо улучшения контуров брюшной стенки отметили уменьшение или прекращение проявлений ХВН.

У 95 больных не отмечено перехода класса ХВН на более низкий класс. У одного больного III класс перешел в IV.

Таким образом:

1. Нарушение контура брюшной стенки пациентов связано с ожирением.
2. Восстановление брюшной стенки требует комплексной профилактики ХВН, что улучшает качество жизни.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАННЕГО РАЗВИТИЯ И ДЕВИАНТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С НАСЛЕДСТВЕННО ОТЯГОЩЕННЫМ И НАСЛЕДСТВЕННО НЕОТЯГОЩЕННЫМ АЛКОГОЛИЗМОМ

А.Ю.Антропов

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Изучено 523 больных алкогольной зависимостью мужчин, из которых 306 больных наследственно отягощенным («АО») алкоголизмом и 217 больных наследственно неотягощенным алкоголизмом («НА»).

подавляющее большинство больных группы с «ОА» воспитывались в плохих материально-бытовых и морально-психологических условиях (74 % в группе «ОА» к 20 % «НА»). Жестокость воспитательных приемов отмечалась в группе «ОА» - в 24 %, а группе «НА» в 4 %.

Холодными и формальными взаимоотношения в родительской семье у больных группы «ОА» были в 34 %, а в группе «НА» - в 3 %; конфликтными были в 68 % случаев в группе «ОА» и 22 % в группе «НА». Конфликты были обусловлены пьянством отца - у 45 % больных в группе «ОА» и в 10 % в группе «НА».

Представляет интерес, что в семьях, где главенствует отец, число страдающих алкоголизмом было примерно одинаковым в обеих группах: около 15 %. В то время как в семьях, где главенствует мать, этот показатель существенно отличался - в группе «ОА» он был в 2 раза выше, чем в группе «НА» соответственно - 22 % и 11 %.

В детстве у больных группы «ОА» более чем в 2 раза чаще, чем у больных группы «НА», встречалось отставание в развитии (8 % и 4 %). В меньшей степени это относилось к физическому развитию (4 % и 3 %), тогда как психическое отставание чаще отмечалось в группе «ОА» (6 % и 2 %). Вероятно, это может быть объяснено тем, что у большинства больных имела место отягощенность алкоголизмом по линии отца. По данным В.Д.Дульнева (1965,1972) и

В.Г.Лунина (1978), алкоголизм отца негативно влияет на психическое развитие потомства в большей степени, чем на его физическое развитие.

В группе «ОА» оказались более выраженными по сравнению с группой «НА» невротические расстройства: ночные страхи встречались в два раза чаще, другие фобические проявления – в 3 раза чаще, заикание, чрезмерная возбудимость, расторможенность, энурез, ночное снохождение также в 3 раза чаще, судорожные проявления встречались в 4 раза чаще. В определенной корреляции с представленными выше показателями находится и более низкая успеваемость в школьные годы у больных группы «ОА» по сравнению с группой «НА».

Недисциплинированность, частые пропуски уроков, переводы в другую школу из-за нарушения дисциплины у больных группы «ОА» по сравнению с группой «НА» были представлены чаще (28 % и 18 %).

Вместе с тем, такие психопатологические проявления, как склонность к побегам из дома (12 % и 3 %), дракам (24 % и 10), воровству (13 % и 5 %), начало половой жизни до совершеннолетия (66 % и 48 %), в группе больных «ОА» проявлялось значительно чаще, чем в группе больных «НА».

Из представленных данных следует, что такие показатели, как отставание в развитии, особенно психическом развитии, невротические расстройства, ночные страхи, другие фобические проявления, заикание, чрезмерная возбудимость, энурез, ночное снохождение, судорожные проявления, психопатические проявления статистически достоверно более выраженными в группе «ОА», что свидетельствует о наличии у этих больных проявлений генетически обусловленного дизонтогенеза.

К ВОПРОСУ О НОЗОЛОГИЧЕСКОМ РАНЖИРОВАНИИ СИМПТОМОВ

Ю.А.Антропов

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Степень выраженности нозологической специфичности симптомов различна. Это связано с тем, что симптомы представляют собой явления, а, как известно, явления всегда богаче, шире сущности. Симптомы, в которых в большей мере отражается патологический процесс, лежащий в основе заболевания (сущность), имеют более выраженную нозологическую специфичность. Чем меньше в симптоме отражается патологический процесс, тем менее его нозологическая специфичность. Это дает возможность ранжировать симптомы на ведущие, главные, второстепенные и чужеродные. Наиболее выраженная нозологическая специфичность присуща ведущим (облигатным, стержневым) симптомам. Ведущим называется симптом, который наблюдается от начала и до конца заболевания, вокруг которого (он стержневой) формируется остальная симптоматика, и который является клиническим выражением основного патогенетического механизма болезни. Ведущий симптом не может отсутствовать в клинической картине соответствующего заболевания. К примеру, мания (бо-

лезненно повышенное настроение) не может отсутствовать при маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза. Схизиса («потери единства интеллектуальных, эмоциональных и волевых функций внутри их самих и в отношении друг друга» – определение основного расстройств, данное Э. Крепелиным) не может не быть при шизофрении. Главными называются симптомы, типичные для заболевания, которые, однако, могут в отличие от ведущих симптомов отсутствовать. При маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза главные симптомы – это ускоренное течение мыслей, маниакальная речевая спутанность, двигательное возбуждение, обострение инстинктов, при шизофрении – аутизм, гипобулия, эмоциональная дефицитарность, абивалентность, атактическая речевая спутанность, слабоумие. Второстепенными называются симптомы, которые могут наблюдаться при заболевании и они не вступают в противоречие с клинической структурой этого заболевания, но они не типичны и потому не могут быть опорой при его диагностике. Например, слуховые иллюзии при маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза (больной «слышит» по радио о том, что его назначают на высокую должность). Чужеродными симптомами в клинической картине заболевания называются патопластические симптомы, обусловленные интеркуррентными заболеваниями, дополнительной (вторичной) патологией. Это явление иной сущности – другого заболевания. Иллюстрация: в клинической картине маниакальной фазы маниакально-депрессивного психоза обнаруживается маниакальная триада симптомов, а также - растерянность, недоосмысление, то есть аментивность (совершенно не характерная симптоматика для этого заболевания). Причиной её (аментивности) явилась ангина, возникшая в результате простуды (сопутствующее заболевание). Наличие в клинической картине чужеродного симптома должно заставить врача либо искать интеркуррентную патологию, либо поставить под сомнение диагностическую гипотезу. В представленном примере имеется возможность предположить аментивно-маниакальную форму инфекционного психоза, при котором аментивность будет ведущим симптомом, а маниакальная симптоматика – проявлением клинической формы инфекционного психоза.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ В ФОРМАТЕ ЛИНГВОСТРАНОВЕДЕНИЯ

Н.В.Антропова, И.А.Иващенко

ФГБОУ ВПО ПГУ Минобрнауки России
Пенза

Идея связи культуры и языка относится еще к XVIII веку, но целенаправленное изучение этой проблемы началось только в конце прошлого века. Исследования эти носили больше декларативный характер и вплоть до начала 70-х годов ни в русской (тогда советской), ни в иностранной лингвистике не было достаточно глубоких и обстоятельных исследований, посвященных данной те-

ме. Однако за последние три десятилетия значительно выросло число работ, свидетельствующих об интересе и стремлении лингвистов к исследованию языковых явлений в широком экстралингвистическом контексте. В настоящее время необходимость изучения языка в его реальном функционировании в различных сферах человеческой деятельности стала общепринятой.

Усвоение лингвистического материала - важнейшего компонента коммуникативной компетенции создает лингвистическую компетенцию, под которой понимается целостная система представлений о национальных обычаях, традициях и реалиях страны изучаемого языка, позволяющая извлекать из лексики этого языка примерно ту же информацию, что и его носителей, и добиваться тем самым полноценной коммуникации.

Задача современного лингвистического образования в том, чтобы превратить многообразие языковых сообществ и культур из фактора, препятствующего диалогу между носителями разных языков и культур, в средство взаимного понимания и обогащения. Знание современных языков и культур все более уверенно определяет и будет определять интеграционные процессы, протекающие как в общероссийском, так и в общеевропейском масштабе, в том числе и в образовательной сфере. Этому требованию времени должно отвечать и преподавание иностранных языков в учебных заведениях, готовящих специалистов различного профиля.

Анализ работы с аспирантами и слушателями курса «Английский язык» для сдачи кандидатского минимума показывает необходимость более глубокого изучения некоторых аспектов межкультурной коммуникации. Ценность этого в том, что соединяются два аспекта – иностранный язык и профессиональная информация.

Особое внимание уделяется особенностям поведения людей, менталитету и дисциплины в разных странах. Главное правило поведения в другой стране, которому нужно неукоснительно следовать, это - чувствовать себя гостем и вести соответственно. Такт, предупредительность, сердечное отношение, улыбка ценятся в любой стране. В то же время не надо пытаться с ходу судить о жителях другой страны и не спешишь с выводами. То, что кажется странным, может оказаться привычным для этой страны. Огромные возможности интернета позволяют слушателям в формате проектной работы найти необходимую информацию.

В рамках прохождения темы «Система здравоохранения в разных странах» слушатели узнают, например, следующую информацию. Так, в США существуют две правительственные программы: программа *MedicAid*, предусматривающая частичную оплату медицинского обслуживания престарелым людям за счет страхования, оплата остальной части – за счет государства; программа *MediCare* - социальная правительственная программа, обеспечивающая бесплатное медицинское обслуживание людей с низким доходом и инвалидов. *House physician* – терапевт-интерн, который не только работает, но и живет при

больнице. В Англии больницы размещены в старинных зданиях и их вместимость не более 200 коек. По мнению наиболее влиятельных профессиональных ассоциаций врачей Европы и США, профессиональный кодекс должен отражать современное положение целителя в обществе. В частности прописан принцип «поддержания соответствующих отношений с пациентами».

Итак, задача исследователя иностранной культуры состоит в том, чтобы выяснить все возможные нюансы. Задача преподавателя – как можно точнее воссоздать стереотипы, а задача изучающего язык – понять его и осознать как реальный факт.

РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*А.Н.Астафьева, В.И.Струков, Г.В.Долгушкина, Р.Т.Галева, Н.В.Агеева,
О.А.Жеворченкова, Ю.Г.Катюшина*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
ГБУЗ ПОДКБ 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 влияние различных факторов риска на развитие врожденной патологии органов мочевой системы у детей раннего возраста.

Материалы и методы. За годы наблюдения (2006-2010 гг.) 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 с включением генетического и рентгеноурологического обследования.

Результаты исследования. Анализ изучаемого материала показал, что частота врожденной патологии органов мочевой системы у детей раннего возраста резко возросла в 2009 и 2010 гг. – в 9 и 12 раз соответственно по сравнению с данными 2006 года 35 отделения ГБУЗ ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова. Полученные результаты способствовали продолжению дальнейшего исследования по изучению роли различных факторов риска на развитие данной патологии в раннем детском возрасте.

При анализе состояния здоровья матерей, у большинства из них (у 82,5%) имела место экстрагенитальная патология, среди которой преобладали заболевания почек и мочевыводящих путей (у 44,7%). Хронические бактериальные

инфекции наблюдались у 31,8% матерей. Патология сердечно-сосудистой системы встречалась в 23,5% случаев. Реже определялись хронические заболевания органов пищеварения и желчевыделительной системы (у 17,6%), эндокринная патология (у 14,1%) и аллергические заболевания (у 12,9%). Гинекологические заболевания выявлены у 17,4% матерей. Большинство наблюдаемых детей рождалось от повторной беременности (60,2%). Отмечено, что предыдущие беременности, перед рождением обследуемых детей, почти у 1/4 матерей заканчивались выкидышами и у 1/3 – медицинскими абортами. Установлено, что более половины матерей (51,5%) перенесли во время беременности различные инфекционные заболевания (92,5%) и почти у всех (95,1%) отмечался гестоз, причем в 80,6% случаев на протяжении всей беременности. Наиболее характерными являлись угроза прерывания (у 31,6%) и нефропатии (у 34,7%). Угроза прерывания беременности чаще определялась в срок 8-9 недель (42,5%). Большинство матерей (71,8%) во время беременности принимали лекарственные средства.

Анализ профессиональных и экологических вредностей позволил выявить влияние неблагоприятных факторов у 29,4% и у 34% отцов. Работа родителей была связана с лакокрасочными веществами, свинцом, цинком, никелем, хромом и ионизирующей радиацией. Почти половина матерей и отцов неумеренно курили.

Выводы. Таким образом, в результате исследования установлено, что развитие врожденной патологии органов мочевой системы у детей раннего возраста обусловлено различными эндогенными, социальными и средовыми факторами, наиболее значимыми из которых являются гестоз во время беременности матерей, наличие экстрагенитальной патологии, прерывания предыдущих беременностей, прием лекарственных препаратов и инфекционные заболевания во время беременности, а также неумеренное курение родителей. Данные факторы могут выступать в качестве тератогенов и способствовать формированию аномалий органов мочевой системы в раннем детском возрасте.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ЦЕЛЕВОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Н.В.Афоница, Л.Л.Рыжкина, Л.Л.Бейлинсон, Е.Р.Кулюцина

ГБУЗ «Областной онкологический диспансер»,
ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

С 2008 года на территории Пензенской области действует программа «Комплексные меры по реализации демографической политики на территории Пензенской области (2008 - 2010 гг.)». Эта программа включает в себя осуществление диспансеризации женского населения по выявлению заболеваний

шейки матки, в целях отбора пациентов, подлежащих дообследованию для уточнения диагноза. Скринингу подлежат женщины в возрасте 20-65 лет, не имеющие заболеваний женской половой сферы и не состоящие на учете у врачей-гинекологов или онкогинекологов. Конечным результатом его является ранняя диагностика рака шейки матки, предраковых состояний эпителия, а также выявление и санация другой ее патологии.

В рамках этой программы Министерством здравоохранения и социального развития (МЗ и СР) Пензенской области были разработаны «Методические рекомендации о проведении целевой диспансеризации женского населения» (от 24 июля 2008 года), приобретено оборудование для Централизованной цитологической лаборатории ГБУЗ «Областного онкологического диспансера» (ЦЦЛ ГБУЗ ООД) (бинокулярные микроскопы, в том числе с системой фотовидеофиксации изображений), лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) области обеспечивались расходным материалом: специальным инструментом для взятия мазка со всей поверхности шейки матки (ш/м) и из цервикального канала (ц/к) и цитологическими стеклами. Для получения материала в основном применяется цитологическая щеточка «Юнона» и в меньшем количестве щеточка «servex-brush». Были проведены обучающие семинары с врачами-гинекологами и акушерками смотровых кабинетов и фельдшерско-акушерских пунктов на базе ГБУЗ ООД. Основная задача семинаров состояла в обучении персонала ЛПУ области правильно и качественно забирать материал для цитологических исследований и правильно доставлять его, т.е. с оформленным направлением по форме № 446/у приказа МЗ РФ от 24.04.2003 г. № 174 (приложение) и в потоке с указанием «Скрининг».

Был проведен анализ эффективности диагностики опухолевых, предопухолевых и фоновых поражений ш/м у 94086 обследованных женщин, в возрасте 20 - 65 лет, без визуальных изменений ш/м, за период 2009 - 2011 гг.

Особое внимание уделялось полноценности полученного материала (адекватности мазка). Диагностическая точность цитологического исследования материала ш/м во многом определяется качеством полученного материала (фактически клеточным составом мазка). Материал является адекватным для исследования, если в мазках имеются клетки эндоцервикального, плоского и метаплазированного эпителия с небольшим количеством элементов крови, т.е. материал должен быть получен из зоны трансформации – участка, где наиболее часто развивается рак. Наоборот, отсутствие эндоцервикальных клеток, большое количество элементов крови и элементов воспаления свидетельствует о малой информативности мазка – материал недостаточно адекватен. Неадекватный материал представлен мазками с очень скудным числом клеток, большим количеством элементов крови, наличием артефактов, слишком толстыми или

тонкими мазками, по которым невозможно правильно оценить цитологическую картину эпителиальных изменений.

При оценке адекватности присланного для исследования материала в ЦЦЛ ГБУЗ ООД учитывались правильность оформления направления и обязательное наличие на стекле двух мазков: из ш/м и ц/к.

Результаты исследования представлены в сводных таблицах 1 и 2, основу которых составила утвержденная МЗ и СР Пензенской области форма отчета (приложение №2) по цитологическому скринингу.

Таблица 1.

Результаты цитологического скрининга за период 2009-2011 гг.

	2009 г.	%	2010 г.	%	2011 г.	%
Количество обследованных	31689	100	33872	100	28525	100
Адекватный материал	5076	16,02	7770	22,94	4807	16,85
Недостаточно адекватный материал	24994	78,87	25849	76,31	23562	82,60
Неадекватный материал	1619	5,11	253	0,75	156	0,55

Из таблицы 1 видно, что основная масса цитологических исследований проводилась по недостаточно адекватному материалу. Основными ошибками при направлении в ЦЦЛ материала были следующие:

- материал забирался с ш/м и из ц/к одной щеточкой «Юнона» и наносился на всю поверхность стекла одним мазком. Он содержал все виды эпителия, но при этом не позволял оценить функциональное состояние эпителия ш/м и ц/к отдельно;
- на стекле имелись два мазка с одинаковым клеточным составом, при этом в направлении указаны две локализации взятия материала: эндо- и экзоцервикс;
- в потоке скрининговых исследований встречается большое количество цитологических мазков, полученных у женщин с патологией ш/м и с указанием в направлениях гинекологических диагнозов: эндоцервикоз ш/м, полип ц/к, кольпит.

В таблице 2 учтена цитологическая классификация опухолей и неопухолевых поражений шейки матки ВОЗ (1973 г.).

Выявленная патология за период 2009-2011 гг.

	2009	%	2010	%	2011	%
Количество пациенток, которым выставлен диагноз	30070	94,9	33619	99,3	28369	99,4
В т.ч. признаны здоровыми	20716	65,4	25609	75,6	20284	71,1
Дисплазия II степени	53	0,17	40	0,12	42	0,15
Дисплазия III степени	15	0,05	18	0,05	23	0,08
Рак	14	0,04	13	0,04	7	0,02
Фоновые заболевания	9272	29,3	7939	23,4	8013	28,09

Показатели выявляемости по Пензенской области соответствуют средним показателям по Российской Федерации.

Выводы:

1. Основной материал, который исследует цитолог, является недостаточно адекватным, для оценки состояния эпителия ш/м и ц/к.
2. Причиной недостаточной адекватности является неправильное взятие и направление материала в ЦЦЛ для онкоскрининга.
3. Необходимо наладить работу медперсонала смотровых кабинетов, ФА-Пов по правильному забору материала с ш/м и ц/к и организовать направление диагностического материала, полученного у женщин с визуальной патологией ш/м, отдельно от скрининговых исследований.
4. Для повышения эффективности цитологического скрининга в Пензенской области и выработки единого диагностического подхода необходимо организовать обучение всех специалистов, участвующих на разных этапах его проведения, в том числе циклы послевузовского повышения квалификации врачей, биологов и среднего медперсонала клинико-диагностических лабораторий по современным методам цитологической диагностики совместно с обучением гинекологов и акушерок смотровых кабинетов.
5. В этих целях использовать современные образовательные технологии (дистанционное обучение, видеоконсультации), имеющиеся на кафедре клинической лабораторной диагностики ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

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

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России, ГБУЗ ПОЦСВМП
Пенза

Согласно современным оценкам, 500 млн. человек в мире инфицировано HCV, что составляет около 10% всего населения планеты [Онищенко Г.Г., 2002; Шахгильдян И.В., Ясинский А.А., Михайлов М.И. и др., 2009]. Основной задачей противовирусной терапии гепатита С (ГС) на различных стадиях является элиминация вируса, что позволяет предотвратить хронизацию острого гепатита С, развитие цирроза печени и его декомпенсацию, обеспечить профилактику развития гепатоцеллюлярной карциномы.

Цель исследования - повысить эффективность комплексной противовирусной терапии (ПВТ) хронического гепатита С у пациентов трудоспособного возраста путем использования различных форм интерферонов (пегилированного ИФН- α , стандартных интерферонов- α и интерферона- γ - ингарон) в сочетании с рибавирином в условиях областного специализированного центра.

Материал и методики. В исследование включено 118 человек (возраст 30-57 лет, 63 мужчин и 55 женщин), которые были разделены на 3 группы: 1 группа – 34 пациента с гепатитом С, получавшие комбинированную противовирусную терапию с использованием пегинтерферона α -2b (пегинтрон) в дозе 1,5 мкг/кг/нед. и рибавирина в дозе 10,6мг/кг/сут; 2 группа – 39 больных с гепатитом С, получавшие комбинированную противовирусную терапию с использованием роферона А в дозе 3млн. МЕ 3 раза в неделю п/к, интерферона- γ - ингарон 500 тыс. МЕ 3 раза в неделю п/к и рибавирина 10,6мг/кг/сут; 3 группа – 45 больных с гепатитом С, получавшие лечение альтервиром в дозе 3млн МЕ 3 раза в неделю, интерферона- γ - ингароном 500 тыс.МЕ 3 раза в неделю и рибавирином 10,6 мг/кг/сут. 1 группа больных состояла из 2 подгрупп: 1а подгруппа – 19 пациентов с 1 генотипом вируса гепатита С; 1б подгруппа – 15 человек с 2-3 генотипами вируса гепатита С. Во 2 и 3 группах больных также выделены подгруппы: 2а подгруппа – 13 больных с 1 генотипом вируса гепатита С; 2б подгруппа – 26 человек с 2-3 генотипами вируса гепатита С; 3а подгруппа – 16 больных с 1 генотипом вируса гепатита С; 3б подгруппа – 29 человек с 2-3 генотипами вируса гепатита С. Длительность терапии «интерферон-альфа + рибавирин» зависела от генотипа вируса (1 генотип – 48 недель, 2-3 генотипы – 24 недели). Продолжительность применения ингарона в комплексном лечении (с целью интенсификации терапии) - 12 недель. Диагноз ХГС верифицировали методами ИФА и ПЦР, с определением вирусной нагрузки и генотипа вируса. В процессе лечения определяли ранний вирусологический ответ на проводимую терапию (через 12 недель лечения), непосредственный вирусологический ответ (после окончания лечения) и устойчивый вирусологический ответ (через 24 недели после окончания ПВТ).

Результаты. Ранний вирусологический ответ получен у 32 (94,1±4,0%) больных 1 группы, достоверных различий между генотипами не выявлено. Непосредственный вирусологический ответ (по окончании курса терапии) наблюдался у 29 (85,3±6,0%) пациентов 1 группы; устойчивый вирусологический ответ получен у 28 (82,4±6,5%) больных, достоверных различий в частоте непосредственного и устойчивого ответов в зависимости от генотипа не выявлено. Во 2 группе больных непосредственный вирусологический ответ достигнут у 76,9±11,6% больных с 1 генотипом и у 80,7±7,7% больных с 2-3 генотипами, достоверных различий в зависимости от генотипа вируса не получено. Устойчивый вирусологический ответ наблюдался у 61,5±13,4% больных 2а подгруппы и у 76,3±8,2% больных 2б подгруппы, $p>0,05$. При анализе результатов лечения в 3 группе больных, было отмечено, что непосредственный вирусологический ответ (по окончании курса терапии) получен у 75,0±10,8% больных с 1 генотипом и у 79,3±7,5% больных с 2-3 генотипами, достоверных различий по генотипам не получено. Устойчивый вирусологический ответ был достигнут у 77,8±6,2% пациентов с 1 генотипом и у 79,3±7,5% больных с 2-3 генотипами ($p>0,05$).

Проведен сравнительный анализ эффективности применения пегилированного интерферона α -2b (пегинтрона) с рибавирином (группа сравнения, 1 группа) и короткоживущих интерферонов – роферона-А и альтевира (в сочетании с рибавирином и инганоном 2 и 3 группы). Выявлено, что непосредственный вирусологический ответ недостоверно чаще наблюдался в 1 группе больных (29 больных, 85,3±6,1%; 31 больной, 79,5±6,5% и 35 больных, 77,8±6,2% соответственно); показатели устойчивого вирусологического ответа в группах больных, получавших различную комбинированную терапию, не имели достоверных различий и наблюдались у 82,4±6,5%; 71,8±7,2%; 77,8±6,2% пациентов.

Выводы. Сравнительный анализ эффективности различных комбинаций ПВТ при ХГС свидетельствует об отсутствии достоверных различий по критериям устойчивого вирусологического ответа; включение инганома (интенсификация лечения) в комплексную терапию хронического гепатита С у больных трудоспособного возраста повышает результативность лечения короткоживущими ИФН- α (роферон-А, альтевир) с рибавирином до уровня эффективности пегинтрона (пегилированный интерферон-альфа 2в) с рибавирином.

НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К НАТИВНОЙ ДНК КАК ОДИН ИЗ МЕХАНИЗМОВ ПАТОГЕНЕЗА АУТОИММУННОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ КРАПИВНИЦЫ

Л.А.Ащина, Н.И.Баранова, Е.А.Орлова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Хроническая рецидивирующая крапивница (ХРК) является одним из наиболее часто встречающихся аллергодерматозов [Лусс Л.В., 2006]. В 60-80%

случаев хроническая крапивница является идиопатической [Соболев А.В. и соавт., 2005]. Предполагается, что у 35-55% больных хронической идиопатической крапивницей имеется аутоиммунный механизм развития заболевания [Земская Е.Н., 2008]. Процесс образования аутоантител к молекуле IgE и высокоаффинному IgE-рецептору лежит в основе патогенеза аутоиммунной формы хронической рецидивирующей крапивницы (ХАК) [Горячкина Л.А. и соавт., 2009]. У пациентов с аутоиммунным механизмом развития заболевания крапивница с трудом поддается лечению. Одно из последних перспективных направлений в лечении данной патологии - использование внутривенных иммуноглобулинов (ВВИГ), одним из которых является Габриглобин [Большц Е.А и соавт., 2011]. Это отечественный внутривенный иммуноглобулин, действие которого при аутоиммунной патологии заключается в нейтрализации аутоантител и выведении циркулирующих иммунных комплексов [Алешкин В.А. и соавт., 2008]. Исходя из этого обнаружение антител к нативной ДНК может являться одним из механизмов патогенеза ХАК и критерием эффективности лечения таких пациентов.

Целью нашего исследования было определение уровня антител к нативной ДНК у больных ХАК после лечения препаратом Габриглобин.

Материалы и методы:

Обследовано 12 человек с ХАК после проведения лечения препаратом «Габриглобин» (средний возраст составил 42+4 года) и 20 здоровых человек контрольной группы (средний возраст составил 31+5 лет). Определение антител к нативной ДНК в сыворотке крови проводили иммуноферментным методом с использованием наборов ЗАО «Вектор-Бест». Нормальный уровень антител к нативной ДНК считали от 0 до 25 МЕ/мл. Статистическую обработку полученных результатов проводили в программе Statistica 6.0. Применяли непараметрические методы статистики, сравнение результатов проводили по критерию Манна-Уитни (результаты считали достоверными при $p < 0,05$).

Результаты и обсуждение:

Больные ХАК (12 человек) по эффективности лечения препаратом Габриглобин были разделены на две группы. Первую группу составили 10 пациентов с хорошим эффектом от лечения. Вторую группу составили 2 пациента с неудовлетворительным эффектом от лечения препаратом Габриглобин. В 1 и 2 группе больных и контрольной группе определяли уровень антител к нативной ДНК, которые являются одним из видов антинуклеарных антител, направленных против структур ядра клетки. Антитела к нативной ДНК являются показателем аутоиммунного процесса, протекающего в организме. При сравнении значений уровня антител к ДНК между контрольной группой, где среднее значение составило 5,8+0,53 МЕ/мл и 1 группой пациентов (5,2+0,65 МЕ/мл) не было выявлено достоверных различий ($p > 0,05$). Во 2 группе больных уровень антител к нативной ДНК составил 52+0,6 МЕ/мл, что было выше по сравнению с контрольной группой и больных 1 группы ($p < 0,05$). Как известно, ВВИГ, которым является Габриглобин могут приводить к снижению аутоантител несколькими путями: во-первых, нейтрализовать их, формирую идиотип-

антиидиотип димеры; во-вторых, могут связываться с В-клеточными рецепторами для антигенов и уменьшать продукцию аутоантител, и, в-третьих, Т-клетки могут распознавать комплексы ВВИГ-аутоантитела и стимулировать секрецию цитокинов, подавляющих иммунный ответ. Таким образом, высокий уровень антител к нативной ДНК во 2 группе больных может свидетельствовать о продолжающемся аутоиммунном процессе и являться причиной неэффективного лечения препаратом Габриглобин. Это исследование требует дальнейшего изучения.

ОЦЕНКА СПОНТАННОЙ И ИНДУЦИРОВАННОЙ ПРОДУКЦИИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С АУТОИМУННОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ КРАПИВНИЦЕЙ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ ГАБРИГЛОБИН

Л.А.Ащина, Н.И.Баранова, Е.А.Орлова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Хроническая рецидивирующая крапивница (ХРК) занимает одно из ведущих мест в аллергопатологии и является важной медико-социальной проблемой [Таха Т.В., 2011]. При этом большое значение уделяют хронической аутоиммунной крапивнице (ХАК), которая по данным разных авторов составляет от 30 до 55% в структуре ХРК [Феденко Е.С., 2005]. При этой патологии иммунные механизмы с участием цитокинов играют главную роль в патогенезе и до настоящего времени остаются мало изученной проблемой. Пациенты с аутоиммунным механизмом развития крапивницы с трудом поддаются лечению. В последнее время актуальным направлением в терапии таких больных стало применение внутривенных иммуноглобулинов (ВВИГ). Таким препаратом является Габриглобин. Это отечественный внутривенный иммуноглобулин, действие которого при аутоиммунной патологии заключается в нейтрализации аутоантител и выведении циркулирующих иммунных комплексов [Алешкин В.А. и соавт., 2008].

Целью работы явилось изучение особенностей спонтанной и индуцированной продукции цитокинов ИЛ-17, INF γ , ИЛ-18, ИЛ-4, иммунокомпетентными клетками (ИКК) *in vitro* у больных ХАК до и после лечения препаратом Габриглобин.

Материалы и методы

Обследовано 12 человек с ХАК до и после лечения препаратом Габриглобин (средний возраст составил 43+3 года). Определение цитокинов ИЛ-4, ИЛ-17, ИЛ-18, INF γ в супернатанте проводили иммуноферментным методом с использованием наборов ЗАО Вектор-Бест. Для определения стимулированной выработки цитокинов применяли фитогемагглютинин (ФГА) в концентрации 10 мкг/мл. При исследовании резервных возможностей ИКК использовали модификацию Е.Г. Исаченко [Исаченко Е.Г., 2002]. Статистическую обработку

полученных результатов проводили в Statistica 6.0. Применяли непараметрические методы статистики, сравнение результатов проводили по критерию Вилкоксона (результаты считали достоверными при $p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

В результате нашего исследования были получены следующие данные. В группе больных ХАК после лечения препаратом Габриглобин был выявлен статистически значимый более низкий уровень ИЛ-17 в спонтанной продукции ИКК по сравнению с группой больных до лечения ($p = 0,043$). Из данных литературы, известно, что ИЛ-17 является цитокином, продуцируемым Th17 субпопуляцией лимфоцитов, который играет ключевую роль в патогенезе аутоиммунных заболеваний. Препарат Габриглобин приводит к нейтрализации аутоантител в организме, распознает комплексы ВВИГ-аутоантитела и стимулирует секрецию цитокинов, подавляющих иммунный ответ. Именно этот эффект был получен в нашем исследовании. При сравнительном анализе уровней ИЛ-4, INF γ и ИЛ-18 в спонтанной и ФГА-индуцированной продукции ИКК в группах больных до и после лечения препаратом Габриглобин не было выявлено достоверных различий ($p > 0,05$). Так как, INF γ является цитокином, продуцируемым Th1, а ИЛ-4 – Th2 субпопуляцией лимфоцитов, можно предположить, что препарат Габриглобин оказывает влияние не на все субпопуляции лимфоцитов, а, возможно, только на Th17. Отсутствие различий в уровнях ИЛ-18 в группах больных до и после лечения свидетельствует о неинфекционном характере заболевания. Таким образом, проведенные исследования требуют дальнейшего изучения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ L-КАРНИТИНА (ЭЛЬКАР) В ДЕТСКОЙ СПОРТИВНОЙ КАРДИОЛОГИИ

Л.А.Балыкова, С.А.Ивянский, А.Н.Урзыева, Н.В.Щёкина

ФБГОУ ВПО «МГУ им. Н.П.Огарёва»
Саранск

На фоне увеличивающегося числа спортсменов юного возраста в России, расширения интенсивных тренировочных нагрузок проблемы медицинского сопровождения детского спорта стали звучать более актуально (Макарова Г.А., 2008). Особое значение имеет состояние сердечно-сосудистой системы (ССС) юных атлетов, поскольку и по сей день в спортивной медицинской практике нет четких градаций адаптационных и патологических изменений сердца у спортсменов, требующих терапевтических мероприятий и, в ряде случаев, отвода от спортивной деятельности (Балыкова Л.А., Маркелова И.А., 2010; Поляев Б.А., 2009). Положение усугубляется тем, что одни и те же клинико-электрокардиографические изменения (дисфункция синусового узла, сердечные аритмии, блокады проведения, нарушения реполяризации) могут быть и следствием адаптационных сдвигов и проявлением органических заболеваний и по-

этому иметь различный прогноз (Макаров Л.М., 2010; Maron Barry J., Pelliccia A., 2006; Pelliccia A., et al., 2008).

Патологические изменения сердца спортсмена ещё А.Г. Дембо (1989) было принято обозначать термином дистрофия миокарда физического перенапряжения (ДМФП). Гавриловой Е.А. и соавторами (2007) предложено расширить представления о стрессорных повреждениях ССС у спортсменов, обозначив их термином «стрессорная кардиомиопатия» (СКМП) и предложить критерии для постановки этого диагноза. Однако границы стрессопросредованных изменений ССС в детской спортивной практике не имели ясных очертаний. Нами дополнен и адаптирован к детскому возрасту алгоритм диагностики СКМП, предложенный школой Э.В. Земцовского, согласно которому СКМП диагностируется при наличии у спортсмена субъективных жалоб в сочетании с двумя большими или одним большим и двумя малыми признаками (Балыкова Л.А., Маркелова И.А., 2010).

Ещё одной из наиболее важных задач, стоящих перед специалистами в области спортивной медицины, является фармакологическое обеспечение тренировочного процесса (Земцовский Э.В., 1995; Сейфулла Р.Д., 1998). В основе развития патологии ССС вследствие стрессорного и физического перенапряжения может лежать дефицит энергетических субстратов. В связи с этим возможной альтернативой стимулирующим работоспособность запрещённым средствам могут быть недопинговые фармакологические агенты эндогенной природы, обладающие кроме того, и рядом терапевтических эффектов. Данный факт могут подтвердить опыт отечественной фармакологии (Балашов В.П. и др., 1996; Азизов А.П., 1997; Балыкова Л.А., 1999; Сейфулла Н.Р. 2003). Одним из перспективных в этом плане является L-карнитин. Однако на сегодняшний день накопленный опыт использования эргогенных субстратов, преимущественно у взрослых спортсменов, позволяет констатировать лишь положительное влияние на уровень физической работоспособности. Сведения об исследованиях, касающихся изучения коррекции стрессобусловленных трансформаций ССС у детей-спортсменов крайне скудны.

С теоретических позиций прием карнитина повышает его содержание в мышцах и способствует образованию АТФ благодаря участию в окислении свободных жирных кислот в митохондриях. Кроме того, за счет поддержания пула свободного коэнзима А, карнитин сохраняет активность пируватдегидрогеназного комплекса, обеспечивая более энергетически выгодный аэробный путь метаболизма и подавляя накопление лактата – основной причины мышечного утомления (Karlic H., Lohninger A. 2004).

Карнитин также играет важную роль и в процессах восстановления после интенсивных нагрузок за счет вазодилатирующего, антиоксидантного и антиагрегантного эффектов (Dutta A. et al., 2008). Описана способность карнитина препятствовать характерной для спортсменов депрессии иммунитета и частой респираторной заболеваемости (Gleeson M. et al., 2004). Но наибольшего внимания, на наш взгляд заслуживает кардиопротекторный эффект препарата (Loster H. et al., 2003).

В ходе проведенного нами рандомизированного простого исследования установлено, что назначение L-карнитина в виде препарата «Элькар» (ООО «ПикФарма») в дозе 50-75 мг/кг/сут, но не более 2 г в 2 приема в течение 6 недель высоко тренированными спортсменами 11-15 лет (мальчикам-футболистам, девочкам-гимнасткам и детям, занимающимся спортивной ходьбой, имеющим I-II «взрослый» разряды и кандидатам в мастера спорта), 40% которых имели признаки СКМП, оказывало положительное влияние на общее самочувствие детей и состояние ССС, способствуя уменьшению лабораторно-инструментальных признаков поражения сердца. Немаловажной особенностью действия Элькара явилось его более выраженное активизирующее влияние на функцию основного водителя ритма и размеры полостей сердца. Нельзя не отметить благоприятное влияние Элькара на частоту встречаемости и выраженность астенических расстройств, а также биоэлектрическую активность мозга по данным электроэнцефалографии у детей-футболистов.

Таким образом, анализ литературных данных и полученные собственные данные свидетельствуют об эффективном использовании ПМТД с целью коррекции и профилактики стрессопосредованных изменений ССС у детей, занимающихся спортом.

НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГИПОТИРЕОЗОМ

Г.А.Баранова

ФГБОУ ВПО ПГУ Минобрнауки России
Пенза

Хроническая недостаточность мозгового кровообращения (ХНМК) входит в структуру цереброваскулярной патологии и является широко распространенной группой сосудистых заболеваний головного мозга. В Российской Федерации заболеваемость от сосудистой патологии головного мозга оценивается как 350 – 400 человек на 100 тысяч населения.

Одними из ведущих клинических проявлений ХНМК являются когнитивные расстройства. В России насчитывается не менее 1,5 млн человек, страдающих ХНМК с исходом в сосудистую деменцию.

Гипотиреоз считается одним из наиболее часто встречающихся эндокринных заболеваний и является фактором риска развития цереброваскулярной патологии. Распространенность гипотиреоза в популяции велика и составляет 3 – 8% всего населения, причем в старших возрастных группах таких больных больше. Гипотиреоз в свою очередь приводит к развитию гипотиреоидной энцефалопатии, которая сопровождается изменениями в когнитивной сфере.

В задачи работы входило изучение особенностей когнитивных нарушений у больных с ХНМК III стадии и сопутствующим гипотиреозом.

Группа больных с ХНМК III стадии и гипотиреозом составила 35 человек (33 женщины, 2 мужчины). Средний возраст больных в этой группе - $69,7 \pm 1,38$ лет. Контрольная группа больных с ХНМК III стадии без гипотиреоза - 25 человек (24 женщины, 1 мужчина), средний возраст - $70,3 \pm 1,42$ года. У всех больных в исследуемой группе выявлялся первичный гипотиреоз, который был обусловлен хроническим аутоиммунным тиреоидитом, послеоперационным состоянием и диффузно-узловым зобом. Длительность заболевания гипотиреозом преобладала в диапазоне от 1 года до 5 лет.

При проведении нейропсихологического исследования использовались следующие тесты и шкалы: краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination – MMSE) по M.Folstein, J. De Pualo и соавт., 1980; D. Wade, 1992; тест рисования часов (S. Lovenstone et S.Gauthier, 2001); тест на речевую активность (семантические и фонетические опосредованные ассоциации); тест на зрительную память с оценкой свободного и отсроченного воспроизведения и узнавания (тест запоминания 5 слов – V.Dubois, 2002); проба Шульте (для оценки концентрации внимания и скорости мышления); батарея лобной дисфункции - Frontal Assessment Battery (FAB), V.Dubois et al. - (для оценки регуляторных функций).

У больных с ХНМК III стадии при гипотиреозе выявлены следующие расстройства высших корковых функций: умеренные когнитивные нарушения диагностированы у 26 человек (74,29%), выраженные когнитивные нарушения, достигающие степени деменции у 9 человек (25,71%). В контрольной группе больных у 22-х человек (88%) и 3-х больных (12%) соответственно.

При анализе результатов шкалы MMSE у больных с ХНМК III стадии и гипотиреозом общий средний балл составил $21,3 \pm 0,5$; в контрольной группе больных - $23,8 \pm 0,3$. Анализ результатов по шкале MMSE показал, что нарушения высших корковых функций наиболее выражены в исследуемой группе больных. В тестах на ориентировку во времени и пространстве показатели у больных с гипотиреозом были ниже. Показатели памяти и восприятия также были достоверно ниже, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). Мнестические нарушения характеризовались нарушением воспроизведения, дефектом узнавания и опосредованного запоминания. При проведении тестов на концентрацию внимания и серийный счет показатели в группе больных с ХНМК и гипотиреозом были также ниже, чем в контроле ($p < 0,05$).

При исследовании тестов по «батареи лобной дисфункции» средний балл у больных с ХНМК III стадии при гипотиреозе и в контрольной группе больных составил $11,3 \pm 0,5$ и $13,8 \pm 0,3$ баллов соответственно, ($p < 0,05$). При выполнении теста на беглость речи отмечалось выраженное нарушение произвольного воспроизведения материала у больных исследуемой группы по сравнению с контрольной. При исследовании динамического праксиса наиболее выраженные проявления пространственной апраксии отмечены у пациентов с ХНМК и гипотиреозом, чем у больных без гипотиреоза.

Проведение теста на запоминание 5 слов (тест на зрительную память) позволило оценить непосредственное и отсроченное воспроизведение, У больных

в исследуемой группе снижалось воспроизведение, особенно отсроченное, узнавание, а семантические (категориальные) подсказки не приносили должного положительного результата. Средние показатели по данному тесту в группе больных с ХНМК III стадии при гипотиреозе: непосредственное воспроизведение – $3,9 \pm 0,2$ балла, отсроченное – $3,2 \pm 0,2$ балла; в контрольной группе больных – $4,5 \pm 0,1$ и $3,8 \pm 0,2$ балла соответственно.

При проведении пробы Шульте среднее время в группе больных с с ХНМК III стадии и гипотиреозом составило $87,4 \pm 8,2$ секунд, в контрольной – $64,2 \pm 7,9$ секунд, что свидетельствует о более выраженных нарушениях концентрации внимания и снижении умственной работоспособности у больных с ХНМК и гипотиреозом по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$).

Результаты теста рисования часов: у больных с ХНМК III стадии и гипотиреозом – $6,3 \pm 0,2$ баллов, в контрольной группе – $7,6 \pm 0,2$ баллов, что говорит о значительном нарушении зрительно – пространственных функций у больных со сниженной функцией щитовидной железы.

Таким образом, когнитивные нарушения у больных с ХНМК и гипотиреозом имеют особенности, которые необходимо учитывать в лечебном и диагностическом процессах. Выраженность нарушений высших корковых функций у пациентов с ХНМК и гипотиреозом определяется смешанным характером энцефалопатии у таких больных.

ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ

*И.П.Баранова, Ж.Н.Керимова, О.Н.Лесина, О.А.Коннова, М.В.Никольская,
Л.И.Краснова, О.А.Зыкова, Д.Ю.Курмаева, Н.В.Свистунова*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Цель: определить факторы риска и закономерность развития некоторых нозологических форм инфекционных болезней, оценить диагностическую значимость лабораторно-инструментальных показателей и эффективность современных методов лечения; обосновать комплекс мероприятий по предупреждению смертельных исходов.

Материал и методы исследования: клинические, эпидемиологические, иммунологические, инструментальные, ИФА, ПЦР, способы индивидуального математического прогнозирования, экспертный анализ, социально-гигиенические методы.

Исследование проводилось на кафедре инфекционных болезней за период с 1995 г, в том числе, в рамках кафедральной темы НИР «Факторы риска развития инфекционных заболеваний у детей, структура клинических проявлений, совершенствование лабораторно-инструментальной диагностики и повышение эффективности терапии». В исследование включено 684 пациента с инфекци-

онными заболеваниями в возрасте от периода новорожденности до 34 лет: с врожденными инфекциями (1 группа), с инфекционным мононуклеозом (2 группа), с гриппом и ОРВИ (3 группа), 200 пациентов с повторными и рецидивирующими инфекционно-воспалительными заболеваниями (4 группа). Кроме того, проведен ретроспективный анализ 195 случаев внебольничной смерти детей от инфекционных заболеваний (пятое направление в исследовании). Материалы НИР отражены в 135 публикациях, 2 кандидатских диссертациях, 1 докторской (фрагмент); продолжается исследование в рамках 2 кандидатских диссертаций.

В программу исследования 1-й группы включены 267 детей с врожденными инфекциями: 178 детей с цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ); 48 – с инфекцией, вызванной вирусом простого герпеса; 23 – с хламидиозом; 18 – с токсоплазмозом и 25 пациентов (группа сравнения) без врожденных инфекций. На основании выявленных достоверных различий в частоте факторов риска и клинических проявлений врожденных инфекций разработаны дополнительные прогностически значимые критерии риска манифестации ЦМВИ у детей первого года жизни, в том числе диагностические таблицы «Дополнительные диагностические критерии риска развития цитомегаловирусной инфекции у детей первого года жизни» и «Прогностически значимые признаки манифестации цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста». Показаны клинические различия манифестных форм врожденных ЦМВИ, хламидиоза, токсоплазмоза и герпетической инфекции, вызванной HSV 1, 2 типов. Предложен вариант рабочей классификации ЦМВИ. При формировании нозологического диагноза следует учитывать период возникновения ЦМВИ, течение (острое, подострое, затяжное, хроническое), клиническую форму, наличие маркеров вирусной репликации, стадию и степень тяжести, варианты ассоциаций с другими заболеваниями, исходы болезни. Обоснована клинико-терапевтическая и иммуномодулирующая эффективность комплексного лечения врожденной ЦМВИ вифероном и внутривенными иммуноглобулинами (в т.ч., специфическими). Установлено, что на фоне комплексной терапии цитомегаловирусной инфекции внутривенными иммуноглобулинами (в том числе, специфическими) в сочетании с вифероном отмечается положительная динамика клинических и нейросонографических признаков заболевания и быстрее достигается противовирусный эффект. Комбинированная противовирусная терапия внутривенными иммуноглобулинами (в том числе, специфическими) и вифероном оказывает достоверное иммунокорректирующее действие, что проявляется нормализацией уровней иммуноглобулинов А, М и G, CD4- и CD8-лимфоцитов, РБТЛ, НСТ-теста.

Во 2-ю группу исследования включены 110 пациентов с инфекционным мононуклеозом, в т.ч. 22 – в катамнезе. Выявлено, что клинические особенности инфекционного мононуклеоза зависят от этиологии заболевания (Эпштейн-Барр-вирус, цитомегаловирус или микст-патология), возраста пациентов и гендерных факторов, что отражается на тяжести болезни, характере осложнений, выраженности объективных проявлений, гематологических показателей и биохимических изменений. Этиологические, возрастные и гендерные особенности

инфекционного мононуклеоза необходимо учитывать при диагностике заболевания и определении плана обследования больных. Клинические особенности инфекционного мононуклеоза (атипичные и стертые формы), этиологический фактор (микст-инфекция, Эпштейн-Барр-вирусный инфекционный мононуклеоз или цитомегаловирусный мононуклеоз), а также неблагоприятный преморбидный фон способствуют формированию персистирующих форм инфекции. Персистенция Эпштейн-Барр-вируса (ВЭБ) и цитомегаловируса (ЦМВ) проявляется преимущественно хроническим течением заболевания с развитием стертых и атипичных форм болезни (длительный субфебрилитет, клиника вторичной иммунной недостаточности с рецидивами ангин, стоматитов, частыми респираторными заболеваниями) или рецидивирующим течением симптомокомплекса инфекционного мононуклеоза. У 59% больных с клиникой хронического течения инфекционного мононуклеоза (ВЭБ, ЦМВ или микст-инфекцией) выявлены изменения иммунологических параметров, преимущественно смешанного характера с поражением гуморального, клеточного звеньев иммунитета и фагоцитоза. Дифференцированный подход к назначению иммуномодулирующих препаратов (исходя из характеристики иммунологического дисбаланса) у часто болеющих детей повышает эффективность иммунореабилитации, позволяет сократить частоту повторных заболеваний и длительность антибактериальной терапии.

В 3-ю группу исследования включены 89 больных с гриппом (39 пациентов) и ОРВИ (50 пациентов). Клиническая характеристика гриппа А (H1N1) и гриппа В оценивалась по выраженности синдрома интоксикации и катаральных проявлений, развитию осложнений и степени тяжести заболевания. Доказано, что при гриппе А (H1N1) осложнения возникают у пациентов с неблагоприятным преморбидным фоном; выраженность цитокинового ответа (продукция ИНФ- α , ИНФ- γ , ФНО- α) при гриппе зависит от этиологии заболевания (грипп А H1N1 или грипп В), периода болезни, формирования осложнений, возраста, пола и фонового состояния пациентов; ингавирин (применяемый у пациентов с 18-летнего возраста) обладает оптимальным терапевтическим эффектом; осложнения реже развиваются у больных, получавших ингавирин (у пациентов старше 18 лет) и/или тамифлю (независимо от возраста). Доказано, что применение арбидола и анаферона при ОРВИ у госпитализированных больных детского возраста оказывает положительный терапевтический эффект, сокращает длительность пребывания в стационаре, способствует профилактике внутрибольничного инфицирования и рациональному использованию коечного фонда. Эти препараты хорошо переносятся пациентами с фоновыми заболеваниями, в том числе аллергической природы.

В 4-ю группу включены 200 детей в возрасте до 13 лет с частыми инфекционно-воспалительными заболеваниями. Доказано, что группа часто и длительно болеющих детей является клинически неоднородной и включает больных с преимущественно рецидивирующими бронхолегочными заболеваниями (43,7%), с рецидивирующей оториноларингологической патологией (21,3%), с рецидивирующими пиодермиями (10,7%), с рецидивирующей герпетической

инфекцией (9,1%), с частыми неосложненными острыми респираторно-вирусными инфекциями (15,2%). Мультифокальность поражений, выявленная в анамнезе, и затяжной характер течения инфекционных процессов у больных с рецидивирующими заболеваниями являются клиническими признаками иммунного дефекта. Обнаружена клиничко-патогенетическая связь особенностей клинических проявлений повторных воспалительных заболеваний и характера иммунных нарушений. С целью повышения эффективности бактериальных лечебных вакцин при иммунореабилитации часто и длительно болеющих детей наиболее целесообразно использовать: в группе больных с бронхолегочной патологией – комплексный иммунный препарат (КИП); при сочетанных изменениях в иммунограмме – полиоксидоний, с последующим применением рибомунила. У пациентов с рецидивирующими оториноларингологическими заболеваниями оправдано применение нормального человеческого иммуноглобулина, препарата, стимулирующего фагоцитоз, ликолипид, а вторым курсом - топической бактериальной поливалентной вакцины ИРС-19. У больных со стафилококковыми поражениями кожи целесообразно назначение противостафилококкового иммуноглобулина, с последующим использованием лечебной вакцины – стафилококкового антифагина.

По пятому направлению НИР установлено, что среди причин внебольничной смерти детей (в период 1984-1996 гг.) в связи с инфекционными заболеваниями ведущими являются пневмонии (39,5%), ОРВИ (23,6%), нейроинфекции (21,5%), острые кишечные инфекции (8,7%) и другие (6,7%). Доказано, что факторами риска развития fulминантных форм инфекционных заболеваний являются этиологический, генетические, биологические факторы онтогенеза, экологические, природно-климатические; каждый из групп факторов риска включает от 2 до 9 инфраструктурных уровней; к достоверно-значимым факторам риска, на основании расчета прогностических коэффициентов, относятся нозологическая форма инфекционного заболевания, социальное неблагополучие в семье, материнский алкоголизм, невысокий уровень образования матери, частота беременностей и родов, недоношенность, многоплодная беременность, гипотрофия, частые бронхолегочные заболевания в анамнезе, синдромы перинатального поражения ЦНС, предшествующая смерть детей в семье, возраст и пол ребенка, этнические особенности быта, территориальные и метеорологические условия, а также медико-организационные дефекты. Для улучшения медицинского контроля за детьми из групп риска в работе педиатров, семейных врачей, инфекционистов предлагается использовать метод математического индивидуального прогнозирования риска летальных исходов при инфекционных заболеваниях у детей с помощью специальных прогностических таблиц. Приоритетное развитие и оптимизация работы реанимационных служб должна предусматривать внедрение современных методов лечения критических состояний у детей; перитонеальный диализ (с использованием диализирующих комплектов «Фрезениус») эффективен при лечении гемолитико-уремического синдрома у детей, устраняет уремию и ее осложнения, восстанавливает диурез при трехнедельной анурии. В структуре медико-организационных дефектов выделены

группы лечебно-диагностических ошибок (уровень компетентности врачей, отсутствие этиологической верификации заболевания, ошибки в диагностике и лечении инфекционно-токсического шока, неадекватный выбор антимикробной терапии и др.) и организационные дефекты (отсутствие наблюдения в группах риска, поздняя госпитализация, поздняя обращаемость, недостатки в медикаментозном и лабораторно-инструментальном обеспечении ЛПУ, дефицит врачебных кадров и др.). Разработана и предложена система научно-обоснованных медико-биологических, медико-социальных и медико-организационных мероприятий по предотвращению внебольничной смерти детей. Программы повышения квалификации врачей (педиатры, инфекционисты, врачи ОВП, врачи скорой помощи, неврологи) должны включать вопросы инфектологии.

Таким образом, проведенные исследования имеют научно-практическое значение для медицинской науки и практики здравоохранения, способствуют улучшению клинического и лабораторного контроля над динамикой инфекционных заболеваний, прогнозированию тяжести, особенностей течения и исходов заболевания, оптимизации терапии и предупреждению смерти пациентов.

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Высокие показатели заболеваемости вирусными гепатитами, нерешенные вопросы лечения и прогнозирования исходов заболевания (в т.ч. в группах риска), поиск эффективных способов лечения и диагностики, необходимость совершенствования современных организационных форм оказания медицинской помощи больным вирусными гепатитами определяет актуальность проводимого исследования.

Цель: оценить особенности клинического течения вирусных гепатитов в группах риска, совершенствовать методы иммунологического контроля, повысить эффективность лечения и оптимизировать организационные формы медицинской помощи больным вирусными гепатитами.

Материал и методы исследования. В исследование включены 908 пациентов, в том числе 207 больных желтушной формой гепатита А – 1 группа (146-спорадические случаи заболевания и 61 – на фоне водной вспышки); 503 пациента подросткового и юношеского возраста с острыми гемоконтактными гепатитами В, С и микст В+С – 2-3 группы (391 из них злоупотребляли психоактивными веществами); 118 – больные хроническим гепатитом С – 3 группа; в 4 группу включены 80 здоровых лиц (контрольная группа). Возраст пациентов: от 10 до 57 лет. Применяли клинические, эпидемиологические, стандартные лабораторные методы исследования, ИФА, ПЦР, инструментальные методы (в

том числе непрямая ультразвуковая эластометрия печени на аппарате «Фиброскан»). Достоверность результатов представленных исследований подтверждена современными методами вариационной статистики. Исследование проводилось в рамках кафедральной НИР в период 2000-2011г.г.; опубликовано 112 работ, защищены 7 кандидатских диссертаций, изучение проблемы вирусных гепатитом продолжается в рамках 1 докторской диссертации.

Результаты исследования. При исследовании 1 группы больных достоверно доказано, что степень тяжести гепатита А, особенности клинических проявлений, возраст пациентов, наличие у них сопутствующей патологии относятся к основным отличительным признакам желтушных форм гепатита А при спорадических случаях заболевания и при водных вспышках (связанных с использованием источника децентрализованного водоснабжения). Различия в клинических проявлениях гепатита А при водных вспышках и спорадических случаях заболевания можно использовать для прогнозирования особенностей развития болезни. Развитие эндогенной интоксикации у больных гепатитом А сопровождается параллельной активацией процессов липопероксидации и компонентов антиоксидантной защиты в эритроцитах и сыворотке крови, что проявляется достоверным повышением ТБК-активного продукта (малонового диальдегида) в эритроцитах (по сравнению с нормой) в 1,8 раз, в сыворотке крови в 3 раза, а также каталазы в 1,2 раза и в 2 раза соответственно. Уровень каталазы в сыворотке крови возрастает с степенью тяжести заболевания, достигая показателя 2-х норм при тяжелой степени болезни. Для контроля за степенью выраженности эндогенной интоксикации, состоянием системы антиоксидантной защиты и липоперекисной активности, а также эффективностью проводимой терапии у больных гепатитом А рекомендуется использовать определение уровня ТБК-активного продукта и активность каталазы в эритроцитах и сыворотке крови. Одним из критериев степени тяжести гепатита А может служить уровень каталазы (АОС) в сыворотке крови. Концентрация ТБК-активного продукта (ПОЛ) и его динамика может свидетельствовать о сохраняющейся активности (остроты) заболевания. С целью повышения эффективности лечения, коррекции процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты, снижения выраженности эндотоксикоза у больных гепатитом А дополнительно к базисной терапии рекомендуется применять цитофлавин (перорально по 2 таблетки 2 раза в день на протяжении 3 недель).

При исследовании 2 группы больных получены достоверные данные об особенностях клинического течения гемоконтактных вирусных гепатитов В, С, микст В+С у наркозависимых пациентов подросткового и юношеского возраста (укорочение продромального периода, большая выраженность интоксикационного, желтушного, цитолитического, мезенхимально-воспалительного синдромов, затяжная реконвалесценция, риск формирования хронического течения, частота внепеченочных проявлений; зависимость характера клинических проявлений от продолжительности приема наркотиков), о динамике иммунологических изменений и их прогностической ценности, о характере течения вирусных гепатитов (нарушения в системе клеточного звена иммунитета, снижение

уровней CD4-лимфоцитов и их функциональной активности, повышение уровней CD8-лимфоцитов; зависимость угнетения клеточного звена иммунитета от продолжительности приема наркотиков, степени тяжести заболевания; зависимость изменений в гуморальном звене иммунитета от степени тяжести и течения болезни; роль недостаточной продукции гамма-интерферона в риске хронизации). Микст-гепатит В+С у наркозависимых пациентов характеризуется меньшим числом тяжелых форм и большим удельным весом развития хронического течения заболевания, чем при моноинфекциях В и С. При гепатите В+С чаще развивается смешанный вариант протомы, а при ГВ и ГС – диспепсический. Для гепатитов В+С характерен короткий желтушный период с более выраженными синдромами цитолиза и мезенхимального воспаления, чем при моноинфекциях. Показано, что социальные, возрастные, гендерные особенности и факторы риска необходимо учитывать при организации первичной и вторичной профилактики гемоконтактных гепатитов в среде подростков и юношества. Доказана терапевтическая и иммунокорректирующая эффективность циклоферона в комплексном лечении больных. Циклоферон оказывает более выраженный клинико-биохимический эффект при микст-гепатите В+С, а иммунокорректирующий – при моноинфекциях В и С. Циклоферон в инъекционной и таблетированной форме оказывает одинаковый терапевтический и иммунокорректирующий эффект независимо от лекарственной формы препарата. Использование циклоферона в комплексной терапии больных острым гепатитом В (желтушная форма) способствует нормализации показателей CD4, CD3 независимо от глубины исходных изменений; снижение уровня CD8 на фоне лечения зависит от степени гиперфункции иммунной системы. При остром гепатите С (желтушная форма) у наркозависимых пациентов применение циклоферона оказывает иммунокорректирующий эффект, выраженность которого зависит от глубины исходных иммунологических изменений. Для уточнения клинико-иммунологических характеристик острых гепатитов В и С у наркозависимых пациентов, а также с целью контроля над проводимой терапией, рекомендуется исследование показателей клеточного звена иммунитета (CD4, CD8, CD3) в динамике с выделением вариантов исходного иммунологического профиля (по уровням CD4, CD8, CD3), что служит основанием для прогноза нормализации иммунных показателей на фоне терапии (предикторы эффективности лечения); рекомендуется использовать индуктор эндогенного интерферона циклоферон, обладающего высоким иммунокорректирующим эффектом.

При исследовании 3 группы больных с хроническим гепатитом С (ХГС) доказано, что противовирусная эффективность короткоживущих интерферонов-альфа в сочетании с рибавирином при хроническом гепатите С у больных трудоспособного возраста может быть повышена интенсификацией лечения с использованием гамма-интерферона (ингарона). При ХГС комплексное лечение альтевиром с рибавирином в сочетании с ингароном по своим противовирусным и антифибротическим эффектам не уступает стандартной терапии пегинтроном с рибавирином и целесообразно с позиции экономических затрат. Наиболее экономически выгодным оказалось лечение больных, получавших альте-

вир и ингарон в сочетании с рибавирином (в 1,4 – 2,4 раза в зависимости от продолжительности лечения). Частота, сроки развития осложнений и особенности их клинических проявлений при лечении ХГС у пациентов трудоспособного возраста зависят от характера противовирусной терапии. Для больных ХГС наряду с оценкой быстрого, раннего, непосредственного и устойчивого противовирусного ответа необходим динамический контроль за состоянием цирроза/фиброза с помощью ультразвуковой неинвазивной эластометрии печени. Организация при инфекционном стационаре «Медицинского центра диагностики, лечения и профилактики вирусных гепатитов» позволяет оказывать высококвалифицированную помощь пациентам с вирусными гепатитами.

Таким образом, клинические особенности вирусных гепатитов зависят от этиологии заболевания (гепатиты А, В, С, микст), социальных, эпидемиологических, возрастных, гендерных факторов, фоновых заболеваний (в том числе приема психоактивных веществ), иммунологических характеристик болезни, что следует учитывать при прогнозировании течения болезни; эффективность терапии вирусных гепатитов может быть повышена препаратами, направленными на устранение эндогенной интоксикации (цитофлавин при гепатите А), иммунологической дисфункции (циклоферон при острых гемоконтактных гепатитах В, С, микст В+С у наркозависимых подростков и юношества); отечественные препараты альтевир и ингарон в комплексной терапии (с рибавирином) оказывают противовирусный, антифибротический и фармакоэкономический эффект и могут быть рекомендованы для лечения ХГС у лиц трудоспособного возраста; для оказания лечебно-диагностической помощи больным вирусными гепатитами в рамках существующих федеральных стандартов и целевых программ целесообразна организация областных специализированных (гепатологических) центров при инфекционных стационарах.

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК ОДНА ИЗ СОВРЕМЕННЫХ ФОРМ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ

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

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Телемедицинские технологии – современное требование непрерывного профессионального образования. Телемедицина (телеконсультации, телеконсилиумы, телевидеоконференции, циклы дистанционного обучения) обеспечивает доступность повышения квалификации (ПК) врачей, позволяет «охватить» учебным процессом большое число слушателей, экономична для ЛПУ, способствует эффективности (доступность, качество) медицинской помощи для пациентов.

Цель настоящей работы: внедрение циклов ПК в форме дистанционного обучения по актуальным вопросам инфектологии и оценка их эффективности в системе последипломного образования врачей.

Методы: дидактические, организационные, клинические, телекоммуникационные, экспертные

Результаты и обсуждение: реализация циклов дистанционного обучения врачей включает пять этапов. Первый этап – определение цели проекта и участников его реализации. Второй этап – подготовка информационных ресурсов, разработка учебно-методических материалов и создание их электронных версий /«кейсов» (программа, учебный и учебно-тематические планы, методические разработки к занятиям, тестовые учебные материалы, электронные версии клинических разборов реальных больных, список литературы и нормативных документов, перечень практических навыков, экзаменационные тесты, ситуационные задачи, пакет мультимедийных презентаций и других иллюстративных материалов). Третий этап – организационный (договорные процессы с принимающей стороной и интернет-порталом «Вебинар», определение контингента обучающихся, места, сроков и режима проведения циклов, выбор модератора, тьютеров, в т.ч. кураторов информационного обмена, техническое тестирование телекоммуникационных систем). Четвертый этап – проведение дистанционного цикла. В 2011 году сотрудниками кафедры проведены 2 цикла: «Избранные вопросы инфекционных болезней и ВИЧ-инфекция» в режиме on-line (72 часа с полным дистанционным обучением для 39 врачей-педиатров в течение 37 дней, г. Кузнецк и 144 часа с частичным дистанционным обучением для 27 врачей-инфекционистов, в течение 26 дней, г.Тамбов). Важные факторы реализации дистанционного проекта: интерактивность и обратная связь со слушателями при проведении лекций, семинаров, практических занятий, демонстрация больных и проведение клинических разборов, контроль качества обучения, отсутствие технических сбоев телекоммуникационных процессов (интернет), квалифицированные кураторы технической поддержки. При реализации цикла с частичным дистанционным обучением дистанционная часть (35 из 144 часов) проводилась в первую декаду цикла, в последующем осуществлен выезд преподавателей с завершением образовательного проекта по традиционной форме. В ходе циклов проведен базисный контроль знаний с передачей его результатов модератору (электронная почта, факс). Циклы завершались экзаменом (тестирование, практическая часть, собеседование), который показал «прирост» знаний на 15-20%. Пятый этап (экспертный) – включает экспертную оценку качества дистанционного обучения (в режиме on-line) по результатам экзаменов, в ходе заключительного собеседования с врачами-слушателями, экспертизу со стороны преподавателей и со стороны администрации (заказчиков циклов).

Выводы: проведение циклов ПК в форме дистанционного обучения (полное, частичное) в режиме on-line по актуальным вопросам инфектологии основывается на этапности и системности реализуемого проекта; предполагает использование современных информационных ресурсов и телекоммуникацион-

ных, интерактивных технологий, четких организационных и управленческих решений, профессионализма преподавателей, взаимодействия всех участников образовательного процесса (в т.ч. врачей-слушателей) и должно завершаться итоговой экспертизой.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ОТВЕТА ПРИ ГРИППЕ

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

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Цель исследования: изучить особенности продукции некоторых цитокинов (ИФН- α , ИФН- γ , ФНО- α) при гриппе в зависимости от этиологии заболевания, наличия осложнений, пола, возраста пациентов, у женщин в период беременности.

Материалы и методы: у 39 пациентов со среднетяжелым течением гриппа А(H1N1) pdm09 и гриппа В (основная группа) исследовали количественное содержание интерферона- α (ИФН- α), интерферона- γ (ИФН- γ) и фактора некроза опухоли (ФНО- α) в сыворотке крови при поступлении и в период ранней реконвалесценции; показатели у больных сравнивали с показателями контрольной группы (20 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с исследуемыми пациентами). Грипп А(H1N1)pdm09 верифицирован у 20 пациентов (51,3%), грипп В у 19 пациентов (48,7%). Среди исследуемых пациентов было 16 мужчин (41,0%) и 23 женщины (59,0%), в том числе 10 беременных (25,6%). Возраст пациентов варьировал от 8 до 34 лет: дети до 17 лет – 18 человек (46,2%) и взрослые 18 – 34 лет – 21 человек (53,8%).

Результаты исследования. В первые дни заболевания у пациентов с гриппом отмечено повышение уровня ИФН- α в 13,3 раза (по сравнению с показателями контрольной группы; $p=0,0110$) – до $18,6\pm 3,6$ пг/мл (норма= $1,2\pm 0,8$ пг/мл). У больных также выявлено достоверное увеличение продукции ИФН- γ в начале заболевания в 19,8 раз в сравнении со здоровыми (норма- $2,7\pm 1,2$ пг/мл) - до $53,5\pm 10,2$ пг/мл ($p=0,0008$). В периоде ранней реконвалесценции уровень ИФН- α снизился и не имел достоверных различий с показателем контрольной группы, уровень ИФН- γ уменьшился в 2,2 раза ($24,0\pm 6,5$ пг/мл), но по-прежнему превышал показатели контрольной группы в 8,9 раз ($p=0,0260$). Достоверного изменения уровня ФНО- α у пациентов основной группы по сравнению с показателем контрольной группы в начале заболевания и в периоде ранней реконвалесценции выявлено не было.

В группах пациентов с гриппом А(H1N1)pdm09 и гриппом В достоверных различий в показателях уровней продукции ИФН- α как в начале заболевания, так и в периоде ранней реконвалесценции не выявлено, но в единичных случаях высокие показатели ($>64,0$ пг/мл) выявлялись только при пандемическом гриппе. Уровень ИФН- γ , в начале заболевания был выше ($p=0,0002$) у пациентов с гриппом В ($84,6\pm 15,6$ пг/мл), чем у пациентов гриппом А(H1N1)pdm09

($23,9 \pm 9,8$ пг/мл). Достоверного изменения уровней ФНО- α у больных с гриппом А(H1N1)pdm09 и гриппом В не выявлено, но у больных с пандемическим вариантом вируса определялся более низкий уровень этого цитокина в периоде ранней реконвалесценции ($0,8 \pm 0,2$ пг/мл) чем в контрольной группе ($1,6 \pm 0,3$ пг/мл), $p=0,0221$.

При исследовании уровня продукции цитокинов у пациентов с гладким и осложненным течением гриппа, достоверных различий по уровню продукции ИФН- α на всем протяжении заболевания не выявлено, но в группе с гладким течением гриппа на 2-е сутки показатели были выше - $20,7 \pm 4,5$ пг/мл, чем у пациентов с развившимися осложнениями - $13,1 \pm 5,3$ пг/мл. Выявлены достоверные различия в уровне ИФН- γ в начале заболевания: у пациентов с гладким течением гриппа - $68,9 \pm 13,0$ пг/мл, в случае развития осложнений - $14,4 \pm 6,2$ пг/мл ($p=0,0146$). В периоде ранней реконвалесценции уровень ИФН- γ оставался повышенным только у пациентов, не имевших осложнений ($31,6 \pm 8,6$ пг/мл, $p=0,0057$). В периоде ранней реконвалесценции уровни ФНО- α были достоверно ниже в группе больных с осложненным течением гриппа - $0,7 \pm 0,3$ пг/мл, чем в контрольной группе ($1,6 \pm 0,2$ пг/мл; $p=0,0041$).

Достоверных различий по уровням ИФН- α и ИФН- γ зависимости от пола у больных гриппом на всем протяжении заболевания не выявлено. В периоде ранней реконвалесценции у женщин выявлялся дефицит синтеза ФНО- α ($0,8 \pm 0,2$ пг/мл) по сравнению с контрольной группой ($1,6 \pm 0,3$ пг/мл; $p=0,0667$).

Достоверных отличий по уровням ИФН- α и ФНО- α у беременных женщин с гриппом и основной группы больных - не выявлено. Обнаружены значительные различия ($p=0,0493$) в продукции ИФН- γ : у беременных женщин в начале заболевания - $19,1 \pm 6,2$ пг/мл, в то время, как в группах мужчин и небеременных женщин - $64,7 \pm 12,8$ пг/мл.

При анализе продукции цитокинов при гриппе у детей и взрослых на всем протяжении заболевания достоверных различий по уровням ИФН- α и ИФН- γ у исследуемых пациентов не выявлено. Но обращает на себя внимание дефицит уровня ФНО- α в начале заболевания у детей (до $0,9 \pm 0,2$ пг/мл) относительно контрольной группы.

Выводы: 1. выраженность цитокинового ответа (ИФН- α ., ИФН- γ , ФНО- α) при гриппе зависит от этиологии заболевания, периода болезни, формирования осложнений, возраста и пола пациентов, а также фонового состояния (беременность у женщин); 2. у больных со среднетяжелым течением гриппа отмечается повышение уровней ИФН- α и ИФН- γ с последующим их снижением к периоду ранней реконвалесценции; 3. прогностически неблагоприятными показателями течения гриппа и риском развития осложнений являются недостаточная продукция ИФН- γ (при пандемическом варианте гриппа и у беременных) и тенденция к снижению продукции ФНО- α (у больных с гриппом, вызванным вирусом А(H1N1)pdm09, а так же у женщин и детей).

КЛАССИФИКАЦИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАРДИИ И НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАТОГЕНЕЗ И ЛЕЧЕНИЕ ГЭРБ И ГПОД

*А.А.Баулин, В.А.Баулин, В.А.Стародубцев, Н.С.Лотникова, О.А.Косенко,
В.Д.Креймер, А.И.Перетрухин*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
ФГБОУ ВПО ПГУ Минобрнауки России Медицинский институт,
ООО КДЦ «МЕДИКЛИНИК», Пенза
Медицинский центр «МЕДИЦИНА», Москва

С 60-х годов прошлого столетия, благодаря разработкам датского хирурга Ниссена во всём мире стал развиваться оперативный способ лечения ГПОД. И операция Ниссена, и последующие её модификации были направлены на восстановление изменений в этой зоне в первую очередь с точки зрения ликвидации грыжи: переместить содержимое в живот, иссечь мешок, сузить грыжевые ворота (отверстие в диафрагме). Учитывая особенность аксиальной грыжи и её влияние на развитие желудочно-пищеводного рефлюкса (ГЭРБ), все действия дополнялись созданием антирефлюксной муфты. Патолофизиологический механизм страдания связывается с расслаблением нижнего пищеводного сфинктера, дискредитацией диафрагмально-пищеводных и диафрагмально-желудочных связок, разрушением угла Гиса и, соответственно, складки Губарева, нарушением запирающего механизма за счёт ножек диафрагмы и пропульсивной функции пищевода и желудка.

Однако не всеми хирургами учитываются обстоятельства: нередко отверстие в диафрагме не столь значительно расширено; при перемещении пищевода-желудочного перехода в брюшную полость фактически исчезает грыжевой мешок; как до операции, а особенно во время, происходит повреждение блуждающих нервов; значительная часть оперированных испытывает более тягостные ощущения при хорошо восстановленной запирающей функции кардии у большинства.

Мы разработали новую концепцию причины возникающих изменений, связанную с филогенезом - переходом к прямохождению и с травматизацией блуждающих нервов. При горизонтальном положении туловища, которое было у наших далёких предков, пищевод перегибался через петлю, которую создают ножки диафрагмы. Желудок смещался кпереди в силу законов гравитации и создавал тракцию вниз, дополнительно прижимая пищевод в природной петле. При расслаблении нижнего пищеводного сфинктера петля сохраняла отверстие закрытым. При переходе от горизонтального положения в вертикальное изменилась функция природной петли ножек диафрагмы. Пищевод перестал перегибаться через ножки и фиксируется только связками. Замыкательная функция осуществляется уже за счёт вышеперечисленных факторов, где главное угол Гиса и складка Губарева. Сфинктер же не может быть в тоническом напряжении постоянно, со временем связочный аппарат дискредитируется, угол Гиса становится тупым, складка Губарева перестаёт выполнять свою функцию, не

полностью прикрывая вход в пищевод. Отсюда понятно, почему рефлюкс-эзофагит, ГПОД и недостаточность кардии чаще встречаются у людей старше 40-50 лет. Патологическое перемещение пищеводно-желудочного перехода вверх и вниз не может также не приводить к травматизации блуждающих нервов. Этим можно объяснить феномен «маскарада в брюшной полости», что описывают клиницисты у данных больных, т.е. самой разнообразной, часто запутывающей врача клинической картины. Хирургическое вмешательство в этой зоне связано с выделением пищевода, желудка по малой кривизне и у дна и дополнительно приводит к вынужденному повреждению ветвей блуждающих нервов, что изменяет или дополняет «маскарад» у ряда больных.

Эндоскопический инверсионный осмотр кардиального отдела желудка при 100% исследований привёл нас к тому, что мы почти в 3 раза чаще стали выявлять патологию кардии. Обнаружилось, что у 62,7% обследуемых хорошо видна складка Губарева и тубус эндоскопа плотно охвачен по всей окружности, то есть слизистая оболочка прилегает по всей окружности. Отмечается кратковременное разное по ритму расслабление нижнего пищеводного сфинктера и его смыкание вокруг тубуса. Такое состояние характерно для полной состоятельности кардии. У остальных отмечалось, от частичного до полного, постоянное открытие отверстия ведущего в пищевод, картину которого мы и обрисовали в классификации.

Классификация недостаточности кардии:

1 степень – не исчезающий свободный треугольник рядом с тубусом эндоскопа, несмотря на вращение, перемещение, он может только менять местоположение;

2 степень – не закрыто до S окружности;

3А степень - не закрытая почти полная окружность без «колокола» («колокол» - это описываемое в научной литературе патологическое образование в виде полости за счёт кардиального отдела желудка или расширенного абдоминального отдела пищевода расположенное между ножками диафрагмы и пищеводно-желудочным переходом, смещённым краниально)

3Б степень – не закрытая почти полная окружность с «колоколом»

4А степень – не закрытая полная окружность без «колокола»

4Б степень – не закрытая полная окружность с «колоколом»

Разрабатывая показания к выбору лечения, консервативного или оперативного, мы опираемся на интегральную оценку: клинику как на основу, на поражение пищевода (степень рефлюкс-эзофагита, осложнения), недостаточность кардии (степень недостаточности), оценку эффективности и побочного воздействия консервативного лечения и желание пациента, согласно законодательству.

Исходя из вышеизложенного, хирургическую коррекцию мы видим в минимальной травматизации и воссоздании природных приспособлений препятствующих рефлюксу. Мы применили петлю из искусственного материала с созданием перегиба и тракции пищеводно-желудочного перехода в передне-нижнем направлении и фиксации к передней брюшной стенке, что восстанавли-

ливает острый угол Гиса и складку Губарева соответственно, тем самым ликвидируется недостаточность кардии и значительно уменьшается возможность обратного заброса (Патент). Оперировано 105 больных, обследованы 56 в сроки более года, эндоскопически, рентгенологически, клинически отмечены хорошие и отличные результаты у 88-91%.

СЛУЧАЙ ОДНОВРЕМЕННОГО ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ СЕТЧАТКИ ПРАВОГО ГЛАЗА И ЗАТЫЛОЧНОЙ ДОЛЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА СЛЕВА С БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ

Г.Н.Баулина, П.Ю.Татарченко, А.В.Чуракова

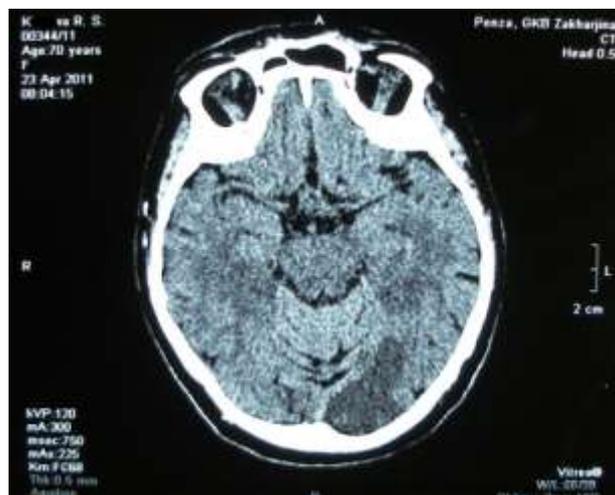
ГБУЗ Пензенская областная офтальмологическая больница,
ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
ГБУЗ ГКБ СМП им. Г.А.Захарьина Пенза

Пациентка К-ва, 1968 г.р., находилась в неврологическом отделении городской больницы № 1 г. Пензы с 23.04 по 27.05.2011 г. с диагнозом: Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в вертебробазилярном бассейне. Алексия, энцефалопатия III ст. Стенокардия, мерцательная аритмия, гипертоническая болезнь III ст., риск IV.

Из анамнеза: 23.04.2011 г. на фоне высокого артериального давления (210/100 мм рт.ст.) почувствовала головную боль, головокружение, дискомфорт и потерю зрения на единственном видящем правом глазу.

Заключение офтальмолога: Острое нарушение кровообращения в центральной артерии сетчатки правого глаза, атрофия зрительного нерва левого глаза после перенесенного в 2009 г. тромбоза центральной вены сетчатки и развившейся вторичной глаукомы.

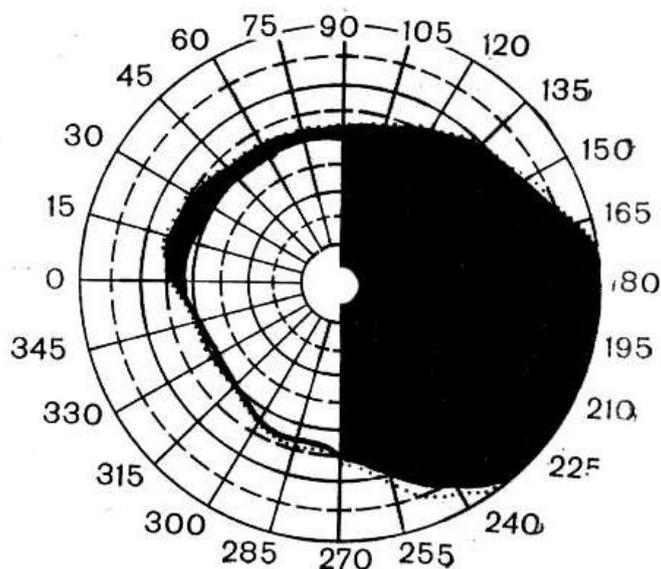
Заключение по данным компьютерной томографии головного мозга (КТ Aquilion 32 + Vitrea, МСКТ № 00344/11) от 23.04.2011 г.: Нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в затылочной доле слева. Выраженный перивентрикулярный отек. Признаки выраженных общеатрофических и дисциркуляторных изменений головного мозга (рис. 1).



Проведено лечение: мексидол, берлитион, трентал, кавинтон внутривенно, гепарин, сернокислая магнезия, Вессел Дуэ Ф внутримышечно. Отмечено улучшение общего состояния, но зрение не восстанавливалось. Таким образом, учитывая отсутствие зрения парного левого глаза, пациентка оказалась практически слепой.

В июне 2011 г. больная была осмотрена в офтальмологическом травмпункте ГБУЗ «Пензенская областная офтальмологическая больница» и на кафедре офтальмологии ГБОУ ДПО ПИУВ МЗ и СР РФ. Данные осмотра: острота зрения OD – 0,005 («движение руки у лица»), OS – 0 «ноль». Глазное дно: OD – зрительный нерв бледно-розового цвета, с четкими границами. Сосуды сужены, артерии нитевидные, в них виден агрегированный ток крови. Сетчатка в заднем полюсе отечная, серого цвета. OS – зрительный нерв белого цвета с краевой подрытой глаукоматозной экскавацией. Был подтвержден диагноз последствий острого нарушения кровообращения в центральной артерии сетчатки правого глаза. Несмотря на очевидный неуспех лечения в столь поздние сроки от начала заболевания, было проведено лечение – ретробульбарная инъекция дексазона, 0,1% р-ра атропина, 1% эмоксипина и 500 ЕД гепарина. Контрольный осмотр глазного дна не показал какой-либо динамики в состоянии сосудов сетчатки. В дальнейшем пациентка продолжала получать курс лечения в неврологическом отделении с долечиванием в амбулаторных условиях. Применялись следующие препараты: варфарин, Арифон ретар, дигоксин, Конкор, Тервокард, фенотропил, Октолипин, Аксамон, Бенфогамма, Престариум, Вессел Дуэ Ф внутрь (в различных комбинациях), Кортексин, Элькар и эмоксипин внутримышечно, Карнитин внутривенно.

Повторный осмотр в ГБУЗ ПООБ был произведен в ноябре 2011 г. При этом было отмечено не только улучшение общего состояния, но и восстановление кровообращения в центральной артерии сетчатки правого глаза и частичное восстановление зрения на этом глазу (острота зрения правого глаза после лечения 0,1, поле зрения – см. рис. 2). Таким образом, пациентка сохранила способность к самообслуживанию и избежала инвалидности I группы по зрению.



Интерес данного клинического случая – в редком сочетании одновременного нарушения кровообращения в центральной артерии сетчатки правого глаза и левой затылочной доле головного мозга, а также в восстановлении кровотока в сосудах сетчатки и частичном восстановлении зрения в отдаленный срок после начала заболевания.

ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ЛАКТАТА И АКТИВНОСТИ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Н.В.Безручко, В.Г.Васильков, Г.К.Рубцов, Н.Б.Ганяева, Д.В.Осинькин

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Анализ характеристик кислородного режима и кислотно-щелочного равновесия крови при обследовании имеет большое значение в практической деятельности клиничко-биохимической лаборатории [3]. Одним из основных нарушений гомеостаза при критических состояниях является нарушение кислородного статуса организма, непосредственно влияющее на клеточный метаболизм. При нарушении кислородного баланса в организме накапливаются недоокисленные продукты, главным образом молочная кислота, разлагающаяся до лактата. Измерение уровня лактата позволяет оценить кислородный гомеостаз организма в целом. [1, 2]

Цель работы – изучить изменения уровня лактата и активности лактатдегидрогеназы у больных острым и хроническим холециститом в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования. Обследовано 19 больных острым холециститом (возраст $58,39 \pm 2,26$ лет) и 16 больных хроническим холециститом (возраст $54,17 \pm 3,4$ лет). Этапы наблюдений – до и после лапароскопических холецистэктомий, 1, 3, 5 сутки послеоперационного периода. Контролем служила группа 23 практически здоровых человека без клинических проявлений каких-либо заболеваний (возраст $30,96 \pm 1,86$ лет).

Исследования выполнены в 2011-2012 годах на базе Городской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГКБ СМП) им. Г.А. Захарьина г. Пензы. Базовой лабораторией для клиничко-биохимических исследований была экспресс-лаборатория отделения реанимации и интенсивной терапии, ОРИТ ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина.

Комплекс обследования больных холециститом включал в себя стандартные клиничко-лабораторные тесты (гематологические и клиничко-биохимические), а также ряд параметров, определяемых на анализаторе газов крови и электролитов «Cobas b 121» в капиллярной крови.

Изучение уровня лактата проводили с помощью анализатора критических состояний «Cobas b 121». Активность лактатдегидрогеназы определяли кинети-

ческим методом с помощью клинических наборов реагентов «Витал» на программируемом биохимическом анализаторе БиАн.

Статистический анализ полученных результатов проводили с помощью t-критерия Стьюдента и корреляционного анализа (компьютерная программа «Excel»).

Результаты и их обсуждение. Величина лактата при хроническом холецистите, по сравнению с нормой, на 1 сутки после операции была меньше в 1,9 раза ($p < 0,05$). Уровень лактата при хроническом и остром холецистите на 1 сутки наблюдений, по отношению к соответствующим значениям после операции, снижался в 2,5 раза и в 1,3 раза соответственно ($p < 0,05$). Это может служить проявлением адаптационных процессов в организме после лапароскопической холецистэктомии.

Статистически значимые изменения активности лактатдегидрогеназы отмечены при хроническом холецистите на 5 сутки наблюдений, по отношению к соответствующим значениям до операции, - снижение в 1,1 раза ($p < 0,05$). При остром холецистите такая тенденция не выявлена. Полученные результаты могут свидетельствовать о наличии некоторого дисбаланса активности лактатдегидрогеназы и уровня лактата в крови у обследованных больных холециститом, более выраженного при остром холецистите.

Корреляционный анализ выявил наличие статистически значимых ($p < 0,05$) взаимосвязей разной силы и направленности уровня лактата и активности лактатдегидрогеназы у больных острым и хроническим холециститом. При остром холецистите на 1 сутки послеоперационного периода отмечена средней силы отрицательная корреляция (-0,55), на 3 сутки - средней силы положительная корреляция (0,69), на 5 сутки - средней силы отрицательная корреляция (-0,61). При хроническом холецистите на 1 и 3 сутки наблюдений выявлена средней силы положительная корреляция (0,61 и 0,59 соответственно), на 5 сутки - средней силы отрицательная корреляция (-0,42).

Выявленные корреляционные взаимосвязи могут служить подтверждением динамики проанализированных клинико-биохимических тестов. Так, на 1 сутки после операции при хроническом холецистите установлено отклонение от нормы уровня лактата в форме снижения, при этом корреляция с активностью лактатдегидрогеназы - средней силы положительная.

Таким образом, в динамике раннего послеоперационного периода изменения уровня лактата и активности лактатдегидрогеназы у больных острым и хроническим холециститом служили маркерными тестами состояния пациентов с первых суток наблюдений.

Список литературы.

1. Дементьева И.И. Мониторинг концентрации лактата и кислородного статуса для диагностики и коррекции гипоксии у больных в критическом состоянии (лекция)// Клиническая лабораторная диагностика. – 2003. – № 3. – С. 25-32.
2. Дементьева И.И. Лабораторная диагностика и клиническая оценка нарушений гомеостаза у больных в критическом состоянии при хирургиче-

ских вмешательствах и в отделении интенсивной терапии: Монография. – Москва: ЗАО «Рош - Москва», 2007. – 136 с.

3. Матюшичев В.Б., Шамратова В.Г., Крапивко Ю.К. Значимость учета производных гемоглобина и кислотно-щелочного равновесия в оценке состояния кислородтранспортной системы крови// Клиническая лабораторная диагностика. – 2009. – № 12. – С. 24-27.

АНТИОКСИДАНТНАЯ КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОМ ОБТУРАЦИОННОМ ХОЛЕСТАЗЕ

А.Н.Беляев, М.Н.Якурина, С.В.Костин

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева»
Саранск

Актуальность. В настоящее время под внепеченочным холестазом понимают симптомокомплекс клинических и морфологических проявлений, развивающихся при нарушении проходимости желчных путей и практически полном прекращении поступления желчи в кишечник, с ранним развитием эндотоксикоза. Одним из органов-мишеней, повреждающихся при данной патологии является сердце. В настоящее время большая роль принадлежит активации процессов перекисного окисления липидов при повреждении миокарда. Избыточная активация реакций свободнорадикального окисления липидов сопровождается нарушением функциональной активности сердца.

Цель исследования. Изучить степень коррекции функционального состояния сердца при остром внепеченочном холестазе на фоне внутривенного и внутрипортального введения 5% раствора мексидола.

Материалы и методы исследования. Нами выполнены эксперименты на 12 беспородных собаках половозрелого возраста обоего пола массой от 14 до 23 кг. Механическую желтуху у экспериментальных животных воспроизводили путем интраоперационного наложения лигатурной петли на холедох под тиопентал-натриевым наркозом 45 мг/кг массы. Декомпрессия желчевыводящих путей производилась на 3 сутки при развившейся клинической и лабораторной картине механической желтухи, после релапаротомии путем удаления лигатурной петли. Проведено 2 серии экспериментов. В первой серии собакам после декомпрессии билиарного тракта осуществляли внутривенное введение 5% раствора мексидола в дозе 6,7 мг/кг на 0,9% растворе NaCl (ФР) - в объеме 20 мл/кг. Во второй серии проводили внутрипортальное введение 5% раствора мексидола в дозе 6,7 мг/кг на ФР в объеме 20 мл/кг веса животного. Для оценки функционального состояния миокарда проводилось электрокардиографическое исследование в I, II, III стандартных, а также усиленных aVL, aVR и aVF отведениях.

Результаты исследования: На 3 сутки эксперимента, при лабораторном подтверждении развития холестаза (увеличение уровня общего и прямого би-

лирубина более чем в 40 раз ($p < 0,001$), аспарагиновой и аланиновой трансаминаз более чем в 10 раз ($p < 0,001$) относительно исходных значений) уменьшалась ЧСС со 110 до 80 уд/мин ($p < 0,05$), амплитуда зубца R уменьшалась до $8,44 \pm 1,24$ мм ($p < 0,05$) на 45% ниже исходного уровня; зубец Q углублялся до $1,67 \pm 0,49$ мм ($p < 0,05$), что в 5 раз превышало исходное значение. Определялся отрицательный зубец T - $-0,17 \pm 0,33$ мм ($p < 0,001$), который был ниже исходного уровня на 107%, что свидетельствовало о нарушении процессов реполяризации в миокарде желудочков. Происходило расширение желудочкового комплекса QRS до $0,06 \pm 0,001$ сек ($p < 0,01$) и удлинение интервала PQ до $0,13 \pm 0,01$ сек ($p < 0,05$), что указывало на замедление внутрижелудочковой, предсердно-желудочковой и внутрисердечной проводимости.

Внутривенное введение 5% раствора мексидола приводило к восстановлению функциональных показателей сердца. К седьмым суткам исследования отмечалась небольшая положительная динамика в виде улучшения процессов реполяризации: ST регистрировался на изолинии, но сохранялся отрицательный зубец T (- 0,75 мм). Амплитуда зубцов Q и R достигала исходных значений, составляя $0,24 \pm 0,13$ и $12,7 \pm 0,63$ ($p < 0,01$) соответственно. Величина комплекса QRS, составляя на 3 сутки $0,06 \pm 0,01$ ($p < 0,01$), снижалась к окончанию эксперимента на 33% достигая $0,04 \pm 0,001$ сек ($p > 0,05$). Интервал PQ на седьмые сутки составлял $0,12 \pm 0,01$ сек ($p > 0,05$), приближаясь к исходным параметрам.

При внутривенном введении мексидола уже к 5 суткам исследования показатели комплекса QRS и интервала PQ возвращались к исходным значениям, составляя $0,04 \pm 0,001$ сек и $0,11 \pm 0,01$ сек ($p < 0,01$); амплитуда зубца T регистрировалась выше изолинии, что говорило о уменьшении ишемии, и составляла $1,5 \pm 0,44$ мм ($p < 0,01$), что на 50,3% превышает показатель при внутривенном введении. Амплитуда зубцов Q и R достигала исходных значений к 7 суткам, составляя $0,33 \pm 0,1$ и $12,1 \pm 0,93$ ($p < 0,01$) соответственно.

Выводы: 1) При механической желтухе, образующиеся токсические продукты, оказывают воздействие на кардиомиоциты, вызывая нарушение процессов де- и реполяризации в миокарде (изменение желудочкового комплекса, снижением амплитуды зубца R, увеличение глубины зубца Q, формирование отрицательного зубца T), а также удлинение времени распространения возбуждения по миокарду (интервал PQ).

2) На фоне внутривенного введения мексидола после декомпрессии холедоха отмечается более существенная нормализация показателей ЭКГ, по сравнению с внутривенным путем его введения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

А.Н.Беляев, А.Г.Павелкин, А.Н.Родин

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева»
Саранск

В лечении гнойно-некротических осложнений диабетической стопы широко применяются препараты, улучшающие микроциркуляцию и влияющие на систему гемостаза. Однако в литературных источниках недостаточно изучен вопрос о применении при данной патологии тромболитических препаратов, которые являются методом выбора при острых тромботических окклюзиях.

Цель работы. По анализу показателей гемостаза, свободнорадикального окисления оценить эффективность внутриартериального введения урокиназы медак при гнойно-некротических осложнениях диабетической стопы.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 30 пациентов с осложненными формами диабетической ангиопатии конечностей, получавших базисную терапию (группа сравнения). Основную группу составили 30 больных, в комплексное лечение которым включено внутриартериальное (в бедренную артерию пораженной конечности) введение урокиназы медак в дозе 100 тыс. ЕД, в течение 5 суток.

Изучали время свертывания крови, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), тромбиновое время, содержание фибриногена в плазме, уровень протромбинового индекса, антитромбина III (А III). Показатели свободнорадикального окисления изучали по накоплению малонового диальдегида (МДА), антиоксидантную защиту (АОЗ) – по активности каталазы и супероксиддисмутазы (СОД), которые исследовали на 5-е, и 20-е сутки лечения в обеих группах.

Показатели гемостаза на фоне внутриартериального введения урокиназы медак. В 1 группе больных, получавших внутриартериальное введение урокиназы медак по сравнению с базисным лечением, время свертывания крови к 5-м суткам удлинялось на 17%, к 20-м суткам – на 7%. АЧТВ к 5-м суткам после введения урокиназы увеличивалось – на 23%, к 20-м суткам – на 15%. Уровень фибриногена плазмы к 5-м суткам после введения урокиназы не изменялся, к 20-м суткам он снижался на 10%. Протромбиновый индекс к 5-м суткам не изменялся, к 20-м суткам он уменьшался на 3,2 %. Антитромбин III к 5-м суткам наблюдения на фоне применения урокиназы увеличивался на 8%, к 20-м суткам – на 7%.

Показатели свободнорадикального окисления. В группе пациентов, получавших урокиназу медак, по сравнению с базисным лечением, на 5-е сутки наблюдения МДА снижался на 17%, на 20-е сутки – на 30%. При этом активность каталазы плазмы к 5-м суткам наблюдения не изменялась, к 20-м суткам повы-

шалась на 55%. Активность СОД к 5-м суткам не изменялась, однако к 20-м суткам повысилась на 43% и не отличалась от уровня здоровых лиц.

По анализу показателей свободнорадикального окисления следует, что урокиназа обладает антиоксидантным эффектом. Однако неясно, механизм ее антиоксидантного эффекта. Возможно это опосредованное действие, вследствие уменьшения гипоксии тканей как результат улучшения реологии крови и микроциркуляции.

Выводы. 1. После курса внутриаартериальных вливаний урокиназы медак в комплексном лечении гнойно-некротических осложнений диабетической стопы наблюдается увеличение времени свертывания крови на 7%, АЧТВ – на 15%, тромбинового времени – на 9,3%, антитромбина III – 7%, снижение фибриногена на 10%, по сравнению с базисной терапией и свидетельствует о существенном влиянии препарата на систему гемокоагуляции.

2. Кроме нормализации повышенной коагуляции крови, урокиназа медак способствует снижению реакций свободнорадикального окисления, важного звена патогенеза ишемических осложнений сахарного диабета и является обоснованием для ее включения в комплексную терапию диабетической ангиопатии конечностей.

БЕССИМПТОМНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИБС У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ И ИХ ДИАГНОСТИКА

А.М.Бибарсова, Ф.К.Рахматуллов

ФГБОУ ВПО ПГУ Минобрнауки России
Пенза

Одной из наиболее распространенных форм ишемической болезни сердца являются стабильная стенокардия и нарушения ритма сердца. Своевременная диагностика и эффективное лечение этих состояний могут существенно снизить риск развития острой коронарной недостаточности и увеличить продолжительность жизни. Большое практическое значение имеет поиск новых предикторов риска развития осложнений при ИБС. Относительно недавно было показано, что не только тахикардия, но и просто повышенная частота сердечных сокращений и единичная экстрасистолия увеличивают риск развития сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в различных популяциях.

Целью настоящего исследования явилось изучение признаков безболевого ишемии миокарда, характера и частоты асимптомных нарушений сердечного ритма при ИБС у амбулаторных больных трудоспособного возраста.

Материал и методы. Обследовано 17 мужчин и 9 женщин трудоспособного возраста, состоящих на диспансерном учете по поводу ИБС. Средний возраст мужчин составлял $53,4 \pm 2,3$ года, средний возраст женщин – $52,3 \pm 3,2$ года. Средняя продолжительность наблюдения составила 6 месяцев. Всем пациентам проводилось обследование согласно медико-экономическим стандартам, вклю-

чая холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ. Средняя продолжительность ИБС по группам составила 4,5 года.

Результаты исследования. На основании данных ХМ у 3 мужчин (17%) выявлена одиночная наджелудочковая экстрасистолия (ОНЖЭ) в сочетании с парной наджелудочковой экстрасистолией (НЖЭ); у 4 мужчин (25%) обнаружили ОНЭ в сочетании с пробежками наджелудочковой тахикардии (ПНЖТ); одиночная желудочковая экстрасистолия (ОЖЭ) в сочетании с НЖЭ и ПНТ выявили у 2 больных (11%); ОЖЭ в сочетании с ОНЖЭ выявлена у 6 мужчин (35%); ОЖЭ обнаружена у 1 больного (6%); ОНЖЭ выявлена у 1 пациента (6%); безболевая ишемия миокарда выявлена у 6 больных (35%). В группе обследованных женщин характер и частота асимптомной аритмии распределились следующим образом: НЖЭ в сочетании с ПНЖТ выявлено у 2 больных (22%); ОЖЭ в сочетании с НЖЭ и ПНЖТ выявили у 5 женщин (56%); ОНЖЭ выявлены у 1 больной (11%); ОЖЭ выявлена у 1 больной (11%).

Выводы. По данным нашего исследования, распространенность асимптомных нарушений ритма сердца у трудоспособных больных ИБС велика и составляет почти 88%, это делает актуальными дальнейшие исследования в данной области. Нами было получено, что у мужчин чаще встречаются ОНЖЭ в сочетании с ОЖЭ (35%) и безболевая ишемия миокарда (35%). У женщин наиболее частым видом асимптомной аритмии явилось сочетание ОЖЭ с НЖЭ и ПНЖТ (56%). Ишемических колебаний сегмента ST у обследованных женщин не выявлено. Таким образом, целесообразно рекомендовать включение холтеровского мониторирования ЭКГ в обязательный алгоритм профилактического обследования больных ИБС в условиях поликлиники.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

К.В.Блашенцев, Е.И.Шмидт, М.В.Манжос, Т.И.Каганова

Городской центр аллергологии и иммунологии,
МБУЗ «Городская больница №6», НОУ ВПО медицинский институт «Реавиз»,
ГОУ ВПО СамГМУ, Самара

Цель работы. Изучение состояния здоровья больных аллергическими заболеваниями дыхательных путей в Самарской области.

Материалы и методы. Анализ динамики распространенности аллергическим ринитом (АР) и бронхиальной астмы (БА) среди детей и подростков проведен по отчетным формам муниципальных образований г. Самары и Самарской области (форма №12) за 2001-2010 гг. в сравнении с соответствующими показателями по Приволжскому федеральному округу (ПФО) и РФ.

Результаты. Распространенность АР среди детей и подростков в Самаре занимает доминирующие позиции среди субъектов ПФО и составляла в 2009 г 899,6 – 1376,9 на 100 тыс. населения, соответственно. Данные показатели пре-

вышают распространенность АР среди детей в РФ за этот же период на 84% (899,6-479,9, соответственно), подростков на 93% (1376,9-712,5, соответственно). Распространенность АР в Самаре выше, чем в области: среди детей на 23% (899,6-734,6, соответственно), среди подростков на 36% (1376,9-1016,1, соответственно).

Распространенности БА среди детей в Самаре занимает 3 место среди субъектов ПФО, на 25% выше, чем в РФ (1550,9-1219,2, соответственно), она одинакова в городе и области - 1550,9-1525,1, соответственно, ($p=0,7886$). Среди подростков частота встречаемости БА в Самаре занимает 2-ое место среди показателей по ПФО, и на 68% превышает показатели по РФ (2896,2-1718,4, соответственно). Она на 21% выше в городе, чем в области (2892,6-2329,3, соответственно).

Показатели распространенности БА во всех возрастных группах доминируют над данными распространенности АР, что не соответствует результатам эпидемиологических исследований, и, вероятно, связано с гиподиагностикой легких форм АР. Так у детей встречаемость БА выше чем у АР в 1,6 раза (1522,2-969,2, соответственно), подростков в 2,1 раза (2790,5-1313,4, соответственно).

Анализ данных за последние 10 лет (2001-2010 гг.) выявил рост распространенности БА среди всех возрастных групп – у детей на 23% (1235,0 – 1522,2, соответственно), у подростков на 95% (1431,1-2790,5, соответственно). В то же время показатели распространенности АР среди подростков не изменились - 91215,7-1313,4, соответственно, ($p=0,4679$), а среди детей повысились на 27% (763,7-969,2, соответственно).

Заключение. Анализ данных официальной статистики свидетельствует о высокой распространённости АР и БА среди детей и подростков в Самарской области, превышающей аналогичные показатели по РФ, в связи, с чем необходимо принятие и проведение областных программ по диагностике, лечению и профилактике аллергических заболеваний, основанных на принципах доказательной медицины.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

М.С.Богомолов, Л.Н.Макарова, В.В.Слободянюк

ГБОУ ВПО СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздравсоцразвития России,
Санкт-Петербург

Цель. При ишемической форме синдрома диабетической стопы у пациентов одновременно имеются недостаточность артериального кровоснабжения дистальных отделов нижних конечностей, снижение активности иммунологической системы и резистентные к обычному местному лечению микробные ассоциации в области язвенного дефекта. Комплексная консервативная терапия

таких больных должна быть направлена на положительную модификацию всех этих нарушений. Обязательным условием успешного лечения пациентов с ишемическими формами синдрома диабетической стопы является строгий контроль гипергликемии, что способствует улучшению иммунного статуса, оптимизирует процессы метаболизма и приводит к постепенному снижению концентрации гликированного гемоглобина, который не обладает кислородотранспортной функцией и тем самым усугубляет ишемию тканей. В ряде случаев у этих пациентов отсутствуют анатомические условия для выполнения реваскуляризации, а также могут быть общие или местные противопоказания к такому хирургическому вмешательству. В этом случае консервативная терапия является единственной альтернативой выполнению ампутации.

Методы. Современные подходы к выбору препаратов для консервативной терапии хронической ишемии нижних конечностей заключаются в назначении лечения, направленного на профилактику атеротромбоза (аспирин), улучшение микроциркуляции (никотиновая кислота) и повышение эффективности работы путей коллатеральной компенсации кровоснабжения ишемизированной конечности (тренировочная ходьба). Дополнительно, на начальном этапе лечения, в течение 10 дней всем больным проводился курс внутривенных капельных инфузий отечественного препарата "Цитофлавин" (комбинация янтарной кислоты, инозина, никотиамида и рибофлавина), который стимулирует процессы клеточного дыхания, улучшает утилизацию кислорода в тканях и способствует восстановлению активности антиоксидантных ферментов в клетках, находящихся в условиях ишемии. Проведенные нами исследования показали, что в группе больных, страдающих облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей (IIb стадия ишемии по Фонтену-Покровскому) через 3 месяца после окончания курса инфузий цитофлавина дистанция безболевой ходьбы у пациентов без диабета увеличилась на 64,2% по сравнению с исходной, а у пациентов с диабетом – на 155,0% ($p < 0,1$). Таким образом, данная схема лечения способствует улучшению показателей регионарной гемодинамики на достаточно длительный период времени, что ускоряет регенерацию тканей и создает предпосылки к более эффективному лечению трофических язв на нижних конечностях.

Выбор протокола местного лечения определялся в зависимости от стадии раневого процесса, но всегда с соблюдением основного современного принципа – ведение хронических ран во влажной среде. Наш опыт показывает, что достаточно безболезненное, постепенное очищение раневой поверхности от некротических тканей часто может быть достигнуто за счет применения гидрогелевых повязок ("Hydrosorb", "Hydrosorb Gel") или интерактивных повязок на основе суперпоглотителя ("TenderWet 24"). Использование этих средств избавляет пациента от необходимости переносить болезненные хирургические манипуляции по механическому удалению некрозов и создает хорошие условия для отграничения раны за счет формирования грануляций. На следующей стадии, при значительном количестве раневого отделяемого, хорошо себя зарекомендовали губчатые гидрофильные повязки ("PermaFoam"), активно поглощающие

инфицированный раневой секрет, но сохраняющие в ране влажную среду. При наличии глубоких язвенных дефектов, для связывания большого количества инфицированного отделяемого, более эффективно применение альгинатных повязок (“Sorbalgon”). После полного очищения раны и формирования на всей ее поверхности полноценных грануляций, ускорению эпителизации поверхностных плоскостных ран существенно способствует применение полиамидных сетчатых повязок, пропитанных гидроактивной мазевой массой на основе триглицеридов (“Hydrotull”). Для ускорения заживления глубоких гранулирующих ран и стимуляции эпителизации больших по площади язв очень эффективно местное применение коллагеновых препаратов (“Коллост”) в виде геля или мембраны. Имплантация коллагена в хроническую рану ускоряет закрытие раневых дефектов за счет формирования полноценных собственных тканей и предотвращает формирование грубых рубцов, что особенно важно при локализации язв на опорных поверхностях стопы.

Результаты. Наш опыт показал, что соблюдение описанного алгоритма лечения пациентов с ишемическими некрозами и нейроишемическими формами синдрома диабетической стопы позволяет добиться заживления трофических язв в большинстве случаев. Так, в группе из 34 пациентов с окклюзией дистальных артерий нижних конечностей (лодыжечно-плечевой индекс давления менее 0,7) и трофическими язвами на стопе (включая пациентов с остеомиелитом костей стопы), в сроки от 1,5 до 7 месяцев полное заживление ишемических язв было зарегистрировано у 32 (94,1%) человек.

Заключение. Комплексная терапия с использованием современных повязок и препаратов, улучшающих клеточный метаболизм в условиях ишемии, позволяет добиться полного заживления ишемических язв и избежать ампутации у большинства пациентов с ишемическими формами синдрома диабетической стопы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕЗАГРЕГАНТНЫХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

М.С.Богомолов, Л.Н.Макарова, В.В.Слободянюк

ГБОУ ВПО СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздравсоцразвития России,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить эффективность метаболической терапии у пациентов с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей.

Методы. Проведена сравнительная оценка эффективности консервативного лечения между пациентами основной группы (схема лечения – иницирующий десятидневный курс внутривенных инфузий препарата «Цитофлавин» в дозе 10 мл на 200 мл физиологического раствора, затем, в течение 6 месяцев, ацетилсалициловая кислота 100 мг в сутки и препараты никотиновой кислоты

по 22 мг 2 раза в сутки) и пациентами из контрольной группы (монотерапия клопидогрелем в дозе 75 мг в сутки ежедневно на протяжении 6 месяцев). Критерии включения: исходное значение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) – 0,9 или ниже; интенсивность перемежающейся хромоты – менее 300 метров. В основную группу было включено 37 пациентов, в контрольную группу – 30 больных. Длительность существования симптома перемежающейся хромоты в основной группе составляла от 1 до 15 лет (в среднем – 3,9 года), а в контрольной группе – от 1 до 18 лет (в среднем – 5,3 года). Оценка эффективности проводимой терапии осуществлялась путем определения степени прироста дистанции безболевого ходьбы (ДБХ) и максимальной проходимой дистанции (МПД) (по отношению к исходным значениям этих показателей) через 3 и 6 месяцев от начала лечения.

Результаты. Курс лечения, включающий 10 внутривенных капельных инфузий цитофлавина, проводимый с целью прекондиционирования сосудистого русла, и последующий постоянный прием аспирина в дозе 100 мг и никотиновой кислоты в дозе 22 мг 2 раза в день, сопровождался существенным увеличением средних показателей ДБХ и МПД у пациентов основной группы. Средний прирост дистанции, проходимой до появления болей в икроножных мышцах, через 3 месяца составил 91,2%, а через 6 месяцев – 137,3%. Дистанция, проходимая этими пациентами до остановки из-за болей в ноге, возросла на 79,2% и 120,1%, соответственно. Анализ полученных данных показал, что между пациентами с сахарным диабетом и пациентами без сахарного диабета имеются различия в результатах лечения цитофлавином (Табл. 1). В среднем прирост показателей ДБХ через 3 и 6 месяцев у пациентов с сахарным диабетом был, соответственно, в 1,7 и 1,3 раз выше, чем средний прирост этих показателей в основной группе в целом. Средний прирост абсолютных показателей ДБХ и МПД у пациентов с сахарным диабетом в сроки через 3 и 6 месяцев был очень значительным, но статистическая достоверность этого прироста отмечена только в отношении увеличения дистанции безболевого ходьбы на сроке 6 месяцев: ДБХ до лечения – 68,4 метра, через 3 месяца – 128,6 метров ($p > 0,1$), через 6 месяцев – 150,2 метра ($p < 0,1$); МПД до лечения – 144,1 метра, через 3 месяца – 253,1 ($p > 0,1$) и через 6 месяцев – 308,2 ($p > 0,1$). В подгруппе пациентов без сахарного диабета средний прирост показателя МПД был статистически достоверен через 3 месяца ($p < 0,025$) и через 6 месяцев – ($p < 0,05$). Средний прирост абсолютных показателей ДБХ у пациентов без диабета в эти сроки был статистически достоверен только на визите 6 месяцев ($p < 0,025$). Следует отметить, что 84,6% пациентов этой подгруппы продолжали курить, что оказало влияние на результаты сравнения.

Таблица 1.

Динамика прироста ДБХ и МПД у пациентов без сахарного диабета и пациентов, страдающих сахарным диабетом, через 3 и 6 месяцев от начала лечения цитофлавином

	Средний прирост ДБХ (%)		Средний прирост МПД (%)	
	Через 3 мес.	Через 6 мес.	Через 3 мес.	Через 6 мес.
Без СД (n=26)	64,20	117,93	80,87	124,63
С СД (n=11)	154,96	175,90	75,38	111,03

Средний прирост показателей ДБХ на визитах 3 и 6 месяцев в подгруппе курящих пациентов был, соответственно, в 1,3 раз и в 1,2 раза выше средних показателей прироста этих показателей в основной группе в целом (Табл. 2). На визитах 3 и 6 месяцев средний прирост МПД у курильщиков был в 1,4 и 1,3 раз, соответственно, выше средних показателей прироста этого показателя в основной группе в целом. По отношению к исходным абсолютным значениям ДБХ, их средний прирост в подгруппе курящих пациентов был статистически достоверно выше как на визите 3 месяца ($p < 0,1$), так и через 6 месяцев ($p < 0,025$) после курса инфузий цитофлавина. Средние значения прироста МПД у курящих пациентов были также достоверно выше через 3 месяца ($p < 0,005$) и через 6 месяцев ($p < 0,005$).

Таблица 2.

Динамика прироста ДБХ и МПД у курящих и не курящих пациентов через 3 и 6 месяцев от начала лечения цитофлавином

	Средний прирост ДБХ (%)		Средний прирост МПД(%)	
	Через 3 мес.	Через 6 мес.	Через 3 мес.	Через 6 мес.
Курящие (n=25)	115,20	167,42	106,83	155,14
Не курящие (n=12)	43,14	57,47	21,81	29,01

Монотерапия клопидогрелем в дозе 75 мг в сутки на протяжении 6 месяцев сопровождалась умеренным увеличением средних показателей дистанции безболевого ходьбы и, в меньшей степени, максимальной проходимой дистанции у пациентов данной группы. Средний прирост ДБХ в контрольной группе через 3 месяца составил 35,5%, а через 6 месяцев – 62,8%; ДБХ возросла, в среднем, на 11,0% и 29,2%, соответственно. При этом, статистически достоверный прирост отмечен только со стороны ДБХ у не курящих пациентов при длительности заболевания менее трех лет.

Заключение. Комплексная консервативная терапия больных облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, включающая назначение современных метаболических препаратов, особенно эффективна у курящих пациентов и у больных, страдающих сахарным диабетом.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЙСТВИЯ
НЕКОТОРЫХ КОМПЛЕКСОВ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ ПРИ
АСИММЕТРИЧНОЙ ОСАНКЕ И СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ I-II
СТЕПЕНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

*А.Е.Болванович, Н.А.Аширова, А.О.Гусельникова, О.Ю.Попова, В.С.Ганченкова,
И.Н.Кокорева, Н.А.Калабкин*

ГАУЗ РМ «Республиканский врачебно-физкультурный диспансер», Саранск
ЗАО «Базовый санаторий им. М.В. Ломоносова», Геленджик

Асимметричная осанка и сколиотическая болезнь I - II степени поддаются консервативным методам лечения. Ведущим и основным способом терапии всех видов искривления позвоночника является лечебная физкультура, которая включает лечебную гимнастику, лечебное плавание, соблюдение требований ортопедического и двигательного режима, профилактический и лечебный массаж.

Нами проводилось обследование в динамике и лечение 130 детей и подростков в возрасте от 9 до 18 лет включительно. У 87 обследуемых были выявлены асимметричная осанка, у 43 - сколиотическая болезнь I - II степени (искривление до 25° по В.Д. Чаплину). Из них мальчиков и юношей - 53, девочек и девушек - 77. Кроме лечебной гимнастики всем больным были назначены и контролировались ортопедический и двигательный режим, а при наличии показаний - другие методы терапии.

Все пациенты были разделены на 3 группы, в зависимости от количества используемых симметричных и асимметричных упражнений лечебной гимнастики.

I группа - 56 человек, которые занимались по традиционной методике: комплекс упражнений включал не менее 85% упражнений симметричного характера и до 15% - асимметричного.

II группа - 50 человек, выполнявшие 50% симметричных упражнений и 50% асимметричных.

III группа - 24 человека, в комплекс которых было включено 15% симметричных и 85% асимметричных упражнений. Эту группу составили только спортсмены (легкоатлеты, футболисты, волейболисты, боксёры и теннисисты), тренирующиеся по расписанию спортивной специальности 4 - 5 раз в неделю. Они были обучены упражнениям преимущественно асимметричного характера для самостоятельных занятий, потому что в ходе спортивных тренировок в достаточной мере развивают свою мышечную систему симметричными упражнениями.

Всем пациентам выполняли сравнительные исследования до и после прохождения курса занятий, которые были запланированы и проводили с каждым больным в течение 4 календарных месяцев. Осуществляли опрос с констатацией жалоб, изучением анамнеза данного заболевания и развития ребёнка. В качестве общего обследования выполнялись аускультация органов грудной клетки,

измерение артериального давления, пальпация органов брюшной полости. Проводимые измерения характера искривления степени включали выявление особенностей физиологических и патологических изгибов, ортопедических деформаций, дуг искривления, появления рёберного и позвоночного горба, асимметрии расположения остистых отростков. Размеры деформации определяли в миллиметрах. Измеряли и общие антропометрические показатели. В ходе первичного обследования при подозрении на торсию позвонков и наличие сколиотической болезни пациента направляли на рентгенологическое обследование.

Вследствие сравнительного анализа выявлено, что наилучшие результаты лечения получены в группе больных, выполнявших комплекс, включающий равное применение симметричных и асимметричных упражнений, где выздоровление и улучшение отмечалось у 84,0% занимающихся. На втором месте оказалась группа спортсменов - 66,7% хороших результатов. В условиях применения традиционного комплекса, в котором асимметричные упражнения составляют около 1/7 (15%), случаев выздоровления и улучшения было меньше - 60,7%.

На основании сравнительного анализа действия трёх различных комплексов упражнений корригирующей гимнастики в ходе лечения больных с искривлением позвоночника сделаны следующие выводы.

1. Более эффективным является комплекс лечебной гимнастики при сколиозе, где количество асимметричных упражнений составляет 50% по сравнению с традиционным комплексом, в котором только 15% асимметричных упражнений.

2. Лицам, занимающимся спортом, имеющим искривление позвоночника, целесообразно рекомендовать комплекс упражнений, включающих преимущественно асимметричные упражнения - до 85%.

ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС ПОСРЕДСТВОМ МЕТАЛИЗЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

*Л.А.Бондаренко, Л.Е.Рудакова, Т.П.Кострикова, И.И.Капустина, О.Н.Донис,
Л.С.Кукушкина, Ф.К.Рахматуллов*

ФГБОУ ВПО ПГУ Минобрнауки России, ГБУЗ ГКБ СМП им.Г.А.Захарьина,
Пенза

Актуальность: Одним из основных факторов, определяющих прогноз больных инфарктом миокарда (ИМ), является адекватность медицинской помощи, особенно в первые часы заболевания. Наиболее распространенным и доступным методом восстановления проходимости коронарных артерии является тромболитическая терапия (ТЛТ). Тромболитические препараты составляют основу медикаментозной терапии острого инфаркта миокарда в первые часы после появления болевого синдрома. В последние годы в клинической практике

поступили новые тромболитики, изучение эффективности которых является актуальным.

Цель: изучить эффективность использования тромболитической терапии (ТЛТ) у больных инфарктом миокарда с применением Метализе на догоспитальном этапе.

Материалы и методы: Исследуемая группа состояла из 52 больных ИМ с элевацией сегмента ST, поступивших в экстренном порядке в отделения неотложной кардиологии ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина. Все больные госпитализировались в отделение кардиореанимации. Средний возраст больных 55+10,8 лет. Метализе (Тенектеплаза, «Boehringer Ingelheim») - рекомбинантный фибрин-специфический активатор плазминогена, вводился на догоспитальном этапе внутривенно болюсно в дозе от 7 000 до 10 000 Ед с учетом массы тела. До введения тромболитика всем больным вводился внутривенно гепарин в дозе, не превышающей 5 000 ед. Сразу после ТЛТ проводилась инфузия гепарина внутривенно 12 МЕ на 1 кг массы тела (максимально 1000 МЕ/ч) в течение 48 часов под контролем активированного частичного тромбопластинового времени. Базисная терапия включала низкомолекулярные гепарины, антитромбоцитарные средства, нитраты, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, статины.

Проводился мониторинг параметров гемодинамики. Нарушения сердечного ритма оценивали по кардиомонитору и аппарату ХМ-ЭКГ «SHILLER MT-101». Эхокардиографические показатели (КДО, КСО, ФВ и др.) изучали на аппарате «Filips HD11XE». Проводилась регистрация ЭКГ непосредственно после введения Метализе, через 90 мин, 24 часа от начала ТЛТ и в течение всего периода стационарного лечения. Оценивали динамику сегмента ST. Реперфузию считали эффективной при регрессе элевации сегмента ST более 50% от исходной через 90 минут

Критериями включения больных в исследование были: ангинозные боли длительностью более 30 минут в сочетании с элевацией сегмента ST на ЭКГ на 1 мм и более или остро возникшая блокада левой ножки пучка Гиса.

В исследование не включали больных острым инфарктом миокарда, имеющих общепринятые противопоказания для проведения ТЛТ.

Результаты: Среднее время от начала появления симптоматики инфаркта миокарда до начала ТЛТ составило 2,6+1,4 часа. При применении Метализе эффективный тромболитический эффект состоялся у 32 больных (61%). В целом по группе отмечен быстрый регресс элевации сегмента ST от 4,1+1,8 мм до 2,3+0,21 мм через 90 минут и до 0,9+0,3 мм через 24 часа (78%) (таб.1).

Регресс элевации сегмента ST на ЭКГ

Параметр		Метализе
Время до начала проведения ТЛТ		2,6±1,4
Эффективность проведения ТЛТ	Исходная элевация сегмента ST, мм	4,4±1,3
	Регресс элевации сегмента ST через 90 минут, мм	2,3±0,21
Регресс элевации сегмента ST через сутки, мм		0,9±0,3
Время формирования (-) з.Т, сутки		1,6±0,8

Не формирование зубца Q, так называемый «прерванный инфаркт», ассоциированный с минимальным поражением миокарда, отмечен у 9 пациентов (17%). Инфаркт миокарда у них характеризовался отсутствием осложнений, быстрым регрессом сегмента ST, ранним появлением отрицательного зубца Т, отсутствием формирования патологического зубца Q на ЭКГ, фракцией выброса (ФВ) в среднем равной $60 \pm 2,3$ %.

Реперфузионные аритмии (фибрилляция желудочков) были диагностированы в 4 случаях (8%). Развитие желудочно-кишечного кровотечения, сопровождающееся выраженной анемией, отмечалось у 1 больного (1,9%), что потребовало проведения гемотрансфузии. В ходе ТЛТ развитие инсульта не отмечалось. При терапии метализе аллергические реакции не были зарегистрированы. Из 52 больных, включенных в исследование, умерло 4 пациента, что составило 7,6%. Невысокий показатель летальности больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST на фоне Метализе объясняется, вероятно, укорочением периода времени «боль – тромболитическая терапия» при догоспитальном ТЛТ.

Выводы: Таким образом, тромболитическая терапия на догоспитальном этапе с помощью Метализе характеризовалась высокой эффективностью у большинства больных, хорошей переносимостью, редким развитием жизнеугрожающих осложнений, низким процентом стационарной летальности.

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВИЗУАЛИЗАЦИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ

Л.П.Бородина

Лечебно-диагностический центр международного института биологических систем им. С.М.Березина
Пенза

Поражение лимфатических узлов (ЛУ) является актуальной проблемой для врачей многих специальностей. Лимфаденопатия - является одним из сим-

птомов многих заболеваний, различных по своей причине, клиническим проявлениям, методам диагностики, лечения и прогнозу.

Цель работы: оценить возможности МРТ в визуализации лимфатических узлов в норме и при различных патологических состояниях (лимфаденопатии), а также возможность использования ДВИ-МРТ при выявлении патологически увеличенных лимфатических узлов.

Материалы и методы: исследование проводилось на аппарате Siemens Imract Expert с напряженностью магнитного поля 1.0Т и Siemens Magnetom Symphony с напряженностью магнитного поля 1,5Т. При МРТ получали изображения срезов в 3 проекциях (аксиальной, сагиттальной и корональной) с толщиной срезов 5-7 мм, включая T1-ВИ, T2-ВИ и программу с жироподавлением. Было обследовано 87 пациентов с лимфаденопатией, 48 женщин и 39 мужчин, 43 пациента с лимфаденопатией при исследовании органов брюшной полости и забрюшинного пространства, 34 пациента с лимфаденопатией органов малого таза, 10 пациентов лимфаденопатия другой локализации (мягкие ткани). ДВИ-МРТ была проведена 5 пациентам (в 4-х случаях с подозрением на злокачественную лимфаденопатию).

Лимфаденопатия имеет доброкачественный характер у 80% в возрасте до 30 лет и у 40% в возрасте после 50 лет.

Доброкачественная лимфаденопатия встречается при: регионарном лимфадените, инфекционном мононуклеозе, краснухе, аденовирусной инфекции, болезни кошачьих царапин, туберкулезе лимфатических узлов, бруцеллезе, туляремии, сифилисе, токсоплазмозе, ВИЧ-инфекции, СКВ, синдроме Стилла, синдроме Фелти, сиалоадените. Наиболее часто в ЛУ метастазирует рак молочной железы, меланома, рак щитовидной железы, рак гортани, рак языка, рак прямой кишки, рак легкого. Метастатическое поражение поверхностно расположенных ЛУ часто наблюдается при: опухолях головы и шеи, раке легкого, молочной железы, яичка, почки, мочевого пузыря. Метастазы в ЛУ средостения при: раке легкого, пищевода, молочной железы, почки, гортани и т.д. Поражение ЛУ брюшной полости чаще метастатическое.

Результаты: У 42 пациентов из 43 обследованных при МРТ исследовании органов брюшной полости и забрюшинного пространства (из них 22 пациента с объемными образованиями в почках, 16 с метастазами в печени, 3 объемным образованием поджелудочной железы, 1 с лимфогранулематозом), а также у 30 пациентов из 34 при исследовании органов малого таза (из них 10 с объемным образованием в яичниках, 15 с-г предстательной железы, 5 пациенток после пангистерэктомии; в 20 случаях была проведена пункционная биопсия с обнаружением патологических клеток в пунктате) были выявлены и подтверждены признаки вторичного поражения ЛУ. МР-признаками злокачественного поражения ЛУ на основании проведенных исследований являются: увеличение в размерах до 3-4 см и более, с формированием конгломератов, неровные (бугристые) контуры, неоднородность структуры обусловлена некрозом, изменение в окружающих тканях, при проведении в/в контрастного усиления отмечается неоднородность структуры (рис. 1). Основными МР-признаками добро-

качественности (воспалительной) лимфаденопатии на основании проведенных исследований является - увеличение ЛУ в размерах, контуры ЛУ округлые, четкие и ровные, окружающая клетчатка не изменена, степень увеличения в размерах выражена не сильно (рис 2). По T1ВИ предпочтительнее измерять размер ЛУ, по T2ВИ определять структуру. В норме по T1ВИ для неизмененных ЛУ характерен гипоинтенсивный МР сигнал и поперечный размер не превышает 8-10мм.

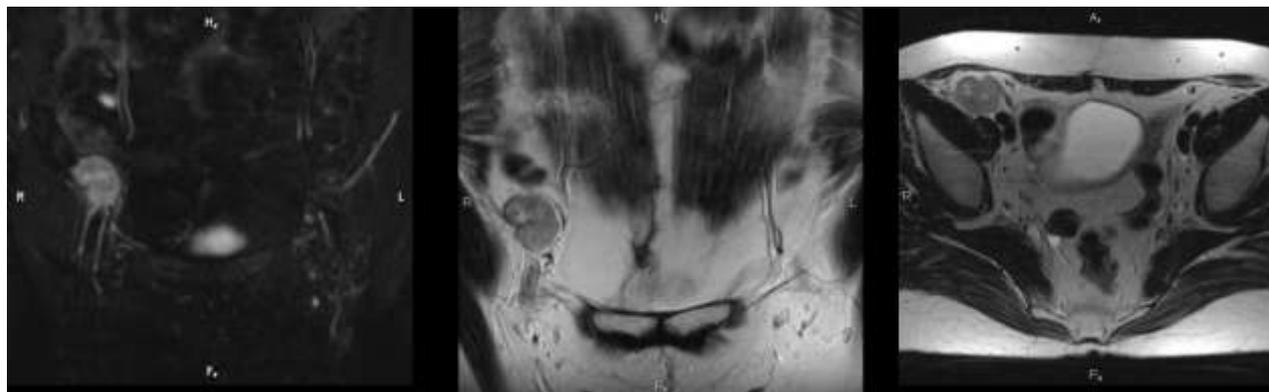


Рис. 1.

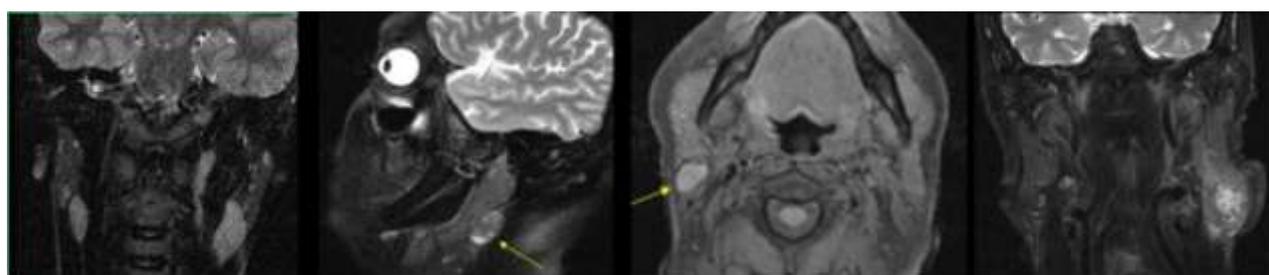


Рис. 2.

В настоящее время для оценки состояния ЛУ все чаще применяют диффузионно-взвешенные изображения (ДВИ-МРТ). Количественное ДВИ МРТ с измеренным коэффициентом диффузии (ИКД) позволяет проводить более точную диагностику метастатических поражений в ЛУ, чем обычное МРТ (TSE). Применение - в основном для оценки характеристики увеличенного лимфатического узла (не рекомендуется проводить после биопсии). ДВИ позволяет обнаружить не только крупные измененные лимфатические узлы, но и субсантиметровые патологические (MTS) лимфатические узлы, размером от 4-9 мм, что позволяет получить дополнительную информацию. Это помогает определить дальнейшую тактику ведения и лечения пациента. Большинство субсантиметровых ЛУ не дает возможности оценки структуры и тем самым судить о признаках злокачественности.

Применение ДВИ с измеренным коэффициентом диффузии (ИКД): на основании проведенных исследований (согласно Radiology April 2009): ИКД для метастатического поражения ЛУ = $<1000 \text{ sec/mm}^2 \text{ DW images}$. ИКД для доброкачественной лимфаденопатии = $> 1000 \text{ sec/mm}^2 \text{ DW images}$

Доброкачественные ЛУ по ДВИ имеют низкий МР сигнал и высокое значение сигнала на ИКД картах. Вторично измененные ЛУ имеют по ИКД гиперинтенсивный МР сигнал и низкое значение на ИКД картах. Но при туберкулезном поражении ЛУ могут быть получены значения равные изменениям вторичного характера.

Выводы: Успехи и перспективы лечения во многом связаны со своевременной, эффективной и безопасной диагностикой. Современные методы лучевого исследования, в том числе магнитно-резонансная томография (МРТ), вносят существенный вклад в решение этой задачи. Это связано с такими достоинствами метода МРТ, как высокая тканевая контрастность и разрешающая способность, безопасность и возможность получения изображений в трех плоскостях, помогает уточнить локализацию и характер поражения. МРТ и ДВИ-МРТ являются информативными методами в диагностике лимфаденопатий и оказывают существенную помощь в дифференциальной диагностике между вторичной и доброкачественной лимфаденопатией.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ МЕТОДАМИ ВЫСОКОТОНОВОЙ ТЕРАПИИ И НИЗКОЧАСТОТНОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ

М.С.Бочарова

ФГУП ФНПЦ «ПО «Старт» им. М.В. Проценко»
Заречный

Целью исследования являлся сравнительный анализ эффективности нового метода лечения деформирующего остеоартроза коленных суставов (гонартроза) методом высокотоновой терапии и методом низкочастотной магнитотерапии в условиях санатория-профилактория.

В исследование были включены 24 пациента (4 мужчины и 20 женщин).

Критерии включения пациентов в исследование были следующие: возраст пациентов от 43 до 64 лет; направительный диагноз - деформирующий остеоартроз (ДОА) коленных суставов 1 или 2 стадий по Kellgren; наличие боли в коленных суставах; утренняя скованность менее 30 мин; давность заболевания менее 5 лет.

Общее количество пациентов было разделено на две группы:

- основную, состоящую из 12 человек (3^{их} мужчин и 9^{ти} женщин), пролеченных высокотоновой терапией с применением аппарата «Hiltor Metabol»;
- контрольную, состоящую из 12 человек (1^{ого} мужчины и 10^{ти} женщин), пролеченных низкочастотной магнитотерапией с применением аппарата «Алимп-1».

Курс лечения в обеих группах составлял 7 процедур. Продолжительность одной процедуры в соответствии с разработанными методиками лечения.

Перед началом и по окончании лечения пациентам обеих групп была поставлена задача оценить выраженность болевого синдрома с помощью визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ), которая представляла собой прямую линию длиной 10 см, начало которой соответствует отсутствию боли - «Боли нет». Конечная точка на шкале отражает мучительную невыносимую боль - «Нестерпимая боль».

Оценка функционального состояния коленных суставов определялась с помощью вопросника, составленного из вопросов, характеризующих: выраженность ночной боли; выраженность боли, возникающей при ходьбе; выраженность боли в положении стоя в течение до двух часов; оценку максимальной дистанции при ходьбе без боли; продолжительность утренней скованности или боли после вставания с постели; наличие усиления боли в положении стоя в течение времени до 30 мин.

Оценка функционального состояния коленных суставов производилась в баллах, каждый из вопросов имел шести балльную градацию. Сумма баллов являлась отражением функционального индекса Лекена (ФИЛ).

Критериями эффективности лечения пациентов служили изменения выраженности болевого синдрома по ВАШ в сантиметрах ($I_{\text{ВАШ}}$) и функционального состояния коленных суставов по ФИЛ ($I_{\text{ФИЛ}}$) в баллах до начала и после окончания лечения.

Результаты изменения выраженности болевого синдрома по ВАШ и функционального состояния коленных суставов по ФИЛ, до начала и после окончания лечения представлены в графическом виде на рисунках 1 и 2, соответственно.

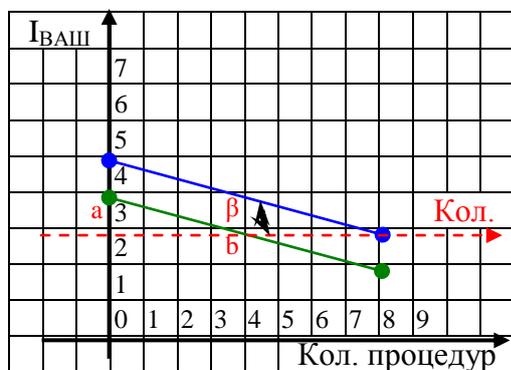


Рисунок 1.

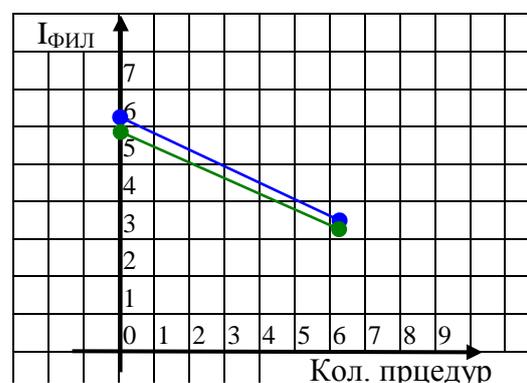


Рисунок 2.

Подвергнуто анализу графическое представление выраженности болевого синдрома по ВАШ ($I_{\text{ВАШ}}$) и функционального состояния коленных суставов по ФИЛ ($I_{\text{ФИЛ}}$) с помощью графоаналитического метода. Данный метод исследования вводится для снижения влияния на результат малых чисел и неоднозначности оценки состояния здоровья пациентами. Для сравнения двух графических отображений выраженности болевого синдрома $I_{\text{ВАШ}}$, начинающихся и оканчивающихся в разных точках необходимо определить угол наклона каждого из графиков к оси абсцисс (ось Кол. процедур). Угол наклона обозначим β . Сместим ось абсцисс вверх до пересечения с отрезком $I_{\text{ВАШ}}$ основной группы боль-

ных в точке количества баллов по окончании лечения, как показано на рисунке 1. В результате построений получили прямоугольный треугольник. Вычислим угол наклона β_1 отрезка $I_{\text{ВАШ}}$ основной группы.

1) Катет a равен разности количества баллов между началом и окончанием лечения выраженных в мм: $a = 48 - 28$; $a = 20$ (мм);

2) Катет b равен количеству процедур: $b = 70$ (мм);

3) Вычислим тангенс угла β_1 , и величину угла наклона β_1 отрезка индекса выраженности болевого синдрома $I_{\text{ВАШ}}$ основной группы больных:

$$\operatorname{tg}(\beta_1) = \frac{a}{b} ; \operatorname{tg}(\beta_1) = 0.2857 \text{ (радиан)}; \text{ следовательно угол наклона } \beta_1 = 15,94^\circ.$$

По выше приведенной методике определим угол наклона β_2 отрезка выраженности болевого синдрома $I_{\text{ВАШ}}$ контрольной группы больных: угол наклона $\beta_2 = 15,19^\circ$.

Аналогично рассчитаем углы наклона отрезков функционального состояния коленных суставов по ФИЛ ($I_{\text{ФИЛ}}$): основная группа больных $\beta_3 = 21,09^\circ$; контрольная группа больных $\beta_4 = 20,01^\circ$.

Результаты графоаналитического метода анализа выраженности болевого синдрома $I_{\text{ВАШ}}$ и функционального состояния коленных суставов по ФИЛ ($I_{\text{ФИЛ}}$) по рисункам 1 и 2 соответственно, показали, что оба метода лечения практически равнозначны и не имеют ярко выраженного неоспоримого преимущества одного метода перед другим.

Выводы:

1. Физиотерапевтический метод высокотоновой терапии положительно влияет на коленные суставы, пораженные гонартрозом, уменьшая выраженность болевого синдрома, улучшая функциональное состояние коленных суставов и качество жизни пациентов.

2. Ни один из рассматриваемых методов лечения гонартроза не имеет неоспоримого и убедительного преимущества.

Данный вывод, при сравнении методов лечения гонартроза, не учитывает более точного инструментального анализа состояния больных, который невозможно провести в условиях санатория-профилактория, а так же не учитывает отдаленного эффекта от лечения, то есть в настоящий момент отсутствует информация об оценке состояния своего здоровья больными при повторном посещении санатория-профилактория.

3. В условиях санатория-профилактория, приобретая оборудование и проводя лечение гонартроза с помощью нового метода высокотоновой терапии, существенными будут являться экономико-технические факторы, особенно для не ведомственных лечебных учреждений, оказывающих платные медицинские услуги.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

*Ю.В.Бочкарева, О.А.Гречишкина, С.Ю.Никишина, О.В.Гуреева, А.А.Илюхина,
Л.А.Косарева*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
ГБУЗ «Городская больница № 3», ГБУЗ «Городская больница №4,
ГБУЗ «Городская больница №5», ГБУЗ ГКБ СМП им. Г.А.Захарьина,
НГУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Пенза ОАО «РЖД»
Пенза

В настоящее время ишемическая болезнь сердца (ИБС) является ведущей причиной смертности во всем мире и остается одной из актуальнейших проблем здравоохранения. Ожидается, что к 2020 году ИБС останется ведущей причиной смертности и заболеваемости во всем мире, несмотря на значительные успехи в профилактике и лечении ИБС за последние 20 лет. В последние годы клинические признаки ИБС, факторы риска, лечение и исходы претерпели существенные изменения. Важными детерминантами выживаемости в отдаленные сроки являются факторы риска (такие как частота сердечных сокращений, фракция выброса левого желудочка и др.), их контроль и лечение. Обширная доказательная база свидетельствует о том, что ЧСС является важным прогностическим фактором при ИБС. Согласно недавно опубликованным Четвертым Европейским Рекомендациям по сердечно-сосудистой профилактике, измерение ЧСС является неотъемлемой частью оценки общего сердечно-сосудистого риска. На сегодняшний день, данные по диагностике и лечению пациентов со стабильной ИБС поступают, как правило, из клинических испытаний и регистров. Пациенты, которые наблюдаются в крупных центрах – участниках клинических испытаний, отличаются от популяции амбулаторных больных.

Цель: Охарактеризовать современное лечение ИБС в условиях реальной клинической практики, приверженность рекомендациям и принципам медицины, основанной на доказательствах.

Материалы и методы: Обследовано 50 амбулаторных пациентов (средний возраст $58,12 \pm 12,36$ лет) - 33 мужчины (66%) и 17 женщин (34%) со стабильной ИБС, подтвержденной одним из указанных анамнестических признаков: документированный инфаркт миокарда (давностью более 3 месяцев), ишемическая ангиография, демонстрирующая, по меньшей мере, один коронарный стеноз более 50%, боль в грудной клетке с ишемией миокарда, подтвержденной при стресс-ЭКГ, стресс-эхокардиографии, аорто-коронарное шунтирование (АКШ) или чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) (давностью более 3 месяцев). Критерии исключения: пациенты, госпитализированные по поводу сердечно-сосудистой патологии в течение последних 3 месяцев (включая реваскуляризацию). Всем пациентам проведена клиническая оценка жалоб, анамнеза, факторов риска, измерение АД, ЧСС, проведение ЭКГ, ЭХОКГ, биохимического анализа крови (липидный спектр), оценка качества жизни SF-36.

Результаты: Обследование пациентов показало, что большинство из них имели сопутствующие заболевания, способствующие ухудшению прогноза и увеличению сердечно-сосудистого риска: сахарный диабет 2 типа 26%, гипертоническую болезнь – 84%, инфаркт миокарда в анамнезе – 74%, сердечную недостаточность – 70%, дислипидемию – 74%. Обращает на себя внимание наличие такого фактора риска, как курение, у пациентов с ИБС в 54% и, несмотря на высокую частоту встречаемости перенесенного инфаркта миокарда, пациенты в 24% продолжали курить (30% бросили курить). Среди 50 обследованных у 10 пациентов (20%) использовался хирургический метод лечения ИБС: 7 человек со стентированием коронарных артерий и 3 пациента с АКШ. Оценка качества жизни показала низкие значения шкал ролевого функционирования (RP), интенсивности боли (BP) и общего самочувствия (GH), жизненной активности (VT), социального (SF) и ролевого (RE) функционирования и психического здоровья (MHN). Все пациенты получали медикаментозную терапию, направленную на устранение симптомов ишемии и улучшение качества жизни, а также на уменьшение риска сердечно-сосудистых осложнений и увеличению продолжительности жизни. Так 43 пациента (86%) принимали аспирин (кардиомагнил 75 мг, тромбо АСС 100 мг и аспирин 125 мг). 11 человек (22%) использовали комбинацию аспирина и клопидогреля 75 мг (плавикс, эгитромб), в связи с проведенной ранее реваскуляризацией миокарда и перенесенного острого инфаркта миокарда. Никто из пациентов не использовал оральные антикоагулянты. Учитывая высокий процент диагностированной дислипидемии и наличия ИБС, наблюдавшиеся больные в 86% случаев принимали гиполипидемические средства – статины. Чаще всего назначали симвастатин 20 мг и аторвастатин 10 мг. Учитывая такое осложнение, как инфаркт миокарда, в анамнезе у наших пациентов, дозировки статинов не соответствуют современным представлениям о гиполипидемической терапии. В-адреноблокаторы получали 49 пациентов (98%), среди которых большинство принимали бисопролол в средней суточной дозе 5 мг. Такое назначение в-адреноблокаторов поддерживало ЧСС в среднем на частоте 72 удара минуту по данным измерения пульса и ЭКГ. Учитывая современные подходы к лечению и оценки риска сердечно-сосудистых осложнений, ЧСС выше 70 ударов в минуту является неблагоприятной в отношении дальнейшего прогноза пациента. Пролонгированные нитраты назначены 10 обследованным (20%), миокардиальные цитопротекторы (триметазидин) – 17 (34%), а ивабрадин – ни кому назначен не был. Артериальную гипертензию (АГ) имели 84% пациентов, которые получали комбинированную антигипертензивную терапию в состав которой входили: ИАПФ – 35 (70%), блокаторы ангиотензиновых рецепторов 7 (14%), антагонисты кальция – 14 (28%) и диуретики 10 (20%). Средние цифры АД на фоне лечения составили: систолическое АД 139,4 мм рт.ст. и диастолическое АД 87,5 мм рт.ст. Используя ИАПФ в 70% случаев у пациентов с ИБС, чаще всего назначали эналаприл, лизиноприл, периндоприл и рамиприл. Обращаем внимание на то, что в рекомендации по лечению ИБС. Стенокардии напряжения, только два лекарственных средства из ИАПФ снижают дальнейший риск сердечно-сосудистых ос-

ложнений – рамиприл и периндоприл в дозах 10 мг. Наше исследование продемонстрировало использование этих групп препаратов в недостаточном проценте случаев и в дозах, несогласующихся с современными рекомендациями. Пациентам часто назначали миокардиальные цитопротекторы (триметазидин – предуктал МВ) – 34% и совсем не назначали ивабрадин (кораксан).

Выводы: Больные с ИБС часто имеют сопутствующую патологию (АГ, перенесенный инфаркт миокарда, ХСН), увеличивающую риск сердечно-сосудистых осложнений. Медикаментозное лечение пациентов в реальной практике не соответствует в большинстве случаев современным рекомендациям Европейского и Российского общества кардиологов по лечению данного заболевания. Больные с ИБС имеют снижение качества жизни, которое должно учитываться при подборе терапии у пациента.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В Г. ПЕНЗЕ

Ю.В.Бочкарева, А.В.Федин

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Результаты современных эпидемиологических исследований свидетельствуют о высокой распространенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Характерными для ГЭРБ симптомами являются изжога и отрыжка кислым содержимым, которые, как правило, позволяют заподозрить наличие заболевания. Однако у части больных клиническая картина может быть не типичной и иметь внепищеводные проявления. Недооценка врачами возможности такого варианта течения болезни может быть причиной ошибок в диагностике и выборе тактики лечения пациентов.

Возникновение оториноларингологических проявлений ГЭРБ можно объяснить развитием нарушением моторики пищевода и желудка. Мышцы глотки и, особенно, ее гортанного отдела при нарушении своего тонуса способствуют высоким рефлюксным эпизодам с забросом агрессивного желудочного содержимого до уровня носоглотки.

Цель: изучить распространенность, клинические варианты и эффективность лечения оториноларингологической формы ГЭРБ.

Материалы и методы: Обследовано 82 пациента с хронической патологией ЛОР-органов, плохо поддающейся традиционной консервативной терапии в возрасте от 18 до 64 лет с жалобами на охриплость голоса, боли и ощущение инородного тела (комка) в горле, хронический кашель, нарушение носового дыхания, обоняния, выделения из носа, чувство заложенности в ушах. Пациенты наблюдались в ЛОР-отделении ГБУЗ ГКБСМП им. Г.А. Захарьина и поликлиниках г. Пензы. В качестве скринингового метода всем пациентам предлагалось ответить на вопросы клинического опросника «Индекс Симптомов Реф-

люкса» (J.A. Koufman, 2005). При набранной сумме баллов от 9 до 13 диагноз оториноларингологической формы ГЭРБ являлся вероятным, при сумме выше 13 баллов - расценивался как несомненный, и проводились фиброгастроэноскопия, суточная рН - метрия пищевода, оценка качества жизни SF-36.

Результаты: в ходе обследования диагноз ГЭРБ был установлен 62,2% пациентов (n=51) с заболеваниями ЛОР-органов. Из них – у 54,9% больных (n=28) имелась патология гортани: хронический гиперпластический ларингит 51% (n=26), ларингит Рейнке-Гаека 3,9% (n=2). У 52,9% пациентов диагностировалась патология глотки: различные формы гипертрофического фарингита - 41,2% (n=21) и хронический тонзиллит - 11,8% (n=6). Среди пациентов с ГЭРБ в 9,8% (n=5) встречалась патология носа и околоносовых пазух (рецидивирующие риносинуситы - 3,9% (n=2), гипертрофия задних концов нижних носовых раковин - 5,9% (n=3)); а 7,8% - патология слуховой трубы (вазомоторная тубоотопатия) (n=4). У всех пациентов с ГЭРБ отмечается снижение качества жизни. Всем пациентам, с диагностированной ГЭРБ, был назначен итоприд гидрохлорид в дозе 50 мг 3 раза в день. Через 4 недели терапии итопридом гидрохлоридом, 89% пациентов отметили улучшение самочувствия – полностью исчезли жалобы на охриплость голоса, нарушение носового дыхания, обоняния, выделения из носа, уменьшились боли и ощущение комка в горле, кашель. Оценка качества жизни в динамике показала достоверное улучшение шкал ролевого функционирования (RP), интенсивности боли (BP) и общего самочувствия (GH), жизненной активности (VT), социального (SF) и ролевого (RE) функционирования и психического здоровья (MHN).

Выводы: у пациентов с хронической патологией ЛОР-органов, плохо поддающейся традиционной консервативной терапии в 62,2% диагностируется ГЭРБ, при этом оториноларингологические симптомы рассматриваются как внепищеводные проявления ГЭРБ, которые в 89% случаев редуцируются на фоне применения итоприда гидрохлорида уже через 4 недели терапии. Больные с ГЭРБ имеют снижение качества жизни, которое при использовании прокинетики итоприда гидрохлорида приводит к достоверному улучшению физического и психического здоровья.

ОСОБЕННОСТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ

О.В.Брызгунова, Д.Б.Казанцева

ФГБОУ ВПО ПГУ Минобрнауки России
Пенза

Для подготовки профессионально компетентных специалистов-медиков, которые должны характеризоваться высокой степенью ответственности за судьбу пациента и высоким чувством долга, а так же для совершенствования качества современного учебного процесса необходимо использовать научно обоснованные инновационные технологии, активизирующие познавательную

деятельность обучаемого контингента и учитывать психолого-педагогические требования к организации занятий, психологические основы индивидуального подхода, позволяющие определить набор действий для решения профессиональных задач. Основопологающим принципом управления качеством образования при этом является сосредоточенность на интересах «потребителя» и системный подход.

Курсы повышения квалификации, развивающие потенциал специалиста должны быть направлены в первую очередь на обеспечение стабильного повышения степени удовлетворенности потребностей профессионала высоким качеством образовательных услуг, на повышение степени интеграции образования, науки и практики, на обеспечение гарантий получения знаний, умений, навыков, компетенций, улучшение процесса самореализации в профессиональной деятельности, на обеспечение опережающего развития интеллектуального потенциала. Забота о развитии специалиста это забота, прежде всего, о его: профессиональном развитии, которое должно привести к профессионализму на основе целостного профессионального мировоззрения; личностном развитии, направленном на формирование профессионально значимых качеств личности врача; личностно-профессиональном развитии как устойчивой потребности в непрерывном самообразовании и профессиональной зрелости. На основе общекультурного развития, духовно-нравственных ценностей, социальной зрелости, чувства высокой ответственности за пациента и формируется врач – как субъект профессиональной деятельности, который через систему профессионального непрерывного образования достигает профессионализма – целостного профессионального мировоззрения врача.

Системность знания у специалиста достигается через овладение целостными и системными профессиональными знаниями; естественнонаучной компетентностью, как владением системными знаниями в области естественных наук и способностью применять их в продуктивном решении медицинских проблем; системным, методологическим, прогностическим мышлением формирующемся в процессе овладения научными методами раскрытия законов природы, системного анализа проблем «человек и его здоровье»; методологической компетентностью, опирающуюся на системные естественнонаучные знания и системное мышление, способное к системному обобщению и переносу, позволяющую врачу оценить природу болезни человека, делать прогноз и выбирать оптимальную стратегию лечения; современным уровнем медицинской компетентности, заключающийся в освоении современных наукоемких технологий и основных тенденций развития медицины; целостным, научным гуманистическим профессиональным мировоззрением отражающим систему научных установок по конкретным вопросам профессиональной деятельности.

Поэтому вновь создающиеся современные программы по развитию специалиста – профессионала должны быть ориентированы не на предмет, как действующие до сих пор учебные программы, а на цели обучения, на деятельность и компетентность будущего специалиста при четком определении умений и навыков, рекомендуемых к освоению. Необходима такая совокупность зна-

ний, учений, навыков, компетенций, которая бы позволила специалисту обеспечить позитивные изменения в среде своей профессиональной деятельности.

Регулярное и обязательное обучение на циклах усовершенствования необходимо из-за все возрастающего объема информации требующей должного анализа получаемых знаний, умений и навыков, как способа развития личности и поэтому, по мере необходимости – освоения новых методов диагностики и лечения на рабочем месте или на краткосрочных курсах. При этом так же необходимо систематичное знакомство с официальными документами, регламентирующими работу учреждений здравоохранения (законодательные акты, постановления правительства, приказы министерства здравоохранения) на курсах, на конференциях, в системе «Консультант – плюс» ради повышения качества медицинской помощи, лучшей осознанности прав врача и пациента, уменьшения конфликтов между пациентами и медицинскими работниками (лучший вариант для вышеизложенного – создание системы оперативного информирования врачей об официальных документах, непосредственно относящихся к их работе).

Таким образом, качество профессионального образования определяется уровнем способности человека к профессионализму, к самореализации в трудовой деятельности, к инновационности, а использование современных технологий обучения, направленных на совершенствование личности профессионала и улучшение качества его знаний, умений и навыков позволит совершенствовать систему высшего профессионального образования, в результате которой будет достигаться высокое качество медицинского образования.

АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ ДИГИДРОПИРИДИНОВОГО РЯДА И БЛОКАТОРЫ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Л.Ф.Бурмистрова, Ф.К.Рахматуллов, Т.М.Шубаева, А.А.Карелина, О.Н.Сисина

ФГБОУ ВПО ПГУ Минобрнауки России,
ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России, Пенза

В настоящее время АГ является одной из самых распространенных нозологий, которая является частой причиной различных сердечно-сосудистых осложнений, утраты трудоспособности и смертности среди населения. Для лечения АГ используются комбинации различных классов антигипертензивных препаратов. Это позволяет добиться стойкого антигипертензивного эффекта с меньшими побочными проявлениями и более выраженными органопротективными действиями. В российских национальных рекомендациях по диагностике и лечению АГ комбинация антагонистов кальция дигидропиридинового ряда и блокаторов рецепторов ангиотензина II предложена к рассмотрению как возможно рациональная комбинация для лечения АГ.

Целью нашего исследования явилось изучить влияние комбинированной терапии антагонистами кальция (АК) дигидропиридинового ряда и блокаторов ангиотензина II рецепторов (АРА) на структурно-функциональное состояние

сердца, показатели суточного мониторирования АД (СМАД) и функцию почек у больных артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы: Обследованы 46 больных с эссенциальной АГ II стадии II степени (ВОЗ 2007) в возрасте от 40 до 62 лет ($51,4 \pm 2.1$ года). Необходимым условием включения в исследование являлось наличие гипертрофии левого желудочка. Больные получали комбинированную терапию эскорди кор и валзом. Больным проводили СМАД, доплерэхокардиографию и определяли скорость клубочковой фильтрации (СКФ). Из исследования исключали больных с: вторичными АГ; перенесенными в анамнезе инфарктом миокарда и/или мозговым инсультом; документированными нарушениями сердечного ритма; хронической сердечной недостаточностью выше IIА стадий и II функционального класса (по классификации ОССН, 2003); беременностью. Общая длительность терапии составила 24 нед, обследование осуществляли на 2, 4, 12 и 24-й неделе терапии.

Результаты: на фоне терапии отмечена положительная динамика суточных профилей АД: количество больных-дипперов (69,6%) увеличилось за счет уменьшения больных с типом нон-диппер (30,4%) и исчезновения типа найт-пикер. Выраженность гипотензивного эффекта оценивали с учетом динамики среднесуточных величин систолического и диастолического АД, снижение которых составило: в среднем на $35,4 \pm 3,1$ мм.рт.ст. и на $17,2 \pm 2,4$ мм.рт.ст. соответственно. Выявлено более выраженное уменьшение показателей нагрузки давлением – индекса времени: за сутки ИВ САД снизился в среднем в 2,27 раза и ИВ ДАД – в 2,09 раза. На фоне 6-месячной комбинированной терапии достоверно отмечено увеличение СКФ в среднем на 9,4%. Выявлено уменьшение ИММЛЖ от 19,0 до 35,0 г/м². Выявлена была и взаимосвязь абсолютной величины снижения ИММЛЖ с исходным уровнем САД, независимая от применяемой лечебной схемы. На фоне комбинированной терапии улучшились показатели диастолической функции ЛЖ: ВИР уменьшилось на 13,6%, соотношение Е/А увеличилось на 10,3 %. Фармакодинамическим критерием продолжительности и стабильности гипотензивного действия препаратов является отношение конечного к пиковому снижению АД – индекс Т/Р, который в при данной терапии составил: у больных с типом dipper $7,8 \pm 5\%$ и с типом – non-dipper $69 \pm 4\%$. Одним из основных эффектов комбинированной терапии валзом и эскорди кором является нефропротективный. Отмечено увеличение СКФ от 9 до 20 мл/мин, в среднем 14 ± 3 мл/мин ($p < 0,01$).

Выводы: комбинация дигидропиридиновых антагонистов кальция и блокаторов ангиотензина II рецепторов обладают достаточно выраженным гипотензивным, кардиопротективным эффектами и нефропротективным действием.

ВОСПРИЯТИЕ РИСКА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЕМ

Е.В.Васильев, В.В.Васильев

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
Управление Роспотребнадзора по Пензенской области
Пенза

Общественное восприятие риска - это социальный процесс, в котором люди проецируют на риск свои ценности и убеждения, сформированные общественными институтами, моральными установками, традициями. В общественном сознании он преувеличивается или преуменьшается в зависимости от того, является ли вызывающая его деятельность приемлемой с точки зрения социальных, нравственных и культурных критериев. Население в своем восприятии риска ориентируется не только на его количественные характеристики и возможные последствия для здоровья, но на уже сформировавшееся мнение общественности.

Целью нашего исследования была сравнительная оценка особенностей восприятия экономически активным населением, а именно рабочими и служащими угроз от воздействия различных факторов риска здоровью и качеству жизни.

В рамках исследования была разработана анкета, состоящая из трех частей. В первую часть были включены вопросы, связанные с оценкой качества жизни респондентов. Во второй части анкеты были блоки вопросов, содержащих факторы риска здоровью, относящихся к различным группам факторов, и респондентам было предложено ранжировать указанные факторы риска здоровью по степени их приоритетности, начиная с наиболее приоритетного. Все 32 фактора риска здоровью для удобной обработки результатов были объединены в 6 блоков вопросов: факторы риска, относящиеся к образу жизни; качеству жизни и материальному благополучию человека; качеству объектов окружающей среды; генетические и биологические факторы; природно-климатические факторы; факторы, относящиеся к чрезвычайным ситуациям. Третья часть анкеты содержала вопросы, связанные с готовностью платить за сохранение и укрепление здоровья.

В ходе исследования проведено анкетирование 266 рабочих одного из крупных промышленных предприятий и 207 служащих банков г. Пенза. Анализ по возрастной структуре рабочих показал, что подавляющее большинство опрошенных (76%) - в возрасте старше 40 лет. Доля женщин в общей численности составила 41,9%. Среди банковских служащих подавляющее большинство респондентов (72%) в возрасте до 40 лет, доля женщин - 53,1%. Из общего количества опрошенных рабочих 61,4 % имеют среднее специальное, а 6,4% - высшее образование. Среди служащих 57,3% имеют среднее специальное, и 19,8% - высшее образование.

Качество жизни и материальное благополучие 56,3% рабочих оценивают как неудовлетворительное, 43,7% - как удовлетворительное. Как удовлетво-

рительно оценивают качество жизни и материальное благополучие только 13,1% служащих, удовлетворительно - 47,3%, хорошо – 36,6%. Существенно отличается также оценка респондентами условий труда. Лишь 6,5% рабочих оценивают условия труда как хорошие, 78,2% - как удовлетворительные, 15,3% - как неудовлетворительные. Между тем 53,2% служащих считают свои условия труда хорошими, 39,6% - удовлетворительными, 7,2% - неудовлетворительными. При оценке качества объектов окружающей среды ответы респондентов в обеих группах практически не отличались. Так состояние атмосферного воздуха 41,9% рабочих оценивают как неудовлетворительное, 58,1% - как удовлетворительное, соответственно 39,1% служащих оценивают как неудовлетворительное, 55,6% - как удовлетворительное, 5,3% - как хорошее. Качество питьевой воды считают неудовлетворительным 61,7% рабочих и 50,2% служащих, удовлетворительным – 38,3 % рабочих и 37,5% служащих, хорошим - 12,3% служащих.

При сопоставлении результатов опроса по ранжированию предложенных групп факторов риска здоровью по степени их приоритетности было установлено, что, по мнению, как рабочих, так и служащих, к наиболее приоритетным группам факторов риска здоровью относится образ жизни; за ним следуют группа факторов риска, относящихся к качеству объектов окружающей среды; группа генетических и биологических факторов, группа факторов, связанных с чрезвычайными ситуациями; группа факторов риска, относящихся к качеству жизни и материальному благополучию человека; группа природно-климатических факторов.

Респонденты также провели ранжирование самих 32 факторов риска здоровью по степени приоритетности. Результаты ранжирования факторов риска здоровью рабочими и служащими преимущественно совпадают с результатами ранжирования групп факторов риска здоровью. Тем не менее, выявлены и различия. Так, по мнению рабочих, низкий уровень развития и доступности здравоохранения и вибрация по приоритетности занимают 6-ое и 7-ое ранговые места, а, по мнению служащих – соответственно 31-ое и 29-ое ранговые места. Различия в ранжировании по степени приоритетности данных факторов риска объясняется в первом случае возрастным составом, во втором - профессиональной принадлежностью респондентов.

Анализ ответов на вопросы, связанные с готовностью платить за сохранение и укрепление здоровья позволил установить, что рабочие и служащие в одинаковой степени не могут или не хотят заботиться о своем здоровье. Так, 38,3% рабочих и 36,9% служащих в течение года не тратят денег на занятия спортом, приобретение витаминов и минералов. Готовы тратить в год на эти цели до 2000 рублей 44,8% рабочих и 41,5% служащих, от 2000 до 5000 рублей – 16,9% рабочих и 21,6% служащих. На вопрос: «Какой процент Вашего годового дохода Вы готовы отчислять за то, чтобы целый год ничем не болеть?» 11,2% рабочих и 34,4% служащих ответили, что не готовы; 39,9% рабочих и 37,2 % служащих готовы отчислять не более 5%; 13,8% рабочих и 13,1% служащих согласны отчислять до 10%; 23,3% рабочих и 7,2% служащих готовы

отчислять до 15%; от 15 до 20% согласны отчислять 11,8 % рабочих и 8,1% служащих. Желание рабочих отчислять больше годового дохода за то, чтобы целый год ничем не болеть объясняется тем, что среди них, по сравнению со служащими, существенно меньше тех, кто оценивает свое здоровье как хорошее – соответственно 6,2 и 60,5%, и, наоборот, среди рабочих больше тех, кто оценивает состояние собственного здоровья как неудовлетворительное – соответственно 26,7 и 9,2%.

Как показывают результаты проведенного исследования, оценка качества жизни рабочими и служащими различна. Наибольшее различие выявлено в оценке условий труда. Качество объектов окружающей среды представители обеих опрашиваемых групп населения оценили одинаково. Восприятие риска в обеих социальных группах практически не различается. Также установлено, что доля не желающих заниматься укреплением своего здоровья в обеих группах одинаковая. Исходя из вышеизложенного, мы полагаем, что при проведении социально-гигиенического мониторинга, включение в него информации об особенностях восприятия риска населением различных территорий будет способствовать более качественному планированию профилактических мероприятий.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

В.В.Васильев, Е.В.Васильев

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
Управление Роспотребнадзора по Пензенской области
Пенза

Проблема сохранения здоровья студентов приобретает особую остроту в условиях социально-демографического кризиса на фоне возрастающей популярности в молодежной среде привлекательности различных видов нефизической деятельности и роста вредных привычек. В полумиллионном городе Пенза, где студенческая молодежь занимает 5,7% от общего количества населения, изучение влияния поведенческих факторов на формирование здоровья студентов представляет несомненный интерес.

Цель исследования состояла в изучении мнений респондентов о состоянии их здоровья, отношении к здоровью как ценности, занятиях физической культурой, культуре питания, распространенности вредных привычек. Результаты исследования, основанные на опросе 827 студентов ПГУ и ПГТА г. Пенза, позволили выявить их отношение к собственному здоровью и способам его поддержания, оценить распространенность поведенческих факторов (привычек и стиля жизни), способствующих укреплению здоровья или, напротив, наносящих ему урон.

Материалы опроса позволяют говорить о двойственном (противоречивом) отношении студентов к своему здоровью и поведенческим факторам его

обеспечения. В сознании подавляющего большинства опрошенных здоровье как ценность вместе с ценностями семьи занимает 1-2 место среди других важнейших социальных ценностей – материального благополучия, работы, образования. Из десяти опрошенных 9 считают, что состояние их здоровья зависит, прежде всего, от них самих. Большинство студентов (87%) полагают, что сформированность представлений о здоровом образе жизни сильно влияет на здоровье человека. Каждый второй опрошенный считает, что личные качества человека сильно влияют на образ жизни. От 91,4 до 95,2 % респондентов отмечают сильное влияние на состояние здоровья качества питания и материального достатка, а 68% указывают на сильное влияние занятий физкультурой и спортом на формирование здоровья.

Опрошенные студенты среди основных проблем физического здоровья подростков и молодёжи выделили такие: употребление алкоголя, снижение иммунитета, наркомания, токсикомания, СПИД, низкий уровень физического развития, бесплодие, как результат аборт. Основными причинами проблем физического здоровья, по их мнению, являются: неправильное питание, не заинтересованность родителей своими детьми, экологические проблемы, семейные проблемы, халатное отношение к безопасному сексу, употребление алкогольных и наркотических средств. Наиболее актуальными проблемами психического и эмоционального здоровья респонденты считают: проблемы общения в семье и с одноклассниками, замкнутость, депрессия, склонность к насилию, замедленное интеллектуальное развитие.

Основная масса опрошенных на практике относится к собственному здоровью весьма небрежно. Многие не приучены к стилю жизни и поведению, которые обеспечивают предупреждение заболеваний, подвержены влиянию отрицательных социальных «норм» и традиций. Только 19,2% опрошенных в повседневной жизни бережет свое здоровье. Признавая на декларативном уровне важность здоровья, полезность занятий физической культурой, пагубность вредных привычек, большинство в реальной жизни пренебрегает возможностями сохранения здоровья и рисками по его потере.

Отрицательное проявление личностных качеств опрошенных в их отношении к собственному здоровью выражается в следующих фактах: 68,3% опрошенных студентов не соблюдают режим питания, 40,2% - не соблюдают режим сна и не высыпаются, у 43,3% - недостаточная двигательная активность, у 80,6% - недостаточная продолжительность пребывания на свежем воздухе, 5,2% и 76,9% испытывают соответственно постоянный или периодический психоэмоциональный стресс, у 20,3% недостаточная медицинская активность, 84,7% - не занимаются утренней гимнастикой, 42,6% - регулярно курят, 10,3% - курят, но редко, 86,8% - употребляли спиртные напитки.

Отношение респондентов к своему здоровью выявлялось с помощью самооценок его состояния. Считают состояние своего здоровья хорошим 19,4% опрошенных, удовлетворительным - 77,1%, плохим – 3,5%. При проведении исследования нами учитывалось, что самооценки здоровья лишь отчасти могут выразить его реальное состояние, ибо они носят субъективный характер и не

всегда основываются на результатах медицинских обследований. Так, по официальным данным в 2011г. 98% студентов г. Пенза были подвергнуты диспансеризации. Из общего количества прошедших диспансеризацию у 9,6% вновь выявлены различные заболевания.

Процентное распределение положительных и отрицательных самооценок здоровья в сочетании с данными о его реальном состоянии и влиянии на него поведенческих факторов является достаточно существенным показателем отношения студентов к здоровью. Судя по этому показателю, большинство студентов относятся к своему здоровью как к «сравнительно легко возобновляемому ресурсу», не приучено думать о его состоянии и практически заботиться о нем, не привыкло противостоять вредным привычкам.

Таким образом, полученные данные говорят об отсутствии у большинства студентов активных усилий по поддержанию своего здоровья, что диктует необходимость безотлагательного решения данной проблемы.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

В.В.Васильев, А.П.Дмитриев, И.А.Кудряшова, Е.В.Васильев

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
ФГБОУ ВПО ПГУ Минобрнауки России,
ФГБОУ ВПО ПГПУ Минобрнауки России
Пенза

Угрожающие масштабы распространения вредных привычек среди подрастающего поколения и ухудшение состояния здоровья населения России, связанного с несоблюдением основных принципов здорового образа жизни (ЗОЖ), требует поиска эффективных мер пропаганды в области здоровьесбережения. На современном этапе развития страны приоритет профилактики в сфере охраны здоровья путем разработки и реализации программ формирования ЗОЖ, снижения потребления алкоголя, табака, наркотических и психотропных средств закреплен законодательно. Но соблюдение правил ЗОЖ, непримиримое отношение к вредным привычкам не возникают сами по себе, их необходимо прививать с детства.

Признавая действенность таких усилий образовательных учреждений как создание на их базе служб здоровья, в которых работают специалисты-медики, введение в учебный процесс специальных уроков здоровья, авторы отстаивают ту точку зрения, что формирование осознанного здоровьесберегающего поведения у учащихся требует аксиологического подхода в их воспитании, направленный на формирование у взрослеющей личности субъектности в выработке жизненной стратегии, основанной на ценности здоровья. Такой подход предполагает комплексный и непрерывный характер педагогически организованного взаимодействия развивающейся личности с миром на ценностных основаниях, принятых в конкретном культурном пространстве. С одной стороны, важно

сформировать у учащихся гуманистическую направленность на все, что обеспечивает жизнь, достойную Человека. С другой, - создавать условия для стимулирования его активности в принятии факторов, разрушающих гармонию мироздания и обрекающих человека на императив выживаемости.

Именно осознание здоровья как ценности детерминирует поведение человека и его стремление к совершенству. Ценностное отношение к здоровью имеет общечеловеческую значимость. Оно в той или иной форме принимается и осмысливается всеми людьми и существует в тесной связи с другими ценностными установками. Аксиологический подход в формировании отношения к здоровью открывает новые возможности человека для полноценной реализации его биопсихосоциальной сущности.

Известно, что сообщение информации о правилах ведения ЗОЖ далеко не всегда и не у каждой взрослеющей личности формирует внутренний регулятор поведения. Как показали наши исследования, большинство школьников и учащихся учебных заведений профессионального образования декларируют ценность здоровья, но не руководствуются ею в повседневной жизни (1,2). Это свидетельствует о том, что ценность здоровья не выработана учащимися самостоятельно, а привнесена извне, формально, благодаря пропаганде ЗОЖ, которая не всегда качественна.

Первоосновой воспитания с акцентом на аксиологические составляющие выступает формирование нравственных отношений, которые предполагают раскрытие содержания и демонстрацию социальной и личностной значимости ценности здоровья. Следует помнить, что предъявление содержания, функций и свойств, характеризующих ценность здоровья, еще не означает, что они усвоены учащимися. Поэтому важно неоднократно показывать, что ценностное представление о здоровье определяется поведением человека. Нерепрессивный, неназидательный характер преподнесения ценности здоровья (отсутствие категоричных оценок, строгих и жестких предписаний, безоценочность) оказывается несравненно эффективней менторских поучений. Благодаря такому наставничеству поиск учащимися смысла ценности здоровья приобретает самостоятельный и творческий характер, способствует возникновению у них установки на здоровьесберегающую деятельность.

Установка на сохранение и укрепление здоровья – разновидность социальной установки, представляющая собой общую расположенность индивида действовать определенным образом в отношении своего здоровья, занимать ту или иную позицию, высказывать определенные суждения, вести себя определенным образом в конкретной ситуации, так или иначе имеющей отношение к здоровью. Достижение этой цели возможно при условии реализации программ, представляющих собой самостоятельное направление в комплексе общего и профессионального образования. Примером такого подхода является учебный курс «Быть здоровым – модно!», который разработан в 2006 г. авторами настоящей работы в содружестве с учеными Казанского медицинского университета. Сопровождение курса обеспечено учебно-методическим комплектом, состоящим из двух учебных пособий, рабочей тетради, двух Дневников здоровья

учащегося, трех пособий для учителя, в которых изложена программа учебного курса для учащихся начальных классов, среднего звена, 10-11 классов и учащихся учебных заведений профессионального образования, методического пособия для специалистов системы образования, здравоохранения и социальной защиты.

В качестве основных принципов реализации программы по формированию ценностного отношения детей и подростков к здоровью определены следующие: добровольность, активность, субъект-субъектность, обратная связь. Содержание программы построено с учетом возрастных особенностей школьников и структуры ценностного отношения, включающей такие компоненты как когнитивный, эмоциональный, деятельностный. Организационно-педагогическая работа, предусмотренная программой, представлена индивидуальными, групповыми и фронтальными формами учебной и внеучебной деятельности (тренинги, игры, антропометрические практикумы, дискуссии, проекты, соревнования, заполнение Дневника здоровья, рабочей тетради).

Результаты внедрения данной программы в учреждения основного, дополнительного и профессионального образования в г. Пенза и Пензенской области показали высокую их эффективность. Увеличилось количество учащихся, демонстрирующих осведомленность в способах сохранения и укрепления здоровья, в осознании последствий поведенческих стереотипов, разрушающих здоровье. В структуре духовных ценностей, здоровье заняло лидирующую позицию. Здоровьесберегающая деятельность учащихся выразилась не только в традиционных формах – отказе от вредных привычек, занятиях спортом, но и новых, направленных на самопознание, составление жизненных стратегий на основании ценности здоровья, реализацию социальных проектов в поддержку здорового образа жизни.

Список литературы:

1. Васильев В.В., Дмитриев А.П., Васильева Е.В, и др. Некоторые итоги по изучению табакокурения учащихся// Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных. Материалы XIX межрегиональной науч.- прак. конф. - Пенза,2009.- С. 52-53.
2. Васильев В.В., Дмитриев А.П., Васильева Е.В, и др. Изучение распространенности употребления подростками психоактивных веществ// Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных. Материалы XV межрегиональной науч.- прак. конф.: Сб. статей. - Пенза,2011.- С. 46-48.

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УЧЕБНОЙ, НАУЧНОЙ И
ЛЕЧЕБНОЙ РАБОТЕ НА КАФЕДРЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-
РЕАНИМАТОЛОГИИ И СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ВКЛАД
В СОЗДАНИЕ ИМИДЖА ИНСТИТУТА**

*В.Г.Васильков, А.И.Сафронов, М.Ф.Купцова, В.Н.Маринчев, Л.А.Филиппова,
Д.В.Осинькин*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Кафедра анестезиологии и реаниматологии организована 15.05.1978 в числе первых клинических кафедр Пензенского института усовершенствования врачей. Организатор и бессменный руководитель кафедры - д.м.н., профессор Валерий Григорьевич Васильков.

Кафедра провела свыше 200 циклов, на которых прошли усовершенствование около 6 тысяч практических врачей, т.е. на кафедре прошел обучение, «в среднем», каждый пятый анестезиолог-реаниматолог страны, что свидетельствует о высоком имидже кафедры. Подготовлено более 170 клинических ординаторов и интернов, постоянно проводится обучение в аспирантуре.

Благодаря многолетней деятельности кафедры в Пензе создана школа анестезиологов-реаниматологов, которая пользуется заслуженным авторитетом среди коллег в России и за рубежом.

Выпускники и бывшие сотрудники кафедры трудятся в Москве, Волгограде, Рязани, Саратове, Якутии, Чувашии, Краснодарском крае, в Пензе и Пензенской области, а также за рубежом (США, Германия, Израиль, Кипр, Йемен, Латвия, Украина). Практически все они заведуют отделениями анестезиологии и реанимации.

Среди наших выпускников и сотрудников - главный анестезиолог-реаниматолог Пензенской области Митрошина С.Ю., главный анестезиолог-реаниматолог г. Пензы Карпов А.Ф., главный токсиколог Пензенской области Кувакова Р.И., организаторы здравоохранения: Бегунов В.А., Щукин В.С., Голиков В.Е.

С 1979 года в учебный процесс на нашей кафедре впервые в практике института внедрены практические занятия на тренажерах по сердечно-легочной и мозговой реанимации ("Оживленная Анна", "Витим" и др.).

Кафедра с 2008 г. (в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье») принимает активное участие в создании симуляционного центра института, предназначенного для обучения практическим навыкам по сердечно-легочной и мозговой реанимации, технике врачебных манипуляций. Тренажерные классы симуляционного центра оснащены современными компьютеризированными тренажерами, которые позволяют оценить как базовый уровень практических навыков каждого слушателя, так и динамику этого уровня в процессе обучения.

С 2003 г. - впервые в практике института кафедра анестезиологии-реаниматологии и СМП внедряет и пропагандирует мультимедийные технологии преподавания в учебный процесс. Создано 2 электронных учебных пособия. Эти технологии в настоящее время являются широко распространенными на всех кафедрах и курсах института.

Кафедра является пионером организации и проведения выездных учебных циклов в различных регионах страны. В 1982 году впервые в практике института был проведен выездной цикл "Анестезиология и реаниматология" в г. Горьком.

Кафедра является пионером использования информационных технологий, как в клинической практике, так и при подготовке анестезиологов-реаниматологов, врачей скорой медицинской помощи в нашей стране.

В конце 80-х гг. сотрудниками кафедры совместно с инженерами-программистами фирмы "Ювенал" (в настоящее время "Технолинк") спроектировано и реализовано автоматизированное рабочее место врача отделения реанимации (АРМ-РЕА).

Благодаря АРМ-РЕА в отделении реанимации МУЗ ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина до настоящего времени ведется база данных на всех больных. Начиная с 1989 г. аналогичные АРМы работают в Областной клинической больнице им. Н.Н. Бурденко, в Областном онкологическом диспансере и в Сердобской ЦРБ.

Сотрудниками кафедры опубликовано более 520 научных работ по проблеме «Оптимизация анестезии и интенсивной терапии у больных с гнойно-септическими заболеваниями», из них 4 монографии, 23 учебных пособия, подготовлено и защищено 17 диссертаций (из них 4 докторские). Получено 7 патентов на изобретения и 25 удостоверений на рац. предложения. Проведено 5 межрегиональных научно-практических конференций, 2 из них с международным участием.

Сотрудники кафедры были докладчиками и участниками международных конференций в Италии, Англии, Румынии, Чехословакии, Греции, Израиле, Йемене.

Зав. кафедрой профессор В.Г. Васильков является Почетным членом Правления Российской Федерации анестезиологов и реаниматологов, членом проблемных комиссий РАМН: «Научные основы реаниматологии» и «Терминальные и экстремальные состояния»; членом Программного комитета 2-х регулярных международных конференций: «Информационные технологии в медицине и экологии», и «Стратегия здоровья». Он является членом редакционного совета двух популярных научно-практических журналов: «Анестезиология и реаниматология» и «Вестник интенсивной терапии». Профессор В.Г. Васильков возглавляет Пензенское отделение Российской федерации анестезиологов и реаниматологов.

Сотрудниками кафедры опубликовано 33 статьи в отечественных реферируемых журналах и 6 - в зарубежных изданиях. Эти работы имеют высокий индекс цитирования.

Сотрудниками кафедры внедрено более 100 новых для Пензенской области методов диагностики, анестезии и интенсивной терапии, что значительно улучшило результаты лечения различных категорий тяжелых больных.

Это: радиоизотопные методы исследования центральной и органной гемодинамики во время анестезии и ИТ; регионарные методы анестезии (блокада плечевого сплетения, спинальная анестезия, каудальный блок); локальная абдоминальная гипотермия у взрослых и детей с перитонитом и панкреонекрозом; современные методы сбалансированного парентерального и интестинального питания; методы экстракорпоральной детоксикации: гемодиализ, гемосорбция, плазмофорез.

Профессор Васильков В.Г. совместно с руководителями Пензенского здравоохранения и практическими врачами принимал непосредственное участие в создании Областного центра по лечению острых отравлений на базе ГКБ №6 им. Г.А. Захарьина г. Пензы и отделений анестезиологии и реаниматологии той же больницы; принимал участие в реорганизации и оптимизации службы анестезиологии и реаниматологии областной детской больницы им. Н.Ф. Филатова г. Пензы.

Награды сотрудников. Профессор Васильков В.Г. награжден «Орденом Почета», медалью «Ветеран труда», почетным знаком «Отличник здравоохранения», а также Почетной грамотой Министерства здравоохранения СССР, грамотами Губернатора Пензенской области, Пензенского Законодательного собрания, почетными грамотами Пензенского ГИУВ, дважды заносился на «Доску Почета» Пензенского ГИУВ, награжден дипломом «Почетного члена Федерации анестезиологов-реаниматологов России».

Доцент Купцова М.Ф. награждена «Орденом Почета», медалью «Ветеран труда», Заслуженный врач РФ. Доцент Маринчев В.Н. почетные грамоты министерства здравоохранения Республики Йемен и госпиталя им. Революции, благодарность посла РФ в Йемене. Доцент Филиппова Л.А. награждена почетной грамотой Минздравсоцразвития РФ, Ветеран труда.

МОРФОГЕНЕЗ ПЕРВИЧНОГО УЗЛА КАРЦИНОМЫ ЛЬЮИСА ПРИ КОРРЕКЦИИ АНТИОКСИДАНТАМИ

И.М.Вашуркина, Н.А.Плотникова, С.П.Кемайкин, Т.В.Харитонова

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П.Огарева»,
Саранск

Известно, что антиоксиданты и средства с антиоксидантным типом действия уменьшают токсичность химио- и лучевой терапии, не снижая при этом эффективность противоопухолевого лечения. Однако, в современной научной литературе представлено недостаточно данных о влиянии подобных комбинаций на морфогенез первичного опухолевого узла.

Цель исследования. Изучить патоморфологические изменения в первичном опухолевом узле перевиваемой карциномы легкого Льюиса (LLC) при ис-

пользовании химио- (циклофосфан (ЦФ)) и лучевой терапии (дистанционное γ -облучение (Гр)) и при коррекции антиоксидантами комбинированного лечения.

Материалы и методы. Эксперименты выполнены на 50 мышах-самках линии С57В1/6 массой 20-22 г. разводки питомника ГУ НЦБМТ РАМН «Столбовая». Животные были распределены на 4 группы.

Интактный контроль (ИК). Препараты и опухолевые клетки LLC не вводили.

I группа (LLC) – вводили опухолевый штамм LLC 1×10^6 опухолевых клеток внутримышечно.

II группа (LLC+ЦФ+Гр) – вводили опухолевые клетки LLC внутримышечно, циклофосфан внутривентрально в дозе 60 мг/кг (за 30 минут до лучевой нагрузки), дистанционное γ -облучение в дозе 2 Гр на 7-е и 11-е сутки эксперимента.

III группа – (LLC+ЦФ+Гр+ мелаксен) – LLC+ЦФ+Гр (как мышам II группы), мелаксен ежедневно, в/м, в дозе 45 мг/кг, начиная с 7-х суток после имплантации опухолевых клеток, в течение 14 дней.

IV группа (LLC+ЦФ+Гр+мексидол) – LLC+ЦФ+Гр (как мышам II и III групп) мексидол ежедневно, в/м, в дозе 50 мг/кг, начиная с 7-х суток, в течение 14 дней.

По окончании эксперимента на 22-е сутки животные подвергались эвтаназии. Материалом изучения явилась ткань первичного опухолевого узла. Гистологическую структуру исследовали светооптическим методом в при увеличении в 100 – 400 раз.

Результаты и обсуждение. У животных всех экспериментальных групп (кроме интактных) в месте имплантации суспензии клеток развивались опухолевые узлы карциномы Льюиса.

При микроскопическом исследовании первичных опухолевых узлов у мышей I экспериментальной группы (LLC) ткань узла была представлена скоплением крайне полиморфных клеток, с крупными полигональными ядрами. Обнаруживалось также большое количество гигантских полиморфных клеток.

У животных II экспериментальной группы (LLC+ЦФ+Гр) в ткани карциномы Льюиса опухолевые клетки характеризовались плотным расположением, выраженным атипизмом и полиморфизмом, со смещением ядерно-цитоплазматического соотношения в сторону увеличения размеров ядер.

В ткани перевиваемых неоплазий обнаруживалось большое количество гигантских клеток с крупными ядрами. Кроме того, отмечалось наличие многоядерных клеток, ядра которых имели полигональную, бобовидную, палочковидную форму, встречались клетки с сегментированными ядрами.

Строма опухоли была выражена недостаточно, с немногочисленными гиперемизированными капиллярами.

В опухолевой ткани выявлялись множественные массивные очаги некроза с перифокальными воспалительными инфильтратами.

Наблюдалась инвазия опухолевых клеток в поперечнополосатую скелетную мышечную ткань, с деструкцией миофибрилл.

В ткани перевиваемых неоплазий у мышей III экспериментальной группы (LLC+ЦФ+Гр+мелаксен) при микроскопическом исследовании узлов опухолевые клетки имели преимущественно округло-овальную форму, небольшие размеры.

В опухолевых узлах выявлялись гигантские клетки с округлыми и бобовидными ядрами. Отмечалось рыхлое расположение клеток, в отдельных участках опухолевая ткань имела ячеистое строение. Фигуры митоза выявлялись редко.

Строма опухоли представлена тонкопетливой соединительнотканной сетью, с участками склероза. В ткани карциномы обнаруживались обширные очаги некроза. Воспалительно-клеточная реакция выражена умеренно.

Гистологическая картина ткани опухолей экспериментальных животных IV группы (LLC+ЦФ+Гр+мексидол) была представлена рыхло расположенными, округлыми клетками. Заметно снижался полиморфизм опухолевых клеток. Встречались единичные гигантские клетки.

Стромальный компонент опухолевой ткани был представлен тонкими прослойками соединительной ткани с небольшим количеством сосудов микроциркуляторного русла. В ткани неоплазий выявлялись массивные очаги некроза.

Заключение. Патоморфологические изменения в опухолевых узлах карциномы Льюиса при комбинированной химио- и лучевой терапии характеризовались появлением массивных очагов некроза с сохранением значительного клеточного полиморфизма. Коррекция антиоксидантными препаратами приводила к уменьшению полиморфизма и плотности расположения опухолевых клеток. При этом антиоксидантный и онкостатический эффект мексидола был более выражен по сравнению с подобным влиянием препарата с антиоксидантным эффектом – мексидола.

СЫВОРОТОЧНОЕ ЖЕЛЕЗО В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

О.П.Виноградова, Г.П.Гладилин, М.Н.Кузнецова, О.А.Советкина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России, Пенза
ГБОУ ВПО СГМУ им.В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России,
Саратов
ГБУЗ ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова, ГБУЗ ГКБ СМП им. Г.А.Захарьина, Пенза

В настоящее время существуют три группы критериев постановки диагноза-воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ): минимальные, дополнительные и доказательные. На современном этапе ВЗОМТ в гинекологической практике развиваются и протекают с определенными особенностями, к которым относятся, в том числе и отсутствие специфической клинической симптоматики; трансформация клинической симптоматики в сторону «стер-

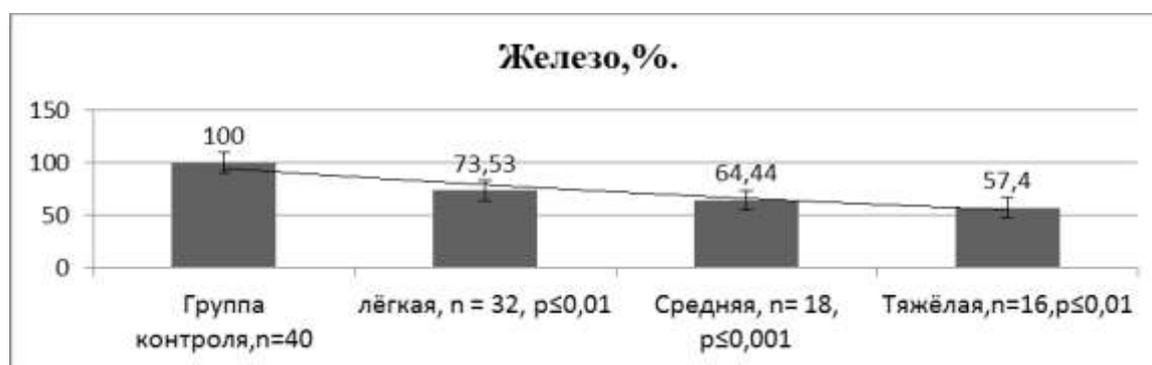
тых», малосимптомных и асимптомных форм, а также их атипичное течение с увеличением числа хронических рецидивирующих форм. Приверженность строгому набору критериев приводит к неправильной диагностике в огромном числе случаев. Поэтому диагнозы, базирующиеся на общепринятых критериях, не точны и являются неполными.

Цель: оценить изменения уровня железа у больных с СЭИ при ВЗОМТ. Разделить пациенток на группы с лёгким, средним и тяжёлым течением ВЗОМТ в соответствии с показателями периферической крови и изменением уровня сывороточного железа.

Материал исследования: под наблюдением находилась 77 женщин, поступивших в стационар с ВЗОМТ с различными вариантами клинического течения. Критериями включения пациенток в исследование были клинические проявления в виде жалоб на боли внизу живота, нарушение менструального цикла, повышение температуры тела. При объективном осмотре обнаружены специфичные для данной патологии признаки, патологические бели, а также общие симптомы эндотоксикоза. В качестве доказательных критериев ВЗОМТ были проведены УЗИ, гистологическое исследование соскоба эндометрия и операционного материала. Критерии исключения: послеродовые осложнения воспалительного характера, беременность, сопутствующие заболевания воспалительного характера и др. Исследования проводились на 1 – 3 день от начала заболевания. Группу контроля составили 40 практически здоровых женщин, сопоставимых по возрасту с группой исследования.

Методы исследования: уровень железа определялся колориметрическим методом, тест – систем фирмы ARON. Полученные результаты обрабатывались с помощью стандартных статистических программ Microsoft office Exel 2007.

Результаты: Проведен анализ изменения содержания сывороточного железа у пациенток с ВЗОМТ в зависимости от тяжести течения патологического процесса, разделив их на группы с лёгкой, средней и тяжёлой степенью синдрома эндогенной интоксикации (рис 1).



$p \leq 0,01; 0,001$ по сравнению с контрольной группой.

Рис.1. Изменения показателей обмена железа в зависимости от степени тяжести синдрома эндогенной интоксикации (в процентах от контрольной группы).

На основании проведённых исследований нами разработаны дополнительные диагностические критерии тяжести ВЗОМТ в соответствии со степенью выраженности синдрома эндогенной интоксикации (табл.1).

Таблица 1.

Критерии оценки (референтные пределы показателей) степени тяжести сальпингоофорита и метроэндометрита в соответствии со степенью тяжести синдрома эндогенной интоксикации

Степень тяжести	Критерии оценки			
	Ле * 10 ⁹ /л	СОЭ мм/ч	Температура тела °С.	Сыв. железо мкмоль/л
Лёгкая	6 - 8	До 25	N -37,3	18,9 – 12,0
Средняя	До 10	До 30-40	N 37,4 – 37,8	12,0 – 10,8
Тяжёлая	10 и более	40 и более	37,8 и выше	10,8 и менее

Выводы:

1. целесообразно дополнить диагностику ВЗОМТ, распределив их в соответствии со степенью тяжести синдрома эндогенной интоксикации, наблюдаемой в конкретном случае;
2. степень тяжести течения заболевания определять с учётом данных лабораторных исследований, а именно (лейкоцитоза, СОЭ, а так же уровня сывороточного железа).

ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

Е.В.Волкова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Алкогольная зависимость является ведущей формой наркологической патологии в нашей стране. Актуальной медицинской проблемой является изучение клиники алкоголизма у больных с эмоционально неустойчивыми расстройствами личности, которые входят в группу риска раннего возникновения алкоголизма со злокачественным течением.

Клинико-психопатологически и экспериментально-психологически были обследованы 30 больных мужчин с алкогольной зависимостью I - II-III стадией, имеющих импульсивные черты личности в преморбиде в возрасте от 18 до 52 лет. Для обеспечения стандартизации исследования использовались опросник «Индекс тяжести зависимости: версия Treatnet» (2009), ММРІ в адаптации Ф.Б.Березина и М.П. Мирошникова, SCID-II. Больные с органическим поражением головного мозга, с неалкогольными психическими расстройствами психо-

тического уровня, с тяжелыми соматическими заболеваниями в исследование не включались.

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. Средний возраст больных алкоголизмом с эмоционально неустойчивыми расстройствами личности составил 25,24 года. Семейная отягощенность алкоголизмом выявлена у 19 больных(62%). Наибольший удельный вес имела отягощенность по линии отца у 14 больных (46,7%). Алкоголизм по линии матери имел место у 2 больных (6,7%). У 2 больных (6,7%) оба родителя страдали алкоголизмом. У 1 (3,3%) больного имела место эпилепсия по материнской линии.

Средний возраст первого знакомства с алкоголем – 15,2 года. Поводом для первого употребления алкоголя являлось преимущественно влияние компании (16 чел., 52,%). Мотивацией первого употребления алкоголя чаще всего являлось стремление к смягчению эмоционального напряжения и желания «забыться» (23 чел.,75%). У большинства больных (14 чел., 47.5%) начало бытового пьянства приходится на возраст 16-17 лет. Средний возраст больных к началу бытового пьянства 16,9 года. Длительность бытового пьянства составляла в среднем 3.7 года. Первая стадия алкоголизма формируется преимущественно в возрасте 18,8 года. Продолжительность 1 стадии алкоголизма у большинства больных составляла 3-4 года, продолжительность 2 стадии алкоголизма 7-8 лет. Физиологическая толерантность в среднем составляла 0,37 литра 40% этанола, во 11 стадии до 2,5 литра. Начиная со второй стадии алкоголизма выявляется измененное опьянение преимущественно по эксплозивному варианту. В состоянии опьянения у большинства больных появлялись вспыльчивость, склонность к агрессии, злобность, придирчивость. В значительно меньшей степени выявилось измененное опьянение по истерическому, эпилептоидному, депрессивному, параноидному вариантам. Алкогольные палимпсесты возникали во 11, 11-111 стадии алкоголизма в среднем в 23,4 года. Наиболее характерной формой злоупотребления алкоголем были псевдозапой. Во 11 стадии алкоголизма преобладал ААС с церебральными и висцеральными расстройствами. Несколько реже наблюдался ААС с психопатологическими расстройствами. Во 11-111 стадии преимущественно наблюдался ААС с психопатологическими расстройствами, реже висцеральными и церебральными. В структуре абстинентного синдрома с психопатологическими расстройствами отмечалась дисфория с тоскливо-злобным настроением и агрессивным (аутоагрессия и агрессия, направленная на окружающих) поведением. Значительно меньше имела место депрессия с идеями самообвинения и самоуничужения, истерическая симптоматика с демонстративным поведением, бравадой на фоне тревожно-тоскливого настроения. ААС сформировался к 23,8 годам с продолжительностью 5,2 суток. Характерологическое изменение больных алкоголизмом с эмоционально неустойчивыми расстройствами личности проявлялось в основном в виде психопатоподобных изменений преимущественно по эксплозивному варианту, когда превалировали аффекты раздражения, недовольства, неприязни, злобности, гневливости, приводившие в ряде случаев к агрессивным поступкам.

Исходя из особенностей нашей выборки, алкогольные психозы в анамнезе были у 5больных (17%).

Проблемы, связанные с употреблением алкоголя в последние 30 дней перед обследованием, беспокоили: немного, слегка - 4 больных (13,3%), умеренно - 6(20%), значительно - 11(36,7%), очень сильно - 9(30%). После купирования ААС 5 больных (16,7%) считали, что проблем связанных с алкоголем у них совсем нет, 14 (46,7%)- небольшие проблемы, 7 (23,3%)- умеренные, 4 (13,3%)- значительные. После курса лечения 10 больных (33,3%) были готовы сократить количество употребляемого алкоголя, 13 (43,3%)- считали, что в состоянии контролировать употребление алкоголя, 7 (23,3%)- были настроены решать проблемы, связанные с употреблением алкоголя.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ВИБРАЦИИ

О.А.Воронова, Н.С.Шаповал, Л.И.Шингарева

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»,
ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр профессиональной патологии», Ульяновск

Сердечно-сосудистые заболевания, такие, как АГ и ИБС, продолжают занимать ведущее место среди причин инвалидизации и преждевременной смертности населения трудоспособного возраста. Многими авторами подчеркивается рост сердечно-сосудистой патологии с увеличением стажа работы и степени влияния вредных производственных факторов. Весьма актуальным и недостаточно изученным является вопрос о реакции сердечно-сосудистой системы, возникающей при действии на организм такого производственного фактора, как вибрация.

Проведено комплексное клинико-функциональное обследование 172 человек в возрасте от 30 до 70 лет, из них 129 мужчин и 43 женщины. Все больные были разделены на 3 группы. Первую составили 56 человек с вибрационной болезнью и ИБС, средний возраст $61,6 \pm 1,1$ год, общий стаж $36,7 \pm 1,0$ лет, средний стаж во вредных условиях $27,5 \pm 1,0$ лет. Во вторую вошли 68 человек с вибрационной болезнью и АГ, средний возраст $56,7 \pm 1,2$ лет, общий стаж $39,2 \pm 1,1$ лет, средний стаж во вредных условиях $28,3 \pm 1,3$ лет. Третья группа - 48 человек с вибрационной болезнью, АГ и ИБС, средний возраст $58,5 \pm 1,4$ лет, общий стаж $41,8 \pm 1,5$ лет, средний стаж во вредных условиях $31,6 \pm 1,4$ лет. Контрольную группу составили 63 человека, страдающие АГ и ИБС, не подвергавшиеся воздействию вибрации, средний возраст $64,5 \pm 1,2$ года, средняя длительность заболевания $22,1 \pm 1,4$ года.

Наибольшая распространенность сердечно-сосудистых заболеваний у больных вибрационной болезнью отмечалась в средних возрастных группах: ИБС в возрасте 50-59 лет ($50,0 \pm 6,6\%$), в возрасте 60-69 лет ($17,9 \pm 5,1\%$), АГ в возрасте 50-59 лет ($38,2 \pm 5,8\%$) и в возрасте 60-69 лет ($16,2 \pm 4,4\%$). В контроль-

ной группе сердечно-сосудистые заболевания регистрировались с 50 лет, неуклонно нарастали и достигли максимума в 60-69 лет ($52,4 \pm 6,2\%$). Следует отметить, что сердечно-сосудистые заболевания у больных вибрационной болезнью начинают регистрироваться в более раннем возрасте – 30-39 лет: АГ ($11,8 \pm 3,9\%$), ИБС ($7,1 \pm 3,4\%$), что свидетельствует о возможности формирования высокого сердечно-сосудистого риска у больных вибрационной болезнью молодого возраста.

Анализируя структуру АГ по степени, у больных вибрационной болезнью наблюдалось преобладание III степени АГ ($55,9 \pm 6,2\%$). В контрольной группе в основном преобладала I и II степени АГ, ($36,5 \pm 6,6$) и ($47,6 \pm 6,2\%$) соответственно.

Электрокардиографические признаки замедления внутрижелудочковой проводимости в обследуемой группе больных встречались в $12,0 \pm 2,9\%$ случаев. По данным ЭГК замедление внутрижелудочковой проводимости в форме блокады ЛНПГ и ПНПГ были зарегистрированы в $12,0 \pm 2,9\%$ и $10,5 \pm 2,7\%$ случаев соответственно.

Нарушение процессов реполяризации, выражающееся в снижении амплитуды зубца Т, его уплощении и изменении сегмента ST достоверно чаще встречалось в группе обследуемых больных $29,8 \pm 4,5\%$, по сравнению с контрольной группой $9,5 \pm 6,3\%$ ($p < 0,05$). При этом частота изменений ЭКГ увеличивалась с нарастанием тяжести вибрационной болезни.

Более частое обнаружение синдрома ранней реполяризации желудочков ($16,1 \pm 3,3\%$), чем в контрольной группе ($3,1 \pm 2,1\%$), может свидетельствовать о повышении активности парасимпатической нервной системы, что характерно для клинического течения вибрационной болезни. Брадикардия, зарегистрированная у $19,4 \pm 3,5\%$ обследуемых, может так же свидетельствовать о преобладании парасимпатических реакций у рабочих, которые могут привести к развитию нейрогенных дистрофических изменений в миокарде.

Значение глобальной сократимости миокарда у обследуемой группы больных была в пределах нормы, однако с увеличением стажа наблюдалась тенденция к ее снижению. Так, среднее значение ФВ у обследованной группы больных при стаже работы 10-19 лет составила в среднем $68,9 \pm 1,3\%$, а при стаже 20-29 лет уже $52,4 \pm 1,8\%$. Следует также отметить достоверное увеличение средних значений массы миокарда ЛЖ с нарастанием тяжести вибрационной болезни. Так, средние величины толщины МЖП у обследуемой группы со стажем работы 10-19 лет составили $11,4 \pm 1,0$, 20-29 лет $12,6 \pm 1,5$, а 30 и более лет $12,9 \pm 1,2$. Соответственно этот показатель в контрольной группе составил $11,5 \pm 1,3$ ($p < 0,05$). Увеличение ММЛЖ может служить прогностическим признаком повышения риска развития сердечно-сосудистой патологии у лиц, контактирующих с производственной вибрацией.

Таким образом, в развитии сердечно-сосудистой патологии у работников виброопасных профессий основное значение имеет не столько наличие вибрационной болезни, сколько сам факт работы с виброгенерирующими механизмами. Подтверждением этого является нарастание частоты сердечно-

сосудистых заболеваний по мере нарастания стажа работы в контакте с вибрацией. При продолжительном воздействии производственной вибрации обнаруженные нами изменения могут стать необратимыми и повлиять на функциональную способность миокарда. Это говорит о высоком кардиоваскулярном риске у работников виброопасных профессий и диктует необходимость проведения лечебно-профилактических мероприятий, направленных на выявление и лечение сердечно-сосудистой патологии на более ранних стадиях вибрационной болезни.

ФОРЛАКС В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ С ЗАПОРАМИ У ДЕТЕЙ

Р.Т.Галеева, Ю.Е.Аленова, А.Н.Астафьева, Г.В.Долгушкина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития РФ,
ГБУЗ ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова
Пенза

Актуальность: С каждым годом неуклонно растет частота запоров у детей. Истинный уровень встречаемости данного признака установить сложно, т.к. до настоящего времени не определены четкие единые критерии постановки диагноза. У подавляющего большинства детей (по литературным данным до 95%) запоры носят функциональный характер. Более чем у трети детей симптоматика приобретает хронический характер. У ряда детей (от 1-2 до 4%), страдающих запорами, наблюдается каломазание и энкопрез.

Среди многообразных заболеваний кишечника важное место занимают различные клинические формы его функциональных расстройств, когда ни одним из используемых в современной клинике методов диагностики не удается обнаружить морфологический субстрат болезни. Наиболее распространенным из них (17-22% общей популяции) является так называемый синдром раздраженной кишки (СРК).

Цель исследования: оценка эффективности применения препарата «форлакс» в комплексном лечении синдрома раздраженной кишки у детей, протекающих с запорами.

Материалы и методы исследования: Группу наблюдения составили 27 детей (16 мальчиков и 11 девочек) в возрасте от 10 до 16 лет, страдающих хроническими запорами на фоне СРК (согласно Римским критериям III). По изучению анамнеза выявили: задержка стула (97%), затруднение акта дефекации (98%), спастические боли в животе (78,4%), вздутие живота (83%), «овечий стул» (62%), длительное пребывание в туалете (78%), болезненность заднего прохода (62%), каломазание у 2-х детей из 27 чел. (7,4%), . Почти у половины детей (48%) близкие родственники страдали хроническим запором. Часть детей с целью борьбы с запорами изменяли режим и характер питания (86%), около 56% пациентов применяли слабительные лекарственные средства, пре- и пробиотики, растительные масла (67%) с кратковременным положительным эф-

фектом. 26% детей регулярно использовали для опорожнения очистительные клизмы.

В группе наблюдения с целью лечения был назначен полиэтиленгликоль 4000 (ПЭГ 4000) (форлак, 4г, «Бюфур Ипсен Фарма», Франция) в индивидуальной дозе от 2-х до 4 пакетиков в день. Большая молекулярная масса ПЭГ обусловлена длинными линейными полимерами, которые удерживают молекулы воды посредством водородных связей. В результате после перорального приема препарата увеличивается объем кишечного содержимого.

Результаты исследования: При применении ПЭГ 4000 в течение 2-х недель отмечена нормализация частоты стула у всех наблюдавшихся детей, а также значительное уменьшение и исчезновение других вышеописанных клинических проявлений. Однако для купирования клинического симптома в виде каломазания назначения только монотерапии слабительным средством оказалось недостаточным. Поэтому в терапию были включены антихолинэстеразные средства (прозерин), ноотропы (пирацетам), витаминотерапия (цианокобаламин), физиотерапия (ДДТ на пояснично-крестцовую зону), в результате которых был достигнут терапевтический эффект.

Для лечения хронических запоров курсы назначения составили для большинства детей 3 мес. После отмены препарата рецидив запоров составил 4,8 %. В данной группе оказались дети, длительность заболевания у которых более 2-х лет. Лечение было пролонгировано до 6 мес., - после завершения курса лечения отмечена стойкая и длительная ремиссия. Побочные действия нами не отмечены.

Выводы:

1. ПЭГ 4000 эффективен для лечения синдрома раздраженной кишки у детей с запорами. Очевидно, слабительное действие данного препарата поддерживается благодаря большому объему неабсорбированной жидкости, находящейся в просвете кишечника.

2. Целесообразно обсуждение более длительных курсов лечения запоров у детей с синдромом раздраженной кишки препаратом осмотического действия, таким как ПЭГ 4000. Это необходимо для формирования регулярного рефлекса на дефекацию и соответствующего стереотипа.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ МОНО - И ПОЛИТРАВМОЙ

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

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития РФ,
Пенза

В настоящее время частота тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у травматологических больных неуклонно растёт, достигая по данным, Европейского консенсуса, 150-160 случаев на 100 000 населения в год (О.В. Кочергаев,

2006; И.А. Шарипов, 2008). Тотальная ТЭЛА со смертельным исходом встречается в соотношении 1:1000 человек в год (Н. Vaunatmeaux, 2001; Р.Ф. Капустин и др. 2001).

Тяжелая моно- и политравма, как правило, сопровождается массивной кровопотерей вследствие повреждения внутренних органов груди и живота, а также множественных переломов костей конечностей, таза, позвоночника. (В.А. Соколов, 2006) Характерные при тяжелой моно- и политравме длительный постельный режим и гиподинамия приводят к нарушению сосудистой стенки, попаданию в кровь больного большого количества тканевого тромбопластина, нарушению кровотока (стаз), активации системы гемостаза. Это определяет предрасположенность к тромбозу глубоких вен (ТГВ), частота которого у пострадавших с политравмой существенно выше чем при изолированных травмах, достигая 50% (В.В. Ковтун, Г.М. Кравтуль, 1989; В.Ф. Нечаев и др., 1993; Кузьменко и др., 2000). Особую группу составляют больные с повреждениями костей таза. У этих пациентов ТГВ отмечается в 55-75% случаев, и в 2—10% осложняется ТЭЛА (А.Л. Кричевский, 1994). Рядом авторов отмечается развитие «синдрома гемореологической несостоятельности» в случае гнойно-септических осложнений травматической болезни, что сопровождается тромбозами, тромбофлебитами неинфекционного генеза, инсультами, инфарктами миокарда, ТЭЛА (И.И. Дерябин и др., 1987; С.А. Селезнев и др., 2004).

В настоящее время не существует способов, позволяющих достоверно определить, у кого из пациентов травматолого-ортопедических отделений развивается ТГВ или ТЭЛА. Ультразвуковая доплерография (УЗДГ) - наиболее доступный метод диагностики, который обладает средней чувствительностью, особенно при отсутствии клинических симптомов ТГВ. Золотым стандартом в диагностике ТГВ служит рентгеноконтрастная флебография, однако, этот метод диагностики требует специального оборудования и не приемлем для массовых обследований. Лабораторный маркер фибринообразования - Д-димер при высокой чувствительности (97%) обладает средней (54%) специфичностью для диагностики венозных тромбозов (ВТ) (Панченко Е.П., 2003; Гатин А.В. и соавт., 2011).

Цель исследования: разработать комплексные клиничко-лабораторные диагностические мероприятия для определения вероятности тромбоэмболических осложнений у больных с тяжелой моно- и политравмой различной локализации.

Проведено ретроспективное изучение клиничко-лабораторных данных из историй болезни 20 пациентов травматологических отделений МБУЗ ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина за последние пять лет, пациентов, в возрасте 52-85 лет с тяжелой моно- и политравмой, осложнённой ТЭЛА. Период стационарного лечения составлял от 2 до 17 дней. Пациенты с политравмами после дорожно-транспортных происшествий и кататравмы составляли 70%, с монотравмой – 30%. Превалировали закрытые повреждения нижних конечностей, преимущественно бедренного сегмента (9), таза (6), затем голень (4). Повреждения верхней конечности - у одного. Повреждение грудной клетки доминировало у одно-

го пациента. У шестерых - повреждения осложнились травматическим компенсированным (2) и декомпенсированным обратимым шоком (4). В анамнезе жизни у всех отмечены сопутствующие заболевания: хронический гастрит, недостаточность мозгового кровообращения, язвенная болезнь желудка, ИБС, постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь. Выполнены оперативные вмешательства: скелетное вытяжение нижней конечности - 8, остеосинтез шейки бедренной кости - 5, остеосинтез мыщелков большеберцовой кости - 2. У всех больных имелись факторы высокого риска развития венозных тромбозных осложнений (ВТЭО), которые развились в период от 2-х до 16 суток стационарного лечения. В лечение были включены препараты, влияющие на различные звенья гемостаза. Переливания свежезамороженной плазмы выполнялись с 3-их суток с момента травмы в объеме 300 мл в сутки. Из всех 20 пациентов с ВТЭО умерло - 10.

Клинико-лабораторные показатели анализировались в периоды 1-3, 5-7, 10-14 сутки после травмы и оперативного вмешательства. Тромбоцитарные и эритроцитарные показатели общего анализа крови (гемоглобин, количество эритроцитов, гематокрит) варьировали в зависимости от тяжести травмы и степени кровопотери. Расчетные MCH, MCHC, MCV, RDW оставались в пределах нормы. Однако отмечался повышение уровня тромбоцитов в те же дни, когда появлялся лейкоцитоз, сдвиг влево и ускоренное СОЭ. У пациентов с политравмой наблюдался выраженный рост палочкоядерных нейтрофилов (до 46 %) на 2-3 сутки после травмы и операции. Лейкоцитоз и СОЭ значительно варьировали, вплоть до увеличения в 1,5-7 раз. 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.

Больным с тяжелой сочетанной травмой (n=10), находящихся на лечении в палате интенсивной терапии (ПИТ) проводилось исследование таких гемостазиологических показателей, как МНО, АЧТВ, фибриноген, РФМК, Д-димер, тех-полимер-тест.

Наиболее информативными были монотонно повышенные показатели Д-димера и РФМК по данным ортофенантролинового теста (ОФТ) (до 28-29 мг/%). Показатели фибриногена повышались одновременно с РФМК на 3-4 день, как реакция на массивную травму и оперативное вмешательство. Это отражало процессы активации процессов свертывания крови и повышенной готовности к тромбообразованию. Изменения показателей МНО, АЧТВ, тех-полимер-теста были в нормальных пределах и не отражали динамику посттравматического периода.

На основании полученных результатов можно утверждать, что диагностика бессимптомного течения флелотромбоза, как одной из основных причин тромбозных осложнений, представляет значительные трудности и должна проводиться постоянно в группах риска у пострадавших с тяжелой моно- и политравмой с применением более широкого спектра современных лабо-

раторных методов, отражающих изменения в системе гемостаза, полиморфность анемического и интоксикационного синдромов, и рационального их сочетания. Только комплексная клиничко-лабораторная оценка позволит определить вероятность тромбоэмболических осложнений у больных с тяжелой моно- и политравмой различной локализации.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЛИОКСИДОНИЯ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Н.Г.Герасимова, В.А.Горбатов, Н.А.Васькова, Ю.В.Шувалова, Е.Н.Коваленко, Л.В.Зотова

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева»
Саранск

Целью работы явился анализ эффективности применения полиоксидония (азоксимера бромида) в комплексной терапии бронхиальной астмы у часто болеющих острыми респираторными заболеваниями детей. Проведен анализ историй болезни детей с бронхиальной астмой с оценкой клиничко-инструментальных исследований: выраженности симптомов обострения, потребности в β 2-агонистах короткого действия, функциональных показателей дыхания (пиковой скорости выдоха (ПСВ), суточной вариабельности пиковой скорости выдоха) и лабораторных показателей (содержание каталазы, церулоплазмина в сыворотке крови).

В работе было проанализировано 50 историй болезней детей с бронхиальной астмой, 25 детей в возрасте от 5 до 15 лет, получавших стандартную терапию бронхиальной астмы (ИГКС, небулайзерную терапию с β 2-агонистами короткого действия) и полиоксидоний в дозе 3-6 мг 1 раз в день в/в, 3-5 инъекций на курс, и 25 детей, получавших только стандартную терапию бронхиальной астмы (контрольная группа). Длительность пребывания детей в стационаре составила 15 дней. Проведено исследование крови 10 больных детей с бронхиальной астмой, получавших полиоксидоний в составе комплексной терапии, на содержание церулоплазмина и каталазы.

Сравниваемые группы детей, находившихся на стационарном лечении с диагнозом БА, были сопоставимы по возрасту, степени тяжести заболевания, давности заболевания и выраженности исходных симптомов. В обеих группах преобладали больные со средней степенью тяжести бронхиальной астмы. Установлено, что наиболее значимыми триггерными факторами в анализируемых группах детей с бронхиальной астмой явились: контакт с аллергенами и острая респираторная инфекция.

При поступлении у больных отмечались следующие клиничческие симптомы: приступы удушья в дневное и ночное время, затруднение дыхания при физической нагрузке, кашель и использование бронходилататоров короткого действия в связи с данными эпизодами за последние 4 недели.

В общем анализе крови в обеих группах у детей отмечался лейкоцитоз с повышением количества лимфоцитов и умеренная эозинофилия, в протеинограмме выявлено повышение белков α_2 -фракции.

В I группе вариабельность ПСВ за сутки до 20% наблюдалось у 4 детей (16%), вариабельность 20-30% отмечалось у 18 больных (72%), вариабельность ПСВ более 30% - у 3 детей (12%). Во II группе вариабельность ПСВ до 20% отмечалось у 5 детей (20%), 20-30% наблюдалось у 17 больных (68%), вариабельность более 30% - у 3-х детей (12%).

Проведен анализ клинических симптомов у больных на 15 сутки от начала терапии в стационаре. В I группе приступы удушья в дневное время сохранились лишь у 1 ребенка, отмечалось отсутствие кашля у всех детей в данной группе, что позволило уменьшить потребность в β_2 -агонистах короткого действия для снятия симптомов бронхообструкции, затруднение дыхания при физической нагрузке сохранилось у 2-х детей. Во II группе приступы удушья в дневное время сохранились у 7 больных, в ночное время – у 2 больных, приступы затрудненного дыхания при физической нагрузке наблюдались у 7 детей, сухой кашель сохранился у 5 больных, влажный у 1 ребенка.

Данные объективного осмотра после проведенной терапии на 15 сутки от начала лечения представлены следующим образом: при аускультации легких у детей I группы жесткое дыхание сохранилось у 3 детей (13%), тогда как во II группе жесткое дыхание выслушивалось у 7 человек (28%). Показатели общего анализа крови на 15 сутки от начала лечения в обеих группах у детей приблизились к норме.

Показатели пикфлоуметрии у детей при использовании полиоксидония значительно увеличились и приблизились к возрастной норме, что является достоверным по сравнению с группой детей, получавших стандартную терапию.

Вариабельность ПСВ в процентах за сутки у больных с бронхиальной астмой на 15 сутки от начала лечения: в I группе вариабельность ПСВ до 20% за сутки наблюдалось у 20 детей (80%), вариабельность 20-30% отмечалось у 5 больных (20%), вариабельность более 30% не было. Во II группе вариабельность ПСВ до 20% отмечалось у 14 детей (56%), на 20-30% наблюдалось у 9 больных (36%), вариабельность более 30% было у 2 детей (8%).

Проведено исследование крови 10 больных детей с бронхиальной астмой до- и после лечения стандартной терапией с применением полиоксидония на содержание церулоплазмينا и активности каталазы в сыворотке крови.

Анализ полученных данных показал, что у больных детей БА в период обострения содержание церулоплазмينا в сыворотке крови составило $16,13 \pm 0,522$ мг% ($p < 0,05$), что ниже чем у здоровых в 1,5 раза. Активность каталазы в сыворотке крови до лечения составила $0,658 \pm 0,043$ мккатал/л ($p < 0,05$). Этот показатель в 1,4 раза ниже, чем у здоровых детей.

После проведенного лечения содержание церулоплазмينا и активность каталазы в сыворотке крови повысилась до $22,46 \pm 0,228$ мг% ($p < 0,05$) и

0,829±0,024 ($p < 0,05$) мккатал/л соответственно. Концентрация церулоплазмينا и активность каталазы приблизились к норме.

Таким образом, применение полиоксидония в комплексной терапии бронхиальной астмы у детей позволяет достичь более эффективно критериев контроля над клиническими симптомами. В группе детей с бронхиальной астмы, получавших полиоксидоний в комплексной терапии, достоверно улучшились показатели пикфлоуметрии по сравнению с детьми, получавшими только стандартную терапию. При применении полиоксидония у детей наблюдается достоверное повышение содержания церулоплазмينا и каталазы в сыворотке крови.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ НУТРИЛОН ПЕПТИ ТСЦ ПРИ КИШЕЧНЫХ РАССТРОЙСТВАХ НА ФОНЕ ОРВИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

*М.Н.Гербель, В.И.Струков, Л.Г.Радченко, М.Н.Максимова, С.В.Станина,
Е.В.Филиппова*

ФГБОУ ВПО ПГУ Минобрнауки России,
ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
ГБУЗ ПОДКБ им. Н.Ф.Филатова
Пенза

Кишечные расстройства у детей первого года жизни до настоящего времени занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста, часто приводят к хронической патологии желудочно-кишечного тракта. Лечебное питание является постоянным компонентом на всех этапах болезни, в периоде реконвалесценции, иногда и ведущим.

Цель: исследование эффективности использования у детей первого года жизни с кишечными расстройствами лечебной смеси «Нутрилон Пепти ТСЦ».

На базе Пензенской областной клинической больницы им. Н.Ф. Филатова под наблюдением находились 24 ребенка на искусственном вскармливании в возрасте от 1 до 12 месяцев с кишечными расстройствами на фоне ОРВИ, вызванные условно-патогенной флорой. Из них 10 детей, получали обычные адаптированные молочные смеси - группа I, контрольная и 14 пациентов (группа II) - лечебную смесь «Нутрилон Пепти ТСЦ».

Клинико-лабораторное наблюдение включало: сбор и анализ анамнеза, оценивался общесоматический статус, выраженность и длительность кишечного синдрома, сон ребенка, динамика веса и лабораторные данные (клинические анализы крови и мочи, биохимия крови, копрограмма).

В ходе исследования у наблюдаемых детей наиболее частыми жалобами были: неустойчивый, периодически жидкий стул с непереваренными включениями, боль в животе, метеоризм, срыгивания. По данным копроскопии выявлены: стеаторея с наличием нейтрального жира (54%), жирных кислот (22%) и амилорея (48%).

Всем детям второй группы была назначена лечебная смесь «Нутрилон Пепти ТСЦ». Назначение данной смеси было обусловлено характеристиками продукта, соответствующими особенностям пищеварения и пищевым потребностям детей с кишечными расстройствами.

При использовании лечебной смеси у детей II группы отмечались: хорошая ее переносимость, значительно уменьшились срыгивания, быстро улучшился аппетит, нормализовался сон, положительная динамика прибавки массы тела, тогда как у детей контрольной группы эти показатели остались практически на исходном уровне ($p > 0,05$).

На фоне приема лечебной смеси «Нутрилон Пепти ТСЦ» у детей II группы в течение двух суток в 100% нормализовался стул, в 8 раз уменьшилась стеаторея и 2 раза креаторея и амилорея ($p < 0,01$).

У детей контрольной группы, не получивших лечебного питания, сохранялись кишечные диспепсические жалобы в виде разжиженного стула с непереваженными включениями в 82%, а также копрологические изменения: амилорея и стеаторея у 1/3 детей, что потребовало назначения медикаментозного лечения.

Таким образом: смесь «Нутрилон Пепти ТСЦ», как сбалансированный продукт, может быть рекомендована в качестве лечебного питания при кишечных расстройствах у детей первого года жизни.

Лечебный эффект смеси обусловлен сниженным содержанием лактозы и жиров, 55% которых представлены среднецепочечными триглицеридами, повышенным содержанием белка, оптимальным количеством банановых пищевых волокон, наличием рисовой муки, декстринов, комплекса витаминов и микроэлементов.

ЛЕЧЕНИЕ ПОЛЛИНОЗОВ У ДЕТЕЙ

В.А.Горбатов, М.В.Горбатова, Н.Г.Герасимова, Л.И.Дзюбич, Т.Е.Чашина

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева»
Саранск

Нами изучалась эффективность терапии поллинозов у детей. Проанализированы истории болезни 70 детей (форма № 003/у), в возрасте от 5 до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении аллергологии ДРКБ г. Саранска в 2011 году с диагнозом: «Поллиноз».

Больные были разделены на 3 группы в зависимости от получаемого лечения.

В первой группе ($n=32$) преобладали дети с диагнозами: «Риноконъюнктивальный синдром» – 12 детей и «Сезонный аллергический риносинусит» – 15 детей, у остальных (5 человек) сочетание «Бронхиальная астма, атопическая, легкой степени тяжести, интермиттирующая + сезонный аллергический риносинусит» – 5. Все больные получали специфическую иммунотерапию (СИТ) в период ремиссии заболевания. Лечение проводили по стандартной

схеме (введение аллергенов подкожно 3 раза в день, с учетом результатов обследования) в течение 14-17 дней. Учитывали сезон клинических проявлений болезни со спектром сенсibilизации по результатам обследования и стандартные противопоказания для проведения СИТ.

Вторую группу составили 18 детей с диагнозом: «Поллиноз, ремиссия», имеющие поливалентную сенсibilизацию к двум или более группам пыльцевых аллергенов и дети с гиперэргической реакцией на одну группу аллергенов. Лечение проводилось препаратом «рузам» вне сезона цветения, 2 раза в год. Курс лечения состоял из 10 подкожных инъекций препарата «рузам», проводимых 1 раз в неделю. Разовая доза составляла для детей от 5 до 12 лет – 0,1 мл; старше 12 лет – 0,2 мл. В свою очередь 2 группа (n=18) делилась на 3 подгруппы, в зависимости от курсов лечения «рузамом»: 1 курс (n=7); 2 курса (n=5); 3 курса (n=6). В данной группе преобладали мальчики – 13 (72%), девочек было – 5 (28%). Городских детей было 12 (67%), сельских – 6 (33%).

Третью группу (n=20) составили дети с диагнозом «Поллиноз, обострение», получавшие зиртек и флексоназу. У больных данной группы были выраженные клинические проявления заболевания: затрудненное носовое дыхание, зуд глаз, слезотечение, ринорея.

При поступлении у больных 1-й и 2-й групп жалоб не было, клинические проявления заболевания были незначительны, отмечалась ремиссия.

Проведенное аллергологическое обследование детей с поллинозами по всем 3 группам больных показало, что наиболее частым и в различной степени выраженности проявлением сенсibilизации была пыльцевая аллергия – 27 (38%); сочетание пыльцевой и бытовой аллергии отмечалось у 17 детей (24%); бытовая аллергия отмечалась у 12 детей (18%); сочетание бытовой + пыльцевой + эпидермальной аллергии отмечалось у 10 детей (14%); сочетание бытовой + эпидермальной аллергии отмечалось у 4 (6%).

В 1-й группе средние показатели общего IgE после лечения были несколько выше по сравнению со 2-й группой и составили - 255 МЕ/мл. Во 2-й группе (в подгруппах в зависимости от курсов лечения рузамом) показатели общего Ig E существенно различались и составили: после 1 курса - 339 МЕ/мл, данные недостоверны; после 2-х курсов - 221 МЕ/мл (P<0,001); после 3-х курсов - 145 МЕ/мл. (P<0,001). В 3-й группе средние показатели общего IgE были выше по сравнению с 1 и 2-й группами и составили -346 МЕ/мл.

Оценку эффективности терапии проводили по данным анамнеза, выраженности симптомов поллиноза, частоте обострений, данным клинико - лабораторного обследования. Эффективность СИТ оценивали по угасанию выраженности кожных проб и уменьшению симптомов пыльцевой аллергии в ближайшем весенне-летнем сезоне.

Отмечена высокая эффективность курса специфической иммунотерапии.

Отличный эффект отмечен у 8 (25%) больных, у которых не было обострений поллиноза в весенне-летний период (отмечалась полная ремиссия). Хороший эффект отмечен у 12 (40%) больных, у которых летом, в период цветения растений отмечались небольшие проявления аллергии: заложенность носа,

затруднение носового дыхания, но они все равно отмечали положительную динамику. Удовлетворительный эффект отмечен у 10 (30%) больных, у которых отмечались возникающие симптомы поллиноза, но были менее выражены, чем до лечения, больные обращались к аллергологу с целью коррекции терапии, у них уменьшилась потребность в использовании медикаментозных средств. Без эффекта - СИТ у 2 (5%) больных, лечение вызвало обострение аллергического риносинусита. У одного больного отмечено нарастание эозинофилии в общем анализе крови на фоне терапии.

При лечении препаратом «рузам» больные отмечали положительную динамику в течение заболевания: уменьшались клинические проявления. При использовании препарата «рузам» отмечен хороший эффект у 11 (61%), удовлетворительный эффект у 4 (23%) детей, без эффекта 3 (16%) больных. Отмечено, что уровень общего Ig E, после проведения первого курса неспецифической гипосенсибилизации препаратом «рузам» не является критерием оценки эффективности терапии. Наблюдения показали, что своевременное назначение и проведение неспецифической гипосенсибилизации препаратом «рузам» приводит к снижению чувствительности пациента к данному аллергену. Положительный эффект терапии препаратом «рузам» достигается в большинстве случаев при проведении 3-5 повторных курсов лечения.

Оценка эффективности терапии у больных 3-й группы показала, что у детей отмечается уменьшение клинических проявлений поллиноза к 12 дню лечения в большинстве случаев, но полностью они не исчезают. У части детей сохраняется эозинофилия в анализе крови.

Таким образом, СИТ остается наиболее эффективным методом лечения больных, страдающих поллинозом.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА СЛУЖБЫ КРОВИ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

*И.В.Гордюшина, Н.В.Сопина, П.Л.Кукушкин, С.С.Козак, С.В.Железнякова,
Н.М.Иваногло*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России, ГБУЗ ПОСПК
Пенза

В рамках Государственной политики в сфере здравоохранения, на современном этапе, в Российской Федерации происходит процесс реформирования систем стандартизации и контроля качества в соответствии с Федеральным Законом «О техническом регулировании» 187-ФЗ от 27.12.2002. Согласно данному Закону, международные и национальные стандарты могут использоваться полностью или частично в качестве основы для разработки отечественной нормативной документации.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации проводит работу по упорядочению нормативной базы в сфере производства лекарственных средств, в том числе и гемокомпонентов донорской

крови, на основе GMP и Фармакопеи Европейского Союза, членом которого является Российская Федерация. Следует отметить, что при формировании национальной документальной базы РФ, учитываются специфические особенности донорской крови и ее компонентов.

Донорская кровь и получаемые из нее лечебные продукты (гемокомпоненты) существенным образом отличаются от других лекарственных средств. Прежде всего, уникальностью биологической субстанции, представляющей собой живую ткань человеческого организма. Лечебная эффективность заготовленных гемокомпонентов зависит от многих факторов, основными из которых являются сохранность природных свойств после технологического воздействия в процессе получения, хранения и транспортировки в учреждение здравоохранения. Эти вопросы постоянно находятся в центре внимания исследователей и специалистов, национальных и международных органов здравоохранения.

В связи с этим, в целях повышения эффективности выполнения постановлений, приказов, ГОСТов, и реализации национального проекта МЗ и СР РФ и Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития был разработан порядок организации мониторинга мероприятий по развитию службы крови (приказ МЗ и СР от 07.07.2009. № 416) и акт проверки соблюдения лицензионных требований и условий станциями переливания крови, являющихся одними из основных нормативных документов по проведению внешнего аудита деятельности учреждений службы крови.

Однако, как показала практика, для оценки эффективности и обеспечения гарантированного качества гемокомпонентов, а, следовательно, и обеспечения безопасности гемокомпонентной трансфузионной помощи населению, внешнего аудита недостаточно. С этой целью ГБУЗ ПОСПК был разработан и внедрен в работу алгоритм проведения внутреннего аудита, основанный на ГОСТ Р 53420-2009 «Кровь донорская и ее компоненты», с учетом международных нормативов и рекомендаций ВОЗ, Совета Европы, Европейской Комиссии и Европейской Фармакологии.

Целью проведения внутреннего аудита является обеспечение политики качества по принятию всех необходимых мер для гарантированного установления и поддержания системы качества донорской крови и ее компонентов. Внутренний аудит, проводимый в ГБУЗ ПОСПК, охватывает контроль всех этапов заготовки, переработки, хранения и транспортировки донорской крови и ее компонентов.

Основными задачами аудита являются:

- проверка системы качества на соответствие установленным требованиям;
- определение областей возможного улучшения системы качества;
- проверка и оценка эффективности корректирующих мероприятий.

Нормативной основой аудитов являются стандарты системы качества, национальные стандарты; технические регламенты; приказы и инструкции; рабочая документация (СОПы, инструкции по эксплуатации оборудования, инструкции по технике безопасности) и т.д.

Внутренние аудиты проводятся в соответствии с документально оформленной и утвержденной процедурой, которая включает в себя:

- планирование аудитов;
- разработку плана аудитов (проверок);
- подготовку рабочей документации (в т. ч. опросных листов);
- порядок проведения проверок в организации;
- отчетность по результатам проверок;
- организацию мероприятий по проведению корректирующих действий и контроль их выполнения.

Результатом внутренних аудитов на ПОСПК является получение объективной и достоверной информации, на основе которой формируются обоснованные выводы о состоянии деятельности по системе качества. Данные получают также путем опроса сотрудников, экспертизы документов, анализа результатов предыдущих проверок и мероприятий по устранению недостатков. Все наблюдения и несоответствия, выявленные в ходе проверки, регистрируются и документируются.

В конечном итоге внутренний аудит приводит к обнаружению потенциальных проблем, выявлению отрицательных и положительных тенденций в системе качества. Это дает возможность ПОСПК планировать корректирующие и профилактические мероприятия по совершенствованию деятельности службы крови, направленные на повышение эффективности заготовки, хранения и транспортировки гемокомпонентов, что в конечном итоге приводит к повышению качества оказания гемотрансфузионной медицинской помощи населению.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ВНЕДРЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В СЛУЖБЕ КРОВИ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

*И.В.Гордюшина, Н.В.Сопина, П.Л.Кукушкин, С.С.Козак, С.В.Железнякова,
Н.М.Иваногло*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
ГБУЗ ПОСПК
Пенза

В рамках Программы Модернизации здравоохранения, внедрение информатизационных систем влияет на мониторинг основных показателей, способствует повышению качества выполняемой работы, снижает временные затраты на её выполнение, с 2013 года является обязательным для всех медицинских организаций.

Вместе с тем, вопрос информатизации здравоохранения начался значительно раньше. Использовались средства в рамках Нацпроекта «Здоровье», участие в «пилотных» проектах

С 2008 года Минздравсоцразвития России и Федеральным медико-биологическим агентством в рамках Национального проекта «Здоровье» реали-

зуется масштабная государственная программа развития службы крови. Ход программы осуществляется по трем основным направлениям: техническое переоснащение учреждений службы крови, развитие массового и безвозмездного донорства, создание единой информационной базы данных.

Национальный «пилотный» проект «Развитие службы крови и развитие донорства» предусматривает создание Единого информационного пространства службы трансфузиологии, развитие информационных систем в клинической трансфузиологии, широкий информационный обмен между организациями и лицами, занимающимися трансфузиологией (как производственной, так и клинической).

На ГБУЗ ПОСПК в 2008 году началось внедрение государственной информационной сети в составе единого федерального информационного центра, действующего на базе Центра крови ФМБА России. Из федерального бюджета на внедрение программы «АИСТ» было выделено более 20 миллионов рублей для Пензенского региона.

Имеющаяся до 2008 года собственная локальная информационная система была плавно заменена системой, имеющей выход в Интернет, что позволило в оперативном режиме обмениваться информацией со службой крови Российской Федерации.

Информационная система АИСТ «Центр крови» предназначена для комплексной информатизации процесса заготовки, обследования, хранения, распределения крови и ее компонентов. Это позволяет значительно повысить безопасность и продуктивность производства, ввести дополнительные ступени контроля качества, обеспечить оперативную информированность руководства ГБУЗ ПОСПК. Информационная система внедрялась поэтапно.

На первом этапе внедрения информационных систем, была создана и запущена в работу электронная картотека доноров. Картотека включает основные параметры: результаты обследования доноров до забора крови, кратность визитов, медицинские отводы и др.

В последующем, были введены такие данные, как: учет всех результатов лабораторных исследований (гематология, биохимия, иммуно-гематология, иммуноферментные анализы, ПЦР-исследования), данные о любой произведенной или полученной продукции с момента состоявшегося забора крови. И только после этого препараты крови могут попасть в лечебную сеть.

В настоящее время на ГБУЗ ПОСПК, с учетом данных картотек, ведется обязательная первичная проверка доноров. Проводится контроль соблюдения сроков между процедурами.

Тщательное обследование доноров не исключает «отводов», то есть недопущение донора к сдаче крови. База данных медицинских отводов (постоянных, либо временных) регулярно анализируется. В базу данных вносится информация об инфекциях, выявленных непосредственно в КДЛ ГБУЗ ПОСПК. Кроме того, осуществляется импорт данных, на электронном либо бумажном носителе из других учреждений здравоохранения (ГБУЗ «Центр по профилактике и

борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», ГБУЗ «ПОЦСВМП», ФГУЗ «ЦГ и ЭМ в Пензенской области» и др.)

Внедрение информационной системы «АИСТ» позволило отслеживать судьбы доноров и заготовленной от них крови и гемокомпонентов, что способствует повышению эффективности мероприятий по выявлению посттрансфузионных реакций и осложнений, обеспечивает иммуногематологическую и инфекционную безопасность гемотрансфузионной терапии.

За счет автоматизации процессов существенно повысился уровень безопасности. Бракованная и неапробированная продукция не попадет в лечебное учреждение, поскольку система автоматически блокирует данный процесс, что позволяет привести к минимуму человеческий фактор, как одну из причин возможных ошибок.

Таким образом, информационное сопровождение технологических процессов заготовки, переработки, хранения, транспортировки донорской крови и ее компонентов, способствует приведению деятельности учреждений службы крови к информационной стандартизации, а также к обеспечению безопасности гемокомпонентой терапии.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИОКСИДОНИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ ГОРОДА КАЗАНИ

А.П.Горшенина, О.Ю.Кузнецова

ГБСМП№2, ФГБОУ ВПО КНИТУ, Казань

Для профилактики острых респираторных заболеваний на промышленных предприятиях города Казани применяли полиоксидоний – отечественный иммуномодулятор с широким спектром фармакологического действия, не имеющий аналогов в мире (Некрасов А.В. и соавт., 2002), созданный в ГНУ – Институт иммунологии Минздрава РФ. Полиоксидоний (таблетки 12 мг) обладает иммуномоделирующим действием. Препарат увеличивает резистентность организма в отношении бактериальных, грибковых и вирусных инфекций. Основой механизма иммуномоделирующего действия полиоксидония является повышение способности лейкоцитов фагоцитировать микробы, стимулировать при исходно пониженных показателях продукция цитокинов, активирующих иммунитет, усиливать антителообразование к инфекционным агентам.

Полиоксидоний активировал фагоциты периферической крови и тканевые макрофаги, что способствует более быстрой элиминации возбудителей из организма при наличии очага инфекции. Полиоксидоний активировал лимфоидные клетки, находящиеся в регионарных лимфотических узлах, а именно В-клетки, продуцирующие секреторный IgA.

С целью профилактики назначали полиоксидоний работникам промышленных предприятий по 2 таблетки per os, через 12 часов 2 раза в день в течение

10 дней. В год профилактику полиоксидонием работникам проводили 2 раза в предэпидемический период.

Нами было обследовано 112 работников промышленных предприятий часто болеющих острыми респираторными заболеваниями в возрасте от 20 до 55 лет. Срок наблюдения составил от 3 до 5 лет.

Иммунологический статус оценивали по показателям клеточного иммунитета (постановка реакции бласттрансформации лимфоцитов с фитогемагглютинином, определение Т-лимфоцитов), гуморального иммунитета (определение иммуноглобулинов класса G, M, A в сыворотке крови, а также В-лимфоцитов). Изучали функциональную активность системы нейтрофильного фагоцитоза путем постановки НСТ-теста, определения опсонической активности сыворотки крови. Определяли С3 компонент комплемента.

До проведения профилактики полиоксидонием у работников промышленных предприятий было обнаружено достоверное ($p < 0,05$) снижение показателей реакции бласттрансформации лимфоцитов; число Т-лимфоцитов и концентрации IgG, IgA и IgM оставались в норме. В системе нейтрофильного фагоцитоза наблюдали повышение спонтанной реакции и снижение индуцированной.

После профилактики полиоксидонием у работников промышленных предприятий города Казани отмечено достоверное ($p < 0,05$) повышение показателей реакции бласттрансформации лимфоцитов, числа Т-лимфоцитов, а также концентрации IgG. В системе нейтрофильного фагоцитоза выявлено снижение спонтанной и повышение индуцированной реакции.

Применение профилактики, проведенной полиоксидонием часто болеющим работникам промышленных предприятий города Казани, способствует уменьшению частоты острых респираторных заболеваний, их продолжительности и более легкому течению заболевания, повышает иммунный статус работников, что позволяет сократить сроки трудовой и медицинской реабилитации.

ВЫБОР ЭФФЕКТИВНЫХ КОМБИНАЦИЙ ИНДАПАМИДА С РАЗЛИЧНЫМИ ПРОИЗВОДНЫМИ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Е.В.Гриднева, Б.Г.Искендеров, О.Н.Сисина, Т.Н.Белугина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
Пенза

Цель работы: оценить кардиогемодинамические и гипотензивный эффекты комбинаций индапамида (Арифона) с амлодипином (кардилопином) и верапамиллом ретард (изоптином СР) у больных с артериальной гипертензией (АГ) I-II степени при 8-недельной терапии.

Материал и методы. Обследовано 20 мужчин и 17 женщин с АГ I и II степени. Возраст больных составил от 43 до 65 лет. Из них у 12 больных была выявлена АГ I степени и у 25 – II степень. При I степени АГ показанием к ком-

бинированной терапии являлся высокий сердечно-сосудистый риск (III и IV степени). Больные были разделены на 2 сопоставимые группы. В 1-й группе (18 больных) использовали комбинацию Арифона и кардилопина в дозе 10-20 мг/сут., во 2-й группе (19 больных) - Арифона и изоптина СР в дозе 120-240 мг/сут. До и после лечения больным проводили доплер-эхокардиографию и суточное мониторирование АД (СМАД). У 18 больных выявлен тип диппер, у 12 – нон-диппер, у 3 – найт-пикер и у 4 – овер-диппер.

Результаты исследования. Цифры АД нормализовались (ниже 140/90 мм.рт.ст.) на фоне лечения у всех больных с I степенью АГ. У больных со II степенью АГ терапия в 1-й группе нормализовала АД в 82,9% случаев и во 2-й группе – в 85,7% случаев. Более того, в 1-й группе среднесуточные показатели систолического и диастолического АД (САД, ДАД) снизились на 35 ± 4 и 13 ± 2 мм рт.ст. соответственно ($p<0,01$), а во 2-й группе – на 31 ± 3 и 12 ± 2 мм рт.ст. соответственно ($p<0,01$). Величины индекса времени (ИВ) нагрузки САД и ДАД за сутки в сравниваемых группах снизились в 2,5-3 раза и в 1-й группе составили 28 ± 2 и $23\pm 2\%$ соответственно, во 2-й группе – 30 ± 3 и $21\pm 2\%$ соответственно. В 1-й группе ЧСС по сравнению с исходным значением изменилась незначительно: от -5 до $+7$ уд/мин, но во 2-й группе у всех больных наблюдалось уменьшение ЧСС на 5-15 уд/мин и в среднем - на 14,3% ($p<0,01$). В 1-й группе нормализация суточного профиля АД отмечалась в 66,7% случаев и во 2-й группе – в 73,7% случаев.

В зависимости от типа кровообращения в группах были выявлены следующие различия: в 1-й группе существенные изменения показателей кардиогемодинамики были выявлены у больных с эу- и гипокинетическими типами. Достоверно увеличились показатели УИ, СИ и ФВ при исходно сниженной насосной функции сердца: в среднем на 16,5; 15,5 и 12,4% соответственно ($p<0,05$). Изменения ЧСС были незначительны (от -7 до $+4$ уд/мин). Снижение ОПСС по сравнению с гиперкинетическим типом было достоверно и составило 21,1% ($p<0,001$). Также достоверно уменьшились размеры ЛЖ – КСО и КДО: на 12,9 и 9,1% соответственно ($p<0,05$). В результате объемной разгрузки ЛЖ достоверно уменьшился ИММЛЖ: с $178,2\pm 5,7$ до $160,7\pm 5,4$ г/м² ($p<0,05$).

Существенные изменения показателей были отмечены при гиперкинетическом типе во 2-й группе. При этом достоверно уменьшилась ЧСС на 14 ± 2 уд/мин ($p<0,01$). За счет уменьшения ЧСС и УИ (в среднем на 17,1%; $p<0,01$) достоверно снизился СИ (с $3,37\pm 0,12$ до $2,71\pm 0,11$ л/мин/м²; $p<0,001$), а также уменьшилась ФВ (с $66,8\pm 2,3$ до $60,1\pm 2,1\%$; $p<0,05$). Несмотря на уменьшение сердечного выброса, ОПСС снизилось с $1401,8\pm 50,7$ до $1220,8\pm 45,7$ дин•с•см⁻⁵ ($p<0,05$). В результате, достоверно уменьшились САД и ДАД на 21,3% и 16,9% соответственно. При эу- и гипокинетическом типах показатели УИ, СИ, ФВ и Vcf изменились незначительно ($p>0,05$). Однако показатели САД, ДАД и ОПСС снизились достоверно.

Известно, что нарушение диастолического кровенаполнения ЛЖ нередко предшествует развитию ГЛЖ и сердечной недостаточности. Поэтому важно изучение влияния комбинаций индапамида с верапамилом ретард и амлодипи-

ном на показатели ТМДП и тем более, эффекты изучаемых антагонистов кальция различаются. Диастолическую дисфункцию ЛЖ (ДДЛЖ) диагностировали у 91,9% больных, из них у 58,8% больных выявлен I тип, у 14,7% – II тип (псевдонормальный) и у 26,5% – III тип (рестриктивный).

Изучение динамики показателей ТМДП на фоне лечения показало наличие различий в зависимости от типа ДДЛЖ. Так, в 1-й группе, наиболее выраженные сдвиги показателей ТМДП отмечены у больных с III типом ДДЛЖ. В частности, показатели V_e и V_e/V_a уменьшились в среднем на 17,3% ($p < 0,01$) и 24,6% ($p < 0,001$) соответственно, приближаясь к нормативным величинам. Показатели V_a , ВИВР и Тзам., наоборот, увеличились в среднем на 18,2; 10,8 и 11,1% соответственно. Также достоверно снизились показатели КДО, КСО и ЛП. Необходимо отметить, что у больных со II типом ДДЛЖ в 1-й группе достоверно изменились скоростные показатели ТМДП – V_e и V_a , а во 2-й группе – преимущественно временные показатели (ВИВР, Тзам.). Однако выраженность этих изменений уступали таковой у больных с I и III типами ДДЛЖ в соответствующих группах больных.

Во 2-й группе более выраженные изменения показателей ТМДП отмечены у больных с I типом ДДЛЖ. При этом показатели V_a , ВИВР и Тзам. достоверно уменьшились в среднем на 17,8; 23,4% и 14,6% соответственно. Наоборот, показатели V_e и V_e/V_a увеличились в среднем на 18,7% ($p < 0,01$) и 41,4% ($p < 0,001$) соответственно. При III типе ДДЛЖ и на фоне урежения ЧСС (в среднем на 13,4%; $p < 0,05$) достоверно увеличились ВИВР и Тзам. в среднем на 15,4% ($p < 0,01$) и 13,5% ($p < 0,05$) соответственно.

Итак, комбинация индапамида с верапамилом ретард более целесообразна при гиперкинетическом типе кровообращения, циркадиальных ритмах АД нондиппер и найт-пикер и I типе ДДЛЖ. Комбинация индапамида с амлодипином предпочтительна при эу- и гипокинетическом типах кровообращения и II-III типе ДДЛЖ.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И НАРУШЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Е.Е.Гришаева, К.В.Черезов

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
Пенза

Проблема артериальной гипертензии (АГ) беременных является чрезвычайно важной сегодня медико-социальной проблемой репродуктивного здоровья нации. АГ, гестоз в развитых странах являются ведущими причинами заболеваемости и смертности матери, плода и новорожденного, а также негативного отдаленного прогноза для женщин и дальнейшего развития детей. Вегетативные нарушения встречаются у 25-80% населения. Хроническая внутриутробная гипоксия плода выявляется у 35%, а внутриутробная задержка развития плода у

9% беременных женщин с вегето-сосудистой дистонией. Угроза прерывания беременности встречается у каждой второй женщины с вегето-сосудистой дистонией. Существует множество различных классификаций вегетативных нарушений, при этом отсутствует единодушие среди исследователей практически по всем ключевым вопросам. Влияние нарушения вегетативного статуса на развитие плода в доступной литературе не изучено. Отсутствуют критерии оценки выраженности вегетативных нарушений. Представляется наиболее клинически значимым выработка критериев оценки выраженности вегетативных нарушений, их влияние на состояние матери и плода.

Целью исследования явилось изучение клинического значения вариабельности сердечного ритма (ВРС) и вегетативных нарушений у беременных с артериальной гипертензией.

В исследование включены 124 беременные в возрасте $27,9 \pm 6,7$ лет, из них с нормальным уровнем артериального давления (АД) – 44 женщины (35%), с АГ – 80 беременных (65%). Обследуемым проводили суточное мониторирование АД (СМАД) («Петр Телегин», Н.Новгород) и электрокардиографии («Медитек», Москва) с определением временных и спектральных характеристик ВРС, общепринятых параметров СМАД. В перечень учитываемых нарушений развития плода вошли: оценка по шкале Апгар на 7 баллов и ниже, гипотрофия плода, крупный плод, хроническая плацентарная недостаточность, внутриутробная гипоксия плода, внутриутробная задержка развития плода, церебральная ишемия, симптом гиповозбудимости, пневмопатия и пороки развития.

Обследуемым рассчитывали вегетативный индекс Кердо (ВИК) по формуле: $100 \cdot (1 - \text{диастолическое АД} / \text{частота сердечных сокращений})$.

Показатели ВРС обследуемых женщин с нормальным уровнем АД не превышали пределы допустимого диапазона для нетренированных лиц молодого возраста. У беременных отмечалась умеренная общая мощность спектра нейрогуморальной модуляции при относительном преобладании активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Выявлена неоднородность беременных с АГ по показателям ВРС, в сравнении с контрольной группой выделены три подгруппы беременных с АГ: нормальной ВРС (48% беременных), низкой (30%) и высокой (22%). Разделение беременных с АГ на подгруппы привело к выявлению достоверных отличий, в том числе по показателям спектрального анализа трех подгрупп. Преобладание коэффициента соотношения низкого и высокочастотного компонентов вегетативной регуляции у беременных с пониженной ВРС свидетельствует о сдвиге в сторону гиперсимпатикотонии.

В зависимости от степени нарушения вегетативного статуса и уровня АД выделено 4 группы беременных: с нормальным АД, с АГ I степени без нарушения вегетативного статуса (ВС) (1 группа) – 55 женщин (44%); с АГ II степени без нарушения ВС (2 группа) – 39 (32%); с АГ III степени без нарушения ВС (3 группа) – 13 (10%); с нарушением ВС вне зависимости от АД (4 группа) – 17 (14%). В 1 группе нарушение развития плода имело место у 39 женщин (71% случаев), из них у 23 (42%) выявлены единичные нарушения развития плода.

Во 2 группе - 35 (29%) нарушений развития плода, у 14 (12%) - единичные нарушения. В 3 группе – 10 (80%) нарушений, из них в одном случае (10%) - изолированное. В 4 группе - 17 (100%) нарушений, изолированных нет.

Таким образом, у беременных с нормальным уровнем артериального давления показатели variability сердечного ритма не превысили допустимых значений, а у женщин с артериальной гипертензией оказались неоднородными. При пониженной variability сердечного ритма отмечалось доминирование влияний симпатического отдела вегетативной нервной системы. Установлена взаимосвязь вегетативных нарушений во время беременности с развитием плода. Необходима разработка критериев оценки выраженности вегетативных нарушений и методов их коррекции у беременных с артериальной гипертензией.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ

В.Ю.Гудошников, О.В.Афонин, В.Н.Лесин

ГБУЗ «Областной онкологический диспансер»
Пенза

На современном этапе развития хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии расширяются возможности выполнения масштабных по объему оперативных вмешательств. Несмотря на успехи диагностики рака толстой кишки, большое число больных поступает в стационар с местно-распространенными формами заболевания. Нередко при опухолях, распространяющихся на соседние органы, хирурги отказываются от выполнения радикальных операций. Даже при выполнении комбинированных операций, наиболее часто выполняются вмешательства при вовлечении в процесс органов женской половой сферы, тонкой кишки, брюшной стенки. Значительно реже выполняются операции на толстой кишке со смежным поражением мочевого пузыря.

В Пензенском ООД за последние 7 лет выполнено 34 операции по поводу местно-распространенного рака толстой кишки с поражением мочевого пузыря. У данной группы больных отдаленных метастазов при обследовании и интраоперационной ревизии не выявлено.

Женщин – 18. Мужчин – 16. Средний возраст 61 год (от 23 до 80 лет).

По локализации первичного очага больные распределились следующим образом: рак слепой кишки - 2, рак сигмовидной кишки - 18, рак ректосигмоидного отдела - 5, рак прямой кишки – 9.

Из оперированных у 7 больных дооперационно диагностированы пузырно-кишечные свищи, у 2 больных опухоль была рецидивной (после ранее выполненных операций).

Основные типы радикально выполненных операций на толстой кишке: гемиколэктомия справа - 2, резекция сигмовидной кишки - 12, передняя резекция - 2, операция типа Гартмана - 9, брюшно-анальная резекция прямой кишки

- 1, брюшно-промежностная экстирпация - 7, резекция опухоли культи сигмы с восстановительным этапом - 1.

С наложением кишечного анастомоза выполнено 16 операций (47%). Одна операция закончилась выведением неуретерокутаностомы (экстирпация мочевого пузыря), 9 операций с наложением разгрузочных цистостом. В последующем цистостомы ликвидированы с восстановлением самостоятельного мочеиспускания. В половине случаев операции выполнялись с привлечением онкоурологов. Объем вмешательства на мочевом пузыре: экстирпация - 1, гемирезекция - 12, плоскостная резекция - 10, атипичная резекция - 11.

Кроме резекции мочевого пузыря в комбинации удаляемых органов входили: матка с придатками - 5, тонкая кишка - 4, брюшная стенка - 4, нижняя треть мочеочника с уретероцистоанастомозом - 3, яичник - 2, предстательная железа - 1.

У 4 больных операции сочетались с пластикой послеоперационных вентральных грыж. При гистологическом исследовании удаленных опухолей у всех больных выявлена аденокарцинома той или иной степени дифференцировки.

При морфологическом изучении удаленных во время операции препаратов отмечены стадии T3 и T4 по системе TNM, которые наблюдались соответственно у 16,6% и 83,3% больных. Регионарные метастазы обнаружены у 41,6% оперированных больных.

Послеоперационные осложнения были у 9 пациентов (26,5%): эвентрация - 2, нагноение мочевого затека - 1, паракулит прямой кишки - 1, несостоятельность толсто-толстокишечного анастомоза, перитонит - 1, мочевой свищ - 1, ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость - 2, острый орхит, абсцесс правого яичка - 1. Летальных исходов не было.

Из оперированных больных на данный момент умерли 12 (35,3%), из них 2 пациента (77 и 80 лет) умерли в течение 1 месяца после выписки из стационара по причинам не связанным с основным заболеванием. Средняя продолжительность жизни составляет 36 месяцев.

Выводы:

1. При местнораспространенном раке толстой кишки необходимо выполнение комбинированных операций.
2. Комбинированные операции увеличивают продолжительность и качество жизни пациентов.
3. Данные операции целесообразно выполнять в специализированных стационарах, имеющих опыт онкоурологии.

ТОПИЧЕСКАЯ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ НАРУЖНЫХ ОТИТОВ

Т.Ф.Демирова

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пензенской области»
Пенза

В амбулаторно-поликлинической работе врача-оториноларинголога поликлиники МСЧ МВД по Пензенской области наружный отит является лидером среди ушной патологии и составляет 58% от всех болезней уха. Учитывая полиэтиологический характер наружных отитов, принципиально важное значение для их диагностики и лечения имеет исследование микрофлоры из наружного слухового прохода.

Цели исследования:

1. Выявить основных возбудителей наружного отита.
2. Определить антибиотики, обладающие наиболее высокой активностью к микрофлоре воспаленного наружного слухового прохода.
3. Оценить обоснованность применения существующих в настоящее время многочисленных ушных капель и мазей с целью топической терапии наружного отита.

Исследовано 166 больных, получавших лечение по поводу наружного отита в период 2009-2011 гг. В 6 случаях посева роста не обнаружили. Данные проведенного исследования представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1.

Возбудители наружного отита

№ п/п	Микрофлора наружных слуховых проходов	Число случаев		Доля, %	Монофлора, %	Смешанная флора, %	Частые ассоциации микрофлоры
		абс.	%				
1.	Staphylococcus epidermidis	83	52	38	66	34	- Ps. aeruginosa - гр.п. Aspergillus - гр.п. Candida
2.	Staphylococcus aureus	49	31	23	59	41	- Ps. aeruginosa - гр.п. Aspergillus - гр.п. Candida
3.	Pseudomonas aeruginosa	35	22	16	34	66	- St. aureus - St. epidermidis - гр.п. Candida
4.	грибы рода Aspergillus	26	16	12	58	42	- St. epidermidis - St. aureus
5.	грибы рода Candida	11	7	5	-	100	- St. epidermidis - St. aureus - Ps. aeruginosa
6.	Escherichia coli	7	4	3	29	71	- St. epidermidis - гр.п. Candida
7.	Klebsiella spp	4	2,5	2	-	100	- St. aureus - St. epidermidis
8.	Proteus spp	2	1,25	1	-	100	- St. aureus - St. epidermidis

Таблица 2.

Чувствительность возбудителей наружного отита
к антибактериальным препаратам

№ п/п	микрофлора антибиотики	St. epidermidis %		St. aureus %		Ps. aeruginosa %		E. coli %		Klebsiella spp %		Proteus spp %	
		+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
1.	Фторхинолоны	45	55	47	53	100	0	78	22	100	0	100	0
2.	Аминогликозиды	63	37	84	16	92	8	0	100	100	0	0	100
3.	Рифампицин	78	22	100	0	0	100	0	100	0	100		
4.	Цефалоспорины	88	12	87	13	30	70	83	17	20	80	0	100
5.	Амоксициллин	41	59	37	63	0	100	0	100				

«+» микрофлора чувствительна, «-» микрофлора резистентна

Анализ данных исследования.

1. Частыми возбудителями наружного отита являются *St.epidermidis* – 38%, *St.aureus* – 23%, *Ps.aeruginosa* – 16%, гр.р. *Aspergillus* – 12%. Реже высеваются гр.р. *Candida* – 5%, *E.coli* – 3%, *Klebsiella spp* – 2%, *Proteus spp* – 1%. Около 3,7% посевов из наружного слухового прохода оказались стерильными. Грибы занимают IV место по частоте высевания и составляют 17%, при этом доля аспергиллеза достигает 70%, кандидоза - 30%. У 69% больных обнаружена монофлора, у 31% больных – смешанная микрофлора. Интересно, что не обнаружены ассоциации таких частых возбудителей как: *St.epidermidis* и *St.aureus*, *Ps.aeruginosa* и гр.р. *Aspergillus*, а высеваемые реже гр.р. *Candida*, *Klebsiella spp*, *Proteus spp* обнаружены лишь в составе смешанной микрофлоры.
2. Наилучшим антибактериальным действием на определенных возбудителей наружного отита обладают: фторхинолоны (78-100%), аминогликозиды (63-100%), рифампицин (78-100%), цефалоспорины (83-88%). Наибольшую эффективность показали цiproфлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин, гентамицин, неомицин, цефтриаксон, рифампицин. Плохая чувствительность отмечается у амоксициллина. В таблице №2 не отображено действие макролидов из-за их высокого уровня резистентности к представленной микрофлоре.
3. Выявленные при исследовании наиболее эффективные антибиотики широко представлены в настоящее время в составе таких ушных капель и мазей, как Данцил, Ципромед, Комбинил Дуо, Гаразон, Полидекса, Анауран, Отофа, Кандибиотик, Тридерм, Пимафукорт, оказывающих местное антимикробное, антимикотическое, противовоспалительное, обезболивающее действие.

Выводы.

- I. Местная терапия (тщательный туалет уха, применение обоснованно эффективных ушных капель и мазей, физиолечение) является основным методом лечения наружного отита.
- II. Для достижения высокого местного терапевтического эффекта необходимо учитывать характер микрофлоры, вызывающей воспалительный процесс в наружном слуховом проходе, и фармакодинамику используемых лекарственных препаратов в составе ушных капель и мазей.
- III. Топическая этиопатогенетическая терапия является обоснованно приоритетным, достаточно эффективным методом лечения наружных отитов и более безопасна, чем общее системное применение лекарственных препаратов.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

С.Л.Дземешкевич, А.И.Черепанин, О.Н.Антонов, А.В.Рыбальченко

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития РФ
Москва

Цель исследования: Улучшить результаты лечения больных с сочетанными осложнениями язвенной болезни (стенозирующими кровоточащими пилородуоденальными язвами).

Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 110 пациентов со стенозирующими кровоточащими пилородуоденальными язвами (СКПДЯ). Средний возраст составил 51 год (19-85 лет). При поступлении всем больным проводилась ЭГДС с целью выявления источника кровотечения и оценки местного гемостаза, при технической возможности выполнялся эндоскопический гемостаз. По степени пилородуоденального стеноза (ПДС) больные распределились следующим образом: компенсированный – 50% (55 пациентов), субкомпенсированный – 44% (48 пациентов), декомпенсированный – 6% (7 пациентов). При декомпенсированном ПДС источник кровотечения был недоступен осмотру и диагноз кровотечения был установлен на основании косвенных признаков. При субкомпенсированном стенозе у 8 пациентов (16,7%) источник кровотечения был доступен осмотру частично.

Результаты и обсуждение: При поступлении в связи с продолжающимся кровотечением экстренно прооперировано 13 пациентов, летальность составила 15,4%.

После кратковременной предоперационной подготовки по срочным показаниям, в связи с угрозой рецидива ЖКК выполнены оперативные пособия 13 пациентам, летальных исходов в данной группе не было.

У 84 пациентов, получавших консервативную терапию, отметили высокую частоту рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК), которая находилась в прямой зависимости от степени ПДС. Так, рецидивы ЯГДК отмечены у 28,6% (24 пациента), сроки возникновения колебались от 1 часа до 14 суток. У 13 пациентов (54% от общего числа пациентов с рецидивом ЯГДК) рецидив ЯГДК возник в течение 24 часов с момента поступления. Из 42 пациентов с компенсированным ПДС рецидив ЯГДК отмечен у 17% (7 пациентов), из 36 пациентов с субкомпенсированным ПДС – у 36% (13 пациентов), из 6 пациентов с декомпенсированным стенозом – у 67% (4 пациента). При ЭГДС в группе с рецидивом ЯГДК у 20 пациентов (83,3%) размер язвенного дефекта составлял более 1 см. Состояние всех больных с рецидивом ЯГДК расценено как крайне тяжелое, у 16 пациентов (66,7%) имелась тяжелая сопутствующая патология. Из всех пациентов с рецидивом ЯГДК экстренно оперированы 20 пациентов, летальность составила 27,8%. Из 6 пациентов с рецидивом ЯГДК, проведенных консервативно, скончались 4 пациента (66,7%), консервативная тактика была обусловлена крайне тяжелым исходным состоянием, категорическим отказом пациентов от выполнения операции.

У 60 пациентов, пролеченных консервативно и не имеющих рецидивов ЯГДК, летальность составила 10%. Летальность в данной группе обусловлена крайне тяжелым состоянием при поступлении или развившимся на фоне некоррегированной гиповолемии острым инфарктом миокарда.

Общая летальность составила 15,45% (17 пациентов).

Выводы: Больные со СКПДЯ относятся к группе высокого риска возникновения рецидива ЯГДК. Рецидив кровотечения – основной ключевой фактор, влияющий на летальность при СКПДЯ. Между степенью ПДС и частотой возникновения рецидивов ЯГДК имеется прямая зависимость. У пациентов со СКПДЯ наилучшие показатели получены после срочных операций, выполненных после кратковременной предоперационной подготовки.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭНТЕРАЛЬНОГО ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ СТЕНОЗОМ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (СВОЖ и ДПК)

*С.Л.Дземешкевич, А.С.Шкода, А.В.Пугаев, В.В.Соболев, М.Г.Негребов,
О.Н.Антонов*

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им И.М. Сеченова,
Городская клиническая больница №67 им. Л.А. Ворохобова
Москва

Лечение больных со СВОЖ и ДПК представляет собой достаточно сложную задачу, а послеоперационная летальность при лечении этого осложнения остается высокой (до 20%). Пациенты со СВОЖ и ДПК любой этиологии страдают от разной степени тяжести трофической недостаточности (ТН) и других расстройств гомеостаза. При этом недостаточная коррекция этих нарушений

перед операцией считается основной причиной неблагоприятных исходов хирургического лечения больных со СВОЖ и ДПК. В последнее время большинство авторов в лечении ТН отдают предпочтение энтеральному способу введения нутриентов, как более физиологичному, простому в исполнении и более дешевому. Однако обеспечение энтерального доступа у этой категории больных сводится к постановке назоэнтерального зонда. (НЭЗ). В случаях, когда постановка НЭЗ невозможна, что, как правило, встречается у больных с декомпенсированным СВОЖ и ДПК, считается необходимым проведение полного парентерального питания.

Нами разработан способ обеспечения энтерального доступа у больных со СВОЖ и ДПК, когда постановка НЭЗ невозможна. Этот способ заключается в оперативной постановке зонда в тощую кишку путем выполнения модифицированной еюностомии по Витцелю из мини-доступа. Операции осуществляли под местным обезболиванием 0,25%-ым раствором новокаина и в/в наркозом. При выполнении операций использовали левый верхний трансректальный разрез на 4-5 см выше пупка и длиной до 4 см. Такой разрез, по нашему мнению, более удобен для визуализации первой петли тощей кишки и в последующем доставляет меньше неудобств для выполнения операции по устранению стеноза. На этапе разработки методики, осуществляли фиксацию кишки к париетальной брюшине в месте введения катетера. В связи с кишечным стазом в приводящей петле, характерным для такого способа еюностомии разработали методику без фиксации кишки к передней брюшной стенке, но с подшиванием места введения катетера к большому сальнику. В последующем тощую кишку не фиксировали, что позволило избежать явлений стаза и значительно сократило время операции. Сразу после обеспечения энтерального доступа начинали вводить в тощую кишку теплый (37°C) изотоничный глюкозо-солевой раствор (500мл) со скоростью введения 20-40 капель в минуту. При отсутствии побочных явлений (схваткообразные боли, чувство распирания в животе) приступали к введению 50%-ого раствора сбалансированной энтеральной смеси (Изокал, Клинутрен, Пептамен) в количестве 500 мл со скоростью введения 120-150 мл/ч. Постепенно объем и концентрацию смеси наращивали и на 4-5 сутки все пациенты получали в среднем 30-35 ккал/кг в сутки. Всем пациентам осуществляли фракционную (2-3 раза в сутки) или постоянную декомпрессию желудка назогастральным зондом. Потери из желудка после фильтрации, возвращали в тощую кишку.

Энтеральный доступ путем еюностомии осуществили 28 пациентам со СВОЖ и ДПК язвенной и раковой этиологии, при этом осложнений не отмечали. В последующем всем больным были выполнены различные операции по устранению стеноза. Послеоперационная летальность - 0.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОСТОЯНИЕ ТРОФИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ЯЗВАМИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

С.Л.Дземешкевич, А.С.Шкода, А.В.Пугаев, М.Г.Негребов, С.В.Калачев, О.Н.Антонов, Л.В.Александров, Я.М.Коротенков, М.Р.Ба, И.А.Логинов, Н.В.Харькова

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
Городская клиническая больница №67 им. Л.А. Ворохобова
Москва

Целью исследования явилось изучить состояние трофического статуса и факторы, влияющие на его нарушения у пациентов с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Провели оценку трофического статуса у 338 (100%) больных с перфоративными язвами желудка и ДПК при поступлении. У 284 (84%) пациентов выявили снижение идеальной массы тела, общего белка плазмы, альбумина, трансферрина, абсолютного числа лимфоцитов и уменьшение кожно-жировой складки, окружности плеча.

Так, нарушения трофического статуса легкой степени тяжести установили у 148 (43,8%) пациентов, средней у 72 (21,3%), тяжелой у 64 (18,9%). Отметили, что только у 54 (16%) больных нарушение трофического статуса отсутствовали.

Установили, что нарушения трофического статуса связаны с длительностью язвенного анамнеза, возрастом, наличием сопутствующих заболеваний. Так, чем продолжительней язвенный анамнез, старше возраст больных и тяжелее сопутствующая патология, тем выражение изменения трофического статуса.

Изучили влияние способа оперативного лечения на развитие белково-энергетической недостаточности в раннем послеоперационном периоде у пациентов с перфоративными язвами желудка и ДПК.

На основании проведенного анализа установили, что наиболее выраженные изменения трофического статуса были у больных перенесших резекции желудка - 80(23,6%), а пациенты, которым выполняли иссечение перфоративных язв желудка и ДПК из мини-доступа с лапароскопической санацией брюшной полости - 138(40,8%) сохранили исходную степень нарушения питания.

Таким образом, всем пациентам с перфоративными язвами желудка и ДПК, с целью улучшения результатов хирургического лечения необходимо проводить коррекцию белково-энергетической недостаточности на протяжении всего послеоперационного периода.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Л.И.Дзюбич., Е.В.Макаркина, Г.П.Бикейкина, Т.И.Раздолькина, В.А.Горбатов

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева»
Саранск

Проблема желчнокаменной болезни (ЖКБ) в детском возрасте является одной из актуальных в педиатрии, так как в последние годы отмечается не только отчетливый рост ЖКБ, но и ее «омоложение». По данным ряда исследователей частота холелитиаза у детей за последние десять лет возросла в десять раз (с 0,1% до 1%), у взрослых за этот период всего в 2 раза.

Цель исследования: изучить особенности клинических проявлений желчнокаменной болезни у детей, оценить результаты клинико-инструментальных методов обследования.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 60 случаев желчнокаменной болезни у детей в возрасте от 2-х до 18 лет (24 мальчика и 36 девочек), находившихся на лечении в отделении гастроэнтерологии за последние 20 лет (1990-2011г). Всем детям проводилось общеклиническое обследование, УЗИ органов брюшной полости, по показаниям – исследование функциональных проб печени.

Результаты исследования: почти у трети детей (31,6%) желчнокаменная болезнь впервые была выявлена в возрасте 7-10 лет. Обращает на себя внимание определение холелитиаза у детей раннего возраста (у одного ребенка на первом году жизни, у 2-х больных – в возрасте 2-3-х лет). У каждого пятого ребенка (20%) ЖКБ диагностирована в младшем школьном возрасте, почти у четверти детей (23,3%) – в подростковом возрасте.

Среди всех больных отмечалось отчетливое преобладание (60%) лиц женского пола. Подавляющее большинство детей (75%) проживало в городской местности. Распространенность ЖКБ среди жителей города составила 0,24 на 1000 детского населения, в сельской местности соответственно 0,1 на 1000 детей. Обращает на себя внимание тенденция к росту заболевания за последние 2 года: в 2002-2008г выявлено по 3-4 случая заболевания ежегодно, 2009-2011г – соответственно 5 и 9 случаев ЖКБ.

При анализе клинических особенностей ЖКБ, оказалось, что почти у половины детей (47%) отмечалось латентное течение заболевания (бессимптомное камненосительство). Диагноз выставлен после ультразвукового исследования ребенка при комплексном обследовании в специализированном отделении. У 53% отмечались жалобы на боли в правом подреберье, околопупочной области, диспепсические расстройства (тошнота – 80%, реже рвота – 46% и горечь во рту – 18%). У всех детей отмечалось пальпаторная болезненность в правом подреберье, у 76% - положительные пузырные симптомы (Кера, Ортнера, Мэрфи).

По результатам УЗ – исследования почти у половины больных (48%) обнаружены множественные конкременты от 1 до 3-4 мм в диаметре. Единичные конкременты до 7 мм в диаметре выявлены у 27,8% детей, у 16,7% - более крупные конкременты (до 16 мм в диаметре). У каждого пятого пациента (20%) выявлены дисфункциональные расстройства желчевыводящих путей по гипомоторному типу, у каждого четвертого (25%) – признаки хронического холецистита. У 20% пациентов диагностированы сопутствующие заболевания: хронических гастродуоденит, реактивный панкреатит, реактивный гепатит.

Всем детям проведена комплексная патогенетическая терапия, у 16 больных – плановое хирургическое лечение (лапароскопическая холецистэктомия).

В настоящее время все дети с желчнокаменной болезнью находятся на диспансерном учете, наблюдаются педиатром и гастроэнтерологом, по показаниям осматриваются хирургом. Хирургическое лечение проведено пациентам при отсутствии эффекта от консервативной терапии и наличии рецидивирующего болевого синдрома.

Таким образом, желчнокаменная болезнь чаще всего выявляется в младшем школьном и подростковом возрасте, однако дебют заболевания у детей относится к раннему и дошкольному возрасту. У половины детей отмечается латентное течение заболевания и наличие конкрементов в желчном пузыре является диагностической находкой при плановом обследовании больных.

Список литературы

1. Запруднов А.М., Клинико-патологическое значение билиарного сладжа как начальной стадии желчнокаменной болезни в детском возрасте. /А.М. Запруднов, О.Н. Царькова, Л.А. Харитоновна // Педиатрия. - 2010. - Т.89, №2. – С. 40-45.
2. Лупаш Н.Г. Желчнокаменная болезнь у детей раннего возраста: клинико-патогенетические, эпидемиологические аспекты. Автореферат дисс. канд. мед. наук, М., 2005 - 34 с.
3. Семенова О.В. Желчнокаменная болезнь у детей – проблема педиатров и хирургов // Новости хирургии. - 2006. - №1. - С. 65-71.
4. Старицына Н.А., Клинико - лабораторные особенности желчнокаменной болезни у детей. / Н.А. Старицына // Материалы Всероссийской 66-й итоговой студенческой научной конференции им. Н.И. Пирогова (под ред. В.В. Новицкого, Л.М. Огородовой). Томск, 2007, С. 36-39.
5. Харитоновна Л.А., Обменно-воспалительные заболевания билиарного тракта у детей (алгоритмы диагностики и лечения): учебно-методическое пособие; /Л.А. Харитоновна, А.М. Запруднов, Л.В. Богомаз, О.Н. Царькова и др. // Под ред. Л.А. Харитоновой, А.М. Запруднова; М., - 2010. – 40 с.

ЗНАЧЕНИЕ ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

О.В.Дикова, Ю.И.Качаева

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева»
Саранск

Атопический дерматит (АтД) – хроническое аллергическое мультифакториальное заболевание кожи [1], в основе которого лежит генетически-детерминированный гиперергический иммунный ответ на различные триггерные факторы [2], нарушение цитокиновой регуляции и особенности строения рецепторов к цитокинам [3], дисбаланс Th1/Th2 лимфоцитов при дефиците Т-супрессоров [4]. АтД приобретает все большую значимость в связи с неуклонным ростом заболеваемости как среди детей, так и трудоспособного населения [5], учащением торпидных к традиционным методам лечения форм, приводящих к снижению качества жизни и к социальной дезадаптации [6].

Цель исследования. Изучение динамики некоторых показателей иммунного статуса больных АтД на фоне стандартной терапии (СТ) дерматоза.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на базе ГБУЗ РМ МРКВД г. Саранска – клинической базе курса кожных и венерических болезней медицинского института ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева». Обследовано на фоне базовой терапии (Москва, 2010) 62 пациента с АтД (31 – мужчин, 29 – женщин; средний возраст – 25,1±2,11 лет) в стадии обострения патологического кожного процесса после получения письменного информированного согласия на обследование и лечение, форма которого утверждена локальным этическим комитетом ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева». Контрольная группа – 40 клинически здоровых доноров (мужчин – 19 (47,5%), женщин – 21 (52,5%), средний возраст 33,95±1,51 года).

Для оценки эффективности проводимой СТ использовалось иммунологическое исследование с определением интерлейкинов (ИЛ) 1β, 4, 6, 8 и ФНО-α методом ИФА при помощи набора реагентов ООО «Вектор-Бест» (г. Новосибирск) на аппарате «Star Fax 2100», циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) малого диаметра – методом преципитации с 3,5% раствором полиэтиленгликоля, IgA, IgM, IgG – методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини. Статистическая обработка результатов исследований проводилась с использованием t-критерия Стьюдента (p) и с помощью критерия соответствия χ² (в т.ч. по Йетсу). Достоверно значимыми считали результаты при p<0,05 [7].

Результаты исследования. Исходя из полученных данных, изначальное содержание ИЛ-1β в плазме крови больных АтД было достоверно снижено в 5 раз (3,63±2,9 пг/мл) (p<0,05) и, несмотря на тенденцию к росту, осталось ниже контрольных значений в 4 раза (4,75±3,48 пг/мл) (p<0,05). На момент начала терапии отмечались повышенные уровни ИЛ-4 на 17,98% (5,25±0,92 пг/мл) (p>0,05), ИЛ-6 – в 9,6 раз (29,5±16,21 пг/мл) (p>0,05), ИЛ-8 – в 2,5 раз (55,0±28,59 пг/мл) (p>0,05) и достоверно высокий уровень ФНО-α (9,38±2,79

пг/мл), что превышало данные контроля в 5,15 раз ($p < 0,01$). В результате проводимой СТ уровень ИЛ-8 достоверно повысился в 3,38 раза с $55,0 \pm 28,59$ до $16,25 \pm 6,89$ пг/мл ($p < 0,001$); наблюдалась незначительная тенденция к снижению показателей ИЛ-4, ФНО- α , а ИЛ-6 остался достоверно повышенным в 6,8 раз ($21,03 \pm 8,64$ пг/мл) ($p < 0,05$).

Изначально в плазме крови больных АтД уровни ЦИК малого диаметра, IgA, IgM и IgG были выше данных контроля соответственно в 1,4 раза ($53,8 \pm 3,44$ усл. ед.) ($p < 0,01$), в 1,57 раз ($307,8 \pm 38,62$ мг/%) ($p < 0,01$), в 1,7 раза ($203,2 \pm 30,38$ мг/%) ($p < 0,01$) и на 29,68% ($1514,2 \pm 86,66$ мг/%) ($p < 0,01$). В результате проведенной СТ отмечалась тенденция к снижению показателей ЦИК и IgM соответственно на 12,64% до $47,0 \pm 2,73$ усл. ед. ($p > 0,05$) и на 20,63% до $161,28 \pm 21,44$ мг/% ($p > 0,05$), значения которых так и остались превышающими цифры контроля: ЦИК малого диаметра на 20,92% ($p < 0,05$), IgM – в 1,8 раз ($p < 0,001$). Уровни IgA и IgG имели тенденцию к повышению соответственно на 14,88% до $353,6 \pm 46,32$ мг/% ($p > 0,05$) и на 3,39% до $1565,6 \pm 89$ мг/% ($p > 0,05$). Указанная динамика изученных показателей не изменила сущности их значений относительно данных контроля.

Выводы. У больных АтД развивается дисфункция иммунной системы: цитокиновый профиль определен функциональными свойствами Th1-лимфоцитов и представлен высокими значениями как провоспалительных медиаторов ИЛ-8 и ФНО- α , так и противовоспалительного ИЛ-4, который может изменить иммунный ответ в направлении Th2-типа, а также дисиммуноглобулинемия при высоком уровне мелкодисперсных ЦИК, что создает предпосылки для формирования и развития иммунного воспаления.

Список литературы

1. Иванов О. Л. Атопический дерматит: современные представления / О. Л. Иванов, А. Н. Львов, А. В. Миченко // Русский медицинский журнал. – 2007. – № 19. – С. 1362 – 1366.
2. Тищенко А. Л. Атопический дерматит: особенности патогенеза и новый метод комплексного лечения с использованием пантогама и биотина / А. Л. Тищенко, Н. В. Маркина, Л. Д. Тищенко, Г. И. Шишкина, Н. С. Сергеева, Н. В. Ефанова // Вестник дерматологии и венерологии – 2007. – № 6. – С. 52 – 53.
3. Бережная Н. М. Цитокиновая регуляция при патологии: стремительное развитие и неизбежные вопросы / Н. М. Бережная // Цитокины и воспаление. – 2007. – № 2. – С. 26 – 34.
4. Свирщевская Е. В. Продукция IgG и цитокинов у больных атопическим дерматитом / Е. В. Свирщевская, М. А. Шевченко, Л. Г. Алексеева, Е. В. Матушевская, И. Я. Эртнеева, В. М. Бержец // Вестник дерматологии и венерологии – 2005. – № 1. – С. 40 – 45.
5. Скрипкин Ю. К. Современный взгляд на патогенетическую терапию атопического дерматита / Ю. К. Скрипкин, А. С. Дворников, Л. С. Круглова // Вестник дерматологии и венерологии – 2006. – № 4. – С. 36 – 39.

6. Кряжева С. С. «Valneum» в комплексной терапии атопического дерматита / С. С. Кряжева, Е. С. Снарская, Л. В. Корнева // Российский журнал кожных и венерических болезней – 2006. – № 6. – С. 41 – 43.

7. Лакин Г.Ф. Биометрия: Учебное пособие для биологических специализированных вузов / Г.Ф. Лакин. – Москва: Высшая школа. – 1980. – 293 с.

ЗНАЧЕНИЕ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАЗА

О.В.Дикова, М.В.Тимошкина

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева»
Саранск

Псориаз – хронический мультифакториальный дерматоз, развивающийся вследствие генетической предрасположенности [1]; нейрогенных, иммунных [2] и обменных нарушений [3], являющийся важнейшей медико-социальной проблемой [4], что обусловлено широкой распространенностью дерматоза (в России около 2,8 млн больных псориазом [5]), хроническим течением с частым формированием инвалидизирующих форм, а также высоким удельным весом больных, нуждающихся в самых современных и эффективных технологиях лечения дерматоза [6]. Все большее значение в патогенезе псориаза придается нарушению процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и развитию синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ) [7].

Цель исследования. Изучение состояния оксидантно-прооксидантного дисбаланса у больных псориазом с оценкой коррекции выявленных нарушений стандартной терапией дерматоза.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на базе ГБУЗ РМ МРКВД г. Саранска – клинической базе курса кожных и венерических болезней Медицинского института ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева». Обследовано на фоне базовой терапии (Москва, 2010) 50 больных псориазом (29 – мужчин, 21 – женщина; средний возраст – $44,55 \pm 3,17$ лет) в стадии обострения патологического кожного процесса после получения письменного информированного согласия на обследование и лечение, форма которого утверждена локальным этическим комитетом ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева». Контрольная группа – 40 клинически здоровых доноров (мужчин – 19 (47,5%), женщин – 21 (52,5%), средний возраст $33,95 \pm 1,51$ года).

Для оценки степени выраженности нарушений гомеостаза больных псориазом нами изучены показатели: СЭИ – среднемолекулярные пептиды (СМП) при γ 254 нм, усл. ед.; малоновый диальдегид (МДА), ммоль/л; Fe-индуцированный МДА (Fe-МДА), ммоль/л и резерв липидов для перекисного окисления (РЛПО) в плазме крови и эритроцитах и антиоксидантной активности – каталаза, мккат/с \times л и индекс пероксидации (ИП) в плазме крови и эритроцитах; отношение каталазы в эритроцитах к каталазе в плазме.

Статистическая обработка результатов исследований проводилась с использованием программы "Microsoft Excel" на персональном компьютере IBM/PC. Сравнительная оценка результатов проведена с использованием t-критерия Стьюдента (p) [8].

Результаты исследования. Согласно проведенному исследованию у больных псориазом уровень СМП до лечения был повышен на 37,5% и составил $0,33 \pm 0,03$ усл. ед. ($p < 0,01$); в плазме крови значения МДА превышали контрольные данные на 44,56% ($p < 0,05$) с тенденцией к снижению ($p > 0,05$), оставаясь выше аналогичного показателя в контроле на 33,33% ($p < 0,05$). Fe-МДА в изучаемой группе изначально был на 30,48% ($p < 0,05$) выше контрольных цифр без значимой динамики в процессе терапии. Исходная активность каталазы была высокой и превышала контрольные цифры на 75,76% ($p > 0,05$) с последующей тенденцией к ее снижению ($p > 0,05$). Низкий уровень индекса пероксидации ($p > 0,05$) в процессе проведенной терапии имел тенденцию к росту ($p > 0,05$).

В эритроцитах значения МДА изначально были выше значений доноров на 11,99% ($p > 0,05$) с последующей тенденцией к снижению показателя до $17,03 \pm 0,67$ мкмоль/л ($p > 0,05$). Fe-индуцированный МДА в изучаемой группе исходно был ниже показателя группы доноров ($p > 0,05$) и в течение проведенной терапии динамике не подвергался. Низкая активность каталазы (ниже значений контроля на 68,53% при $p < 0,001$) имела дальнейшую тенденцию к снижению на 12,5% до $0,84 \pm 0,06$ мккат/с·л ($p < 0,001$); ИП в 3,6 раза был ниже контрольных цифр как до, так и после проведенной терапии ($p < 0,001$). Исходные значения РЛПО были ниже показателя здоровых доноров на 78,97% ($p < 0,05$) с тенденцией к росту ($p > 0,05$), оставаясь ниже контрольных цифр на 74,44% ($p > 0,05$). Данные изменения предопределили исходно сниженные значения коэффициента каталаза эритроцитов/каталаза плазмы в 5,2 раза ($p < 0,001$).

Выводы. У больных псориазом в стадию прогрессирования патологического кожного процесса сформирован синдром эндотоксикоза (в плазме крови высокие значения МДА, Fe-МДА, МСМ254) на фоне депрессии антиоксидантной защиты и сниженного РЛПО в эритроцитах.

Список литературы

1. Павлова О.В. Новые аспекты патогенетической терапии псориаза / О.В. Павлова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2005. – № 6. – С. 36 – 39.
2. Хайрутдинов В. Р. Современные представления об иммунных механизмах развития псориаза / В.Р. Хайрутдинов, А.В. Самцов, А.В. Мошкалов // Вестник дерматологии и венерологии. – 2007. – № 1. – С. 3 – 7.
3. Загртдинова Р.М. Функциональные нарушения гепатобилиарной системы у больных псориазом и возможности их коррекции / Р.М. Загртдинова, М.А. Филимонов, В.В. Трусов, С.А. Орлов, М.А. Иванова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2006. – № 3. – С. 13 – 15.
4. Клеменова И.А. Межклеточные молекулы адгезии при псориазе / И.А. Клеменова // Тезисы VI научно-практической конференции "Социально-

значимые заболевания в дерматовенерологии. Диагностика, терапия, профилактика". – Москва. – 2006. – С. 75 – 76.

5. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни / Ю.К. Скрипкин, А.А. Кубанова, В.Г. Акимов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 544 с.: илл.

6. Мартынов А.А. Особенности организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи больным с заболеваниями кожи / А.А. Мартынов // Тезисы научных работ II Всероссийского конгресса дерматовенерологов, 25-28 сентября 2007 г. – Санкт-Петербург. – 2007. – С. 18.

7. Костянова Е. Н. Измерение показателей окислительного стресса у больных псориазом / Е. Н. Костянова // Материалы конференции, посвященной памяти А. Л. Машкиллейсона. – 2004. – С. 73 – 74.

8. Лакин Г.Ф. Биометрия: Учебное пособие для биологических специализированных вузов / Г.Ф. Лакин. – Москва: Высшая школа. – 1980. – 293 с.

ПРЕИМУЩЕСТВА КОРРЕКЦИИ АСТИГМАТИЗМА МЯГКИМИ КОНТАКТНЫМИ ЛИНЗАМИ С ДИЗАЙНОМ УСКОРЕННОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ

Л.В.Долматова

ООО «Взгляд»
Пенза

В каждом конкретном случае астигматизма необходимо выбрать наиболее подходящий для пациента способ коррекции зрения. Торические мягкие контактные линзы имеют преимущества перед другими методами коррекции астигматизма, так как пациенты легко адаптируются к данному типу контактных линз. Коррекция торическими линзами позволяет избежать анизометропию и меридиональную анизейконию и тем самым устранить развитие астеннопических жалоб у пациентов. Основные факторы успешного подбора мягких торических линз – это стабильное положение линзы, стабильное четкое зрение, максимальный комфорт пациента.

Дизайны мягких торических линз должны обеспечивать стабильное местоположение оси цилиндра для достижения максимально устойчивого зрения. Ротационная стабильность линзы зависит от нескольких факторов: взаимодействие линзы с веками, которое зависит от моргания, распределение толщины линзы в пределах глазной щели, поэтому форма глазной щели, направление угла глаза кверху или книзу оказывает большое влияние на стабилизацию контактной линзы.

Существуют два основных метода стабилизации торической линзы: призматический балласт (в нижней части линза значительно утолщена) и непризматический балласт (двойные тонкие зоны, тонкие зоны с независимой толщиной в оптической зоне, дизайн ускоренной стабилизации). Стабилизация достигается путем взаимодействия обоих век и линзы, в отличие от линз с призматическим балластом, где задействовано только верхнее веко. Такой ди-

зайн позволяет устранить влияние силы тяжести на смещение линзы. Под веками находятся тонкие зоны линзы, и веки, сдавливая их, удерживают линзу от смещения. Новым видом стабилизации является метод с дизайном ускоренной стабилизации, который максимизирует локальную толщину линзы в области активных зон и минимализирует толщину линзы под веками. Удержание линзы на глазу происходит благодаря специальному ускоряющему уклону. Линза всегда правильно ориентирована независимо от направления взгляда благодаря отсутствию зон различной толщины под веками, когда глаза открыты. При неправильном положении, когда линзу только надели на глаз, взаимодействие линзы и век максимальное, и сила верхнего и нижнего века при моргании возвращает линзу в правильное положение и активно ее стабилизирует. В результате линза быстро разворачивается в течение 60 секунд, и занимает нужное положение, оставаясь стабильной с предсказуемой ориентацией на глазу, обеспечивая постоянно четкое зрение.

В нашем кабинете контактной коррекции около 80% пациентов-пользователей торических линзами стали носить силикон-гидрогелевые линзы с дизайном ускоренной стабилизации, положительно оценивая их в отношении качества зрения и комфорта ношения. Из общего числа таких пациентов 20% первичных пользователей. Они также с первых минут после надевания отмечали отсутствие дискомфорта и четкое стабильное зрение.

Линзы с дизайном непризматического балласта более успешно стабилизируются в случаях наличия у пациента высокого нижнего века, при плотных веках, которые могут вызвать смещение линзы к носу. Учитывая отсутствие влияния силы тяжести, такие линзы могут подбираться пациентам, занимающимся спортом, людям, профессия которых связана с танцами, механизмами, военной службой и т.д.

Таким образом, на практике контактные линзы с дизайном ускоренной стабилизации обеспечивают явное преимущество в ситуациях, требующих четкое стабильное зрение - пациентам, ведущим активный образ жизни или находящимся за рулем автомобиля.

ДИАГНОСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

И.В.Дорогова, М.И.Катаева

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
ГБУЗ «Пензенская городская больница №1»
Пенза

Артериальная гипертензия (АГ) беременных занимает особое место среди актуальных вопросов современной медицины. Она является составной частью как минимум двух чрезвычайно остро стоящих сегодня медико-социальных проблем: АГ в целом и репродуктивного здоровья нации. Клиническая значимость повышения артериального давления при беременности объясняется вы-

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

Концепция развития системы здравоохранения РФ направлена на повышение качества и доступности медицинской помощи, на улучшение условий труда медицинских работников. Реализация этого проекта предполагает усиление медико-санитарной помощи, совершенствование профилактики, раннее выявление заболеваний и повышение доступности высокотехнологических видов медицинской помощи.

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

Работу врача общей практики характеризуют четыре критерия:

- семейно ориентированный подход;
- ориентация на профилактику и здоровый образ жизни;
- непрерывность наблюдения;
- расширение объемов медицинской помощи.

Среди критериев оценки деятельности ВОП/СВ существует показатель, характеризующий вклад в реструктуризацию системы медицинской помощи:

- удельный вес беременных, поступивших под наблюдение ВОП/СВ, в срок до 12 недель беременности (по фактическому показателю за предыдущий год).

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

Задачи, реализуемые семейным врачом в целях профилактики материнской заболеваемости и смертности, проведение профилактических и оздоровительных мероприятий:

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

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

Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) является и наиболее информативным методом для раннего выявления гипертензии, а также контроля эффективности антигипертензивной терапии (Рогоза А. Н., 2002). Неинвазивность и безопасность этого исследования позволяет применять его у беременных. Следующие нормативные документы рекомендуют СМАД для диагностики гипертензии при беременности: Приказ МЗ РФ N 323 от 5 ноября 1998 года «Об отраслевых стандартах объемов акушерско-гинекологической помощи», Приказ МЗ РФ N 50 от 10 февраля 2001 года «О совершенствовании организации медицинской помощи беременным женщинам и гинекологическим больным», Приказ МЗ РФ № 4 от 24 января 2003 года «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертензией в Российской Федерации», Приказ МЗ РФ N 197 от 27 марта 2006 года «Об организации деятельности родильного дома (отделения)».

Показания к применению метода СМАД у беременных:

- артериальная гипертензия;
- артериальная гипотензия;
- синкопальные состояния;
- кратковременные, труднорегистрирующиеся при случайных измерениях, колебания АД;
- офисная гипертензия (синдром “white coat hypertension” (“белого халата”));
- амбулаторная гипертензия;
- рефрактерная к медикаментозной терапии АГ.

Преимущества амбулаторного суточного артериального давления перед традиционными клиническими измерениями АД (Европейские рекомендации 2007)

В частности, амбулаторное суточное артериальное давление:

- в большей степени коррелирует с повреждением органов-мишеней, вызванным артериальной гипертензией;
- связано с риском развития сердечно-сосудистых событий намного сильнее, чем это известно для клинического артериального давления, и более точно может предсказывать риск сердечно-сосудистых осложнений, причем как в случаях с леченой, так и с нелеченой гипертензией;
- по сравнению с измерениями клинического артериального давления более точно показывает степень снижения артериального давления на фоне лечения, т.к. при СМАД отсутствует или имеется незначитель-

ный эффект «белого халата» и эффект плацебо. В Консенсусе экспертов Европейского общества кардиологов по артериальной ригидности этот эффект рассматривается наравне с таким значимым фактором, как нарушения ритма сердца. Кроме того, СМАД имеет более высокую воспроизводимость результатов.

Клиническое значение проведения СМАД у беременных было описано нами еще в 2003 году.

Подходы к ведению беременных.

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

С другой стороны, в случае выявления артериальной гипертензии у беременной встает важный вопрос о целесообразности и безопасности лечения. Врачу при этом приходится оценивать риск как соотношение между опасностью нелечения и возможным риском лечения, так как необходимо сопоставлять пользу для матери и вероятный вред для плода. В настоящее время еще не разработаны показатели, которые позволяли бы четко определить необходимость терапии и выбрать антигипертензивные препараты. В идеале эти критерии должны быть индивидуализированы, необходимо также учитывать не только уровень АД, но и общее состояние беременной (а в настоящее время в некоторых случаях и ее социальный статус), наличие у нее сопутствующих заболеваний, состояние плода.

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

В последнее время рассматриваются возможные механизмы повышенного давления, включающие синдром страха, в том числе страх от визита к врачу. Исследования последних лет убедительно показали большую роль психосоциального фактора в развитии артериальной гипертензии, в том числе у беременных. В период беременности психопатологические расстройства выявляются примерно у 40% женщин, 56% составляют депрессии, послеродовые депрессии встречаются с частотой 1 случай на 500-1000 родов (А.Б. Смулевич, 1998). По данным М.В. Швецова (1999), из 46 обследованных беременных с повышенным артериальным давлением 40% не имели официально зарегистрированного брака. И в данных случаях проведенная психотерапия оказалась эффективной в лечении гипертензивного синдрома.

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

Наблюдение акушеров - гинекологов за женщинами заканчивается после выписки из родильного дома. Семейный врач должен тщательным образом об-

следовать женщин, имевших артериальную гипертензию во время беременности, в последующие после родов месяцы и проконсультировать относительно возможности будущих беременностей и отдаленного риска кардиоваскулярных осложнений. Любое нарушение (изменение лабораторных или физикальных параметров), не подвергшееся обратному развитию до выписки из родильного дома, должно быть оценено в позднем послеродовом наблюдении. Ожидается, что АГ или другие признаки органной дисфункции, ассоциированные с гестозом, регрессируют через 6 недель после родов, но если они сохраняются, пациентка должна быть повторно обследована еще через 6 недель. В том случае, если гемодинамические и/или метаболические параметры не восстановились, сохраняющаяся патология может быть названа хронической.

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

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

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

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

ПРИНЦИПЫ ПОДГОТОВКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ К ОБТУРАЦИИ

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

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
Пенза

Подготовка корневых каналов к пломбированию - это сложный клинический процесс, требующий от врача-стоматолога соблюдения определенного протокола. Ведь именно от того, насколько правильно будут выполнены все основные принципы подготовительного этапа, зависит успех эндодонтического лечения.

Первое, на что нужно обратить внимание при проведении эндодонтического лечения корневых каналов - это создание улучшенного эндодонтического доступа. Правильность выполнения данного этапа имеет непосредственное

влияние на все последующие процессы. Излишняя поспешность при подготовке доступа приводит к потере качества на всех последующих стадиях лечения, а также создает условия для возникновения проблем ятрогенного характера, которых можно было бы избежать. Ранее распространенное мнение о том, что доступ должен быть "щадящим" и максимально сохраняющим ткани зуба, на сегодняшний день не актуально. Доступ должен быть достаточно широким, карриозные ткани должны быть полностью удалены, так же как и нависающие или нестабильные структуры зуба. К тому же исключительно важно, чтобы устья всех каналов были одновременно видны в зеркале и находились на прямой линии, проходящей через вершину бугра (если таковой имеется) до конца прямой части канала (прямолинейный доступ). Однако следует отметить, что значительным преимуществом является наличие всех четырех стенок зуба, чтобы пульпарная камера стала резервуаром для ирригирующих веществ и предотвращала вытекание раствора за пределы зуба и проникновение под коффердам. Если у зуба недостает одной или нескольких стенок, рекомендуется воссоздать их при помощи композитных материалов для четкой фиксации клампа коффердама и качественной ирригации.

Создание доступа является неотъемлемой частью препарирования канала и охватывает область от вершин бугров коронки зуба до самой глубокой структуры-апекса. Идеальный доступ должен быть достаточно широким (в том числе и в устьевой части канала) для того, чтобы эндодонтические иглы свободно погружались на всем протяжении прямолинейной части канала, тем самым обеспечивая качественную ирригацию.

Второе, с чем мы сталкиваемся - это определение рабочей длины корневого канала. Под рабочей длиной подразумевается расстояние между наружным ориентиром (на коронковой части зуба) и внутренним (апикальная граница). Наружный ориентир не представляет проблем для клиницистов, так как зачастую формируется самим стоматологом во время создания эндодонтического доступа. Что касается внутреннего ориентира, то апикальная часть канала с ее границами и порталами представляет собой ряд сложностей. Поэтому достаточно сложно определить длину отрезка, один из ориентиров которого является "виртуальным".

Из всех применяемых в современной стоматологии методов определения рабочей длины, на наш взгляд, наиболее точными является совокупность рентгенологического метода и апекслокации.

Следующий этап эндодонтического лечения - это механическая обработка корневых каналов. Ее целью является придание каналу формы, наиболее удобной для проведения качественной ирригации всей системы каналов с последующей герметичной obturацией. Расширение каналов производится на рабочую длину с приданием ему конической формы на всем протяжении. При этом следует стремиться сохранить пространственную топографию просвета канала, а также размер и местоположение апикального отверстия. Принципами механической обработки корневых каналов являются создание ковровой дорожки (первичное прохождение канала на рабочую длину) и придание корне-

вому каналу равномерного конического расширения. Этого удается достичь используя эндодонтический микромотор и вращающие инструменты из Ni-Ti сплава. Это такие системы, как ProFile, ProSystemGT, ProTaper, LightSpeed, RaCe, Quantecд, K3d и Twisted file.

Во время проведения механической обработки, особое внимание следует уделять очистке и ирригации корневых каналов. На данном этапе мы должны максимально удалить бактерии из системы каналов (включая анастомозы, латеральные каналы и дельты), удалить органический субстрат для предотвращения повторного бактериального роста и удалить смазанный слой. Для достижения этих целей необходимо использовать раствор гипохлорита (NaOCl) 3-5%, раствор ЭДТА (Этоксидиаминтетраацетат) 17% и раствор хлоргексидина 2%.

Анализ проведенных нами исследований (29 зубов леченных 2-3 года назад по поводу пульпита) по изучению ошибок, приведших к повторному эндодонтическому лечению, выявил, что в 24% случаев не был создан прямолинейный доступ к корневым каналам, в 53% случаев механическая обработка не была выполнена в полном объеме, в 23% случаев каналы были недопломбированы.

Вывод:

Основными принципами подготовки корневых каналов к пломбированию являются: создание улучшенного эндодонтического доступа, определение рабочей длины корневого канала, механическая обработка корневых каналов, а также их очистка и ирригация.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВОССТАНОВЛЕНИЮ ФУНКЦИИ МЫШЦ ЛИЦА ПРИ НЕВРИТАХ ЛИЦЕВОГО НЕРВА МЕТОДОМ АКУПУНКТУРНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

В.С.Животоцук, В.Г.Страхов

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

В 1821 году Чарлз Белл впервые описал функцию и семиотику поражения всех ветвей лицевого нерва, выделив его из группы пучков тройничного нерва. С этого времени лицевой нерв стал еще одним самостоятельным черепно-мозговым нервом с присущей только ему симптоматикой, так подробно описанной Ч. Беллом. За прошедшие почти 200 лет медики всех стран отработывали методику лечения этого недуга всеми доступными методами. И тем не менее, эта проблема не потеряла своей актуальности и в наше время. Так, на сегодняшний день неврит лицевого нерва по частоте занимает первое место среди всех поражений черепно-мозговых нервов. Этот вид патологии занимает второе место среди всех поражений периферической нервной системы, уступая лишь пояснично-крестцовому радикулиту. При этом, он составляет, в среднем, 38% от числа всех мононевритов. Кроме того, этот вид патологии является причиной важной социальной проблемы, так как молодые женщины болеют в 4 раза

чаще мужчин. Максимальная частота этого заболевания наблюдается в возрасте от 19-26 лет, когда у большинства из них семья еще не создана, что в 72% случаев становится причиной распада возможной семьи. При этом, каждый четвертый неврит лицевого нерва оставляет дефект на всю жизнь. Каждый седьмой – дает рецидив заболевания.

Сокращение сроков среднего койкодня в стационаре, наблюдаемое повсеместно в последние годы, привело к тому, что 8 из 10 болевших вынуждены выписываться из стационара с остаточными явлениями. Часть из них уходят из-под контроля врача и у них формируется контрактура лицевых мышц с асимметрией лица на всю оставшуюся жизнь.

Сложность лечения этого недуга состоит в том, что фармакологическое лечение не позволяет быстро восстановить функцию пострадавших лицевых мышц, так как для этого требуется время, в среднем, до 1 месяца и более. Поэтому нами предпринята попытка создать модель комплексной терапии пострадавших мышц с включением в лечение неврита лицевого нерва различных методов рефлексотерапии в соответствии со степенью их неврологического дефицита.

Нами обследовано и проведено лечение 42 больных (33 женщины и 9 мужчин в возрасте от 17 до 38 лет). 26 (78,8%) женщин были в возрасте от 17 до 24 лет. Из них в браке состояло только 9, что составило 27% от числа всех обследованных женщин. Все больные поступили в стационар в остром периоде заболевания. У 27 (64,3%) парез мышц развился слева, у 15 (35,7%) – справа. Степень поражения мышц в зоне иннервации ветвей лицевого нерва у 40 больных (95,3%) была различной. Лишь у 2 больных (4,7%) глубокий парез мышц развился с одинаковой степенью выраженности поражения всех 3-х ветвей правого лицевого нерва. Степень неврологического дефицита оценивалась нами по шкале бальной оценки пареза мышц при поражении лицевого нерва с первого дня поступления в клинику для каждой из ветвей иннервации и отслеживалась в динамике.

Всем больным с первого дня поступления в стационар проводилась общепринятая поддерживающая нейротрофная терапия: вит. В1, вит. В12, вит. В6, дибазол (в малых дозах), дифференцированный массаж лицевых мышц на обеих половинах лица (на стороне поражения – стимулирующий, на здоровой – тормозной). В остром периоде заболевания больным назначали противовоспалительные и противоотечные средства, антиагреганты и другие симптоматические препараты. Акупунктурную рефлексотерапию проводили ежедневно в первой половине дня. Рецепт акупунктуры создавали индивидуально по принципу локально-сегментарного сопряжения с подключением аурикулярной поддерживающей пролонгированной рефлексотерапии после 30% восстановления функции мышц. Режим тонизирующего аурикулярного акупунктурно-прессорного подкрепления подбирали индивидуально и обучали этому виду акупрессуры самих больных для самостоятельного использования в дальнейшем до 4-х раз в сутки, а в дальнейшем и в амбулаторном режиме лечения под периодическим контролем лечащего врача.

Проведенное лечение показало, что у 28 больных восстановление функции в объеме до 35%-55% по бальной шкале оценки функции лицевого нерва наступило в течение 3-5 дней лечения, у 8 (19%) больных – на 7-8 день лечения, у 6 (14,4%) – после 9 дня лечения. Темп восстановления нарушенных функций после 3-5 дня значительно возрастал у всех больных. К 12 дню лечения у 29 (69%) больных восстановление уже достигало 85-90%. К 15 дню лечения этот объем восстановления нарушенных функций был установлен уже 85,7% (36) больных. У оставшихся 6 больных темп восстановления функции пострадавших мышц происходил значительно медленнее, и степень восстановления нарушенных функций требовала подключения индивидуальной локальной миоэлектростимуляции по моторным точкам отстающих в восстановлении функций лицевых мышц.

В группе сравнения (10 больных с невритом лицевого нерва, которым проводилось лечение всеми теми же методами, но не по нашей методике) темп восстановления функции паретичных мышц оказался значительно меньшим. Он составил лишь 1/3 часть того, что происходило в основной группе наблюдения.

Таким образом, метод комплексной акупунктурной рефлексотерапии, совмещенной с пролонгированной аурикулярной микроиглотерапией, позволяет значительно ускорить темп восстановления функции паретичных мышц при невритах лицевого нерва. Своевременная стимуляция отстающих в восстановлении мышц лица позволяет добиться равномерного распределения тонуса всех мышц на пострадавшей половине лица и избежать в будущем формирования лицевых контрактур, приводящих к стойкой деформации лица.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ У ТОРАКАЛЬНЫХ ОНКОБОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Л.А. Журавлева, С.В. Кротова, Е.В. Ильина

ГБУЗ «Областной онкологический диспансер»

Пенза

Среди многих показателей, отражающих постоянство жидких сред организма, параметры кислотно-щелочного состояния являются одними из самых стабильных. Нарушения кислотно-основного состояния (КОС) могут быть компенсированные (рН удерживается в физиологических пределах), субкомпенсированные (незначительное изменение рН) и декомпенсированные (значительное изменение рН).

Цель работы. Выявить основные формы нарушений КОС у торакальных онкобольных после оперативного лечения.

Измерение показателей КОС (рН, рСО₂, рО₂, tHb, SO₂, Na⁺, Cl⁻, iCa²⁺, K⁺, Hct, BE, BE_{сf}, сHCO_{3st}, p50, ctO₂-) проводилось на анализаторе газов и

электролитов крови «Cobas С 121». Исследовалась артериальная и капиллярная кровь.

Всего за период с 2008 по 2011гг. обследовано 4455 больных, из них 78,6% приходится на торакальных больных, которым были выполнены операции: расширенная и радикальная пульмон- и лобэктомии, комбинированная пульмонэктомия, ангиобронхопластические операции, операции по иссечению опухоли средостения, пластика пищевода и др. Изменения КОС выявлены у 3532 (79,3%) больных. Большую группу составляли больные, которым длительно проводилась искусственная вентиляция легких.

Метаболический ацидоз преобладал в период неотложной реанимации (18,1 % всех наблюдений). Гемодинамические нарушения, вызванные кровопотерей, травмой, потерей жидкости и электролитов из организма, сопровождаются, как правило, компенсированным или субкомпенсированным метаболическим ацидозом. В процессе лечения иногда наблюдается углубление метаболического ацидоза (как правило, компенсированного). Это всегда совпадает с периодом наиболее интенсивной заместительной трансфузионной терапии (введение растворов, содержащих ионы хлора, ацидоз вследствие разведения). Респираторный ацидоз наблюдался в 6,2% случаев. При этом состояние декомпенсации ацидоза имелось примерно у 1/3 больных. Причинами развития дыхательного ацидоза являлись хронические заболевания легких, сопровождающие основное заболевание, ослабление нервно-мышечных функций, неадекватная работа аппарата ИВЛ, способствующая увеличению концентрации CO₂ во вдыхаемой газовой смеси, травматическое повреждение грудной клетки. Метаболический алкалоз в практике отделения реанимации наблюдался у 12,9% пациентов. Данная патология была связана с увеличением ионов бикарбонатов, обусловленное избыточным введением щелочных растворов, метаболизма лактата, ацетата или цитрата, введенного с донорской кровью, а также вследствие гиперкомпенсации респираторного ацидоза. Наиболее опасен для больного метаболический алкалоз. Он отмечался у 9,1 % больных. И был связан с тканевой гипоксией, вызванной анемией, шоком, сепсисом, полиорганной недостаточностью; повреждением интерстиция легких, отеком легких. Смешанные формы нарушения КОС встречались в 33,0 % случаях. Структура этих изменений: смешанный метаболический и респираторный ацидоз - 10,5%, смешанный метаболический алкалоз и респираторный ацидоз - 2,0%, смешанный респираторный и метаболический алкалоз – 9,1%, смешанный метаболический ацидоз и респираторный алкалоз – 4,8%, др. нарушения – 6,6%. В зависимости от степени компенсаторных механизмов: компенсированные формы - 23,4%, субкомпенсированные – 61,8%, декомпенсированные – 14,8%.

Таким образом, видно, что у торакальных больных в отделении реанимации наряду с «чистыми» формами нарушений кислотно-щелочного равновесия встречались смешанные. Чаще наблюдались субкомпенсированные формы метаболического ацидоза. Адекватная коррекция нарушений КОС крови возможна только при правильной оценке причин их вызвавших, установления степени компенсации и постоянного мониторинга показателей.

ВРЕМЕННАЯ УТРАТА ТРУДОСПОСОБНОСТИ И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ УЩЕРБ ПРИ РЕАКТИВНОМ АРТРИТЕ

М.О.Журавлева, Г.Г.Багирова

ГБОУ ВПО ОГМА Минздравсоцразвития России
Оренбург

Современное общество несет значительные потери за счет заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ) и инвалидизации населения. Всестороннее изучение ВУТ, предупреждение трудовых потерь, связанных с лечебно-диагностическим процессом, представляют большой научно-практический интерес с точки зрения сохранения здоровья, а в условиях прогнозируемого дефицита трудовых ресурсов приобретает особое народно-хозяйственное значение. Через заболеваемость с ВУТ система здравоохранения существенно влияет на экономику страны.

Одной из приоритетных областей современной медицины является борьба с ревматическими заболеваниями, поражающими преимущественно людей молодого и среднего возраста и приводящими к значительным трудовым потерям. Актуальность проблемы определяется также все более возрастающей распространенностью реактивного артрита (РеА).

Цель работы: изучить ВУТ при РеА и оценить наносимый им экономический ущерб.

Нами проведен анализ документации «Журналы учета листков временной нетрудоспособности» за 2007-2011 годы во взрослой поликлинике № 2 ММУЗ МГКБ им. Н.И.Пирогова. Изучено число случаев и дней нетрудоспособности при РеА на 10000 работающего населения. Экономический ущерб рассчитывался путем суммирования прямых и непрямых затрат.

Показатель числа случаев временной нетрудоспособности при РеА за данный период неуклонно рос (Рис. 1).

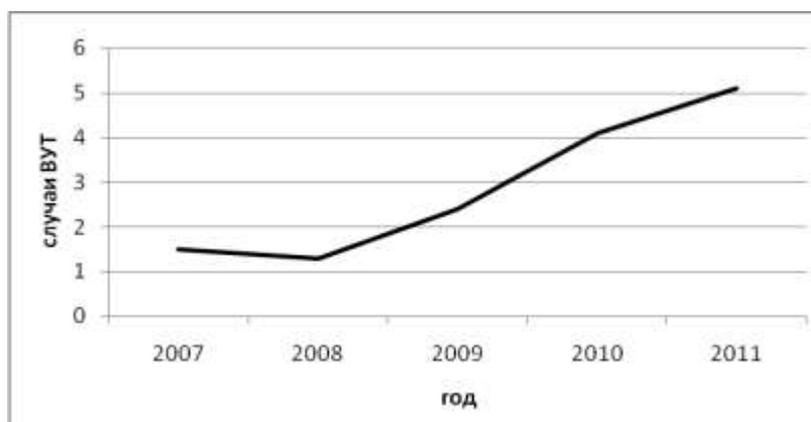


Рис. 1. Показатель числа случаев временной нетрудоспособности при РеА за 5 лет.

Как видно на рисунке, количество случаев ВУТ растет: от 1,5 в 2007 году до 5,1 в 2011 году на 10000 работающего населения, закрепленного за данной поликлиникой. Такой рост можно объяснить более пристальным вниманием врачей амбулаторного звена к патологии суставов и проведением тщательной дифференциальной диагностики. Нельзя исключить и истинный рост заболеваемости РеА. Средняя продолжительность одного случая составила $22,2 \pm 0,3$ дня.

Число дней ВУТ минимальным было в 2008 году, максимальным – в 2009 году (53 и 253 соответственно). Начиная с 2010 года число дней нетрудоспособности начало снижаться: 134 в 2010 году и 88 в 2011 году (Рис. 2).

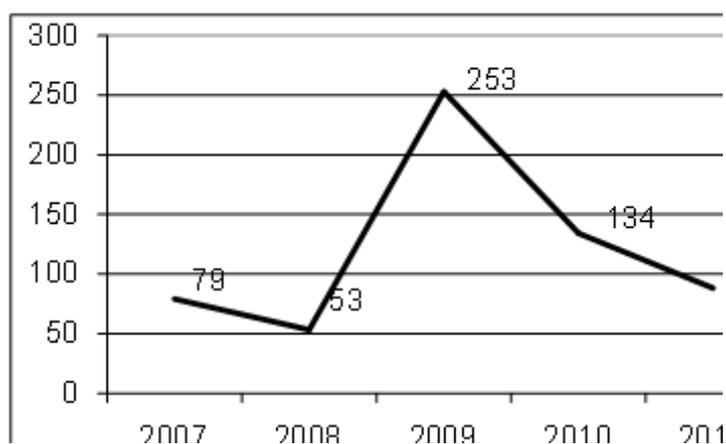


Рис. 2. Число дней ВУТ за 5 лет.

Такой показатель ВУТ можно объяснить более ранней диагностикой заболевания, назначением адекватного лечения.

Экономический ущерб от РеА был достаточно высоким. Колебался за последние годы от 20449 руб до 117417 руб в год (Рис. 3).

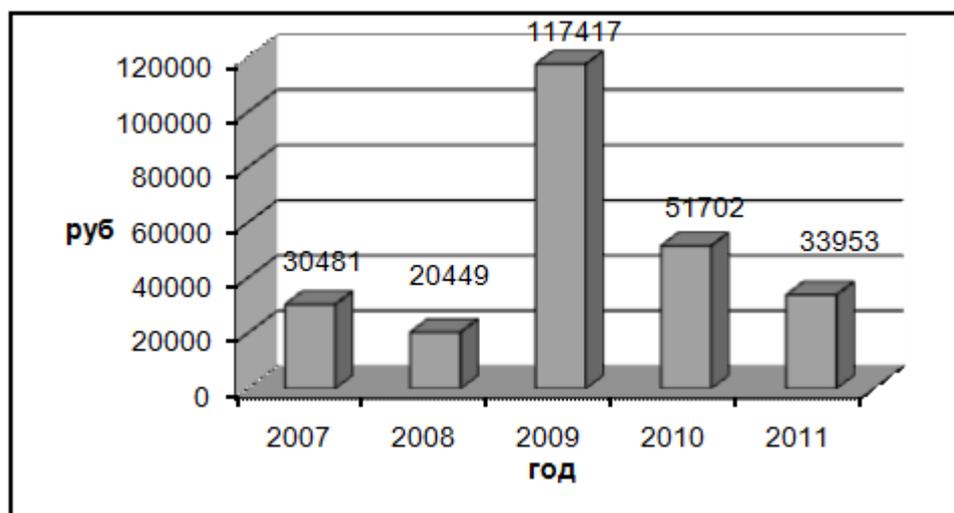


Рис. 3. Экономический ущерб.

Как видно на данном рисунке пик экономического ущерба приходился на 2009 год, затем наметилась тенденция к снижению такового. Однако в 2011 году он все же превышал ущерб, нанесенный в 2007 году (33953 и 30481 руб соответственно).

Обращает на себя внимание тот факт, что при первичном обращении пациента к участковому врачу, диагноз при выдаче листка нетрудоспособности, в 60% случаев был «остеоартроз», а при закрытии, после консультации с ревматологом, – «РеА».

Таким образом, экономический ущерб от РеА достаточно высок. Число случаев временной нетрудоспособности неуклонно растет, что выводит их в категорию медико-социальной проблем. Поэтому необходимо уделять особое внимание раннему выявлению РеА, своевременному лечению и проведению реабилитационных мероприятий.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМОФИЛИИ И БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА

Л.А.Журавлева, И.Н.Чечерина

ГБУЗ «Областной онкологический диспансер»
Пенза

Среди наследственных нарушений гемостаза – заболеваний, при которых отмечается кровоточивость гематомного или смешанного типов, обусловленных наследственным дефицитом или молекулярной аномалией плазменных факторов свертывания крови значительно чаще, чем все вместе взятые мелкие расстройства, встречаются нарушения комплекса фактор VIII / фактор Виллебранда (гемофилия А, болезнь Виллебранда) и гемофилия В. Гемофилия - это наследственное заболевание системы гемостаза, характеризующееся снижением или нарушением синтеза факторов свертывания крови VIII или IX, реже XI. Существует три степени тяжести гемофилии: легкая (более 5% активности фактора), среднетяжелая (1-5% активности) и тяжелая (менее 1% активности). Болезнь Виллебранда - геморрагический диатез с аутосомно-доминантным типом наследования, клинически сходен отчасти с гемофилией и отчасти с тромбоцитопатией. В основе заболевания лежит количественная и качественная патология крупномолекулярного компонента фактора VIII- фактора Виллебранда (VIII: ф. В) или ристоцетин кофактора.

Нами проведен анализ выявляемости гемофилии и болезни Виллебранда в 2007-2011 гг. по результатам гемостазиологических исследований, проведенных в клинко-диагностической лаборатории ГБУЗ ООД, Пенза. Расширенное исследование гемостаза проводилось пациентам с жалобами на носовые и маточные кровотечения, повышенную кровоточивость при травмах, на спонтанные кровоизлияния в суставы, мышцы, внутренние органы. Диагностику проводили по следующим показателям гемостаза: удлинение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ); снижение прокагуляционной

активности факторов свертывания крови VIII или IX ниже 50%, снижение активности фактора Виллебранда.

За последние 5 лет проведено обследование 397 пациентам: в 2007г. - 52чел., 2008г. - 58чел., 2009г. - 75чел., 2010г. - 101чел, 2011г. - 111чел. Детей в возрасте от 0 до 18 лет – 309 чел (77,83%) , взрослых - 88 чел (22,17%). Дефицит VIII фактора в детском возрасте выявлен в 48 случаях (15,53%), из них первичных – 8 детей (2,59%). Диагноз гемофилии А выставлен 8 детям (тяжелая форма -5 чел., среднетяжелая-2 чел., легкая -1 чел.). Среди взрослого населения дефицит фактора выявлен в 29 случаях (32,9%), из них первичных 10 человек (34,48%). В данной группе впервые установленная гемофилия А протекала в легкой форме. Определение IX фактора проведено 17 пациентам, дефицит выявлен у 6 человек (35,3%). На сегодняшний день в Пензенской области зарегистрировано 75 человек с диагнозом гемофилия, из них 69 человек с диагнозом гемофилия А, в том числе 24 (34,78%) ребенка, 6 человек с диагнозом гемофилия В (3 ребенка и 3 взрослых).

В ООД количественное определение VIII и IX факторов проводится с 2004 года, после приобретения в 2008 году анализатора агрегации «БИОЛА» внедрена методика количественного определения фактора Виллебранда. Отсутствие заметного удлинения времени кровотечения и нарушения ристомицин-агрегации тромбоцитов помогало отличить легкие формы гемофилии А от болезни Виллебранда. За 4 года проведено количественное определение фактора Виллебранда 245 пациентам: в 2008г. - 6чел., 2009г. - 53чел., 2010г. - 88чел, 2011г. - 98чел. Из них детей было 188 (76,73%). Дефицит фактора Виллебранда выявлен у 23 человек (9,39%), первично выявлено 7 человек (5 детей, 2 взрослых). На начало 2012 года на учете в ООД состоит 32 человека с диагнозом болезнь Виллебранда, из них 28 взрослых (18 женщин и 10 мужчин), 4 ребенка (1 девочка и 3 мальчика).

По данным ВОЗ частота гемофилии А - 100 больных, болезни Виллебранда - 8000 на 1 млн. населения. Данная частота характерна для больных с клинически выявляемой кровоточивостью, также включены пациенты с бессимптомным или мягким течением болезни, при котором обнаруживается только некоторая склонность к кровотечениям. Частота гемофилии В - 20 больных на 1 млн. населения.

Внедрение новых методов определения факторов свертывания позволило проводить диагностику гемофилии А, В, болезни Виллебранда, вести контроль за эффективностью и достаточностью заместительной терапии и при необходимости назначить коррекцию факторов. Хотя количество данных исследований из года в год растет, заболеваемость болезнью Виллебранда остается на уровне ниже среднероссийских, что связано с низким процентом обследования пациентов, имеющих склонность к кровотечениям.

ПОВЫШЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ВНЕДРЕНИИ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Е.А.Злодеева, И.Е.Панькова, Н.В.Смолягина

ГБУЗ «Областная детская клиническая больница»
Оренбург

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная детская клиническая больница» (ГБУЗ «ОДКБ») – это лечебно-профилактическое учреждение, обеспечивающее детское население области специализированной высококвалифицированной стационарной и амбулаторно-поликлинической помощью. ГБУЗ «ОДКБ» является организационно-методическим центром для лечебно-профилактических учреждений области, базой специализации, повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала, базой для проведения учебно-педагогического процесса кафедрами Оренбургской государственной медицинской академии. Областная детская поликлиника (ОДП) рассчитана на 200 посещений в смену. Прием ведется по 21 специальности. Поликлиника и стационар ГБУЗ «ОДКБ» располагают единой диагностической базой. В 2011г. по поликлинике прошло 37593 пациента, ими сделано 61920 посещений. Среди обратившихся больных преобладают жители сельской местности (81%). Наиболее востребованы детский кардиолог, невропатолог, офтальмолог, детский эндокринолог, оториноларинголог. На прием к специалистам в ОДП направляются пациенты из 35 территорий и 6 городов Оренбургской области. В связи с этим возникает потребность получить доступ к расписанию работы врачей консультативной поликлиники. Ранее существующая предварительная запись в ЛПУ на прием к врачам – специалистам по телефону, характеризовалась высокими трудозатратами медицинского персонала, недостаточной эффективностью использования рабочего времени персонала. Отсутствие единого информационного пространства не позволяло оперативно отслеживать ситуацию, получать и обобщать статистические данные, оперативно готовить документы, приводит к увеличению периода ожидания и продолжительности этапов оказания медицинской помощи населению. Наличие очередей к врачам – специалистам приводит к жалобам со стороны родителей и социальной напряженности. Кроме того, сложившаяся ситуация привела к неравномерному распределению потока пациентов по дням недели с наибольшей нагрузкой в первой половине недели и резким спадом во второй половине. Это приводит к неравномерной работе и перегрузке в работе диагностических подразделений, неравномерному заполнению коечного фонда и неэффективному его использованию.

В рамках программы модернизации поэтапно в 2011г. внедрена современная информационная система в здравоохранение Оренбургской области «Электронная запись на прием к врачу» под эгидой Правительства Оренбургской области. Внедрение программы включало в себя следующие задачи: обу-

чение персонала работе в программе «Электронная запись на прием к врачу»; обеспечение защиты информации при информационном обмене, в соответствии с законодательством Российской Федерации; обеспечение оперативного принятия управленческих решений по устойчивому функционированию системы оказания медицинской помощи детскому населению; сокращение времени ожидания приема к врачу; равномерное распределение нагрузки врача – специалиста консультативного приема и диагностических подразделений в течение недели; равномерное заполнение коечного фонда стационара, повышение эффективности его использования. В период внедрения программы рассматривались риски: сбои в информационно-технологической поддержке (форс-мажор); влияние человеческого фактора на этапах внесения информации; самообращение пациентов, обращения по экстренным показаниям, «межкабинетные» консультации; незапланированное отсутствие специалиста на рабочем месте; невыполнение проекта (финансовые риски); неготовность населения работать в новых условиях и формах.

К концу 2011г. в поликлинику по электронной записи на прием обратилось 85% пациентов. По результатам анкетирования ТФОМС удовлетворенность качеством оказания консультативной помощи - 97,5%. частично удовлетворены - 2,5%. В результате внедрения «Электронной записи на прием» повышена эффективность оперативного контроля и управляемость на амбулаторно – поликлиническом этапе оказания специализированной медицинской помощи; повышена доступность оказания медицинской помощи путем сокращения времени ожидания на прием к врачу – специалисту до 20 мин., упорядочена работа диагностических служб.

Таким образом, внедрение современных информационных систем позволит повысить доступность и качество оказания специализированной медицинской помощи детскому населению на территории Оренбургской области.

КОРРЕКЦИЯ НЕКОТОРЫХ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С

О.А.Зыкова, И.П.Баранова, М.В.Никольская, Л.Н.Афтаева, О.Ю.Костромина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Терапия хронической HCV-инфекции является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. В настоящее время стандартом противовирусной терапии (ПВТ) хронического гепатита С (ХГС) является комбинация рег-интерферона (ИФН- α) с рибавирином. Интерферон- α , обладает противовирусным и иммуностимулирующим действием в сочетании с антифибротическим и противоопухолевым эффектом. Присоединение к молекуле ИФН- α крупной инертной молекулы полиэтиленгликоля позволило в значительной степени замедлить клиренс препарата из организма, обеспечить постоянство его концентрации в крови на протяжении недели (пегилированный ИФН- α) и,

как следствие, более значимый результат противовирусной терапии. Рибавирин влияет на жизненный цикл вирусов, а также обладает иммуномодулирующим действием. Критерием эффективности такой терапии является устойчивый вирусологический ответ (SVR) – отсутствие определяемого титра РНК HCV в плазме крови при исследовании спустя 24 недели по окончании лечения и использовании в качестве контроля методики с нижним пределом обнаружения РНК HCV на уровне 50 МЕ/мл. В то же время ИФН- α и рибавирину свойственны многочисленные и дозозависимые побочные реакции, из-за которых 5 % больных отказываются от лечения в начале курса, а 20 % пациентов не доводят его до конца. Это необходимо учитывать при проведении ПВТ, предупреждая вследствие их возникновения плохую приверженность пациента к лечению (прерывание ее, снижение доз или полное прекращение лечения). Наиболее распространенные побочные эффекты терапии пегилированным интерфероном и рибавирином включают: гриппоподобный синдром, снижение уровня качества жизни в виде астенической усталости, выпадение волос, депрессия и другие нейropsychические расстройства, кожные высыпания, кашель, бессонница, потеря аппетита, невозможность функционировать в привычном для пациентов режиме. В связи с этим, изучение путей коррекции побочных эффектов ПВТ является своевременным и актуальным. Одним из перспективных лекарственных средств с гепатопротективным и детоксицирующим действием является препарат «Ремаксол, раствор для инфузий» (ЛСР-009341/09). Ремаксол является сбалансированным комплексом физиологически активных компонентов – янтарной кислоты, метионина, рибоксина и никотинамида, сочетание которых не только улучшает энергетическое обеспечение печени, но и оказывает антиоксидантный и детоксицирующий эффект.

Цель настоящего исследования: оценить детоксицирующее действие ремаксола при проведении противовирусной терапии больных хроническим гепатитом С.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находилось 30 пациентов ХГС, находящихся на противовирусном лечении и патогенетической терапии, в которую включен ремаксол (1 группа) и 30 больных, получающих ПВТ и стандартное патогенетическое лечение (2 группа). Критериями для включения в исследования были серологическое подтверждение гепатита С в виде положительного результата исследования на антитела к HCV и количественное определение РНК HCV с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) (РНК ВГС в реальном времени). В исследование включались больные, у которых отсутствовали изменения со стороны органов кроветворения (количество нейтрофилов более $3,0 \times 10^6/\text{л}$, количество тромбоцитов более $100 \times 10^6/\text{л}$, уровень гемоглобина более 120 г/л для женщин и более 130 г/л для мужчин), почек, щитовидной железы (уровень креатинина плазмы, уровень тиреотропного гормона были в пределах нормы). В процессе обследования пациентов использованы унифицированные клинические, биохимические методики обследования. Группы обследуемых пациентов сопоставимы по возрасту, тяжести заболевания. Ремаксол вводили внутривенно капельно в суточной дозе 400 мл в

течении 5 дней. Эффективность ремаксола оценивали по степени выраженности побочных эффектов ПВТ.

Результаты исследования: у 91,6% обследованных больных (в 1 группе – 27, во 2 группе – 28 чел) через неделю после начала ПВТ терапии появилась лихорадка до 39С, озноб, ломота в мышцах; 95% пациентов (в 1 группе – 29 чел, во 2 группе – 28 чел.) предъявляли жалобы на снижение уровня качества жизни, слабость; 63,3% больных (в 1 группе 17 чел., 21 - во 2 группе пациентов) отметили появление, тошноты, отсутствие аппетита. Вышеизложенные симптомы расценены как проявление побочных эффектов противовирусной терапии (гриппоподобный, астенический и диспепсический синдромы), для коррекции которых в лечение больных 1 группы включен ремаксол. После пятидневного курса терапии отмечено, что у больных 1 группы проявления гриппоподобного синдрома значительно уменьшились (температура тела не превышала 37,1С, больные не предъявляли жалоб на озноб) у 66,6% и на прежнем уровне регистрировались лишь у 23,4% пациентов, тогда как во 2 группе больных проявления гриппоподобного синдрома сохранялись у 93,3% обследованных ($p<0,05$). Явления астении среди больных 1 группы сохранялись у 50% пациентов, во 2 группе – у 93 % обследованы ($p<0,05$). Проявления диспепсического синдрома среди больных, получающих ремоксол регистрировались у 23,3%, а во 2 группе у 66,6% пациентов ($p<0,05$).

Выводы: использование ремаксола в качестве детоксикационного препарата при лечении побочных эффектов противовирусной терапии больных у ХГС приводит к улучшению общего состояния больных, достоверному уменьшению проявлений гриппоподобного, астеновегетативного и диспепсического синдромов.

ХАРАКТЕР ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ КРОВОТОЧАЩИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

А.С.Ивачёв, А.А.Скоморин

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
ГБУЗ ГКБ СМП им. Г.А.Захарьина,
Пенза

Успехи фармацевтической промышленности позволили значительно эффективнее проводить лечение больных язвенной болезнью желудка и ДПК. Это привело к сокращению плановых оперативных вмешательств при этих заболеваниях. Однако, количество больных, поступающих в стационар по поводу осложненных язв (кровотечение, перфорация, стеноз) не уменьшается. Поэтому осложненные гастродуоденальные язвы составляют большую часть в спектре urgentных хирургических больных.

За последние 5 лет в ГБУЗ ГКБ СМП им. Г.А.Захарьина в хирургическое отделение поступило 445 больных с гастродуоденальными кровотечениями, из которых 47 (10,5%) больным выполнены хирургическое вмешательство. Коли-

чество мужчин было 314 (70,5%), женщин – 131 (29,5%). Распределение по локализации было следующим: одиночная язва желудка – 144 (32,3%), множественные язвы желудка – 16 (3,6%), одиночная язва ДПК – 249 (56%), множественные язвы ДПК – 20 (4,5%), желудочно-дуоденальная – 12 (2,7%) и язва гастроэнтероанастомоза – 4 (0,9%).

Язвенный анамнез обнаружен у 207 больных (46,5%) из них в 90 наблюдениях отмечены различные осложнения в виде кровотечения, перфорации, клинически или рентгенологически подтвержденные стенозы, по поводу которых проводилось стационарное противоязвенное лечение.

Угроза кровотечения по Forrest была определена у 425 больных (95,5%), а у 20 пациентов при эндоскопическом исследовании степень угрозы не указана. Угроза IA – 2 (0,5%), IB – 12 (2,7%), IIA – 62 (14,3%), IIB – 337 (75,7%), IC – 12 (2,7%). Данное распределение было по первичному эндоскопическому исследованию, а у 130 больных в течение 12-24 часов эндоскопическая картина менялась и угроза кровотечения из одной степени риска «переходила» в другую.

Хирургическое лечение выполнено 47 больным по различным показаниям: рецидив кровотечения в стационаре на фоне проводимого противоязвенного лечения – 29 наблюдений (61,7% или 6,52% от общего количества больных с кровотечением); не остановившееся кровотечение, не смотря на эндоскопический и медикаментозный гемостаз – у 11 больных (23,4% или 2,47% от общего количества); в связи с высоким риском повторного кровотечения и предшествующей большой кровопотерей в ближайшее сутки от момента поступления превентивно оперированы 3 пациентов (6,4% или 0,67%); у 3 (6,4% или 0,67%) помимо состоявшегося кровотечения обнаружены язвенный стеноз, что потребовало оперативной коррекции; у одного больного (2,1% или 0,2% от общего числа) показанием к операции послужило подозрение язвы на малигнизацию. Таким образом, отсутствие гемостаза или рецидив кровотечения, как показание к операции, было у абсолютного числа оперированных больных – у 40 из 47, что составило 85,1% (9% от всех госпитализированных больных).

Размеры язв у оперированных больных имели определенную закономерность, проявляющаяся в том, что как желудочные язвы (25 больных), так и дуоденальные (19 больных) чаще всего были от 6 до 14 мм (желудочная 12 больных или 48%, ДПК – 10 или 52,6%). Количество гигантских язв, потребовавших операцию, были по 3 наблюдения желудочной и дуоденальной локализацией. Медиана размеров желудочной язвы (13,6 мм) незначительно отличалась от дуоденальной (12 мм), что, видимо, имеет определенную патофизиологическую основу.

В большинстве случаев (у 23 больных или 48,9%) выполнены прошивающие кровотокающего сосуда на дне язвы. Чаще всего это были ситуации, когда язва располагалась на задней стенке ДПК или желудочные острые язвы. Иссечение язвы сделаны в 9 (19%) наблюдениях при локализации язвы на передней стенке ДПК или желудка. Резекция желудка сделаны у 14 больных (29,8%), когда каллезная язва создавала определенную опасность рецидива кровотечения после паллиативных хирургических вмешательствах, длительно существующий

язвенный анамнез с частыми обострениями и явлениями стеноза. В одном случае (2,1%) при остановившемся кровотечении, отсутствии угрозы рецидива кровотечения, развившемся стенозе и тяжелом соматическом состоянии больного, выполнено формирование гастроэнтероанастомоза с целью внутренней декомпрессии желудка.

Несмотря на проводимое комплексное лечение, умерло 10 больных (2,24%), из них 4 пациентов – после операции (8,5%). Умершие больные были с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, большой кровопотерей и смерть наступала в первые 2-3 суток после операции. В трех случаях летальных исходов объем выполненной операции был минимальным – прошивание кровоточащего сосуда; в одном случае резекция желудка.

Таким образом, наиболее частым оперативным вмешательством является прошивание кровоточащего сосуда. Резекция желудка является операцией выбора при длительно существующей язве, сопровождающейся частыми обострениями и наличием таких осложнений, при которых паллиативные вмешательства не устраняют патологический очаг.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А.С.Ивачёв, Л.В.Хитрова, О.В.Щербина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
Бессоновская ЦРБ
Пенза

Больные, которым выполняют ампутации нижних конечностей, представляют определенную трудность при лечении из-за многочисленных сопутствующих заболеваний и различных послеоперационных осложнений, которые в ряде случаев являются причинами летальных исходов. В течение последних пяти лет (2007-2011) в Бессоновской ЦРБ выполнены ампутации конечностей 57 больным. В 52 наблюдениях (91,2%) ампутацию выполнили на уровне бедра и у 5 больных (8,8%) – на уровне голени. Показания для ампутации были различными: 42 больным (73,7%) конечность ампутировали по поводу атеросклероза сосудов конечности, из них в 4 наблюдениях диагностирован острый тромбоз на уровне подколенного сегмента, что потребовало экстренного хирургического вмешательства. В 10 случаях (17,5%) поводом для хирургического лечения был сахарный диабет, в 5 наблюдениях (8,8%) – травматическое поражение конечности с массивным размождением тканей стопы и голени, что потребовало высокой ампутации.

В большинстве случаев (38 или 66,7%) ампутацию конечности выполняли больным старше 60 лет, что объясняется более частым атеросклеротическим поражением. Четверо больных (7%) были моложе 50 лет, у них показанием к

операции была травма. Остальные 15 больных (26,3%) были в возрасте от 50 до 60 лет.

У 57 больных всего выполнено 78 операций: ампутации на уровне бедра – 55 или 70,5% (дважды – реампутация); ампутация на уровне голени – 5 (6,5%); тромбэктомия из подвздошно-бедренного сегмента по поводу окклюзии – 3 (3,8%); ампутация стоп как этап в комплексе лечения атеросклеротического поражения конечности – 2 (2,6%); вскрытие флегмоны стопы и голени – 2 (2,6%); лапаротомия при внутриабдоминальных осложнениях – 3 (3,8%); торакоцентез при нарастающей легочной недостаточности и большом гидротораксе – 3 (3,8%); некрэктомия при тотальном раневом некрозе – 3 (3,8%); лигирование бедренных сосудов на протяжении при постоперационных раневых геморрагических осложнениях – 2 (2,6%).

Развившиеся осложнения у 25 больных (43,9%) появились в течение первых 10 дней послеоперационного периода, большинство из которых имели раневую локализацию (19 пациентов – 33,3%). Асептическое расхождение краев раны – 6 больных (10,5%), что наблюдалось в первые двое суток после удаления швов. Воспалительные раневые осложнения в виде серомы и нагноения раны были по 5 наблюдений (8,8%). В 3 случаях (5,3%) отмечены кровотечения из раны. У 4 больных (7%) образовались острые язвы желудка с кровотечением, консервативный гемостаз которых был неэффективным. В этой связи всем больным с язвенным кровотечением выполнены лапаротомии с прошиванием кровоточащих сосудов. По одному наблюдению были инфаркт миокарда и пневмония. Умерло 4 больных (7%).

Медикаментозную тромбозмболическую профилактику проводили 48 больным (84,2%), у остальных ограничивались бинтованием нижних конечностей. В большинстве случаев (41 или 85,4%) профилактика проведена гепарином в дозе 10000 ЕД (30 больных) и 15000 ЕД (11 больных). Желудочное и раневое кровотечение в различные сроки после операции развилось у 5 больных (12,2%). В 7 наблюдениях с профилактической целью использовали фраксипарин в дозе 0,3 мл без каких-либо осложнений.

Таким образом, ампутации нижних конечностей сопровождаются значительной послеоперационной летальностью (7%), большим количеством послеоперационных осложнений (43,9%), из которых особо выделяются раневые и желудочные кровотечения (12,3%). В этой связи профилактическое тромбозмболическое лечение целесообразнее проводить низкомолекулярными гепаринами, сопровождающееся минимальным количеством геморрагий.

ВЛИЯНИЕ ПАРАПАПИЛЯРНЫХ ДИВЕРТИКУЛОВ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛОСФИНКТЕРОТОМИИ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

А.С.Ивачёв, Г.К.Шокаров

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
ГБУЗ ГКБ СМП им. Г.А.Захарьина
Пенза

Эндоскопическая папилосфинктеротомия является методом выбора при холедохолитиазе благодаря своей минимальной инвазивности, патофизиологичности, минимальному количеству осложнений и высокой эффективности. Однако, далеко не всегда данная манипуляция выполнима и эффективна. Одной из причин неудач эндоскопических манипуляций является особенность топографической анатомии той зоны, где выполняют вмешательство. В частности, наличие дуоденальных дивертикулов в значительной степени осложняет выполнение поставленных перед эндоскопической процедурой задач.

За период 2009 по 2011 гг. эндоскопическую дуоденоскопию выполняли 191 больному по поводу диагностированного или предполагаемого холедохолитиаза и аденомы папиллы. У 44 пациентов (23%) манипуляцию выполняли на фоне не купированной желтухи. Обследовано мужчин – 47 (24,6%), женщин – 144 (75,4%). Возраст больных колебался от 23 до 88 лет (средний 67,4). У 17 пациентов (8,9%) обнаружены дивертикулы в зоне папиллы, что вызвало определенные трудности и в 4 (23,5%) наблюдениях ЭПСТ выполнить не удалось.

Все дивертикулы в той или иной степени затрудняли выполнение ЭПСТ так как:

- при этой патологии менялась не только топография БДС, но и топография впадающих в него протоков (общего желчного и панкреатического), что вызывало трудности при канюляции;
- тяжело определить оптимальную длину разреза и как следствие прогнозировать возможное кровотечение;
- из-за повышенного риска перфорации стенки дивертикула не всегда удавалось адаптировать разрез под диаметр конкремента, что затрудняло, а иногда и делало невозможным выполнение инструментальной литоэкстракции;
- давление дивертикула на общий желчный проток часто искажало рентгенологическую картину, создавая видимость онкологической патологии;
- в ряде случаев приходилось отклоняться от стандартного направления разреза, что всегда вызывало сомнения и неуверенность в правильно выбранной тактике.

Взяв за основу, предложенную нами классификацию, мы постарались выяснить наиболее проблематичные, для выполнения ЭПСТ, варианты расположения дивертикулов.

Дивертикулы I типа обнаружены у 10 (58,8%) пациентов и проблемы были связаны только с канюляцией протока. Для катетеризации желчного протока

приходилось выполнять по 5-6 попыток, так как чаще всего катетер попадал в вирсунговый проток, а не общий желчный. Не смотря на это, во всех случаях ЭПСТ имела положительный результат.

Дивертикул II типа встретился у одного (5,6%) пациента. В этом случае была выполнена неселективную РХПГ, но катетеризировать общий желчный проток с последующим ЭПСТ не удалось.

Дивертикулы III типа верифицированы у 3 (16,7%) пациентов. В одном случае не удалось канюлировать БДС и выполнить ЭПСТ. Работая в просвете дивертикула, специалист ограничен в выборе адекватного угла катетеризации.

Дивертикулы IV типа встретились в 3 (16,7%) случаях. Из них IV А тип у 2 (11,1%) и IV В у 1 (5,6%). У одного пациента с дивертикулумом IV А типа и у пациента с IV В канюлировать БДС и выполнить ЭПСТ не удалось.

Во всех случаях с неудавшимися ЭПСТ не предпринимались попытки атипичной катетеризации общего желчного протока из-за риска перфорации стенки дивертикула.

Таким образом, несмотря на многообразие расположение дуоденального дивертикула по отношению к БДС и возникающими в этой связи сложностями выполнения ЭПСТ, успешная манипуляция возможна в 76,5%. Группа больных с дивертикулами I типа самая многочисленная, но серьезных проблем при выполнении ЭПСТ не вызывала. Дивертикулы II- III-IV типов более проблематичные, но из-за малочисленности групп расставить приоритеты не представляется возможным.

ВИЗАННА И ЕЁ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

Д.С.Ирышков

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
Пенза

Постоянный рост гинекологических заболеваний, обусловленных гормональными нарушениями в работе гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, вызывает серьезное беспокойство у врачей акушеров-гинекологов.

Особенно тревожит специалистов развитие на этом фоне таких заболеваний как гиперпластические процессы эндометрия, наружный и внутренний эндометриоз, миома тела матки, нарушения менструального цикла и многие другие. В связи с этим особую актуальность имеет внедрение в практику врача акушера-гинеколога препаратов, позволяющих проводить коррекцию гормональных дисфункций, лечение уже имеющихся заболеваний и их профилактики. Так как основным патогенетическим фактором развития вышеперечисленной патологии является гиперэстрогемия, то принципы лечения данных состояний основываются на назначении препаратов прогестеронового ряда.

Одним из таких новых и современных пероральных препаратов является ВИЗАННА (диеногест микронизированный), производимый фирмой "Байер Шеринг Фарма АГ" (Германия). ВИЗАННА - производное нортестостерона, об-

ладает действием гормона прогестерона и содержит в одной таблетке 2 мг диеногеста. Диеногест связывается с рецепторами прогестерона в матке человека, обладая лишь 10% относительного сродства прогестерона. Несмотря на низкое сродство к рецепторам прогестерона, диеногест характеризуется мощным прогестагенным эффектом *in vivo*. Биологическое действие ВИЗАННА сходное с действием прогестерона в физиологических условиях. ВИЗАННА оказывает выраженное прогестагенное влияние на эндометрий, вызывая в нем секреторную трансформацию, подавляет овуляцию в яичниках, устраняет явления гиперэстрогении. Диеногест воздействует путем подавления трофических эффектов эстрогенов в отношении эутопического и эктопического эндометрия, вследствие снижения продукции эстрогенов в яичниках и уменьшения их концентрации в плазме. Кроме того при непрерывном приеме вызывает секреторное истощение и явления атрофии в эндометриоидных гетеротопиях, тем самым устраняя клинические проявления эндометриоза. Дополнительные свойства диеногеста, такие как иммунологический и антиангиогенный эффекты, как представляется, способствуют его подавляющему воздействию на пролиферацию клеток.

Данные свойства препарата ВИЗАННА с успехом применяются в некоторых случаях, требующих регуляции менструального цикла. Так как ВИЗАННА является по сути препаратом II фазы менструального цикла, то лечение регуляции менструального цикла им, как правило в репродуктивном периоде можно начинать с 14 по 25 день цикла по 1 таблетке в день. Для лечения больных с гиперплазией эндометрия или эндометриозом ВИЗАННА нужно назначать в непрерывном режиме. Курс лечения 4-6 месяцев.

ВИЗАННА может быть использован как препарат для отсрочки нормальной менструации, что бывает необходимо у больных, готовящихся к оперативному лечению. Необходимо отметить, что ВИЗАННА обладает низким процентом побочных реакций. В редких случаях могут наблюдаться мажущие кровяные выделения, что требует пересмотра назначенной дозы препарата. К другим побочным действиям относятся изменение либидо, тошнота, реже отмечается увеличение массы тела, крайне редко головокружение, головная боль, нервозность, депрессия, угри, гирсутизм и отеки, дискомфорт в молочных железах, аменорея. Большинство этих реакций носят временный характер и, как правило, самостоятельно проходят в течение 2-3 недель лечения и не требуют отмены препарата. Противопоказаниями к назначению ВИЗАННА являются общими для препаратов содержащих только гестагенный компонент: беременность, заболевания печени (холестатическая желтуха, гепатит), кровотечения из половых путей неясной этиологии. Перед началом приема препарата ВИЗАННА необходимо исключить беременность. Во время приема препарата ВИЗАННА при необходимости контрацепции пациенткам рекомендуется применять негормональные контрацептивные методы (например, барьерный). Согласно имеющимся данным, во время приема препарата ВИЗАННА у большинства пациенток происходит подавление овуляции. Однако ВИЗАННА не является контрацеп-

тивом и физиологический менструальный цикл восстанавливается в пределах 2 месяцев после прекращения приема препарата ВИЗАННА.

Таким образом ВИЗАННА можно рекомендовать в качестве эффективного современного средства для лечения различной гинекологической патологии, но схемы лечения и длительность терапии выбираются индивидуально лечащим врачом.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И РАСШИРЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДИАПАЗОНА ПРИМЕНЕНИЯ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Б.Г.Искендеров, Т.В.Лохина, Е.В.Гриднева, Н.В.Беренштейн, С.В.Саушкина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Одним из фундаментальных механизмов патогенеза эссенциальной артериальной гипертензии (АГ) является генетически детерминированная мембранопатия гладкомышечных клеток (ГМК) сосудистой стенки, способствующая перегрузке их кальцием. Это ведет к повышению контрактильности ГМК сосудов и кардиомиоцитов, активации симпатико-адреналовой системы, которые вызывает повышение АД и морфологические изменения органов-мишеней. Универсальность данного механизма подтверждается тем, что большинства классов антигипертензивных препаратов – антагонисты кальция альфа-адреноблокаторы, бета-адреноблокаторы, тиазидные диуретики обладают дополнительными механизмами, связанными со снижением содержания внутриклеточного кальция.

Нами, начиная с 2002 года, проводятся научные исследования, посвященные изучению взаимосвязей показателей кальциевого обмена и эффективности антагонистов кальция, а также обоснованию рациональности комбинаций различных производных антагонистов кальция между собой и тиазидным диуретиком – индапамидом.

Кальциевый обмен и эффективность антагонистов кальция. Впервые установлены корреляционные связи ремоделирования сердечно-сосудистой системы и функционального состояния параситовидных желез у больных АГ [1]. Выявлена достоверная прямая корреляция содержания паратгормона в крови с индексом массы миокарда левого желудочка и толщиной интима/медиа общей сонной артерии, а также обратная корреляция – с величиной эндотелийзависимой вазодилатации. Показано, что частота и выраженность диастолической дисфункции левого желудочка коррелирует с содержанием паратгормона и кальция в крови, суточным кальцийурезом. Гиперфункция параситовидных желез характеризуется преобладанием типов нон-диппер и найт-пикер суточного профиля АД.

Установлено, что динамика структурно-функциональных изменений сердца и сосудов на фоне терапии антагонистами кальция зависит от исходного содержания паратгормона в крови. Также выявлено, что гипотензивная эффективность антагонистов кальция зависит от функционального состояния паращитовидных желез. Повышенное содержание паратгормона в крови ассоциируется с выраженным гипотензивным эффектом антагонистов кальция. В свою очередь, антагонисты кальция вызывают реципрокное подавление секреции паратгормона и уменьшение суточного кальцийуреза.

Комбинации различных производных антагонистов кальция. Доказано, что комбинация верапамила ретард и амлодипина обладает потенцирующим антигипертензивным эффектом независимо от типа кровообращения, структурно-геометрического ремоделирования сердца и суточного профиля АД [2]. Нормализация АД в различных режимах дозирования препаратов достигается в 100% случаев. Также комбинированная терапия амлодипином и верапамилем ретард в 82,4% случаев нормализует циркадный ритм АД и надежно контролирует нормальный уровень АД в течение суток (индекс t/p составляет 76-83%).

Показано, что комбинация амлодипина и верапамила ретард обладает выраженным противоишемическим эффектом при болевой и безболевой ишемии миокарда. Также комбинация амлодипина и верапамила ретард у больных ГЛЖ способствует оптимизации электрической стабильности сердца – достоверно уменьшает длительность и дисперсию интервала QT, увеличивает вариабельность сердечного ритма. Комбинированная терапия в 2-4 раза уменьшает различные побочные действия амлодипина и верапамила ретард.

Комбинации антагонистов кальция и тиазидного диуретика. На основании сравнительной оценки эффективности комбинированной терапии индапамидом ретард и различными производными антагонистов кальция – амлодипином, дилтиаземом ретард и верапамилем ретард показано их синергическое и взаимодополняющее влияние, которые способствуют потенцированию антигипертензивного и органопротективного эффектов [3, 4]. Комбинации индапамида ретард с антагонистами кальция нормализуют циркадный ритм АД, и являются метаболическими нейтральными.

Выявлено, что комбинации индапамида ретард с амлодипином и дилтиаземом ретард потенцируют вазопротективное действие, а также усиливает натрийуретический и кальцийсберегающий эффект препаратов. Кроме того, комбинации индапамида ретард с дилтиаземом и верапамилем ретард вызывают достоверные изменения показателей вариабельности ритма сердца и снижают гиперактивность симпатической нервной системы.

Библиографический список

1. Искендеров Б.Г., Люсов В.А., Бурмистрова Л.Ф. и др. Связь ремоделирования сердечно-сосудистой системы и кальций-регулирующей функции паращитовидных желез у больных артериальной гипертензией // Российский кардиологический журнал 2007; 2: 52-56.

2. Искендеров Б.Г., Бурмистрова Л.Ф., Лохина Т.В. и др. Эффективность и переносимость комбинированной терапии антагонистами кальция у больных умеренной артериальной гипертонией // Клиническая медицина 2005; 7: 37-40.
3. Искендеров Б.Г., Сисина О.Н., Гриднева Е.В. и др. Сравнительная оценка антигипертензивного и кардиогемодинамических эффектов комбинаций диуретика с различными производными антагонистов кальция у больных артериальной гипертензией // Артериальная гипертензия 2009; 5: 559-564.
4. Искендеров Б.Г., Гриднева Е.В., Сисина О.Н. и др. Выбор рациональных комбинаций индапамида с различными антагонистами кальция у больных артериальной гипертензией // Кардиология. – 2011. – № 4. – С. 22-27.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В РЕЗУЛЬТАТЕ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Д.Б.Казанцева, О.В.Брызгунова

ФГБОУ ВПО ПГУ Минобрнауки России
Пенза

Совершенствование высшего медицинского образования невозможно без внедрения в образовательный процесс новых педагогических и информационных технологий, авторских методических приемов. Именно они противопоставляют традиционной педагогической методике обучения, методике, базирующуюся на психолого-педагогической парадигме деятельностного обучения, в ходе которой приобретает личный опыт.

Образовательный уровень слушателей всегда зависит от качества научно-методической работы. Обеспеченность учебно-методическими комплексами позволяет оптимально выдержать содержательную сторону преподаваемого материала и оптимально расширить его по организационным формам обучения, а так же осуществить интеграцию образования по вертикали и по горизонтали. Используемые в процессе обучения электронно-инновационные учебно-методические комплексы включают электронные учебные пособия, комплексы тестовых заданий текущего, промежуточного и итогового контроля, мультимедийные сопровождения лекций и методические пособия. Ежемесячные учебно-методические семинары профессорско-преподавательского состава позволяют производить обмен опытом научно-методической работы. Система взаимопосещения учебных занятий позволяет определить общие требования к содержанию лекций и семинарских занятий, а открытые лекции и мастер-классы – обобщить лучший опыт преподавателей.

Инновационные формы обучения, а именно чтение проблемных лекций, лекции – конференции, электронные лабораторные и практические занятия, использование при этом электронных атласов, рентгенограмм, слайдов, авторских

видеофильмов, аудиозаписей, диагностических и лечебных алгоритмов, карт ориентировочных основ действий, клинических ситуационных задач как для обучения, так и для контроля, деловых игр, межкафедральных тематических пособий – все это позволяет координировать межкафедральные и междисциплинарные связи в учебном процессе, реализуя проблему преемственности в преподавании учебных дисциплин.

В медицинских образовательных заведениях должна быть создана хорошая материально-лабораторная база с современными микроскопами, микробиологическими, физиологическими и иммунологическими приборами и оборудованием. А так же должно быть оснащение современной компьютерной и другой оргтехникой, с созданием специализированных классов, где легко можно осуществить мультимедийную презентацию лекций. Необходимо при этом проведение работ по переводу лекций на мультимедийную основу.

Использование современных электронных учебных пособий позволит применять не только многочисленные рисунки и фотографии, но и мультипликации, анимации, иллюстрирующие динамические события, видеоклипы, демонстрирующие отдельные элементы врачебной техники и типовые операции, кино, слайд-фильмы, звуковое сопровождение, интерактивное взаимодействие пользователя и учебника. Текст электронного учебника может быть поддержан системой гиперссылок и встроенным глоссарием, выдающим подсказку о любом включенном в них термине на любой открытой странице. Использование современных электронных учебных пособий может повысить качество освоения материала на 20%-25%.

Одним из новейших средств повышения качества обучения является возможное создание центра телемедицины с созданием видеоархива учебных видеофильмов, операций, лекций ведущих специалистов с использованием специальной аппаратуры для проведения видеоконференций в режиме он-лайн. Варианты используемых научно-методических материалов – различные руководства, наиболее важные научные статьи, клинические рекомендации, различные материалы из «всемирной паутины».

Оснащение образовательного учреждения такого рода комплексами позволит создать большие возможности для самостоятельной работы на аудиторных занятиях, облегчит процесс текущего контроля индивидуальной работы во время практических занятий, повысит интерес к обучению и изучению структурных основ строения живых систем. Наличие аппаратно-программного комплекса позволит модернизировать как учебный процесс, так и научный анализ, способствуя подготовке профессионалов нового поколения.

Модернизация образовательного процесса включает в себя и использование дистанционного обучения – экономичного для заочного, вечернего образования и обучения экстерном. Дистанционное обучение позволяет, дать слушателям основной необходимый объем минимума знаний, познакомить с основными факторами риска, дать слушателям представление о научно обоснованной системе и ее практической реализации, дать необходимый минимум знаний о методах и принципах внедрения. Обучающие диски позволяют развивать навы-

ки самостоятельной работы и подробно изучать ведущие проблемы отдельных тем. Структура диска должна вести обучающегося от базовых, теоретических, основополагающих разделов к их практическому воплощению с указанием возможности их применения в своей дальнейшей профессиональной деятельности. Предлагаемые практические задания и смоделированные ситуации предназначены непосредственно для создания личного опыта и практических навыков у обучающихся.

Современное дистанционное обучение представляет собой уже совершенную форму, сочетающую в себе всевозможные элементы и способы обучения. Наряду с традиционными видами занятий – лекциями, семинарско-практическими занятиями, имитационными и деловыми играми, самостоятельными работами, курсовой работой, контролем усвоения знаний используются новые модели обучения, к примеру, объектно-ориентированные и проектно-информационные модели, в которых используются такие новые формы обучения как – компьютерные конференции, телеконференции, телеконсультации, информационные сеансы, совместные проекты. Критерии успешного продвижения дистанционного обучения на рынке знаний в простоте использования, в стабильности, перспективности, качестве технической поддержки.

Использование современных технических достижений позволяет проверить и проконтролировать активность учащегося через мониторинг его действий через специально созданные программы подсчета количества посещений слушателем материалов курса, форумов, заданий.

При этом необходимо и создание целостной системы проверки качества обучения через систему компьютерного контроля качества, рейтинговой оценки свободных ответов обучающихся на предусмотренные программой обучения стандартные вопросы позволяющие проводить прямой анализ и оценку степени сформированности профессионального языка и профессиональной картины мира.

Из всего вышеизложенного, таким образом, можно сделать вывод, что применение и продвижение новейших технологий обучения в современный период неотвратимо и обусловлено реалиями настоящего времени – новыми особенностями организации и управления учебным процессом. Современные образовательные технологии просты, доступны и удобны в использовании изучаемого материала и позволяют своевременно обратить внимание на упущенные при освоении материалы. В настоящее время общепризнано, что дальнейшее развитие образования практически не мыслимо без развития средств технического оснащения процесса. Единственное условие – наличие определенных навыков владения новейшими технологиями обучения профессорско-преподавательским составом высшего медицинского заведения и наличие определенного времени для его освоения, данного слушателям.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭНДОФОРМНЫХ РЕАКТИВНЫХ ПСИХОЗОВ

В.Б.Калистратов, О.В.Плотникова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Одной из сложных задач судебной психиатрии является проведение дифференциальной диагностики эндоформных (шизофреноформных) реактивных психозов с психогенно манифестирующей шизофренией. При распознавании реактивного параноида традиционно в качестве основных диагностических критериев используют критерии психологической понятности, описанные К. Jaspers: острое начало, связанное с психической травмой, отражение психотравмирующей ситуации в содержании психопатологических переживаний, зависимость течения от этой ситуации. Однако, психогенный дебют шизофрении, возникший, например, в условиях пенитенциарного стресса, может характеризоваться этими же особенностями.

В связи с этим при анализе психогенно видоизменённой симптоматики острых шизофренических состояний большое значение имеет правильная оценка анамнестических данных: учёт изменений преморбидных характерологических свойств, наличие стёртых психопатологических расстройств в доманифестный период психоза. Это особенно затруднительно при вялом течении болезни в продромальном этапе. В таких случаях помогает своевременная и точная квалификация структуры и динамики клинических картин психогенных шизофренических дебютов.

К отличительным клиническим особенностям шизофренических состояний относится быстрота возникновения сложных психотических картин, формирование галлюцинаторно-параноидных проявлений без типичного для истинных реактивных психозов этапа глубокой интрапсихической переработки психотравмы. Для больных реактивными психозами характерны мотивированная тревожность, тесно спаянная с психотравмой, беспокойство о своём будущем, сожаление о случившемся. В психогенном дебюте шизофрении рано выступают беспредметная глухая тревога, монотонный диффузный страх, сопровождающиеся отгороженностью, невыразительностью, двигательной заторможенностью.

Можно выделить своеобразие инициальных расстройств идеаторных процессов. В процессуальных случаях отсутствовали «чистота» ситуационного ментизма, травмирующее содержание наплывов ассоциаций, свойственные реактивным психозам. Весьма рано появлялись идеаторные вплетения «нейтрального» содержания, насильственные отклонения мыслей от ситуационной темы.

Характерные различия отмечаются и при анализе структуры развёрнутых галлюцинаторно-параноидных синдромов. К отличительным особенностям шизофрении относится большой структурный полиморфизм, диссоциация и аутохтонная лабильность отдельных компонентов статуса. Психогенному вариан-

ту синдрома психического автоматизма свойственны: 1) ограниченное количество элементов – явления наплыва мыслей, слуховые псевдогаллюцинации, необычайные ощущения; 2) иное качество отдельных компонентов – преобладание насильственности во всех проявлениях, нарушения активности без чуждости собственных мыслей, чувств и действий; 3) иное содержание псевдогаллюцинаций (определённая связь с конкретной травмирующей ситуацией, отсутствие аффективно нейтральных, лишённых определённого содержания псевдогаллюцинаций). Структура бреда при реактивном параноиде более очерчена, чем при шизофрении, нет полиморфизма, тенденции к дальнейшему интенсивному формированию. Отсутствуют типичные шизофренические изменения аффективно-волевой сферы и мышления (манерность, негативизм, эмоциональное оскудение, аутизм, символическое мышление). Решающим дифференциально-диагностическим критерием являются динамика заболевания, стереотип развития и смена стадий.

При алкогольном галлюцинозе центральное место занимают слуховые галлюцинации, связанные с алкогольной тематикой (назойливое предложение выпить, осуждение за пьянство и т.п.). Бред чаще вторичный. Слуховые галлюцинации при реактивном параноиде возникают на фоне эмоционального напряжения, страха, ужаса.

Литература:

1. Иммерман К.Л. Затяжные реактивные психозы в судебно-психиатрической клинике: Автореферат дис...доктора мед. наук. – М., 1969. С. 18.
2. Калистратов В.Б. Психогенные расстройства у осуждённых мужчин в исправительных колониях: дис...канд. мед. наук. – М., 2003. С. 23-24.
3. Судебная психиатрия. Руководство для врачей под ред. академика АМН СССР Морозова Г.В. М.: Медицина, 1988. – С.307-338.

К ВОПРОСУ О «МОРФОЛОГИЧЕСКИХ НАХОДКАХ» ПРИ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Т.А.Карасева, Д.А.Карасева

Военный комиссариат Пензенской области
Пенза

В последние годы при обследовании нейротравматологических больных стали широко применяться методы компьютерной и магнитно - резонансной томографии [1,2,3].

При внедрении этих методов в практическую медицину стало возможным диагностировать такие аномалии (варианты) развития головного мозга, как ретроцеребеллярная киста, киста прозрачной перегородки, гипогенезия или агенезия мозолистого тела [4,2]. Описывая эти морфологические изменения, авторы относят их к порокам развития. Под термином «врожденный порок развития»

следует понимать стойкие морфологические изменения органа или всего организма, выходящие за пределы вариаций их строения. Как синоним термина «врожденный порок развития» могут применяться термины «врожденная аномалия», «пороки развития», «аномалии развития» [5,6,7].

В настоящее время в литературе практически нет исследований, позволяющих говорить о частоте встречаемости и о том, какую клиническую картину дают эти аномалии (варианты) развития и их оценке с точки зрения военно-врачебной экспертизы.

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты встречаемости «морфологических находок» у лиц призывного возраста и их оценка с точки зрения военно-врачебной экспертизы.

Обследовано 207 человек Пензенской области в возрасте от 18 до 27 лет, в анамнезе у которых была черепно-мозговая травма (ЧМТ). С диагностической целью всем призывникам была проведена компьютерная томография головного мозга. Результаты отражены в табл.

Таблица

Результаты компьютерной томографии головного мозга

Результаты КТ	Абс. (n)	%
Без патологии	99	47,8
Ретроцеребеллярная киста	15	7,2
Киста прозрачной перегородки	6	2,9
Гидроцефалия	7	4,0
Посттравматическая церебральная атрофия	80	39,0
Всего	207	100,0

Морфологические «находки» в головном мозге в отдаленном периоде ЧМТ носят неспецифический характер, т.е., могут проявляться и в результате сосудистых, воспалительных поражений 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.

По нашему мнению, настало время классическое истолкование «морфологических находок» дополнить с учетом открытий генетика Чадова Б. Ф. и его школы (2000). Мы имеем в виду обнаруженные ими мутации в виде условных доминантных леталей (УДЛ), а также учение о «морфозе». Эти «находки» являются «индикаторами» нестабильности генома данной категории призывников. Такая позиция не противоречит выводам генетиков, гармонично дополняет их экспериментальные исследования и разумно объясняет хрупкий адаптационный потенциал этой группы призывников.

Мы предлагаем клинически неопределенную категорию «морфологически отмеченные лица», до сих пор не имеющую подходящего места в иерархии диагностических и клинических ценностей, признавать в качестве «индикатора

нестабильности генома». Это значит, что в заключениях на «морфологически отмеченных лиц» целесообразно подчеркивать их склонность к вероятной декомпенсации нервно-психического статуса в последующем. Заключения включать в документы медицинского сопровождения призывников, призываемых на военную службу. Поскольку мы не располагаем полными сведениями о частоте выявления признаков «морфо́за» у лиц, возвращенных из войск по причине возникновения у них нервно-психических расстройств, то в будущем эта тема должна стать предметом отдельного исследования. Дискуссионность предлагаемой рабочей гипотезы должна обострить внимание к проблеме «морфо́за» и стать импульсом дальнейших исследований.

На данном этапе изучения проблемы мы считаем, что призывники с такими морфологическими образованиями головного мозга, как ретроцеребеллярная киста и киста прозрачной перегородки при отсутствии у них неврологической симптоматики, изменений на ЭЭГ, РЭГ, должны получать категорию годности Б – годен к военной службе с незначительными ограничениями.

Литература

1. Коновалов, А. Н. Компьютерная томография в нейрохирургической клинике / А. Н. Коновалов, В. Н. Корниенко. – М. : Медицина, 1985. – С. 290.
2. Коновалов, А. Н. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии / А. Н. Коновалов, В. Н. Корниенко, И. Н. Пронин. – М. : Видар, 1997. – С. 168–203, 218, 381–393.
3. Рябкин, И. Х. Основы компьютерной томографии / И. Х. Рябкин, В. И. Овчинников, Н. П. Ермаков и соавт. – М., 1992. – С. 7–8.
4. Меркулова, Д. М. Роль магнитно-резонансного обследования у пациентов с отдаленными последствиями черепно-мозговых травм / Д. М. Меркулова, Ю. А. Пашенцев, А. П. Иванов и соавт. // Современные возможности магнитно-резонансной томографии : труды научно-практич. конф. – М., 1998. – С. 5–6.
5. Калмин, О. В. Аномалии развития органов и частей тела человека : учебное пособие / О. В. Калмин, О. А. Калмина. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2004. – С. 3–4, 317.
6. Лазюк, Г. И. Наследственные синдромы множественных пороков развития / Г. И. Лазюк, И. В. Лурьев, Е. Д. Черствой. – М. : Медицина, 1983. – С. 204.
7. Лазюк, Г. И. Основные этиологические группы врожденных пороков развития и некоторые вопросы диагностики и патогенеза / Г. И. Лазюк, Е. Д. Черствой // Архив патологии. – 1986. – № 9. – С. 20–25.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕГИОНАРНЫХ МЕТОДОВ АНЕСТЕЗИИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ ПУТЁМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

В.Ю.Кашаев, Г.В.Кольдин, И.Е.Ременик, О.Н.Суконников, В.И.Сычёв

ГБУЗ «Кузнецкая городская детская больница»
Кузнецк

В настоящее время регионарные методы анестезии при абдоминальном родоразрешении, при отсутствии к ним противопоказаний, занимают все более лидирующие позиции в акушерской анестезиологии по сравнению с общей анестезией. В ГБУЗ «Кузнецкая городская детская больница» при проведении операции кесарево сечение применяются такие разновидности нейроаксиальной анестезии как эпидуральная анестезия, которая позволяет создать условия для управления блоком по глубине и продолжительности, а также спинальная анестезия, с присущими ей технической простотой выполнения, более быстрыми наступлением блока.

Нами проведен анализ анестезиологических пособий при оперативном родоразрешении за период с 2009 по 2011гг. Основными показаниями для операции являлись: клинически узкий таз, рубец на матке, упорная слабость родовой деятельности, тазовое предлежание плода, прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода. Методика различных видов регионарной анестезии осуществлялась в соответствии с общепринятыми стандартами акушерской анестезиологии с учетом конкретной клинической ситуации. При выборе методы анестезиологического обеспечения абдоминального родоразрешения мы руководствовались следующими факторами: акушерская ситуация, анатомические особенности конкретной женщины, исходный операционно-анестезиологический риск, материально-техническая оснащенность службы, компетентность анестезиолога-реаниматолога в особенностях проводимых методов анестезии, его предпочтения, а также умение корректно оценивать и своевременно реагировать на изменение акушерской ситуации, совокупность имеющихся противопоказаний, учитываем также желание женщины.

Структура анестезиологических пособий

	Количество оперативных родоразрешений	Общая анестезия	Регионарная анестезия
2009 г.	351	212(60,4%)	139 (39,6%)
2010 г.	326	160(49%)	166 (51%)
2011 г.	372	152(41%)	220 (59%)
Всего	1049	524(49%)	525 (51%)

Регионарная анестезия

	Количество оперативных родоразрешений	Эпидуральная анестезия	Спинальная анестезия
2009 г.	351	80 (57,5%)	59 (42,5%)
2010 г.	326	105 (63,2%)	61 (36,8%)
2011 г.	372	155 (70,1%)	65 (29,6%)
Всего	1049	340 (64,7%)	185 (35,3%)

Анализируя представленные данные, мы отметили увеличение процента регионарных методов анестезиологического обеспечения, по сравнению с методами общей анестезии.

Таким образом, на основании собственного опыта и данных литературных источников мы пришли к выводу: методом выбора при проведении анестезиологического обеспечения абдоминального родоразрешения путем операции кесарево сечение являются регионарные виды анестезии, повышающие безопасность и создающие комфорт при данных оперативных вмешательствах в акушерской практике.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕГИОНАРНЫХ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ РОДАХ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ

В.Ю.Кашаев, Г.В.Кольдин, И.Е.Ременик, О.Н.Суконников, В.И.Сычѳв

ГБУЗ «Кузнецкая городская детская больница»
Кузнецк

В последнее время особое внимание уделяется ведению родов с применением нейроаксиальных методов обезболивания, что позволяет эффективно устранить боль, не угнетая сознание женщины, дает возможность, в случае изменения акушерской ситуации, перейти к эпидуральной анестезии, для проведения абдоминального родоразрешения путем операции кесарево сечение.

Нами был проведен анализ родов у 4277 женщин в возрасте от 18 до 42 лет, родоразрешенных в МУЗ «Кузнецкая городская детская больница» за период с 2009 по 2011гг.

Структура родов

	Количество родов	Роды без применения регионарных методов обезболивания	Эпидуральная анестезия в родах
2009 г.	1359	1279 (94,1%)	80 (5,9%)
2010 г.	1425	1323 (92,8%)	102 (7,2%)
2011 г.	1493	1223 (81,9%)	270 (18,1%)
Всего	4277	3825 (89,4%)	452 (10,6%)

Представленные данные свидетельствуют о возрастании количества регионарных методов обезболивания родов за анализируемый период времени.

Методика эпидурального обезболивания родов, применяемая в нашем лечебном учреждении, соответствует общепринятым стандартам акушерской анестезиологии. Обезболивание родов мы начинаем с появления болевого дискомфорта, вводя анестетик в заранее установленный эпидуральный катетер при раскрытии маточного зева до 2-4 см низкими концентрациями наропина (0,1-0,2%). Введение препарата осуществляется следующим образом:

1. Болюсно по 8-10 мл, с повторными болюсами, что согласовывалось с нарастанием болевого синдрома у женщины и степенью открытия маточного зева.
2. В режиме постоянной инфузии препарата в эпидуральное пространство с темпом введения 6-10 мл/ч.

Применение лидокаина для обезболивания родов сведено к минимуму ввиду менее надежной нейроаксиальной блокады, по сравнению с таковой при использовании наропина, а также с появившимися в литературе сообщениями об увеличении количества неврологических осложнений различного характера при использовании лидокаина. Кроме того, введение наропина позволяет добиться достаточного уровня анестезии без применения наркотических анальгетиков.

Продленное эпидуральное обезболивание родов низкими концентрациями наропина не влияло на состояние плода и новорожденного.

Таким образом, проведение эпидуральной анестезии в родах позволяет эффективно и безопасно улучшить качество родов и считать нейроаксиальную анестезию методом выбора при обезболивании родов.

К НОЗОЛОГИИ ИПОХОНДРИЧЕСКОЙ ПСИХОПАТИИ

О.Е.Кибиткина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

В настоящее время общепринятой является точка зрения о том, что термин «психопатия» в определённой мере утратил своё клиническое содержание и стал негативно нарицательным [Шостакович Б.В., 1988]. В современных классификациях психических расстройств используется новый термин «специфические расстройства личности». Приводимое в МКБ-10 определение специфических расстройств личности в общих чертах соответствует классической триаде признаков психопатий П.Б. Ганнушкина (1964). В связи с этим в данной работе термины «психопатии» и «специфические расстройства личности» (СРЛ) употребляются как синонимы.

Описанная Е. Kahn (1928) ипохондрическая психопатия не включена в клиническую систематику психопатий, в том числе и в международную классификацию расстройств личности. Эта форма патологии личности «раствори-

лась» в расстройствах личности (F 60) и в небредовой ипохондрии в широком смысле.

Существующие на сегодняшний день представления об ипохондрических нарушениях в структуре СРЛ неоднозначны. Одни авторы позиционируют ипохондрические нарушения как акцентуацию при различных вариантах СРЛ [Cox B., Asmundson G., Taylor S., 2000; Ferguson E., Daniel E., 2000; Loffler-Stastka H., Diercks C., Skale E., 2007]. Смулевич А.Б. (2005, 2007), Терентьева М.А., Волель Б.А., Медведев В.Э. (2008) рассматривают ипохондрическое СРЛ в рамках нажитой психопатии – психопатологического состояния, сформировавшегося, в том числе, в условиях хронического соматического заболевания. Ряд авторов усматривают в ней коморбидные ипохондрические состояния при различных видах нервно-психической патологии: неврозах, шизофрении, аффективных заболеваниях психотического и непсихотического уровня (Фелинская Н.И., Чибисов Ю.К., 1975; Боев И.В., 2000; Шостакович Б.В., 2000; Иванов С.В., 2002; Серебрякова Е.В., 2007). П.Б. Ганнушкин в собственной классификации не выделял ипохондрическую психопатию, однако писал о «привычных ипохондрических состояниях у конституциональных астеников», отличая их от довольно острых «реактивных ипохондрий» у астеников и эмотивно-лабильных (Ганнушкин П.Б., 1933).

Вместе с тем ряд авторов (Случевский И.Ф., 1957; Иговская А.С., 2011; Braun E., 1928; Kuchenhoff J., 1985) выделяют данную форму психопатии и отграничивают ее от ипохондрических расстройств при других заболеваниях. Тиганов А.С. (1999) отмечает у ряда пациентов: «астено-ипохондрические состояния в отличие от собственно невротических приобретают все большее сходство с патохарактерологическими, не воспринимаются в качестве признаков болезни, органически включаясь (амальгамируясь) в структуру личностных аномалий».

Значимость выделения ипохондрической психопатии в отдельную форму, отграничение от заболеваний с ипохондрическим синдромом определяется различием подходов в лечении. Лекарственная терапия в отношении ипохондрического расстройства личности малоэффективна (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2006; Бурлаков А.В., Бескова Д.А., 2007). Согласно мнению современных авторов (Linehan M.M., 1993, 1994; Dolan B., 1994; Vachar E., 1998; Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2006) психотерапия является основным патогенетическим и приоритетным методом при лечении СРЛ в целом и ипохондрического РЛ в частности.

В соответствии с имеющимися литературными данными можно выделить следующие критерии ипохондрической психопатии, позволяющие отделить данную патологию от иных ипохондрических состояний:

- ипохондрическая психопатия наблюдается преимущественно у лиц с астеническим соматотипом;
- у большинства пациентов отмечается наследственная отягощенность;

- при ипохондрической психопатии с детства отчетливо проявляются тревожно-мнительные черты личности (впечатлительность, пугливость, отсутствие инициативы);
- основным клиническим расстройством при ипохондрической психопатии является interoцептивная гиперпатия (кинестетические, алгические, эссенциальные сенестопатии, телесная гиперпатия);
- наличие тревожно-фобических расстройств (сифило-, нозо-, канцеро-, кардиофобии);
- монотонность аффективных проявлений;
- склонность к ятрогении;
- сверхценный уровень идей о наличии соматического заболевания;
- поведенческие особенности (незаслуженное большое внимание здоровью, постоянное обсуждение с окружающими вопросов болезней, лечения, поиск эффективных лекарств, обращение ко многим врачам, «знахарям»);
- хронический, стойкий, малообратимый характер психопатических проявлений с биологически и психогенно обусловленными декомпенсациями (ипохондрические раптусы, бредовые идеи ипохондрического и архаичного содержания).

В связи с социальной значимостью проблемы важна ранняя диагностика ипохондрической психопатии, способствующая проведению своевременной адекватной медико-социальной помощи.

ГИПОТИРЕОЗ. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Е.А.Кирякина, Р.С.Бородина, Л.В.Курашвили, Ю.В.Булавкин

ГБУЗ Пензенская ЦРБ
Пенза

Нарушение функции тиреоидной системы приводит к целому ряду патологических состояний и заболеваний. В настоящее время к ним относят врожденные аномалии развития детей и подростков, кретинизм, задержку психического и физического развития, ухудшение интеллектуальных способностей у взрослых, зоб эутиреоидный или с гипотиреозом. Все эти последствия йодного дефицита связывают с недостаточной продукцией тиреоидных гормонов и компенсаторными реакциями, направленными на преодоление йодной недостаточности. У детей даже относительный дефицит тиреоидных гормонов приводит к более тяжелым последствиям, чем у взрослых. Крайне необходима ранняя диагностика гипотиреоза, т.к. запущенная его форма может привести к необратимым последствиям. Для гипотиреоза характерна неспецифичность клинической картины, нарушение функции различных органов и систем, маскирующие основные проявления болезни, пожизненная заместительная терапия. Это формирует, с одной стороны, представление о гипотиреозе, как о тяжелом заболевании, с другой стороны, своевременная гормональная диагностика и адекватное

лечение позволяют предупредить развитие серьезных осложнений, повысить качество и продолжительность жизни пациентов. Диагностика выраженных форм гипотиреоза не вызывает особых затруднений. Сложнее выявление легких форм с не всегда типичными симптомами, особенно у больных пожилого возраста.

Целью работы явилось выявление патологии щитовидной железы, гипотиреоза, среди пациентов Пензенского района обратившихся за амбулаторно-поликлинической помощью ГБУЗ "Пензенская ЦРБ" к эндокринологу в 2011г.

Материал и методы. Всего проанализировано 2376 результатов клинко-лабораторно-диагностического обследования пациентов, обратившихся к специалистам амбулаторно-поликлинического (первичного) звена и эндокринологу. Пациенты были подразделены на три группы. В первую группу вошли пациенты от 18 лет и старше, во вторую подростки 15-17 лет и третья группа была представлена детьми до 14 лет.

На первом месте среди выявленной эндокринной патологии был сахарный диабет. Пациенты с подозрением на сахарный диабет были обследованы по протоколам стандартов и кодам МКБ-10 E10 и E11. Наибольшее внимание нами уделялось изучению нарушений функции щитовидной железы. В лабораторном отделении ГБУЗ "Пензенская ЦРБ" имеется достаточное количество современного диагностического оборудования, в том числе, для проведения ИФА-диагностики. Комплексную оценку функции щитовидной железы провели путем изучения гормонального статуса. Обследование пациентов включало: определение уровня тиреотропного гормона передней доли гипофиза (ТТГ), свободного тироксина (сТ4), свободного трийодтиронина (сТ3), количество антител к тиреоглобулину (анти-ТГ), антитела к ферменту тиреопероксидазы (анти-ТПО) методом твердофазного ИФА с помощью тест-систем ООО "Компания Алкор Био" ИФА.

На основании изучения показателей, характеризующих состояние углеводного обмена, липидного, функцию аденогипофиза и щитовидной железы выявили ряд заболеваний эндокринной системы (таблица 1.): нарушения функциональной активности щитовидной железы у пациентов с различными симптомами, обратившихся к специалистам первичного звена, и другие эндокринные заболевания населения Пензенского района в 2011г.

Таблица 1.

Эндокринные заболевания населения Пензенского района в 2011г

	Взрослые от 18 и старше			Подростки 15-17 лет			Дети до 14 лет		
	зарегист. всего	диагн. впервые	под дисп. набл.	зарегист. всего	диагн. впервые	под дисп. набл.	зарегист. всего	диагн. впервые	под дисп. набл.
Болезни эндокр. системы	2376	252	1382	81	27	63	241	100	174
Из них: Болезни щитовидной железы	282	76	149	18	5	9	55	20	43
Из них: гипотиреоз	58	17	31	2	-	2	47	18	35

Как видно из таблицы 1 болезни щитовидной железы имеют достаточно большой процент от всех заболеваний эндокринной системы во всех возрастных группах. Врачом-эндокринологом ГБУЗ "Пензенская ЦРБ" в 2011г впервые диагностировано пациентов с болезнями щитовидной железы – 101, что составило 26,6% от всех лиц, с впервые выявленными заболеваниями эндокринной системы. Из них пациентов с болезнями щитовидной железы, связанными с йодной недостаточностью и сходными состояниями - 35, что составило 34,5% от всех лиц с впервые выявленными заболеваниями щитовидной железы. В возрастной категории детей до 14 лет процент заболеваемости гипотиреозом и сходными состояниями, связанными с йодной недостаточностью, от детей с впервые выявленными болезнями щитовидной железы, особенно высок и составил 90%. Всем больным назначено адекватное лечение. Контроль содержания гормона аденогипофиза и уровень тиреоидных гормонов в КДЛ ГБУЗ "Пензенская ЦРБ" проводился согласно протокола стандарта по МКБ-10: E00-E04.

По результатам проведенных исследований функциональная недостаточность щитовидной железы характеризовалась снижением содержания сТ3, сТ4 и повышением уровня ТТГ. Наиболее сложной оказалась диагностика скрытой патологии щитовидной железы – субклиническая форма, для которой характерна повышенная концентрация ТТГ при нормальном содержании гормонов сТ3 и сТ4.

ТОКСОКАРОЗ. СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛЬ ЛЕЧЕНИЯ

Е.А.Кирякина, Е.Н.Зайцева, Л.В.Курашвили

ГБУЗ Пензенская ЦРБ
Пенза

Токсокароз – зоонозная инфекция, вызывается мигрирующими личинками *Toxocara canis*. Инвазия с длительным рецидивирующим течением, полиморфными клиническими проявлениями. Болеют чаще дети 3-5 лет, интенсивно контактирующие с обсемененной яйцами токсокар почвой и животными, ветеринары, работники питомников для собак, цирков др.

Основными методами диагностики токсокароза являются серологические и иммуноферментный анализ (ИФА), при помощи которого возможна корреляция между клиническими проявлениями, тяжестью процесса и титрами специфических антитоксокарозных антител. Метод обладает высокой чувствительностью и достаточной специфичностью.

В клинко-диагностической лаборатории ГБУЗ "Пензенская ЦРБ" проводятся серологические исследования в разделе "Паразитология", в том числе и ИФА-диагностика токсокароза. Для выявления в сыворотке крови человека антител к антигенам токсокар используется тест-система "Токсокара-Ig G-ИФА-БЕСТ" ЗАО "Вектор Бест", которая позволяет проводить диагностику токсока-

роза у лиц с характерным комплексом симптомов. Титры антител к антигенам токсокар 1:200 - 1:400 свидетельствуют об инвазированности. Титры 1:800 и выше указывают на наличие инвазии как болезни, требующей специфического лечения. Однако вопросы лечебной тактики в отношении детей должны решаться индивидуально с учетом всех клинических, лабораторных и иммунологических параметров.

Дифференциальный диагноз проводят с ранней стадией других гельминтозов (описторхоз, аскаридоз), а также эозинофильной гранулемой, бронхиальной астмой, лимфогранулематозом, эозинофильным васкулитом и другими заболеваниями, протекающими с повышенным содержанием эозинофилов в периферической крови.

В отличие от токсокароза миграционная стадия аскаридоза протекает короче (обычно 1 - 2 недели), клиническая симптоматика менее яркая. Тяжелая клиническая картина при аскаридозе возможна только при очень массивной инвазии. Учитывая возможность появления ложноположительных результатов метода ИФА, связанных с присутствием антигенов аскарид, для дифференциального диагноза токсокароза и ранней миграционной стадии аскаридоза рекомендуется проведение повторного серологического обследования с интервалом 2-3 недели. Сохранение или повышение уровня антител в сыворотке крови свидетельствует о наличии токсокарной инвазии.

При дифференциальной диагностике с ранней стадией описторхоза следует учитывать данные эпидемиологического анамнеза (пребывание в очаге инвазии, факт употребления в пищу рыбы семейства карповых).

Крайне трудна диагностика глазного токсокароза. Обычно у этих больных нет эозинофилии, или это повышение незначительно (в пределах 6 - 9%). Серологические реакции (выявление антител иммуноглобулинов класса G) обычно отрицательны или антитела выявляются в низком титре. В этих случаях при диагностике необходимо учитывать все клинические и лабораторные данные. Иногда диагноз может быть поставлен только на основании эффекта от проведенного курса противопаразитарного лечения.

В 2011г. клинко-диагностической лабораторией было проведено 913 серологических исследований, из них 157 исследований на токсокароз, что составило 17,2 %. Выявлено 6 случаев заболевания токсокарозом. Заболеваемость составила 11,8 случаев на 100 т.н. по Пензенскому району. Выявлены лица из разных возрастных категорий: 2 детей (33%) и 4 взрослых (67%). Все они являются сельскими жителями из группы риска по данному заболеванию (взрослые имеют приусадебные участки, владельцы собак). Все случаи подтверждены серологическими методами исследования. Из них в КДЛ ГБУЗ "Пензенская ЦРБ" впервые выявлены 3 случая заболевания токсокарозом, остальные 3 случая – в КДЛ других ЛПУ г. Пензы. Больным проведено обследование: общий анализ крови и мочи, биохимические показатели крови, рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости, осмотрены врачом-окулистом. В периферической крови обнаружена эозинофилия. Диагностические титры по методу ИФА 1:400 и 1:800. Выявленным лицам проведено лечение врачом-инфекционистом. Для

лечения больных с токсокарозом применялся препарат немозол. Назначался из расчета 10-20 мг/кг/сут, средний курс лечения 10-14 дней. Контроль за лечением всех выявленных больных проводился по контрольным титрам серологических исследований КДЛ ГБУЗ "Пензенская ЦРБ".

Критерии эффективности лечения: улучшение общего состояния, уменьшение проявлений клинических признаков токсокароза, снижение эозинофилии в периферической крови и титров специфических антител. У 4-х больных после проведенного лечения наблюдалась положительная динамика в виде купирования клинической картины и постепенного снижения титра до полного исчезновения в ИФА при контрольных исследованиях. У 2-х больных применялся повторный курс лечения немозолом с интервалом 3 месяца в связи с отсутствием снижения контрольных титров АТ после курса лечения. Пациенты находились на диспансерном учете в инфекционном кабинете "Пензенская ЦРБ" в течение нескольких лет до регрессии клинических проявлений и снижения титра специфических АТ до недиагностического уровня.

Группа лиц с низкими титрами АТ в ИФА (титр 1:100 и 1:200) без клинических проявлений токсокароза составила 6 чел. При повторном контроле титра АТ, его уровень не был повышен и оставался на прежних значениях. Эти пациенты находились в группе динамического наблюдения у врача-инфекциониста с кратностью проведения ИФА-диагностики 1 раз в 3 мес.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И КЛИНИКИ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЕЙ

А.И.Кислов, Е.В.Волкова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Несмотря на широкое распространение информации о вредном влиянии курения табака на здоровье человека, табакокурение остается одной из самых актуальных проблем современного здравоохранения. По данным ВОЗ каждые 6,5 секунд на планете умирает 1 человек от болезни, связанной с использованием табака. Если не будут внедрены эффективные меры по борьбе с табакокурением, то к 2030 г. он будет убивать 1 из 6 человек, т.е. будет причиной более чем 10 млн. смертей в год. В настоящее время в России умирает около 400 тыс. человек в год от табакокурения, из которых около 80% умирают в трудоспособном возрасте - 35 лет - 64 года. Российская Федерация относится к странам с очень высокой распространенностью потребления табачных изделий. Среди взрослого населения Российской Федерации 39,1% (43,9 миллиона) являются активными курильщиками табака. Около 43% несовершеннолетних курильщиков приобщаются к табакокурению в возрасте младше 13 лет. Необходимо отметить высокую распространенность курения среди врачей в возрастной группе 25-64 лет: 51,3% у мужчин и 27,3% у женщин.

Для изучения распространенности табакокурения среди врачей, выявлению клинических особенностей табачной зависимости были исследованы 265 врачей (70 мужчин и 195 женщин), проходивших обучение в ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России на циклах тематического усовершенствования и профессиональной переподготовки в возрасте от 23 до 74 лет (средний возраст 39,24 года). Из них 154 врача проходили курсы усовершенствования на различных кафедрах терапевтического факультета (1-я группа) и 111 врачей на хирургическом факультете (2-я группа). Каждая группа делилась на две подгруппы, в которые входили курящие и некурящие врачи. Все врачи были включены в исследование методом сплошной выборки. Для обеспечения стандартизации исследования использовалась анкета анонимного характера, разработанная на кафедре психиатрии-наркологии, психотерапии и сексологии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России. Анкетирование проводили сотрудники кафедр терапевтического и хирургического профилей. Для статистического анализа полученных результатов были использованы компьютерные программы Microsoft Excel (Версия 7.1), Statistica 6.0.

В 1-й группе (терапевтический факультет) из 154 врачей 136 врача (88,31%) не курили, их средний возраст составлял 41,35 года. Табачная зависимость была диагностирована у 18* врачей (11,69%) ($F_{17.2}$) по МКБ-10. Средний возраст врачей этой подгруппы составлял 40,5 года. Во 2-й группе (хирургический факультет) из 111 врачей 79 врачей (71,17%) не курили (средний возраст 37,14 года) и 32* врача (28,83%) курили (средний возраст 37,95 года) ($p < 0,01$).

Мотивацией курения врачей 1-й группы чаще всего являлись коммуникативные (у 7 врачей - 38,89%), другие мотивы (у 6 врачей - 33,33%), стресс (у 5 врачей - 27,78%) и сниженное настроение (у 5 врачей - 27,78%). Во 2-й группе преобладали другие мотивации (у 13 врачей - 40,63%), коммуникативные (у 6 врачей - 18,75%), сниженное настроение (у 5 врачей - 15,63%). Врачи 1-й группы (7 врачей - 38,89%) чаще курили от 5 до 15 сигарет в день и меньше 5 сигарет (5 врачей - 27,78%). Во 2-й группе зависимость от табака выше, так 14 врачей (43,75%) выкуривали от 5 до 15 сигарет ежедневно, а 10 врачей (32,25%) от 16 до 30 сигарет. Тягу к курению осознали врачи 1-й группы в среднем в 23,63 года, во 2-й группе в 24,46 года. В 1-й группе (у 9 врачей - 50%) и 2-й группе (у 19 врачей - 59,38%) преобладал идеаторный компонент влечения к табаку, в виде мыслей, воспоминаний, представлений о курении. Психический компонент патологического влечения к табаку (неусидчивость, раздражительность, слабость, тревога, беспокойство) преобладал у врачей 1-й группы (6 врачей - 33,33%) по сравнению со 2-й группой (4 врача - 12,5%). Сенсорный компонент, который проявлялся ощущением вкуса и запаха табачного дыма, и являющийся самым клинически тяжелым из всех других компонентов, преобладал во 2-й группе (7 врачей - 21,87%) по сравнению с 1-й группой (2 врача - 11,11%). Первую утреннюю сигарету сразу выкуривали после пробуждения натошак 4 курящих врача (22,22%) 1-й группы и 19 курящих врачей (59,38%) 2-й группы ($p < 0,05$). Это говорит о более выраженной зависимости к табаку у курящих вра-

чей 2-й группы. В табачном абстинентном синдроме преобладали аффективные нарушения (тревога, раздражительность) у 8 врачей (44,44%) 1-й группы и 11 врачей (34,38%) 2-й группы. Непреодолимое желание курить испытывали больше врачи 2-й группы - 3 врача (16,67%) 1-й группы и 11 врачей (34,38%) 2-й группы. Вегетативная симптоматика в виде нарушения сна, повышенного аппетита была у 4 врачей (22,22%) 1-й группы и 8 врачей (25%) 2-й группы.

Из 18 курящих врачей 1-й группы пробовали бросить курить 16 врачей (88,89%), во 2-й группе из 32 курящих врача - 20 врачей (62,51%). Из них без лечения бросали курить 14 врачей (77,78%) 1-й группы и 17 врачей (53,13%) 2-й группы. Курящие врачи 2-й группы в среднем не курили 30 дней без лечения и 45,5 с лечением (от 5 дней до 270 дней). В 1-й группе без лечения не курили в среднем 275 дней (от 10 дней до 4,5 года), с лечением - 288 дней (от 60 дней до 3 лет). Преобладающим при формировании спонтанных и терапевтических ремиссий у врачей с табачной зависимостью было колебание настроения в течение суток у 6 врачей (33,39%) 1-й группы и 11 врачей (34,37%) 2-й группы, постоянные мысли о курении были у 3 врачей (16,67%) 1-й группы и 5 врачей (15,63%) 2-й группы.

Таким образом, распространенность табачной зависимости и степень её выраженности больше у врачей хирургического профиля, чем терапевтического.

ОСНОВЫ ПРОГРЕССИВНЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПОСТДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КАДРОВ

С.И.Коврыгин, Д.Б.Казанцева

ФГБОУ ВПО ПГУ Минобрнауки России
Пенза

Образовательные технологии обучения являются системным методом, определяющим весь процесс усвоения знаний, учитывающий взаимодействие технических и личностных ресурсов. Педагогические технологии – это совокупность психолого-педагогических установок, благодаря которым осуществляется набор и компоновка форм, методов и способов обучения. Основными причинами возникновения потребности в использовании новейших педагогических технологий в постдипломном образовании профессиональных врачебных кадров является то, что среди огромного разнообразия профессий и того бесчисленного числа идей, которые предлагаются людям в качестве их будущей деятельности, именно профессия врача, занимает особое место. Конечно же, никто не говорит, о том, что другие профессии не важны, однако именно эта специальность играет важнейшую роль в формировании и становлении полноценной профессиональной и социальной сферы общества. Именно врач, как человек, стоит на страже здоровья, поэтому крайне важным становится уровень его знаний и его профессионализм. Отсюда и возникает проблема врача-

специалиста и врача-профессионала. И она крайне важна, поскольку от того, насколько образован врач, зависит не просто испорченный холст или лист нотной бумаги, а человеческое здоровье и, в конечном счете, жизнь.

Педагогические технологии обеспечивают определенный уровень качества образования и личностного профессионального воспитания. Поэтому, в постдипломном образовании используется следующая классификация педагогических технологий: словесные – объяснение, рассказ, беседа, лекция, диспут, дискуссия; практические – упражнение, опыт, самостоятельная работа, лабораторная работа; наглядные – демонстрация, наблюдение, иллюстрация. Функции применяемых педагогических технологий – образовательные, воспитательные, развивающие, стимулирующие, контролирующие. Структура технологий имеет объективную и субъективные стороны. Объективную – отражающую цели, содержание, форму, законы и принципы профессиональной деятельности. Субъективную – учитывающую индивидуальные особенности личности и конкретные условия деятельности. В результате применения педагогических технологий в процессе обучения в постдипломном образовании должны реализовываться цели и содержание обучения направленные на повышение профессионализма слушателей с учетом содержания, количества и сложности мастерства педагога, возраста, индивидуальных способностей и профессионализма слушателей, а так же их личностной и профессиональной мотивации.

Педагогические технологии позволяют эффективно организовать и управлять процессом обучения через программированное обучение, дифференцированное обучение, индивидуализацию обучения, перспективно-опережающее обучение, групповое и коллективное обучение, информационное обучение. В процессе постдипломного обучения необходимо осуществлять реконструкцию учебного материала на основе активизации и интенсификации учебной деятельности. Критериями используемых прогрессивных педагогических технологий являются: системность – взаимосвязь и взаимообусловленность целей и задач учебного процесса, контроля и оценки результатов; управляемость – реализация возможности диагностического целеполагания и возможности варьирования методами, формами и средствами обучения с целью коррекции результатов; воспроизводимость – повторяемость технологий с целью получения эталонных результатов; эффективность – оптимальность по результатам и финансовым затратам.

Таким образом – использование новейших образовательных педагогических технологий - гарантия достижения определенных стандартов образования в процессе становления врача – профессионала. В основе использования технологий лежит главная цель – достижение профессионального мастерства врача на основе исторического подхода – примеров профессионального служения людям врачей с большой буквы. История пестрит жизнеописаниями великих врачей, которые положили свои жизни во благо медицины, науки и людей: Архиепископ Лука (в миру В. Ф. Войно-Ясенецкий), который стремился помогать простым людям, независимо от их положения, как социального, так и материального; Н. И. Пирогов, который сделал огромный вклад не только в научную

медицину, но и лечил людей в ходе крымской и русско-турецкой войны 1877-1878 гг.; И. М. Сеченов, великий русский физиолог, взгляды которого преследовались большую часть его жизни. Все эти люди, выдающиеся врачи, поистине воплощение гуманности творили историю отечественной медицины, ни на секунду не забывая о том, что жизнь в движении, что таланта зачастую недостаточно, что постоянное оттачивание своего мастерства это и есть залог успеха и здоровья людей.

Таким образом, медицинское образование в целом, и каждый врач в отдельности – это результат долгого и упорного труда. Врачи – это профессионалы, которые имеют специфическое мнение о здоровье, о норме или патологии, о том, как распорядиться самым дорогим, что есть у человека – жизнью. Принимая во внимание эту ответственность, стоит сказать, что профессионализм врача, является одновременно результатом и его обучения и практической деятельности, и опыта общения с пациентами. Поэтому каждый раз, когда возникает вопрос о степени компетентности врача, о его грамотности, о его профессионализме, стоит рассматривать именно этот, индивидуальный случай. Это высоко специфичная, уникальная по своей сути сфера деятельности, требующая максимально глубокого изучения проблемы.

ОЦЕНКА КОРРЕЛЯТИВНЫХ СВЯЗЕЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМНОГО И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АСИТ ПЕРОРАЛЬНЫМИ ГРИБКОВЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ

А.И.Козина, Т.А.Дружинина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

У детей с грибковой сенсibilизацией проведена оценка коррелятивных связей иммунологических показателей как до, так и после пероральной АСИТ грибковыми аллергенами. Результаты исследования подтвердили наличие у них Th-2 типа иммунного ответа, что выражалось в наличии отрицательной умеренной коррелятивной связи сывороточного ИЛ-4 и сывороточного IgG ($R=-0,66$; $p=0,0007$). Известно, что за синтез IgG ответственен γ -ИФН, находящийся в реципрокных отношениях с ИЛ-4. Также отмечено наличие отрицательной умеренной коррелятивной связи сывороточного ИЛ-4 с функциональной активностью Т-лимфоцитов (в тесте РБТЛ с ФГА) ($R=-0,61$; $p=0,0044$). Как известно, уровень бласттрансформации лимфоцитов под влиянием митогенов в первую очередь зависит от ИЛ-2, основным продуцентом которого является Th-1. Таким образом, у больных с высоким уровнем сывороточного ИЛ-4 (т.е. с преимущественно Th-2 типом иммунного ответа) наблюдается снижение пролиферативной активности Т-лимфоцитов.

Оценка показателей местного иммунитета позволила установить положительную умеренную коррелятивную связь ($R=+0,6$; $p=0,021$) между двумя важ-

нейшими белками, участвующими в защите слизистых оболочек: sIgA и лизоцимом. Повышение значений одного из показателей сопровождалось повышением другого, что свидетельствовало о наличии воспалительного процесса на слизистых оболочках, обусловленных грибковой сенсibilизацией организма. С другой стороны, известно, что снижение барьерных функций слизистых оболочек является одной из основных составляющих в развитии атопии. Данный феномен наблюдали у больных детей со сниженными значениями, как лизоцима, так и sIgA. Таким образом, в группе обследованных нами больных наличие указанных положительных коррелятивных связей свидетельствует об однонаправленности изменений содержания барьерных белков слизистых оболочек – либо их одновременное снижение, либо повышение. После проведения пероральной АСИТ грибковыми аллергенами данные коррелятивные связи не сохранялись, что обусловлено, на наш взгляд, иммуномодулирующим воздействием АСИТ на sIgA. Более устойчивые отрицательные коррелятивные связи как до, так и после АСИТ сохранялись между уровнем лизоцима и сывороточным IgM ($R=-0,57$; $p=0,03$) и ($R=-0,63$; $p=0,027$) соответственно. Данные коррелятивные связи могут отражать компенсаторные механизмы между факторами врожденного и адаптивного иммунитета. Лизоцим, как известно, секретируется фагоцитами и обладает фунгицидным эффектом, в то же время IgM является одной из составляющих специфического иммунитета при грибковой инфекции.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ ПОСЛЕ СТРЕССА

О.К.Командирова, В.С.Животоцук

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Стресс является неотъемлемой частью нашей жизни. Он действует на весь организм, и избежать полностью его воздействие на организм невозможно. Более 70% населения нашей страны находятся постоянно в условиях длительного хронического психоэмоционального стресса высокого и среднего уровня. Если же стрессы часты и длительны, они оказывают отрицательное влияние не только на психическое состояние человека, но и на физическое состояние всего организма. Кроме того, стресс является независимым фактором риска развития гипертонической болезни (ГБ) и других форм поражения сердечно-сосудистой системы. При этом у многих больных он может определять тип течения заболевания (Оганов Р.Г., 2005; Боева О.И., 2008).

Длительное психоэмоциональное напряжение человека достаточно часто может являться пусковым моментом в инициации ГБ. При этом, важную роль в развитии заболевания имеют характерологические и психические особенности человека, которые и определяют преимущественные формы и степень эмоциональной реакции на стресс. Немаловажным дополнительным фактором разви-

тия ГБ является наличие у части больных преморбидной психопатологической симптоматики, приводящей к ухудшению варианта течения заболевания.

Нами было обследовано 68 больных ГБ в I и II стадии заболевания (согласно классификации ВОЗ/МОАГ, 1999г.; ВНОК, 2004) в возрасте от 18 до 53 лет ($34,5 + 5,5$) и стажем заболевания от 3 до 10 лет ($5 + 1,3$). Методом случайного отбора было сформировано 2-е группы больных ГБ. Первую группу наблюдения составили 34 больных ГБ в I стадии заболевания без клинически значимых поражений органов-«мишеней». Цифры АД у больных этой группы колебались в пределах $144,5 + 4,3$ мм.рт.ст. на $89,5 + 1,6$ мм.рт.ст. Основными жалобами в этой группе больных ГБ были: головная боль, периодически возникающие боли в области сердца, приступы сердцебиений, нарушение сна, снижение памяти, внимания, значительное снижение работоспособности и жизненного тонуса, избыточная эмоциональная лабильность и др.

Во вторую группу нами были включены 34 больных ГБ во II стадии заболевания с признаками частичного поражения органов-«мишеней» в виде гипертрофии левого желудочка, с умеренно выраженной ангиопатией сосудов сетчатки и бульбарной конъюнктивы, периодически наблюдаемой микроальбуминурией и креатинурией и другими эпизодически возникающими признаками. До лечения у всех больных цифры АД были стойко повышенными и составляли $159,5 + 5,2$ мм рт.ст. на $94,5 + 3,1$ мм рт.ст. В стадии обострения больных этой группы, как правило, беспокоили: головные боли, особенно в затылочной области; шум в ушах; боли в области сердца, приступы сердцебиений; плохой сон, одышка; часто возникающие эпизоды снижения способности к мышлению, снижение концентрации внимания, утрата способности к принятию решений, ухудшение памяти. Кроме того, отмечалась быстрая утомляемость, снижение работоспособности, нарушения эмоциональной сферы, повышенная тревожность и раздражительность, немотивированное подавление настроения на протяжении большей части дня и др.

Обследование всех больных проводилось по специальной программе. В нее вошли: общепринятое клиническое исследование, антропометрическое обследование больных, специальное анкетирование по программе обследования больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (РКНПК, 2000), ежедневный трехкратный мониторинг АД.

Кроме того, у всех больных исследовалось функциональное состояние основных классических меридианов по методу Накатани на компьютерном комплексе ДИАКОМС-7. Именно этот вид исследования позволил выявить скрытые формы отклонений в биоэнергетике меридианов, регулирующих функции основных жизненно важных систем организма, ранее всего откликающихся на стресс и усугубляющих клинические проявления ГБ часто еще задолго до клинической манифестации самого заболевания. Психологическое тестирование проводилось с использованием СМОЛ и опросника для выявления и оценки невротических состояний.

Были проанализированы пограничные психические расстройства у больных ГБ, которые возникли у них, по данным анамнеза, после воздействия

стрессовых факторов и представляли собой взаимосвязь невротических и невротоподобных расстройств. Отмечалась реактивная окрашенность переживаний, непосредственная связь их с психотравмирующей ситуацией. Градация психосоциальных стрессоров по степени тяжести проводилась на основании данных Н.А. Корнетова (1993 г.) [13]. Для психических нарушений у больных I группы была более характерна связь со стрессом: у 62,5% больных в анамнезе длительная психотравмирующая ситуация, во II группе – у 30% больных (различия между I и II группой достоверны, $p < 0,05$). Наибольший удельный вес имели мягкие и средние стрессоры соответственно 40 и 36,6% в I группе и 37,5 и 41,7% во II, в то время как тяжелые составили 23,4% в I группе и 20,8% во II группе.

Среди основных факторов стресса (согласно Международной классификации по стрессу J. Psych Res., Voell, 216) у больных обеих групп были выделены следующие: смерть супруга – 100 баллов (у 13,2% больных ГБ), развод – 73 балла (у 30,9% больных ГБ), болезнь или травма – 50 баллов (у 51,5% больных ГБ), реорганизация предприятия – 37 баллов (у 39,7% больных ГБ), смена работы – 36 баллов (у 26,5% больных ГБ), изменение режима сна – 16 баллов (у 77,5% больных ГБ). Другие виды стресса не рассматривались, так как они не были отмечены больными обеих групп.

По результатам проведенного исследования больных ГБ с обострением после стресса нами были выделены в основном 2 синдрома: церебральный с повышением показателей АД, в среднем, на 20% и кардио-васкулярный с выраженным вегетативным синдромом.

Лечение больных проводилось методом комплексной рефлексотерапии (корпоральной и аурикулярной) один раз в день в течение 10 – 12 дней. Рецепт акупунктурного лечения подбирался индивидуально с учетом степени отклонения показателей классических меридианов в системе Риодораку. В составлении рецептуры акупунктурного воздействия применялся локально-сегментарный метод с использованием биологически активных точек (БАТ) на меридианах, функционально связанных со спецификой проявления ведущего клинического синдрома и степени изменения показателей АД. Кроме воздействия на корпоральные акупунктурные точки основных меридианов, в рецептуру включались БАТ «неконкурентных» меридианов и точки общего действия с синергичных меридианов. Первые 5 дней КРТ проводили ежедневно до достижения существенного клинического эффекта в виде ликвидации основных клинических симптомов заболевания и снижения показателей АД. Последующие 5-7 сеансов комплексная рефлексотерапия осуществлялась через день. Со 2-3 сеанса лечения к корпоральной рефлексотерапии (КРТ) подключали пролонгированную аурикулярную микроиглотерапию с обучением больных ГБ самостоятельному методу подкрепляющего воздействия на БАТ 4 раза в день. Основными антистрессовыми аурикулярными точками (АТ) были: АТ - 82 (точка психовегетативного равновесия), АТ – 55 (седативная точка), АТ – 51 (симпатическая нервная система), АТ – 34 (кора головного мозга), АТ – 1 (антистрессовая по Ножье), АТ – 100 (сердце), АТ - 31 (регулирующая дыхание) и др.

Как отмечают все обследованные больные, уже с 3-го сеанса РТ у них улучшилось общее самочувствие, уменьшилась степень эмоциональной лабильности, улучшилось качество сна (у 67,2% больных ГБ), у остальных больных эти симптомы были менее стойкими, но их влияние на качество жизни значительно уменьшилось. К 7-й процедуре у 6,4% больных эмоциональная лабильность сохранилась, но эти изменения носили менее тревожный характер и практически, не беспокоили больных.

Проведенное лечение показало, что использование методов рефлексотерапии (РТ) позволяет достаточно быстро улучшить качество жизни у большинства обследованных больных ГБ (86,4%). Кроме того, РТ позволяет избавить больных от необходимости каждодневного приема большинства седативных и снотворных средств, которые в большинстве случаев оказывают неблагоприятное воздействие на трудовую деятельность в течение дня, снижают жизненный тонус, внимание и настроение. Рациональное сочетание в рецепте АП точек, используемых для лечения стресса, и акупунктурная коррекция деятельности сердечно-сосудистой системы, позволило у 92% больных ГБ снизить показатели АД (в основном систолического АД) и стабилизировать его на значительный срок, в среднем, на 3-4 месяца.

Фактор стресса у больных ГБ причиняет отчетливое субъективное страдание и затрудняет социальную и профессиональную деятельность, приводит к развитию психо-эмоционального напряжения и, в свою очередь, может являться одним из пусковых моментов в инициации причин развития артериальной гипертензии. Это обуславливает актуальность поиска новых путей немедикаментозной терапии психоэмоционального напряжения у больных гипертонической болезнью.

ТРУДНОСТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ БОТУЛИЗМА

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

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России, ГБУЗ ПОЦСВМП
Пенза

Ботулизм - тяжелое заболевание из группы пищевых токсикоинфекций. Возникает в результате приема пищи, содержащей экзотоксин *Clostridium botulinum* (консервы домашнего приготовления, копченые, вяленые мясные и рыбные изделия). Ботулинический нейротоксин обладает чрезвычайно высокой патогенностью для человека, хорошо всасывается через кишечную стенку и связывается нервными клетками, блокируя передачу импульсов через нервно-мышечные синапсы. В первую очередь нарушается иннервация мышц глазодвигательного аппарата, мышц глотки и гортани (мидриаз, птоз, диплопия, нарушения глотания). Результатом поражения мотонейронов является также и угнетение функции основных дыхательных мышц, что приводит к острой дыхательной недостаточности с развитием гипоксии и респираторного ацидоза. В связи с быстротой развития клинической симптоматики, пациенты, страдающие

ботулизмом, нуждаются в немедленном оказании медицинской помощи в условиях отделения интенсивной терапии. Очень важна ранняя диагностика ботулизма для проведения комплекса лечебных, профилактических и санитарно-эпидемических мероприятий. Однако, когда заболевание проявляется изолированным нарушением зрения (нечеткость видения, двоение), либо нарушением глотания и речи на фоне нарастания слабости, то заставляет больного обычно обращаться к врачам различных специальностей (офтальмологам, отоларингологам, невропатологам, терапевтам и др.), которые затрудняются в постановке правильного диагноза и расценивают вышеописанные симптомы, как проявления обострений хронических заболеваний особенно у лиц пожилого возраста с сосудистой патологией в анамнезе. В качестве иллюстрации представляется анализ группового случая заболевания ботулизмом, который имел место в г. Пензе в 2011 году, когда (с интервалом 1-7 дней после совместного употребления консервированных грибов) заболели 4 человека – все женщины, 50, 56, 58 и 62 лет. Диагноз «ботулизм» был подтвержден выявлением ботулинического токсина типа А в крови больных реакцией нейтрализации на белых мышцах (биопробой).

Клиническое наблюдение № 1: Больная С.Е., 50 лет, переведена в инфекционное отделение ГБУЗ ПОЦСВМП из неврологического отделения ГБУЗ ОКБ им. Бурденко 29.11.11г. на 6-й день болезни с жалобами на туман и двоение в глазах, затруднение глотания, сильную слабость, головокружение, неустойчивость при ходьбе, шаткую походку. Заболела 23.11.11г. появились "пелена" перед глазами, рвота, общая слабость, головокружение; с 24.11.11г. присоединились двоение в глазах, неустойчивость при ходьбе, стали "закрываться" веки, вызванный на дом врач скорой помощи заподозрил острое нарушение мозгового кровообращения и направил больную в неврологическое отделение ГБУЗ ГБ№1, где она находилась в течение двух суток. В динамике неврологическая симптоматика нарастала - развился двухсторонний птоз, появилась сильная сухость во рту, усилилась шаткость походки; речь стала смазанной, невнятной и приобрела гнусавость, отмечалась сглаженность носогубной складки. Осмотрена инфекционистом, который предположил диагноз ботулизма, по его рекомендации осуществлен забор крови на токсин ботулизма, введена противоботулиническая сыворотка – ПБС (типа А и Е по 10000 МЕ, типа В - 5000 МЕ), 25.11.11г. больная была переведена в неврологическое отделение ГБУЗ ОКБ им. Бурденко, где ей проводилась дифференциальная диагностика между ботулизмом и ишемическим инсультом. 29.11.11г. получен результат биопробы на ботулотоксин – выделен токсин типа А, после чего больная переведена в ОРИТ инфекционного отделения ГБУЗ ПОЦСВМП. При поступлении состояние тяжелое. Сознание ясное, но отмечается резкая слабость, адинамия. Лицо амимичное, выражен птоз. При активном поднятии век отмечает "сетку" и двоение перед глазами. Зрачки расширены, D>S, фотореакции ослаблены. Движения глазных яблок ограничены. Слизистая полости рта сухая, речь невнятная, смазанная. Голос гнусавый. Дисфония. Походка неустойчивая, отмечает слабость в руках и ногах. Одышки нет, дыхание везикулярное, Д 20 в минуту.

Тоны сердца глухие, ЧСС 60 в минуту, АД 130/80 мм рт.ст. Стула не было в течение двух дней. Больной назначены дезинтоксикационная терапия, антибиотик (левомицетин 0,5х3р), витамины В6 В12, прозерин, очистительная клизма. Со 2-го дня пребывания в инфекционном стационаре состояние стабилизировалось, с 6-го дня появилась положительная динамика: уменьшились слабость и сухость во рту, речь стала более внятной. В течение двух недель, сохранялись "глазные" проявления (умеренный птоз, диплопия, нечеткое видение предметов); сухость во рту и мышечная слабость держались более трех недель. Выздоровление было медленным, но полным, выписана на 21-й день пребывания в стационаре без каких-либо остаточных явлений. Диагноз при выписке: "Ботулизм типа А, средне тяжелая форма". Особенностью заболевания данной пациентки явилось отсутствие признаков гастроэнтерита, свойственных начальному периоду ботулизма; неврологическая симптоматика, в сочетании с возрастом и сопутствующей сосудистой патологией (гипертонической болезнью, кардиосклерозом), были расценены врачами как острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в области ствола мозга; несмотря на позднее введение сыворотки (3-й день заболевания), заболевание завершилось выздоровлением.

Клиническое наблюдение №2: Больная М.В., 62 лет, переведена в инфекционное отделение ГБУЗ ПОЦСВМП из неврологического отделения ГБУЗ ГБ№2 30.11.11г на 6-ой день болезни с жалобами на «туман» и двоение в глазах, сухость во рту, сильную слабость, головокружение, шаткость походки. Заболела 24.11.11г., когда появился "туман" перед глазами, общая слабость, головокружение; с 25.11.11г. присоединились двоение в глазах, нечеткость видения, полуптоз, неустойчивость при ходьбе. Обратилась в поликлинику к терапевту, который заподозрил ОНМК и направил больную в неврологическое отделение ГБУЗ ГБ№2, где она находилась в течение 5 суток. В динамике неврологическая симптоматика нарастала - развился двухсторонний птоз, сильная сухость во рту, шаткость походки; речь приобрела гнусавость. 30.11.11г. инфекционистом был выставлен диагноз «Ботулизм» и больная переведена в инфекционное отделение ГБУЗ ПОЦСВМП, диагностирована также сопутствующая патология: «ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет». При поступлении состояние тяжелое. Сознание ясное. Лицо амимичное, выражен птоз, движение глазных яблок в стороны ограничено, "сетка" и двоение перед глазами. Зрачки расширены, D<S, фотореакции и корнеальные рефлексы ослаблены. Слизистая полости рта сухая. Глотание не нарушено. Походка неустойчивая, шаткая, отмечает слабость в руках и ногах. Одышки нет, дыхание везикулярное, Д 20 в минуту. Тоны сердца глухие, ЧСС 72 в минуту, АД 150/90 мм рт.ст. Стула самостоятельного не было в течение 5 дней. После забора крови на биопробу введена ПБС (типа А и Е по 10000 мЕ, типа В 5000 мЕ), назначены инфузионная терапия, антибиотики, прозерин, витамины В6 В12, очистительная клизма. С 3-го дня пребывания в инфекционном стационаре состояние стабилизировалось, с 6-7 -го дня появилась положительная динамика: исчезла слабость и сухость во рту, на 8 день - исчез птоз, диплопия, нечеткое видение предметов); мышечная слабость держались около

2,5 х недель. Пациентка выписана на 20-й день пребывания в стационаре с выздоровлением без остаточных явлений. Диагноз при выписке: "Ботулизм типа А, средне тяжелая форма".

В данном случае, как и в предыдущем, преклонный возраст, сосудистая патология, начало заболевания с неврологической симптоматики затруднили диагностику ботулизма, а недостаточный сбор анамнестических данных определили неверную тактику ведения пациентки в первые дни заболевания. Между тем, при дифференциальной диагностике ботулизма особо важную роль играют эпидемиологические данные (связь заболевания с употреблением консервированных продуктов, групповой характер заболевания) - все заболевшие употребляли в пищу один и тот же продукт (консервированные грибы), в одно и то же время 22.11.11г. Далее приводим истории болезни двух пациенток с легким течением заболевания из указанной группы больных.

Клиническое наблюдение № 3: Больная М.Н., 56 лет, поступила в инфекционное отделение 1.12.11г на 5-й день заболевания с жалобами на снижение остроты зрения, двоение в глазах, общую слабость, сухость во рту. Заболела 27.11.11г., когда стала отмечать нечеткость видения предметов, двоение в глазах, сухость во рту. 28.11.11г. обратилась к участковому терапевту, который направил её к офтальмологу, у которого и получала лечение до тех пор, пока 1.12.11г. инфекционистом после уточнения эпиданамнеза была направлена в инфекционное отделение ГБУЗ ПОЦСВМП с подозрением на ботулизм.

При поступлении состояние удовлетворительное, сознание ясное. Внутренние органы без выраженной патологии, за исключением умеренного вздутия живота. Неврологический статус: умеренный мидриаз, D=S, реакция зрачков на свет снижена. Полуптоз. Ослабление конвергенции и аккомодации. Снижение остроты зрения. Снижение глоточного рефлекса, сухость во рту. Походка устойчивая. Проведена соответствующая терапия включая введение ПБС (тип А, Е по 10000, тип В - 5000 МЕ). Со 5-го дня пребывания в стационаре полностью исчезла "глазная" симптоматика: полуптоз, мидриаз; мышечная слабость - к 12-му дню пребывания в стационаре. 19.12.11г. больная была выписана домой с выздоровлением, проведя в стационаре 18 дней. Диагноз при выписке: "Ботулизм типа А, легкая форма". В данном случае имело место легкая степень тяжести заболевания, преобладание офтальмоплегической симптоматики, а также как и в предыдущих случаях, отсутствие настороженности врачей (участкового терапевта, офтальмолога) в отношении ботулизма.

Клиническое наблюдение №4: Больная Б.Н., 58 лет, поступил в инфекционное отделение ГБУЗ ПОЦСВМП 1.12.11г. на 3-й день заболевания с жалобами на снижение остроты зрения, общую слабость, сухость во рту, осиплость голоса. Заболела 28.11.11г., когда появились ноющие боли в верхних отделах живота, общая слабость, першение в горле, осиплость голоса, с 29.11.11г. стала отмечать снижение остроты зрения, сухость во рту. 29.11.11г. обратилась к участковому врачу, который, расценил данные клинические симптомы как проявление обострения хронической патологии: гипертонической болезни, сахарного диабета 2 типа, хронического холецистита, гастрита, узловатого зоба.

1.12.11г, узнав о заболевании своих знакомых, самостоятельно обратилась в инфекционное отделение ГБУЗ ПОЦСВМП с подозрением на ботулизм. При поступлении состояние удовлетворительное, сознание ясное. Внутренние органы без выраженной патологии, за исключением умеренного вздутия живота. Неврологический статус: умеренный мидриаз, D=S, реакция зрачков на свет снижена. Глотание, фонация не нарушена, глоточный рефлекс умеренно снижен. Походка устойчивая. Проведена соответствующая терапия, включая введение ПБС (тип А, Е по 10000, тип В - 5000 МЕ). Болезнь протекала благоприятно. Полностью "глазная" симптоматика исчезла к 5-му, мышечная слабость - к 15-му дню пребывания в стационаре. 19.12.11г. больная была выписана домой с выздоровлением, проведя в стационаре 18 дней.

Диагноз при выписке: "Ботулизм типа А, легкая форма".

Следует заметить, что в двух последних случаях весь симптомокомплекс ботулизма не получил развития, имелись только "глазные" симптомы в сочетании с мышечной слабостью и сухостью во рту, а при постановке диагноза ведущую роль сыграл эпидемиологический анамнез.

Таким образом, представленные наблюдения подтверждают, что современный ботулизм имеет типичную, классическую клиническую симптоматику, но его диагностика может быть затруднена в начале, когда заболевание еще «не развернуто» в полном объеме, а также у лиц пожилого возраста с сопутствующей хронической сосудистой патологией. Ведущую роль при постановке диагноза ботулизма и исходов заболевания, имеют эпидемиологические данные, профессионализм врачей (врачей ОВП/семейная медицина, неврологов, офтальмологов, инфекционистов), которые обязаны знать клинические особенности ботулизма, принципы его диагностики и стандарты терапии.

СИСТЕМНОЕ УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ОБУЧЕНИЯ

Ю.С. Коновалова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Широкомасштабная модернизация здравоохранения, которая началась в 2011 году в России, потребовала повышения качества не только оказываемых медицинских услуг, но и подготовки специалистов в отраслевой системе профессионального медицинского образования, в частности последипломного образования, профессиональной переподготовки и повышения квалификации медицинских работников.

В существенной модернизации нуждаются технологии обучения и контроля уровня обученности, а также методики отбора слушателей для обучения в системе медицинского последипломного образования и прогнозирования успешности их обучения.

Глубоко укоренившаяся в сознании педагогов и обучающихся и ставшая традиционной субъект-объектная парадигма обучения не отвечает современных

требованиям, предъявляемым участникам образовательного процесса. Субъект-объектная концепция, родоначальником которой является немецкий педагог И.Ф. Герbart, предполагает соединение обучения с воспитанием, преподаватель является источником знаний и ведущим звеном системы педагогического процесса, он выступает субъектом учебно-воспитательного процесса, определяет цели и задачи обучения, его содержание, использует сложившиеся принципы, методы, средства и формы обучения. Обучающийся, являясь объектом учебно-воспитательного процесса, учится в основном под руководством преподавателя и лишь изредка самостоятельно, его роль чаще пассивна и сводится к пониманию, запоминанию и своевременному использованию заученной информации. Обучающиеся и преподаватели, имеющие собственную точку зрения, отличающуюся от общепринятой, не принимаются и отторгаются такой системой обучения.

Противоположной образовательной концепцией является субъект-субъектная парадигма, которую обосновал американский педагог Д. Дьюи. Согласно данной концепции, основным критерием оценки процесса обучения и воспитания является развитие обучающегося, а преподаватель и обучающийся становятся равноправными субъектами образовательного процесса.

Образовательное учреждение в системе последиplomного образования медицинских работников функционирует в условиях нечетко заданных внешних установок, определяющих параметры основного технологического процесса (отсутствие как таковой содержательной части государственного образовательного стандарта по учебным дисциплинам, явная функциональная недостаточность итоговой аттестации выпускников, отсутствие государственного регламента экзаменов и т.п.). Поэтому в каждом образовательном учреждении существуют свои положения об экзаменационных испытаниях, определяющие условия их проведения. При этом роль процедуры контроля знаний можно определить как анализатор в составе процесса управления качеством, на который возложены задачи определения достигнутого результата.

Следует отметить, что успешность обучения, оцениваемая при проведении контроля знаний, зависит от ряда параметров, непосредственным образом не связанных с условиями организации учебного процесса: уровень профессиональной подготовки специалиста до начала обучения в учреждении последиplomного образования, наличие определенных знаний и умений, практического опыта, а также комплекс индивидуальных психофизиологических характеристик. Поэтому для повышения качества подготовки специалистов и минимизации затрат на обучение необходимо также оценить эти параметры, так называемые входные данные для системы профессиональной переподготовки работников здравоохранения. В этих целях рекомендуется использовать тестовый контроль перед началом обучения, который позволит наиболее эффективно подобрать программу обучения, набор определенных учебных модулей для каждого слушателя.

Отбор и обучение практикующего врача, т.е. специалиста с определенным опытом, набором знаний и умений, является сложнейшим образователь-

ным процессом учреждений, осуществляющих профессиональную переподготовку и повышение квалификации. Обучение в системе последипломного медицинского образования требует отказа от традиционной субъект-объектной образовательной концепции и перехода к другой парадигме, в которой каждый отдельный слушатель должен определяться организаторами учебного процесса как субъект учебной деятельности.

Интеллект и навыки играют важную роль в профессии врача, и умение осуществлять отбор как для обучения в высшем медицинском учебном заведении, так и в дальнейшем для подготовки в определенной сфере профессиональной деятельности является важнейшей государственной задачей.

Успешность будущей профессиональной деятельности слушателя-медика определяется не только комплексом приобретаемых и закрепляемых на протяжении обучения в учебном заведении знаний, умений и навыков, но и системностью знаний, которые приобрел обучающийся. Врачу-слушателю важно обладать такими качествами, как способность быстро воспринимать большие объемы информации, анализировать и разделять усваиваемую информацию, систематизировать ее в соответствии со значимостью, формируя тем самым системные знания в целях возможного ее использования, обеспечивая тем самым развитие клинического мышления в целях достижения диагностического и лечебного результата.

Повысить эффективность процесса образования возможно путем внедрения различных методик и технологий обучения. При этом особое внимание следует уделять содержательной и методической адаптации уже существующих педагогических технологий к контингенту учащихся, обеспечивая выполнение требований государственного образовательного стандарта по учебной дисциплине. В профессиональной переподготовке подготовки врача и повышении его квалификации необходима оценка уже имеющихся профессиональных навыков и компетенций, обеспечивающая уровень успешности обучения и правильную организацию учебного процесса. Поэтому практическая реализация модернизации системы образования должна осуществляться на любом уровне управления подготовкой специалиста, в том числе, и последипломном.

Таким образом, учебный процесс в учреждении последипломного образования медицинских работников требует постоянного совершенствования как в части организации самой организации процесса обучения, так и в части анализа результативности данного процесса и оценки, полученных на циклах профессиональной переподготовки и повышения квалификации знаний. Системное управление процессом обучения в учреждении последипломного медицинского образования должно предусматривать использование различных информационных технологий, в частности переход на модульное обучение, внедрение в учебный процесс новых способов визуализации учебного материала, оптимизацию процедуры контроля знаний. Взаимная интеграция учебного материала смежных дисциплин и содержательная синхронизация оптимизируют затраты учебного времени и материальных ресурсов, улучшая тем самым качество подготовки специалистов в системе последипломного медицинского образования.

Выделение каждого обучающегося как отдельного субъекта образовательного процесса позволит повысить качество обучения медицинских работников с уже имеющимся опытом, профессиональными навыками и умениями, а также учесть конкретные потребности отдельного обучающегося специалиста.

Литература:

1. Бадарч Д., Сазонов Б.А. Актуальные вопросы интернациональной гармонизации образовательных систем./ Монография – М.: Бюро ЮНЕСКО в Москве – 2007.
2. Сазонов Б.А. Индивидуально- ориентированная организация учебного процесса как условие модернизации высшего образования – М.: Высшее образование в России. – 2011. – № 4.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ

Ю.С.Коновалова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Стремительный рост объема и сложности изучаемого материала, необходимости его быстрого обновления при одновременном увеличении контингента обучаемых привели к тому, что, по мнению многих ученых, традиционная система обучения стала недостаточно эффективной, т.к. принципы, лежащие в ее основе, в условиях массового обучения не удастся реализовать. Большую популярность приобретают различные компьютерные обучающие программы, которые, являясь эффективнейшим средством получения достоверной информации по различной тематике, дает возможность минимизировать время обучения, преодолеть порог трудности обучения, и приспособить процесс обучения к особенностям каждого конкретного обучаемого.

Самыми важными целями, которые стоят перед автоматизированными обучающими системами и, в частности, компьютерными обучающими программами, являются: предоставление единообразного качественного учебного материала большому количеству пользователей и, одновременно с этим, сокращение затрат на обучение. Оптимальный путь к достижению первой цели лежит через привлечение высококлассных специалистов в области создания учебного контента и систем управления знаниями. Достижение второй цели обеспечивается за счет отказа от внешнего обучения (привлечения преподавателей, тренеров) или создания собственных обучающих подразделений, а также сокращения издержек, связанных с контактным обучением (оплата командировок, проживания, аренды аудиторий).

Применение компьютерных обучающих программ позволяет:

- решить проблемы с одновременным обучением значительного количества географически распределенных специалистов;
- обеспечить обучение специалистов в удобное для них время;

- существенно сократить затраты на обновление учебного материала;
- представить информацию в максимально наглядной форме за счет возможности использования различного медиа-контента.

Использование компьютерных обучающих программ, равно как и любых автоматизированных систем обучения, помимо повышения эффективности обучения имеет и другие положительные эффекты:

- работа с обучающей системой развивает умение и навыки самостоятельной работы;
- обучающие системы разгружают преподавателя от ряда трудоемких и часто повторяющихся операций по представлению учебной информации и контролю знаний; способствуют разработке объективных методов контроля знаний; облегчают накопление передового учебно-методического опыта.
- применение обучающих систем может упростить переход к обучению по более широкому перечню специализаций, благодаря которому каждый получает возможность получить подготовку с индивидуальным профессиональным и образовательным уклоном.
- возможно применение обучающих систем в системе дополнительного профессионального образования, особенно в тех областях деятельности, в которых имеет место низкая эффективность традиционных способов передачи знаний посредством лекционных занятий.
- применение обучающих систем позволяет предоставить образовательные услуги более широкому кругу обучаемых, в т.ч. в рамках ДО.

Начиная с 2009 года в отделе медицинской информатики ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России разрабатываются электронные учебные пособия, которые позволят слушателям института самостоятельно приобретать навыки работы с компьютером, необходимые в профессиональной деятельности врача:

- Основы работы с персональным компьютером (рис. 1)
- Основы Windows. Знакомство с Internet
- Учимся работать с OpenOffice.org Writer
- Подготовка табличных документов с помощью OpenOffice.org Calc
- Создание и обработка текстовых документов с помощью Microsoft Office Word 2007
- Работа с таблицами в Microsoft Office Excel 2007
- Подготовка презентаций средствами Microsoft Office PowerPoint 2007
- Windows Vista – Что нового? Отличия от операционной системы Windows XP
- Медицинские интернет ресурсы: особенности, правила поиска

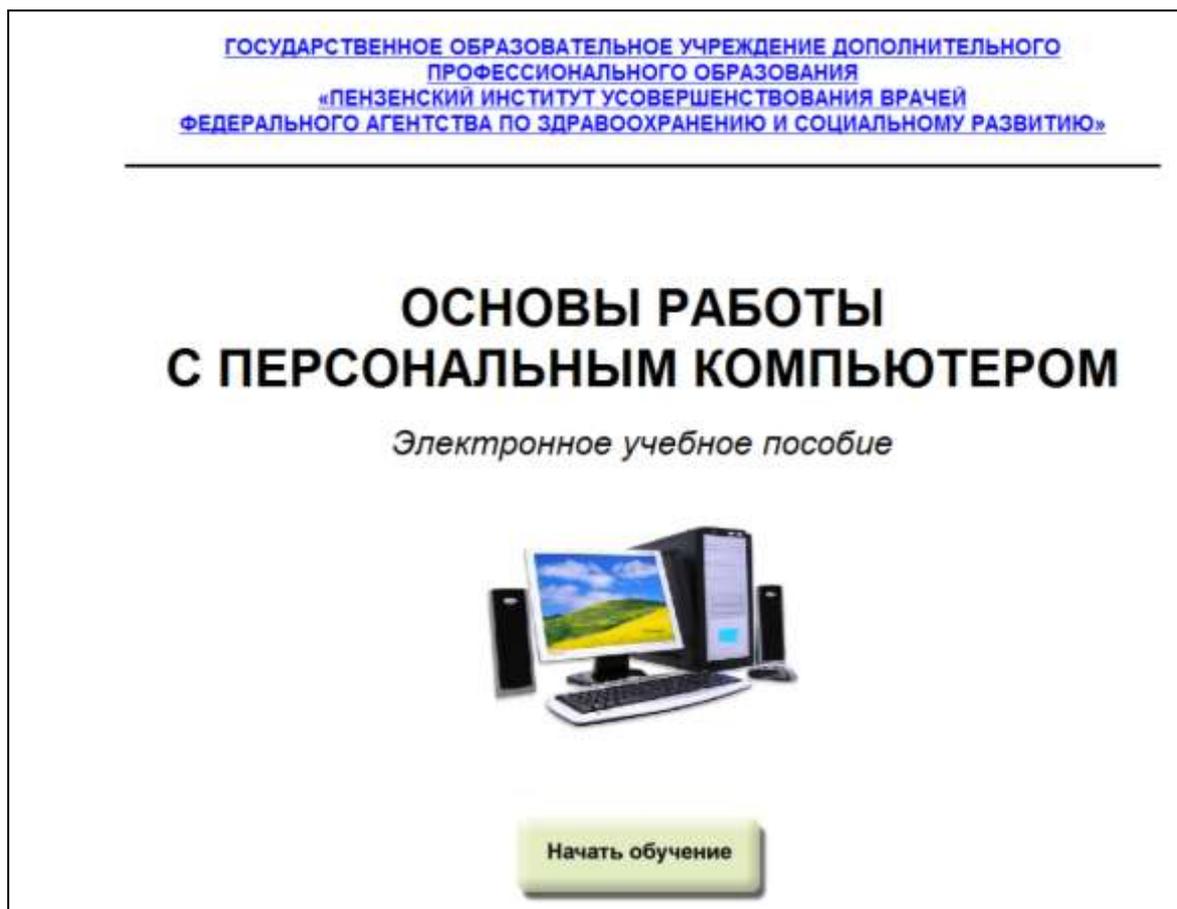


Рис. 1. Внешний вид стартовой страницы электронного учебного пособия «Основы работы с персональным компьютером».

Кроме того, совместно с преподавателями, разработано несколько электронных учебников по другим специальностям, преподаваемым на кафедрах института:

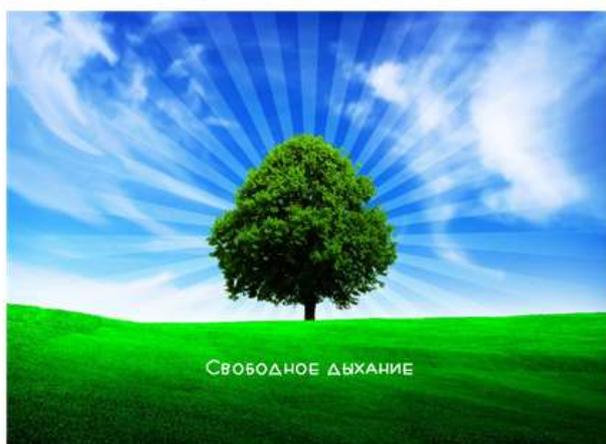
- Костина Е.М., Молотилев Б.А. (*кафедра аллергологии и иммунологии*) Хроническая обструктивная болезнь легких: Современные аспекты диагностики, терапии и дифференциальная диагностика с бронхиальной астмой (рис. 2)
- Костина Е.М., Молотилев Б.А. (*кафедра аллергологии и иммунологии*) Бронхиальная астма: Современные аспекты диагностики, терапии и дифференциальной диагностики с ХОБЛ (рис. 3)
- Сисина О.Н., Гриднева Е.В., Белугина Т.Н., Бурмистрова Л.Ф., Квасова О.Г. (*кафедра нефрологии*) Современные методы определения скорости клубочковой фильтрации у больных с заболеваниями почек.

[ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕНЗЕНСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ](#)

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ:

Современные аспекты диагностики, терапии и дифференциальная диагностика с бронхиальной астмой

Электронное учебное пособие



Начать обучение

Рис. 2. Внешний вид стартовой страницы электронного учебного пособия «Хроническая обструктивная болезнь легких: Современные аспекты диагностики, терапии и дифференциальная диагностика с бронхиальной астмой».

Электронное учебное пособие «Техническое обеспечение учебного процесса» будет полезно самим преподавателям института для использования в процессе планирования и организации учебного процесса.

Разработанные обучающие системы выполнены по обычной гипертекстовой технологии и не требуют установки специального программного обеспечения (учебники открываются в любом интернет браузере).

Практически каждый разработанный учебник представляет возможность не только самостоятельного обучения, но и контроля полученных знаний посредством прохождения тестовых или практических заданий, а также ответов на контрольные вопросы (рис. 3).

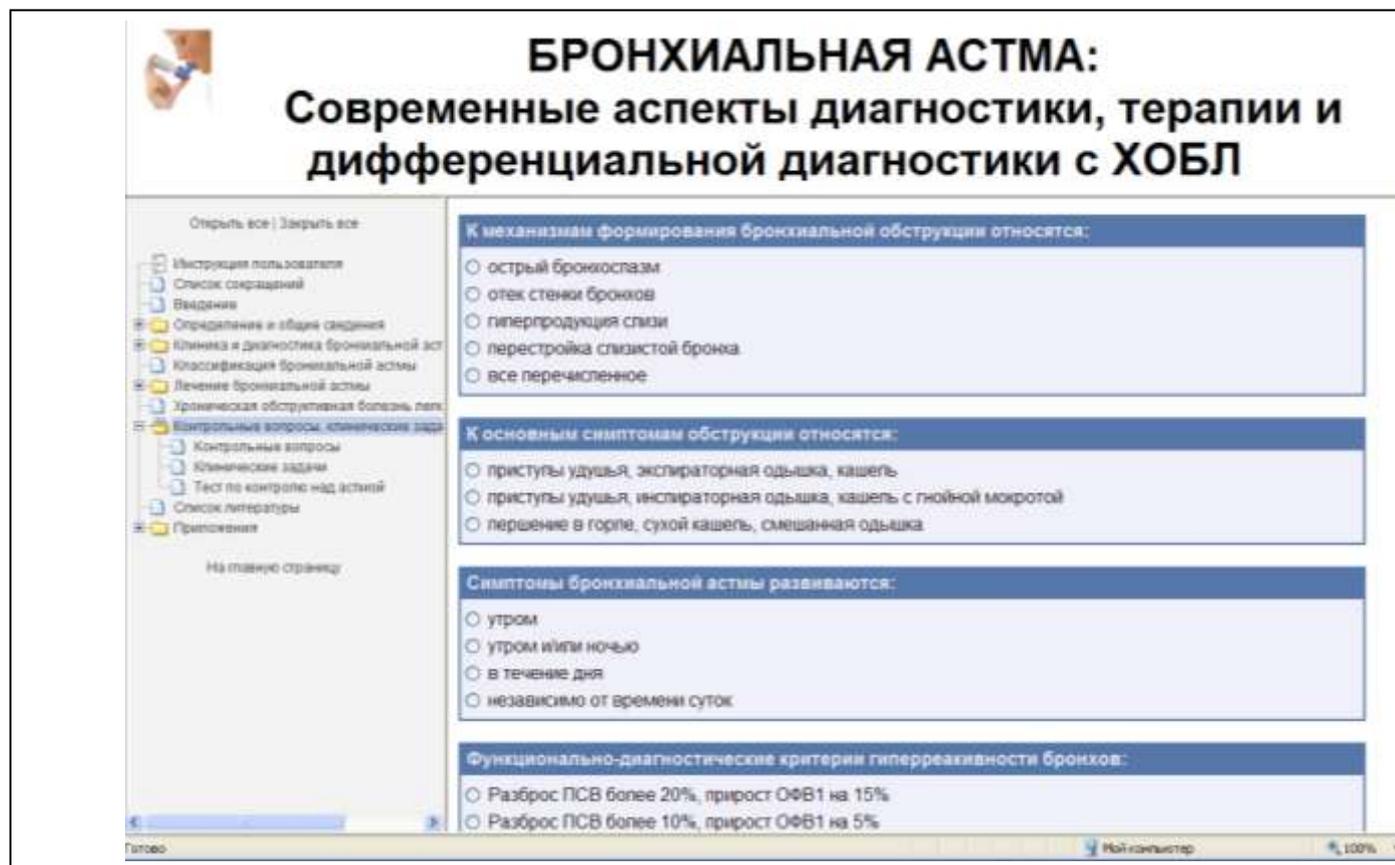


Рис. 3. Контрольные вопросы в электронном учебном пособии «Бронхиальная астма: Современные аспекты диагностики, терапии и дифференциальной диагностики с ХОБЛ»

ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАПСОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Е.Д.Короткова, А.Ш.Сагандыкова, Н.А.Сазонова, А.В.Жукова, Л.В.Тришина, А.А.Клестова, К.Г.Шокаров

ГБОУ ДПО ПИУВ Минсоцразвития России, ГБУЗ ОПТД
Пенза

Лечение туберкулеза включает стандартный режим химиотерапии (ХТ), утвержденный приказом МЗ РФ от 21 марта 2003 г № 109. Для эффективной химиотерапии деструктивного туберкулеза легких большое значение имеет применение коллапсотерапевтических (КТ) методов: искусственного пневмоторакса (ИП), пневмоперитонеума (ПП). Показаниями для проведения коллапсотерапии являются все клинические формы туберкулеза в фазе распада с локализацией в базальных отделах легких, ограниченный фиброзно-кавернозный туберкулез в фазе бронхогенного обсеменения, сахарный диабет в анамнезе, плохая переносимость химиопрепаратов и наличия множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) МБТ. Коллапсотерапевтические методы широко приме-

няются также для более ранней подготовки больных к хирургическим вмешательствам.

Впервые ИП, с целью лечения больных туберкулезом легких, был применен в 1882 - 1884 гг. Форланини. В России лечебный пневмоторакс начали применять с 1906-1907 гг. Начиная с 1945-1946 гг. наряду с пневмотораксом, в лечебной практике все шире стал находить применение другой вид коллапсотерапии – ПП.

За период 2009-2010гг в Пензенской области были впервые выявлены 653 пациента с деструктивным туберкулезом легких и бактериовыделением (CV+, BK+). Наибольшее число больных взято на учет с диагнозом инфильтративный туберкулез с распадом – 407(62,3%), диссеминированный туберкулез с распадом 141(21,6%), туберкулемы с распадом – 62 (9,5%). Доля кавернозного туберкулеза составила – 5(0,8%), фиброзно-кавернозного 17,6 (2,7%), казеозной пневмонии – 19 (2,9%), очагового туберкулеза с распадом – 1(0,2%). Первичная лекарственная устойчивость отмечалась в 32% случаев, МЛУ в 13% случаев. 13 пациентам (2%) из 653 коллапсотерапия не была показана.

Из 653 больных двухсторонние деструктивные изменения в легких имелись у 303 (43,1%), сопутствующие заболевания выявлены у 562(80%), в том числе хронический алкоголизм и наркомания – 180(32%), кардиальная патология-163(29%), патология желудочно-кишечного тракта – у 84(15%). Сахарный диабет – у 25(4,5%) и ВИЧ – у 5(0,8%) встречались редко, что затрудняло лечение пациентов.

Всем больным с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких на фоне химиотерапии из средств направленных на заболевший орган было показано коллапсотерапевтическое лечение. Из 653 пациентов отказались-47(7,1%), прервали лечение – 53 (8,1%), в стационаре умерло 46 (7,0%), из них от туберкулеза 36 (78,2%), большинство из этих больных поступили в крайне тяжелом состоянии с явлениями полиорганной недостаточности. Трое (6,5%) больных умерло от рака, сочетавшегося с туберкулезом, 7 (15,3%) – от других заболеваний. Таким образом, методы коллапсотерапии применялись 507 (77,6%) пациентам с распространенным процессом в легких и бактериовыделением. ПП применялся – у 303 (59,7%), ИП – у 29 (5,7%), ИП+ПП – у 19 (3,71%).

В результате лечения абациллирование и закрытие полостей распада при применении на фоне химиотерапии коллапсотерапевтических методов отмечено – у 116 (19,1%), остальные больные были подготовлены к операционному лечению на более ранних этапах. Благодаря раннему и широкому применению коллапсотерапевтических и хирургических методов лечения удалось достичь закрытия полостей у 432 (85,2%) пациентов, а абациллирования у 457 (90,2%).

Приведенные выше данные свидетельствуют о том, что применение коллапсотерапевтических методов лечения на современном этапе позволяют значительно повысить эффективность химиотерапии и сократить сроки подготовки больных к оперативному вмешательству.

СТРАТЕГИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГАНГРЕНОЗНЫМИ АБСЦЕССАМИ ЛЕГКИХ

Е.А.Корымасов, С.Ю.Пушкин, А.С.Бенян, А.А.Ткачев

ГОУ ВПО СамГМУ, ГБУЗ СОКБ им. М.И.Калинина
Самара

Лечение гангренозных абсцессов и гангрены легкого по-прежнему остается актуальной проблемой современной торакальной хирургии ввиду высокого процента осложнений и летальности.

Цель исследования: обосновать стратегическое направление при гангренозных абсцессах легкого на современном этапе.

Материал и методы: В 1985-2009 гг. в хирургическом торакальном отделении проходили лечение 1683 пациента с острой легочной деструкцией, из них 149 (8,8%) пациентов с гангренозными абсцессами и гангреной легкого. Осложнение в виде эмпиемы плевры было у 27 пациентов (18,1%). Главным стратегическим направлением в лечении было максимальное использование консервативных методов в остром периоде с целью прерывания процесса деструкции, перехода заболевания в пролиферативную фазу (формирования пневмофиброза, пневмоцирроза) и выполнения радикальной операции в «холодном» периоде. Это может быть достигнуто за счет осуществления следующих лечебных компонентов: адекватное чрезбронхиальное дренирование гнойных полостей, по показаниям – торакоабсцессостомия, рациональная антимикробная терапия, иммунотерапия, коррекция нарушений гомеостаза, лечение осложнений.

Результаты и их обсуждение: Эффективность выбранной стратегии оценивалась по количеству и объему экстренных и плановых операций, развитию осложнений. В остром периоде деструкции постуральный дренаж и эндоскопическое дренирование полости гангренозного абсцесса оказались эффективны у 124 пациентов (83,2%). Наружное дренирование по типу торакоабсцессостомии выполнено у 25 пациентов (16,8%). У 117 пациентов удалось купировать процесс гангренизации, из них оперированы в плановом порядке - 83. Выполнено: пульмонэктомий - 8, лобэктомий - 59, атипичных резекций - 16. Умерло 2 пациента (1,3%). В экстренном порядке оперированы 25 пациентов, основными показаниями были легочное кровотечение (9,4%) и прогрессия процесса (7,4%). Выполнено: пульмонэктомий - 12, лобэктомий - 9, эмболизаций бронхиальных артерий - 9. Умерло 10 пациентов (6,7%). Общая летальность составила 11,4% (17 пациентов).

Вывод: Стратегия хирургического лечения больных с гангренозными абсцессами легких предусматривает максимально настойчивое и терпеливое интенсивное консервативное лечение для перевода молниеносного и острого воспалительного процесса в подострый или хронический с целью уменьшения объема резекции и лучшей переносимости больными операций.

ВОСТРЕБОВАННОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ БЛИЗОРУКОСТЬЮ

С.Н.Косарев

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Приобретенная прогрессирующая близорукость до настоящего времени остается одной из наиболее актуальных проблем современной офтальмологии. Достигая высокой степени, она становится одной из основных причин слабовидения и инвалидности, составляя в России, по данным разных авторов, от 12-17% до 23,3-38,4% причин инвалидности по зрению [1, 4] и занимая 2 место в нозологической структуре слепоты и слабовидения [5]. Прогрессирующая близорукость является мультифакторным заболеванием, одним из факторов которого является нарушение офтальмотонуса и гидродинамики глаза [3, 6-9]. Эффективность гипотензивного лечения прогрессирующей близорукости была отмечена в работах многих авторов [3, 6, 10]. Учитывая большое количество пациентов, страдающих данной патологией, требования к массовому лечению ее можно сформулировать как амбулаторное однократное вмешательство. Данным требованиям может отвечать лазерная трабекулопластика (ЛТП) по Wise и Witter [11], предложенная нами для использования при прогрессирующей миопии в 1994 г. (рац. предложение № 477 от 05.10.1994 г.).

Цель работы. Определить численность контингента пациентов, которым возможно проведение гипотензивного лазерного лечения при прогрессирующей близорукости.

Материал и методы. Проведено исследование офтальмотонуса, гидродинамики и гониоскопической картины глаза у 348 пациентов (665 глаз) со стационарной и прогрессирующей миопией, в основном детей, подростков и лиц молодого возраста (от 11 до 20 лет – 63,51%). Пациенты были разделены на три группы: со стационарной (103 человека, 197 глаз), медленно прогрессирующей (205 человек, 389 глаз) и быстро прогрессирующей миопией (40 человек, 79 глаз). Всем пациентам наряду с входящим в стандарты обследованием проводились определение истинного внутриглазного давления (ВГД) с помощью электронной тонографии и гониоскопическое исследование с помощью трехзеркальной линзы Гольдмана. Последнее выполнялось, в частности, с целью определить возможность проведения ЛТП.

Результаты и обсуждение. Используя различные методики исследования офтальмотонуса и гидродинамики глаз с близорукостью (А.П. Нестеров – тонометрия по Гольдману, Н.М. Сергиенко – тонография на тонографе Сахарова), авторы пришли к заключению, что в большинстве случаев прогрессирование миопии происходит на фоне истинного внутриглазного давления, превышающего 16 мм рт.ст., что согласуется с данными нашего исследования. Следовательно, лица, у которых РО выше указанного значения, могут быть подвергнуты гипотензивной терапии, которая должна привести к стабилизации миопии.

При определении истинного ВГД (P0) в исследуемой группе были получены следующие данные. В группе больных со стационарной близорукостью P0 менее или равное 16 мм рт.ст. было выявлено на 101 глазу из 197 (51,27%), соответственно P0 выше 16 мм рт.ст. – на 96 глазах (48,73%). В группе пациентов с медленно прогрессирующей близорукостью P0 менее или равное 16 мм рт.ст. было на 125 глазах (32,13%), а выше 16 мм рт.ст. – на 264 глазах (67,87%), а в группе с быстро прогрессирующей миопией P0 ниже или равно и выше 16 мм рт.ст. – соответственно на 25 глазах (31,65%) и на 54 глазах (68,35%). Таким образом, были обнаружены достоверные различия между пациентами со стационарной и прогрессирующей близорукостью по количеству глаз с P0, превышающим 16 мм рт.ст. ($p < 0,01$).

По нашим данным, стабилизация миопии в течение 1 года после ЛТП, выполненной по показаниям, отмечалась в 73,53% случаев [2], что подтверждает эффективность данной методики при прогрессирующей близорукости, протекающей на фоне относительно повышенного офтальмотонуса. Следовательно, ее можно рекомендовать в качестве гипотензивного лечения у данного контингента больных.

Выводы. Востребованность лазерной трабекулопластики может быть определена количеством пациентов с относительно повышенным истинным ВГД, а именно, до 68% больных с прогрессирующей миопией. Данный метод лечения является эффективным методом стабилизации миопии, протекающей на фоне относительных нарушений офтальмотонуса.

Литература.

1. Аветисов Э.С. Близорукость. – М., 2002. – 240 с.
2. Алешаев М.И., Косарев С.Н. Наш опыт гипотензивного лечения прогрессирующей близорукости // Рефракционная хирургия и офтальмология. – 2004. – Т. 4. - № 3. – С. 22-27.
3. Кондратенко Ю.Н., Сергиенко Н.М. Офтальмотонус и гониоскопическая картина при прогрессирующей и стационарной близорукости // Вестн. Офтальмол. – 1986. – Т. 102. - № 6. – С. 20-23.
4. Либман Е. С., Калеева Э. В. Состояние и динамика инвалидности вследствие нарушения зрения в России // Тезисы докладов IX Съезда офтальмологов России. – М., 2010. – С. 73.
5. Либман Е.С. Медико-социальные проблемы в офтальмологии // Тезисы докладов IX Съезда офтальмологов России. – М., 2010. – С. 69.
6. Нестеров А.П., Свирин А.В., Лапочкин В.И. О медикаментозном лечении прогрессирующей близорукости // Вестн. Офтальмол. – 1990. – Т. 106. - № 2. – С. 25-28.
7. Свирин А.В., Вагин Б.И., Антипова О.А. и др. Тонометрия и тонография у лиц с прогрессирующей близорукостью // Физиология и патология внутриглазного давления. М.,1984. – С. 8-14.
8. Свирин А.В., Лапочкин В.И. Состояние офтальмотонуса при прогрессирующей, стационарной миопии и эмметропии // Физиология и патология внутриглазного давления. М.,1989. – С. 27-30.

9. Страхов В.В., Гулидова Е.Г. Особенности прогрессирования миопии в зависимости от уровня офтальмотонуса // Российская педиатрическая офтальмология. – 2011. – №1.
10. Abdalla M., Hamdi M. Applanation ocular tension in myopia and emmetropia. // Brit. J. Ophthalm. – 1970. – Vol. 54. – No 2. – P. 122-125.
11. Wise J.B., Witter S.L. Argon laser therapy for open-angle glaucoma: a pilot study. – Arch. Ophthalm. – 1979. – Vol. 18. – No 5. – P. 462-467.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ НА ФОНЕ ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛЕСТАЗА И ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ДЕКОМПРЕССИИ ХОЛЕДОХА

С.В.Костин, Н.А.Цыганова, Д.Ю.Сапарин

ФГБОУ ВПО «МГУ имени Н.П. Огарева»
Саранск

Актуальность. Внепечёночный холестаз связан с нарушением оттока жёлчи, вызванным механическими факторами. Ведущим фактором поражения органов и систем при обтурационном холестазе считают токсическое действие компонентов застойной жёлчи. Большое значение имеет способность жёлчных кислот разрушать липидные мембраны клеток и субклеточные структуры. В работах некоторых исследователей показано, что развитие эндотоксемии при поражениях печени во многом обусловлено изменением соотношения продуктов перекисного окисления липидов и ферментов, вызывающих их дезактивацию. При этом свободнорадикальное окисление липидов является одним из запускающих патогенетических механизмов в развитии патологических изменений при обтурационном холестазе.

Цель исследования. Изучить морфологические и функциональные изменений в поджелудочной железе при обтурационном холестазе и на фоне декомпрессии холедоха в эксперименте.

Материалы и методы исследования. Эксперименты выполнены на 14 беспородных половозрелых собаках обоего пола массой от 9 до 36 кг. Под тиопентал-натриевым наркозом (45 мг/кг внутривенно) у животных вызывали механическую желтуху путем наложения лигатурной перетяжки на холедох с последующей декомпрессией на 3 сутки эксперимента. Экспериментальные животные были разделены на 2 группы. У животных 1 серии наложение лигатуры холедоха не сопровождалось декомпрессией, во 2 серии экспериментов производилась декомпрессия желчевыводящих путей. Исследование структуры и функциональной активности поджелудочной железы проводилось на 3, 7 и 15 сутки.

Результаты исследования. На третьи сутки эксперимента наблюдалось повышение основного маркера холестаза – прямого билирубина – в 40 раз ($p < 0,001$). Повышалась активность энзимов гиалоплазмы - АсАТ и АлАТ, уровень которых при трёхдневном холестазе увеличивался в 10 и 23 раза ($p < 0,001$).

Это свидетельствовало о токсическом повреждении мембран гепатоцитов и их цитолизе. На возникновение окислительного стресса к третьим суткам указывало увеличение малонового диальдегида (МДА) в плазме крови до $15,42 \pm 0,57$ мкмоль/л ($p < 0,001$), что превышало исходные показатели в 4,1 раза и уменьшение концентрации фермента каталазы до $2,41 \pm 1,48$ мккат/л ($p < 0,001$), т.е. в 1,6 раз ниже исходных данных. Трехдневная компрессия билиарного тракта приводила к изменению активности панкреатических ферментов: содержание α -амилазы увеличивалось до 186 ± 15 ед/л ($p < 0,001$), а липазы – до 179 ± 8 ед/л ($p < 0,001$) (при исходных показателях соответственно 89 ± 6 и 68 ± 5 ед/л). На третьи сутки содержание глюкозы превышало исходные показатели на 45%. При длительном холестазае гипергликемия составляла $6,61 \pm 0,18$ ммоль/л (выше на 52,3% ($p < 0,001$) от исходных данных).

При исследовании морфологического состояния ткани поджелудочной железы к третьим суткам компрессии желчевыводящих путей наблюдали полнокровие венозных сосудов в междольковом и внутридольковом пространстве. Имелись признаки вакуольной дистрофии и набухания с дезорганизацией отдельных панкреатитов. Длительная компрессия почти у всех животных приводила к появлению признаков воспаления в поджелудочной железе. В перидуктальном и периваскулярном пространстве выявлялись очаги склероза и мононуклеарная воспалительная инфильтрация. В отдельных участках долек ацинарных клеток выявлены признаки дистрофии цитоплазмы и фокальные некрозы. Была отмечена гипертрофия островков Лангерганса.

На фоне декомпрессии холедоха наблюдалось улучшение функциональных и морфологических показателей поджелудочной железы. Уровень липазы и α -амилазы снижался, составляя на 15 сутки эксперимента 97 ± 7 ед/л ($p < 0,05$) и 115 ± 10 ед/л ($p > 0,05$), оставаясь повышенным на 43% и 29% соответственно. Уменьшалось содержание глюкозы до $5,89 \pm 0,23$ ммоль/л ($p < 0,01$), однако превышало исходные значения на 35,7%.

После восстановления пассажа жёлчи на 15 сутки эксперимента при морфологическом исследовании в поджелудочной железе животных были выявлялись признаки мелкоочагового панкреатита. Также отмечались очаги периваскулярного склероза и воспаления интерстиция. У отдельных животных наблюдалась гипертрофия островков Лангерганса.

Выводы. 1. На третьи сутки механической непроходимости желчевыводящих путей развиваются морфологические и функциональные изменения в поджелудочной железе, которые усугубляются при длительной компрессии холедоха.

2. Восстановление проходимости общего жёлчного протока, препятствуя дальнейшему углублению холестатического синдрома, не приводит к полному восстановлению морфофункционального состояния поджелудочной железы.

РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Е.М.Костина, О.В.Левашова, Б.А.Молотил, М.В.Осипова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

С каждым годом продолжает увеличиваться число больных с аллергической патологией, в том числе бронхиальной астмой (БА). Профилактика данного заболевания и совершенствование методов диагностики и лечения являются важной задачей современной медицины [1]. В последние годы увеличилось число исследований, посвященных изучению ведущих генетических маркеров, приводящих к развитию различных клинико-патогенетических форм БА. БА относится к многофакторным заболеваниям. Это представление сложилось на основе концепции генетической подверженности организма в 60-х годах XX столетия Falconer D.S., 1965г. Неблагоприятный генетический фон по морбиду реализуется при взаимодействии с факторами среды и проявляется в формировании патологического фенотипа. Современные успехи молекулярной генетики и развитие позиционного и кандидатного картирования привели к возможности реального выделения и изучения генетических маркеров у больных БА в клинической практике.

Различные формы БА значительно отличаются друг от друга по клиническому течению, механизмам развития и ответу на проводимую терапию. Несмотря на значительные успехи фармакологии, сохраняется часть больных с неэффективным ответом на ИГКС, АСИТ и другие методы лечения, увеличивается доля гормонорезистентных пациентов.

По данным отечественной и зарубежной литературы [2,3,4,5] можно выделить группы генетических маркеров, приводящих к развитию разных форм астм. Так ген ADRb2 определяет развитие гиперреактивности бронхов и низкую чувствительность в-адренорецепторов к бронхолитикам, что приводит к формированию неаллергической формы астмы, преимущественно тяжелого течения. ADAM33 – отвечает за синтез и функциональную активность металлопротеаз, определяющих эластичность бронхов, т.о. участвуют в процессах ремоделирования и развития таких осложнений БА, как эмфизема и пневмосклероз. Группа генетических маркеров FcεRIb - к высокоаффинному рецептору IgE и IL4RA определяют патогенетические механизмы атопии, что в конечном итоге приведет к формированию аллергической формы БА. Интересным и важным аспектом является генетический тип больных в сочетании БА и полипоза (аспириновый вариант астмы): ген- 5липооксигеназы в локусе 10q11.2 и C4 синтазы лейкотриенов в локусе 5q35. Нарушения в регуляции защитных факторов неспецифического иммунитета, в первую очередь γ-ИНФ (IRF1 и IFNGR2)

приводят к формированию хронических вторичных очагов инфекции и развитию инфекционно-зависимого варианта БА. Гены кодируют сложные межклеточные кооперативные взаимоотношения и каждый вид цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-17, ИЛ-2, ИЛ-12) имеет свой генетический маркер [2,3,4,5].

Как видим, разнообразие генетических факторов определяет и клинический полиморфизм заболевания. Врач-клиницист назначает терапию пациентам эмпирически, не зная точно ответ организма на выбранный метод лечения, конечно, это усложняет взаимоотношения врач-пациент и, соответственно, снижает эффективность терапии. Вместе с тем, из вышеизложенного видно, что, зная ведущий фактор патологии, можно точно определить вид, дозу назначаемых препаратов и длительность терапии.

В настоящее время проводится выделение и изучение основных генетических полиморфизмов при различных клинико-патогенетических вариантах БА и оценка эффективности методов терапии у данной группы больных.

Изучение генетических маркеров позволит улучшить диагностику БА, выделить ведущие фенотипы патологии в соответствии с генотипом и оптимизировать подходы к выбору метода терапии. Генетика астмы – одна из наиболее интригующих областей медицинской генетики. Несмотря на значительные достижения науки за последние годы, этот вопрос требует дальнейшего изучения и внедрения результатов научных клинических исследований в широкую клиническую практику.

Литература.

1. Огородова Л.М., Петрова И.В., Иванчук И.И. с соавт. Роль полиморфизма генов NO-синтеза в развитии бронхиальной астмы у детей. - Педиатрия. – 2007. – Т.86.- №4. – с.14-18.
2. Колчанов Н. А., Ананько Е. А., Колпаков Ф. А. и др. Генные сети // Молек. биол. 2000. Т. 34. № 4. С. 533-544.
3. Anderson G. G., Cookson W. O. C. M. Recent advances in the genetics of allergy and asthma // Mol. Med. Today – 1999. – V. 5. – P. 264-273.
4. Tamari M, Tomita K, Hirota T Genome-wide association studies of asthma Allergol Int. 2011 Sep;60(3):247-52. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21681015>
5. March ME, Sleiman PM, Hakonarson H. The genetics of asthma and allergic disorders Discov Med. 2011 Jan;11(56):35-45.

**СТРУКТУРА НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В СВЯЗИ С
НОЗОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В
РЕАНИМАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО
ЦЕНТРА**

О.Ю.Костромина, И.П.Баранова, О.А.Зыкова, С.Б.Рыбалкин

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
ГБУЗ ПОЦСВМП
Пенза

Эффективность применяемых лечебных мероприятий при неотложных состояниях во многом зависит от правильной организации реанимационной службы. Опыт работы показал целесообразность создания отделений реанимации и интенсивной терапии в ЛПУ, оказывающих медицинскую помощь пациентам инфекционного профиля. В ГБУЗ ПОЦСВМП (287 коек) осуществляется стационарная помощь больным инфекционного профиля (176 коек) и с дерматологической патологией (111 коек). По данным отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) в последние годы отмечается устойчивая тенденция к увеличению числа больных, нуждающихся в специализированной неотложной помощи и интенсивной терапии на 23,8% (с 210 чел. в 2008г. до 260 чел. в 2011г.), а удельный вес больных с инфекционной патологией составляет 75% (2008г.) - 80% (2011г.).

Цель: изучить структуру неотложных состояний в связи с нозологическими формами инфекционных заболеваний у больных, госпитализированных в реанимационное отделение областного специализированного центра.

Методы исследования: сплошная выборка, статистический и экспертный анализ.

Результаты: анализ нозологической структуры инфекционной патологии у 208 больных, находившихся на лечении в ОРИТ (6 коек) в 2011г. показал, что доминирующей группой являются острые кишечные инфекции, характеризующиеся различной степенью дегидратации, нарушением кислотно-щелочного равновесия, развитием синдрома водно-электролитных расстройств и острой почечной недостаточности. Их удельный вес в структуре инфекционных больных составил 42,3%. Ещё одну существенную группу инфекционных больных представляют пациенты с нейроинфекциями (26,4%). В группе нейроинфекций ведущее место занимают тяжелые формы гнойных и серозных менингитов (26 случаев - 47,3% в структуре нейроинфекций), осложненные отёком-набуханием головного мозга, а среди менингитов/менингоэнцефалитов лидируют бактериальные гнойные менингиты (73,1%). Для практической медицины актуальность этой патологии определяется сохраняющейся высокой заболеваемостью, тяжестью течения, нередким развитием осложнений и вероятностью летальных исходов. В группе нейроинфекций удельный вес менингококковой инфекции составляет 34,6%, бактериальных и вирусных менингитов/менингоэнцефалитов

(в том числе неуточненной этиологии) - 20%, нейросифилис - 41,8% и ветряночный энцефалит - 3,6%. Стабильным остается число госпитализированных больных с генерализованными формами менингококковой инфекции, развитием у них инфекционно - токсического шока, острой надпочечниковой недостаточности; в 2011г. удельный вес этой патологии составил 9,1% от общего числа больных с инфекционной патологией или 34,6% от числа больных с нейроинфекциями. Особое место среди госпитализированных больных, занимают пациенты с нейросифилисом (11,1% от числа инфекционных больных), который представлен как ранними формами (сифилитические менингиты и менингомиелиты), так и поздним нейросифилисом (спинная сухотка).

Число госпитализированных больных тяжелыми формами гриппа и другой респираторно-вирусной патологией вариабельно, зависит от развития эпидемий и сезонного подъема заболеваемости. В 2011г. их удельный вес, достаточно низкий, в нозологической структуре составил 6,8%, а госпитализация в ОРИТ была связана с развитием инфекционно-токсической энцефалопатии (нейротоксикоза) или дыхательной недостаточности. Такой же удельный вес занимают пациенты, госпитализированные в ОРИТ с ГЛПС (6,8%). Отмечается уменьшение числа больных тяжелыми вирусными гепатитами, в том числе осложненных острой печеночной энцефалопатией – 10,2% (в 2009 – 19,3%; в 2010 – 7,2%). Среди госпитализированных больных с инфекционной патологией (7,6%) – пациенты с стрептококковой инфекцией (рожа, ангина – 4,4;%), ВИЧ-инфекцией (2,4%) и герпетической инфекцией (0,9%).

Анализ синдромов, определявших показания для госпитализации в ОРИТ, показал, что 38,4% составляли пациенты с синдромом отека и набухания головного мозга (14,1%), нейротоксикозом (9,1%) и инфекционно-токсическим шоком (15,2%), по шкале оценки состояния АРАСНЕ-2 имевшие от 10 до 20 и более баллов и требовавшие обязательного применения экстракорпоральных методов лечения. Высока доля пациентов с синдромом эндотоксикоза (8,8%), нарушением водно-электролитного обмена (25,2%), дыхательной недостаточностью (5,3%), нарушением кровообращения (4,8%), нейротоксикозом (9,1%), острой почечной недостаточностью (7,7%), синдромом полиорганной недостаточности (6,1%), прочие неотложные состояния (гипо- и гипергликемические комы, геморрагический шок) составили 3,7%.

Летальность по отделению реанимации и интенсивной терапии в 2011г. составила 2,69%. Значительная доля летальности определяется непрофильной патологией (28,6% в структуре летальности), что четко коррелирует с госпитализацией в ОРИТ непрофильных больных (различные варианты ишемической болезни сердца, острые нарушения мозгового кровообращения, субарохноидальные кровоизлияния, экзогенные отравления). В то же время, среди причин летальных исходов остается высоким удельный вес нейроинфекций (57,1%) за счет менингококковой инфекции и вирусных менингоэнцефалитов. В случае развития летального исхода пациенты поступали в стационар в состоянии терминальной поливисцеропатии, рефрактерном к проведению реанимационных мероприятий.

Выводы: 1. Потребность в реанимационной помощи и интенсивной терапии у больных, госпитализированных в областной центр специализированных видов медицинской помощи за последние 4 года возросла на 23,8%.

2. Основными заболеваниями, определяющими развитие критических состояний явились острые кишечные инфекции (42,3%) и нейроинфекции (26,4%); такие заболевания как менингококковая инфекция и вирусные менингоэнцефалиты определяют летальность по реанимационному отделению (57,1%).

3. Среди больных с нейроинфекциями, госпитализированных в ОРИТ, доминируют пациенты с бактериальными гнойными менингитами, этиология которых требует максимальной верификации и внедрения современных методов диагностики (ПЦР, латекс-агглютинация, микробиологическое исследование ликвора). В структуре нейроинфекций возрос удельный вес нейросифилиса, что свидетельствует о социальных проблемах общества

4. Среди синдромов неотложных (критических) состояний преобладают отек-набухание головного мозга, нейротоксикоз, инфекционно-токсический шок, синдромы полиорганной недостаточности, эндотоксикоза и нарушения водно-электролитного обмена: их удельный вес составляет 78,5%.

5. Характер нозологической и синдромальной патологии у пациентов, госпитализированных в ОРИТ областного специализированного центра, определяет потребность в материально-техническом оснащении отделения (площади, лечебно-диагностическая аппаратура, соблюдение санитарно-эпидемиологических требований), медикаментозном обеспечении, кадрах (врачи, медицинские сестры, младший медперсонал), требования к квалификации врачей реаниматологов и их профессиональной компетентности (знания, умения, навыки) в вопросах реаниматологии, инфектологии и венерологии.

6. Госпитализация в специализированный стационар по экстренным показаниям в связи с необходимостью оказания реанимационной помощи больным с «непрофильной» патологией и увеличение потребности в реанимационных мероприятиях и интенсивной терапии пациентам с инфекционными заболеваниями (рост критических состояний) могут свидетельствовать о возможном развитии атипичных форм заболеваний, диагностических трудностях, уровне медицинской помощи на догоспитальной этапе (участковая служба, служба скорой медицинской помощи, несвоевременное обращение к врачу, поздняя госпитализация) и состоянии профилактической работы с населением.

ФИБРОЗ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Л.И.Краснова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Известно, что существенной особенностью HCV является его неоднородность, главным образом, за счет быстрой замещаемости нуклеотидов внешней

оболочки, и образование большого числа штаммов вируса. В России у взрослых чаще регистрируется генотип 1b (69,6%), далее с убывающей частотой - 3a, 1a, 2a. Необходимость ранней диагностики цирроза печени при различных генотипах вируса с помощью неинвазивной методики представляет актуальную проблему современного здравоохранения.

Цель: изучить особенности развития фиброза печени у больных ХГС при различных генотипах вируса.

Методы исследования: В исследовании участвовали 70 пациентов с хроническим гепатитом С (ХГС), в том числе 35% из них (25 пациентов) имели 1 генотип HCV (1 группа), 29% (18 пациентов) - 2 генотип HCV (2 группа) и 36% (27 пациентов) - 3 генотип HCV (3 группа). ХГС подтверждали серологическими и молекулярно-генетическими методами (ИФА, ПЦР). Больные в группах были сопоставимы по длительности заболевания, возрасту и активности процесса в печени. Всем пациентам проведена непрямая ультразвуковая эластометрия печени на аппарате «Фиброскан», при расшифровке результатов использовали шкалу METAVIR.

Результаты: При исследовании степени выраженности фиброза печени у 70 пациентов выявили: отсутствие фиброза (F0) у 33% пациентов; F1 – у 27%; F2 – у 23%; F3 – у 10% и F4 – у 7% пациентов.

В 1 группе чаще определялся фиброз печени в стадии F3 и F4: 86% пациентов с F3 стадией и 60% пациентов с F4 стадией имели 1 генотип HCV. В 3 группе чаще выявлялись пациенты с нормальной плотностью печени (43% с показанием F0).

Выводы: 1) Среди обратившихся за медицинской помощью больных ХГС 67% имели нарушения плотности печени (до уровней F1-F4), в том числе 7% - цирроз печени (F4 по METAVIR). 2) Фиброз печени в стадии F3 и F4 наблюдался достоверно чаще у пациентов с 1 генотипом HCV, а F0 – недостоверно чаще у пациентов с 3 генотипом.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ОБЩЕГО ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ НА ФОНЕ ОТРАВЛЕНИЯ ВЕЩЕСТВАМИ ПСИХОТРОПНОГО ДЕЙСТВИЯ

Д.В.Креницкий, К.В.Мельников

Госпиталь в/ч 45108
Кузнецк-12

Помимо местной холодовой травмы - «отморожения», существует и общая патологическая гипотермия человека, обозначаемая термином - «замерзание». Причина замерзания - внешнее общее переохлаждение организма (Петров И.Р. и др, 1961г.). В силу вышеизложенных патогенетических особенностей действия низких температур на организм человека, даже несмотря на то, что смертельная гипотермия человека соответствует температуре тела 22-25°C (Майстрах Е.В., 1964), сохраняется возможность спасения пораженных, даже

когда ректальная температура у них снижается до 18-19,5°C и такие случаи описаны в литературе (Мюллер В., 1954).

При непреднамеренном общем охлаждении организма происходит нарушение теплового баланса. При этом центральная температура тела снижается ниже 35°C и нарушается метаболизм, что приводит к развитию повреждения функций и структур организма.

По данным К.П. Иванова (1996) при более глубоком переохлаждении, когда температура тела понижается до 32-33°C, после потери сознания и остановки дыхания работа сердца, кровяное давление и микроциркуляция крови в мозге сохраняется на определенном уровне. Процесс умирания может занимать довольно значительное время (от 10-15 до 30-40 мин.), так как холод замедляет все химические реакции в организме.

Больная К., 36 лет, была обнаружена около 10 часов утра в лесу 20 ноября (температура воздуха +2°C) без признаков жизни. Вызвана скорая медицинская помощь. Врач анестезиолог-реаниматолог госпиталя, прибывший через 20 минут, на месте констатировал состояние клинической смерти и приступил к реанимационным мероприятиям (закрытый массаж сердца, интубация трахеи и искусственная вентиляция легких мешком «Амбу», согревание пострадавшей). Реанимационные мероприятия с положительным эффектом. Восстановлена сердечная деятельность, дыхание протезируется.

При осмотре в одежде пострадавшей обнаружены пустые упаковки из-под медикаментов (20 таблеток фенезепама и 10 таблеток азалептина).

В 11.00 больная доставлена в госпиталь в реанимационное отделение. Температуру тела (в подмышечной впадине и в прямой кишке) в момент поступления ниже 34°C (медицинский термометр позволяет определять температуру от 34°C и выше).

Продолжены реанимационные мероприятия и интенсивная терапия:

- ИВЛ увлажненной и подогретой до 40–46°C вдыхаемой смесью (с высоким содержанием кислорода);
- обеспечение центрального венозного доступа;
- внутривенное введение подогретых растворов, так как охлаждение тела сопровождается периферическим вазоспазмом, нарушающим всасывание при внутримышечных и подкожных инъекциях;
- постановка назогастрального зонда и промывание желудка до чистых вод;
- при гипотермии пролонгируется действие ряда лекарственных препаратов, особенно метаболизирующихся в печени, поэтому введение адреналина и других средств при центральной температуре ниже 30°C не эффективно;
- не использовали раствор Рингера лактата (печень не в состоянии метаболизировать лактат в бикарбонат) и препараты дигиталиса, внутривенно вводили 0,9% раствор натрия хлорида, 5% глюкозу в условиях тщательного наблюдения (опасность перегрузки объемом);
- аритмий, связанных с переохлаждением мы не наблюдали;

- на ЭКГ при поступлении удлинение интервала QT, в динамике при согревании больной ЭКГ без особенностей;
- коррекция коагулопатии также достигалась согреванием с введением гепарина;
- проведение всех манипуляций осуществляли при тщательном мониторинговании, что позволяло вовремя выявить вторичное снижение температуры тела после начала согревания - феномен «afterdrop», механизм которого состоит в том, что при согревании периферических участков тела снимается сосудистый спазм, в циркуляцию с периферии поступает большой объём охлаждённой крови, вследствие этого температура внутри тела пациента может парадоксально снижаться после начала согревания. Развитие феномена «afterdrop» усиливает физиологические нарушения, повышает риск развития аритмий и остановки сердца;
- скорость согревания больной не превышала 1°C в час из-за риска развития критической артериальной гипотензии и остановки сердца, обусловленных действием поступающих в «центральный» кровоток эндотоксинов и холодных порций крови.

Проводимые реанимационные мероприятия и интенсивная терапия с положительным эффектом. Через 14 часов с момента поступления в стационар больная пришла в сознание, восстановлено самостоятельное адекватное дыхание. Экстубирована через 16 часов. Гемодинамика устойчивая. Температура тела нормальная. Неврологическая симптоматика отсутствует. Через 25 часов больная переведена в профильное отделение. Выписана из стационара на 12 сутки в удовлетворительном состоянии.

ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДОВ ГИРУДОТЕРАПИИ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС

Р.П.Крымская, Е.В.Крымская

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
ФГБОУ ВПО ПГУ Минобрнауки России
Пенза

Один из методов традиционной медицины – гирудотерапия - использование медицинских пиявок в лечебных целях быстро набирает «обороты»: повышается ее востребованность во всех клинических специальностях и лечебных профилях.

В течение 15 лет кафедра оториноларингологии и сурдологии-оториноларингологии ПИУВ проводит индивидуальное обучение на циклах ТУ «Гирудотерапия в оториноларингологии и при соматических заболеваниях». Обучение прошли более 50 слушателей из различных регионов России (Пенза и Пензенская обл, Саратовская, Волгоградская, Астраханская, Тамбовская области, Республика Мордовия, Республика Саха –Якутия и др). Продолжительность обучения 144 часа, что дает возможность слушателям получить свидетельство

повышения квалификации единого государственного образца и дает право заниматься гирудотерапией. Обучение проводится по программе повышения квалификации врачей по курсу «Актуальные вопросы гирудотерапии в медицине», утвержденной методическим советом терапевтического факультета СПб МАПО.

Традиционно гирудотерапию широко назначали при тромбозах, варикозной болезни, гипертонических кризах, сердечной недостаточности, острым приступе глаукомы, неотложных состояниях в неврологии и целом ряде гинекологических воспалительных заболеваний.

В ходе применения метода гирудотерапии мы расширили показания к использованию медицинской пиявки, в частности, при миофасциальном болевом синдроме, эритремии и гиперкоагуляционном синдроме, дисфункции ВНС, прозопалгии, глоссалгии, при лимфостазе после онкологических операций, при подготовке больных к ЭКО, в дерматологии и косметологии, педиатрии. Разработаны и внедрены с врачами-слушателями соответствующего профиля методики лечения болезней опорно-двигательного аппарата методом гирудотерапии в комплексе с антигемостатическими препаратами. Студенты старших курсов стоматологического факультета мединститута также знакомятся с методикой применения медицинских пиявок у стоматологических больных.

Совместно с врачами практического здравоохранения оформлены 6 рацпредложений, опубликованы более 20 научных работ, в которых отражены результаты проведения гирудотерапии у больных. Повышен интерес к овладению методами гирудотерапии у врачей общей практики. В ходе овладения методом гирудотерапии особое внимание обращаем на выполнение приказов Минздрава к вопросам организации кабинета гирудотерапии, об использовании медицинской пиявки как «одноразового шприца». Безопасность гирудотерапии обеспечивается в первую очередь высоким качеством медицинской пиявки, практически лишенной способности вызывать заражение микрофлорой, патогенным микроорганизмом рода *Aeromonas*.

Известно, что только пиявка, лишенная крови в ее кишечном канале и содержащейся в относительно стерильных условиях способна отвечать требованиям безопасности. Поэтому на занятиях подчеркивается недопустимость использования «дикой» медицинской пиявки, покупаемой у частных ловцов, и повторное использование приставочных пиявок. Для учебного процесса слушатели обеспечиваются пиявками с биофабрик по разведению пиявок из города Балаково и Московской области.

Слушатели овладевают знаниями по применению фармпрепаратов, приготовленных из пиявок. Производственное объединение «ГИРУД И.Н.» производит ПИЯВИТ, первый отечественный препарат, полученный на основе медицинской пиявки. Преимущество ПИЯВИТА:

- не обладает токсическим действием, что исключает опасность его передозировки;
- не содержит синтетических компонентов;
- обладает комплексным воздействием на организм человека.

Форма выпуска ПИЯВИТА – капсулы, мазь, свечи ректальные, глазные капли. Гомеопатический препарат Гирудо- для предотвращения развития приставочных реакций.

Фирма Биокон выпускает обширный ассортимент косметических мазей, шампуней и зубных паст, содержащих компоненты медицинских пиявок.

Овладение теоретическими знаниями и практическими навыками по использованию медицинской пиявки позволяет врачу специалисту определить область наиболее эффективного применения гирудотерапии и индивидуализировать этот метод лечения для каждого больного.

ЧАСТОТА ВТОРИЧНОЙ КАТАРАКТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРАМЕТРОВ КАПСУЛЬНОГО МЕШКА ХРУСТАЛИКА ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ ИОЛ С ПЛОСКОСТНОЙ ГАПТИКОЙ

С.Л.Кузнецов

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Современный этап хирургии катаракты характеризуется повышением требований к качественной реабилитации пациентов. Вместе с тем вторичная катаракта (ВК) продолжает оставаться наиболее частым осложнением в хирургии катаракты с имплантацией ИОЛ, а частота ИАГ-лазерных вмешательств даже при использовании современных имплантов достигает 25-30% [Б.Э. Малугин, 2010; К.А. Becker et al., 2006]. В литературе отмечается зависимость возникновения ВК как от особенностей самого пациента, так и от применяемой хирургической техники и дизайна линзы [Т. Hansen et al., 1998; W. Buehl, O. Findl, 2008; D. Spalton, 2010]. В частности, одной из особенностей моделей мягких ИОЛ с плоскостной гаптикой (РНИОЛ – англ. аббревиатура) является формирование индивидуального угла наклона гаптических элементов при упоре их в своды капсульного мешка хрусталика (КМХ) [С.Н. Федоров, Э.В. Егорова, 1994], что является важным аспектом, определяющим плотность контакта линзы и задней капсулы хрусталика, и влияет на вероятность возникновения ВК.

Цель работы – провести сравнительный анализ изучения частоты возникновения ВК в зависимости от размеров КМХ и размера и особенностей РНИОЛ.

Материалы и методы. Материалом данной работы послужил ретроспективный анализ частоты развития ВК у 243 пациентов в возрасте от 31 до 88 лет, в среднем $70,20 \pm 1,32$ года, у которых с 2001 по 2010 годы была произведена экстракция катаракты с эндокапсулярной имплантацией РНИОЛ РСП-2 из сополимера коллагена одного размера – 10,7 мм. Особенностью данной модели РНИОЛ является неравномерная жесткость гаптических элементов и обусловленное этим усиление плотности контакта ее оптической части с задним листком КМХ вследствие прогиба гаптики линзы кзади при упоре ее дистальных концов в своды КМХ.

Все операции были выполнены по технологии малых разрезов и прошли без осложнений. Дополнительно к общепринятым методам обследования включали дооперационное определение диаметра КМХ путем его расчета [С. Vass, R. Menarase, K. Schmetterer et al., 1999] либо визуализации с помощью ультразвуковой биомикроскопии (УБМ) на аппарате «VuMAX» (Sonomed, США). В зависимости от диаметра КМХ все пациенты были разделены на три группы (табл. 1). В основу деления была положена вероятность эффекта прогиба гаптики РНІОL РСП-2 к заднему листку КМХ: от его гарантии (при размерах КМХ < РНІОL) до возможного наличия (при размерах КМХ ≈ РНІОL) и отсутствия (при размерах КМХ > РНІОL). Срок динамического наблюдения составил от одного до десяти лет.

Таблица 1

Распределение пациентов с имплантацией РНІОL РСП-2 по годам (243 человека) и в зависимости от диаметра КМХ

Год	Диаметр КМХ			Всего за год
	До 10,68 мм	10,68 – 10,72 мм	Более 10,72 мм	
2001 г.	2	1	3	6
2002 г.	-	1	3	4
2003 г.	4	3	3	10
2004 г.	12	9	10	31
2005 г.	5	2	9	16
2006 г.	36	6	23	65
2007 г.	21	4	8	33
2008 г.	11	4	6	21
2009 г.	18	11	7	36
2010 г.	10	7	4	21
Итого:	119	48	76	243

Результаты. Частота ВК в исследуемой группе в целом за весь период наблюдения составила 33 случая или 13,58%, а YAG-лазерная дисцизия задней капсулы потребовалась в 24 случаях (9,88% всей группы, или 72,73% пациентов с ВК). При анализе частоты ВК в зависимости от размеров КМХ нами была отмечена прямая зависимость, которую можно объяснить уменьшением или отсутствием прогиба гаптических элементов линзы РСП-2 кзади и уменьшением плотности контакта ее оптической части с задним листком КМХ при его больших размерах (табл. 2).

Частота ВК и YAG-лазерной дисцизии у пациентов (243 человека)
в зависимости от диаметра КМХ

Показатель	Диаметр КМХ			Всего
	До 10,68 мм	10,68 – 10,72 мм	Более 10,72 мм	
n	119	48	76	243
Вторичная катаракта	3	9	21	33
В своей подгруппе	2,52%	18,75%	27,63%	13,58%
YAG-дисцизия	1	4	19	24
В своей подгруппе	0,84%	8,33%	25,00%	9,88%

Из данных табл. 2 видно, что ВК в группе пациентов с КМХ > РНІОL отмечалась в 10 раз чаще, чем в группе с КМХ < РНІОL. Эти данные свидетельствуют о наличии прямой зависимости между размерами КМХ, размером и особенностями дизайна РНІОL и вероятностью развития такого осложнения отдаленного послеоперационного периода, как ВК.

Выводы. Проведенные нами исследования раскрывают один из аспектов развития ВК при имплантации РНІОL, а именно важность соответствия диаметра КМХ и параметров искусственного хрусталика, от которого зависит плотность контакта оптической части РНІОL с задней капсулой хрусталика. Это указывает на необходимость определения и учета исходного диаметра КМХ при выборе размера и модели РНІОL при интраокулярной коррекции афакии.

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

*М.Н.Кузнецова, Г.С.,Хасанишин, А.Б.Бижанов, В.И.Кафтайкин, Л.В.Тришина,
Д.Б.Гиллер, А.В.Устинов*

ГБУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер», Пенза
Центральный НИИ туберкулеза РАМН, Москва

Цель исследования: Повышение эффективности лечения подростков с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания за счет раннего применения методов коллапсотерапии и своевременного хирургического лечения.

Материал и методы исследования: После внедрения в Пензенском областном противотуберкулезном диспансере стратегии широкого и раннего применения коллапсотерапии и своевременного хирургического лечения с применением малоинвазивных методов, разработанных в ЦНИИТ РАМН, в течение 2006-2009 года были пролечены 62 подростка, из которых у 32 (51,6%) были применены методы коллапсотерапии и хирургического лечения.

Из числа больных, получавших комплексное лечение с применением хирургических методов, юношей было 30, девушек 32, средний возраст 16,5 лет.

Бактериовыделение до начала лечения выявлено у 22 пациентов, лекарственная устойчивость у 6, в т.ч. множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) у 5. Наличие полостей распада зарегистрировано у 20 больных.

С диагнозом очаговый туберкулез поступили в стационар 6 подростков, диссеминированный -1, инфильтративный туберкулез - 28 (в том числе в фазе распада -11), туберкулема 12 (с распадом -5), кавернозный туберкулез -2, казеозная пневмония - 1, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов - 7, эмпиема плевры или плеврит - 5. Лечение в стационаре осуществляли стандартными режимами химиотерапии согласно приказу Минздрава РФ 21.03.2003 № 109. Наряду с противотуберкулезными препаратами (ПТП) больные получали патогенетическую терапию с целью повышения эффективности лечения, сокращения сроков лечения и сведения к минимуму остаточных изменений в легких. Пневмоперитонеум (ПП) получили 16 пациентов, искусственный пневмоторакс (ИП) был наложен 3 подросткам, в одном случае была применена комбинированная коллапсотерапия (наложение ПП и ИП).

Хирургическое лечение было применено у 32 подростков, которым выполнены 2 пневмонэктомии, 3 лобэктомии, 5 полисегментарных резекций легких, 18 сегментарных и субсегментарных резекций, 2 плеврэктомии, 2 медиастинальные лимфаденэктомии и 1 торакокаустика.

Все операции были произведены из минидоступов под контролем видеоторакоскопии. Результаты: Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационное осложнение возникло у 1 пациентки - замедленное расправление легкого, которое впоследствии было успешно ликвидировано видеоассистент-торакоскопической (ВАТС) отсроченной 4-х реберной торакопластикой.

В результате комплексного лечения все подростки были абациллированы, удалось добиться закрытия полостей распада у всех пациентов.

Средняя продолжительность лечения до момента выписки на амбулаторно-контролируемое лечение составила 312 дней.

При выписке на амбулаторно-контролируемое лечение не имели остаточных посттуберкулезных изменений в легких - 25 оперированных подростков. В остальных случаях имело место наличие единичных плотных очагов, фиброза в легочной ткани. Из консервативно излеченных пациентов при выписке на амбулаторно-контролируемое лечение имели остаточные специфические изменения в фазе рубцевания или уплотнения все больные.

Выводы:

1. Раннее и широкое применение коллапсотерапевтических методов лечения ускоряет процесс рассасывания очагово-инфильтративных изменений в легких, существенно сокращает сроки пребывания пациента в стационаре, а также является методом подготовки больного к хирургическому лечению.

2. Хирургическое лечение является необходимым этапом комплексного лечения у значительной части подростков.

3. Проведенное исследование указывает на необходимость создания алгоритма комплексного лечения подростков, больных туберкулезом легких, с применением хирургического метода.

Целесообразно проведение консультаций фтизиохирургом на ранних этапах комплексного лечения: первой - при поступлении в стационар для определения тактики ведения пациента с перспективой на хирургическое лечение в будущем; второй — перед окончанием фазы интенсивного лечения; третьей - перед переводом в 3 группу диспансерного учета с целью оценки характера остаточных изменений и коррекции в дальнейшей тактике лечения и наблюдения.

Своевременное хирургическое лечение способствует сокращению сроков лечения туберкулеза органов дыхания у подростков, что значительно снижает экономические затраты и позволяет подростку в будущем получить профессию из перечня декретированных специальностей.

Наличие посттуберкулезных изменений в легочной ткани является риском для рецидива специфического процесса в будущем, особенно, у молодых женщин во время беременности и в послеродовой период.

ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ БЛИЗОРУКОСТИ У СТУДЕНТОВ

М.П.Куликова, С.В.Аксенова

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева»
Саранск

Актуальность. Близорукость является одной из основных проблем современной офтальмологии, частота распространения которой по данным различных авторов колеблется в пределах 22-36% [1]. Прогрессирование миопии может привести к серьезным необратимым изменениям в глазу и значительной потере зрения [2-4].

Близорукость в основном формируется в школьные годы. Для объяснения школьной близорукости выполнено большое число работ, но мало работ посвящено возникновению и прогрессированию близорукости в последующие годы, в частности, у студентов высших учебных заведений.

Цель исследования – проследить формирование и развитие миопии у студентов медицинского института за время их обучения.

Материал и методы. Обследовано 200 студентов медицинского института с 2005 по 2011 годы (6 лет обучения), из них девушек 63%, юношей 37%. Проводили сбор анамнеза, визометрию в стандартных условиях освещенности, субъективным методом определяли рефракцию, рефрактометрию в естественных условиях, скиаскопию, ультразвуковую биометрию, биомикроскопию и офтальмоскопию.

Результаты. При поступлении в ВУЗ близорукость выявлена у 31 человека (15,5%). Из них близорукость слабой степени была у 22 человек (70,9%),

миопия средней степени у 7 человек (22,6%), близорукость высокой степени у 2 человек (6,5%).

К концу обучения (2011 г.) миопия выявлена у 42 человек (21%), среди них близорукость слабой степени у 71,4%, миопия средней степени у 16,7%, близорукость высокой степени у 11,9%.

За время обучения студентов среди не имевших ранее близорукость (169 человек) у 11 человек сформировалась близорукость слабой степени, что составляет 6,5%. Нужно отметить, что у 4 из них миопия слабой степени возникла на одном глазу с эмметропией второго глаза.

За время обучения миопия слабой степени (22 человека), выявленная при поступлении в институт, в 11 случаях осталась стационарной, у 8 человек прогрессировала в пределах слабой степени и у 3 человек перешла в среднюю степень.

Близорукость средней степени у 2 человек из 7 осталось стационарной, в 2 случаях она прогрессировала в пределах средней степени, в 3 случаях перешла в миопию высокой степени.

Из 31 случая близорукости, наблюдавшихся 6 лет, очками для дали пользовались 15 человек, 16 человек – контактными линзами, 10 человек из 15 пользовались очками для дали с полной коррекцией. Из них миопия прогрессировала у 7 человек и только у 3 человек осталась стационарной. Пять человек пользовались очками для дали с неполной коррекцией, среди них миопия прогрессировала у 1 человека. Слабо прогрессировала и не прогрессировала миопия у лиц при пользовании контактными линзами.

Таким образом, за годы обучения в институте миопия увеличилась на 5,5% за счет слабой степени. Отмечено умеренное прогрессирование уже возникшей ранее миопии. Назначение очков, полностью корригирующих степень близорукости, способствует её дальнейшему прогрессированию. В высших учебных заведениях, также как и в общеобразовательных школах, необходима активная профилактика возникновения и прогрессирования близорукости.

Литература.

1. Тарутта Е.П. Возможности профилактики прогрессирующей и осложненной миопии в свете современных знаний о её патогенезе // Вестник офтальмологии. – 2006. – № 1. – С.43-47.
2. Либман Е.С., Шахова Е.В. Слепота и инвалидность по зрению в населении России // Съезд офтальмологов России, 8-й: Тезисы докладов. – М., 2005. – С.78-79.
3. Шамшинова А.М. Зрительные функции и их коррекция у детей / Под ред. С.Э. Аветисова и др. – М., 2006. – С. 427-475.
4. Нефедоровская Л.В. Медико-социальные проблемы нарушения зрения у детей России. М., 2008.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ» КАК СОВРЕМЕННАЯ ФОРМА НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОСЛЕВУЗОВСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Е.Р.Кулюцина, О.А.Левашова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

24 января – 2 февраля 2012 года на базе ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России была организована и проведена сотрудниками кафедры клинической лабораторной диагностики сотрудниками кафедры клинической лабораторной диагностики научно-практическая конференция «Актуальные вопросы лабораторной диагностики» для терапевтов, неврологов, эндокринологов, хирургов, травматологов-ортопедов, акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, педиатров, психиатров, врачей и биологов клинической лабораторной диагностики и врачей самого широкого профиля, интересующихся вопросами современной лабораторной диагностики. Название конференции, как и она сама не случайны. Идея ее проведения возникла у заведующей кафедрой КЛД Елены Романовны Кулюциной в период участия в ежегодном форуме лабораторных специалистов России, проводившегося в Москве в октябре 2011 г. Он был посвящен обеспечению доступности современных лабораторных исследований в условиях модернизации здравоохранения.

Значение лабораторной диагностики растет постоянно. Но до сих пор руководители лечебных учреждений, организаторы здравоохранения нередко рассматривают лабораторную диагностику с устаревших позиций, осуществляя обеспечение лабораторий по остаточному принципу. Об ошибочности такой позиции и значении лабораторной диагностики говорят следующие факты: потребляя всего около 5% общих расходов здравоохранения, современная клиническая лаборатория предоставляет объективную диагностическую информацию, необходимую для принятия от 60 до 70% медицинских решений.

Однако вопрос о доступности лабораторных исследований имеет и другой немаловажный аспект. Развитие медицины в XXI веке достигло высокого уровня диагностических и лечебных технологий. Лабораторная медицина обладает высокой наукоемкостью. Основы многих современных лабораторных технологий заложены нобелевскими лауреатами. На форумах специалистов по клинической лабораторной диагностики выступают физики, химики, фармацевты, математики. Лабораторные методы приобрели беспрецедентную чувствительность и специфичность. Автоматические анализаторы обладают необходимой точностью при высокой производительности.

Но, по словам главного специалиста по клинической лабораторной диагностике Минздравсоцразвития РФ, профессора, д.м.н. Владимира Владимирови-

ча Долгова, приходится признать, что аналитические и диагностические возможности современной лабораторной медицины обгоняют клинические потребности основной массы лечащих врачей, которые порой недостаточно осведомлены о значении лабораторных исследований, а потому не требуют и не ждут от лаборатории всего того, что она могла бы дать им в помощь. Еще недавно мы не могли даже предположить, что такие тесты как онкомаркеры, прокальцитонин, Д-димер будут внесены в обязательные стандарты обследования наших пациентов. Поэтому уже сейчас надо смотреть в будущее, и врачам – клиницистам необходимо знать и уметь интерпретировать, как имеющиеся лабораторные тесты, так и абсолютно новые, которые находятся на стадии изучения в мировых мультицентровых исследованиях и внедряются на территории Российской Федерации. Врачи-клиницисты должны знать и владеть методами, так называемой, прикроватной диагностики.

В качестве докладчиков конференции были приглашены директора по науке, научные консультанты и представители ведущих отечественных фирм-производителей тест-систем, используемых в лабораториях при работе на аппаратах, поставленных в рамках национального проекта «Здоровье» и проходящей модернизации здравоохранения. Неоднократно они выступали на Национальных днях лабораторной медицины России, обществах специалистов по клинической лабораторной диагностике Пензенской области. Каждый раз, слушая их сообщения, сделанные на высоком профессиональном уровне, с глубоким знанием вопроса, ловишь себя на мысли о том, что эта информация столь же необходима и врачам-клиницистам.

Целью конференции явилось получение специалистами различных областей медицины единого комплексного представления о современных возможностях лаборатории, начиная с генетического тестирования, диагностики, мониторинга лечения, профилактики заболеваний и заканчивая диагностикой критических состояний.

Особенно важным и актуальным в практическом и научном плане стал доклад Д.А. Сычева, д.м.н., лауреата премии РАМН им. Н.П. Кравкова за лучшую работу по фармакологии и токсикологии, консула от России в Европейской ассоциации клинических фармакологов и фармакотерапевтов, профессора кафедры клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва «Фармакогенетическое тестирование: практические рекомендации для врачей». Генетически обусловленная фармакорезистентность ко всем группам препаратов может быть изучена с помощью методов ПЦР-диагностики и проводится при различной патологии, начиная с сердечно-сосудистой и заканчивая онкологическими и психиатрическими заболеваниями. Следующим докладчиком, к.б.н. Макаренко И.В. (г. Москва), были освещены вопросы ПЦР диагностики генетической предрасположенности к тромбообразованию и фармакогенетического тестирования.

Большой интерес как со стороны врачей-клиницистов, прежде всего педиатров, терапевтов, акушеров-гинекологов, так и специалистов лабораторной медицины вызвали доклады д.м.н. Копниной Е.О. (г. Н.Новгород) по комплекс-

ной диагностике ToRCH-инфекций (токсоплазмоз, краснуха, герпесвирусные инфекции) (интерпретации результатов исследований, авидности антител), возможности использования иммуноферментного анализа в диагностике неинфекционных заболеваний (определение кардиомаркеров, онкомаркеров, аллергодиагностика, оценка иммунного и гормонального статуса).

Чернышева Н.В. (г. Москва) представила широкий спектр тест-систем для прикроватной диагностики различных заболеваний, в том числе хеликобактериоза и бактериурии. Представители лаборатории стандартизации и методов контроля Гематологического научного центра РАМН и общества гемофилии (г. Москва) поднимали как актуальные для клинко-диагностических лабораторий вопросы стандартизации коагулологических исследований, так новые подходы к контролю за гепаринотерапией, диагностики волчаночного антикоагулянта, лабораторной диагностики Д-димера. К.б.н. Соловьева И.В. и к.б.н. Вельков В.В. (г. Москва) на высоком профессиональном уровне доложили последние мировые сведения по проблеме современной лабораторной диагностики критических состояний (прокальцитонин, пресепсин, С-реактивный белок, цистатин С, NGAL, высокочувствительный тропонин), реклассификации сердечно-сосудистых и цереброваскулярных рисков (от высокочувствительного С-реактивного белка к высокочувствительным тропонинам), атеросклероза и венозного тромбоза (гомоцистеин как независимый маркер).

Конечно, невозможно в рамках одной конференции затронуть все актуальные вопросы медицины. Но мы надеемся, что этой конференцией будет положено начало более тесному сотрудничеству врачей-клиницистов и специалистов клинической лабораторной диагностики, объединению усилий различных кафедр в решении новых научно-исследовательских задач.

Председателями конференции являлись зав. кафедрой КЛД, к.м.н. Кулюцина Елена Романовна и ассистент кафедры КЛД, старший научный сотрудник ЦНИЛ, к.б.н. Левашова Ольга Анатольевна. В заседаниях конференции приняли участие около 200 человек, преподаватели, клинические интерны, ординаторы, слушатели кафедр ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России, врачи и биологи клинко-диагностических лабораторий, врачи различных специальностей – педиатры, акушеры-гинекологи, терапевты, хирурги, анестезиологи-реаниматологи, травматологи, терапевты - из всех лечебных учреждений Пензы и Пензенской области, представители Государственной Пензенской технологической академии, Пензенского государственного университета. По окончании участникам конференции были выданы сертификаты с указанием кредитов непрерывного профессионального образования, которые суммировались за каждый день. Участники поблагодарили председателей конференции, администрацию института, отметили высокий уровень докладов, хорошую организацию и выразили пожелания проводить подобное мероприятие ежегодно с целью получения врачами-клиницистами и специалистами клинко-диагностических лабораторий единого комплексного представления о современных возможностях лабораторной диагностики.

Таким образом, данной конференцией был сделан первый шаг не только к интеграции специалистов различных областей лабораторной и всей медицины в целом, но и к получению ими единого непрерывного профессионального образования.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ

*Е.Р.Кулюцина, А.А.Прибытков, О.А.Глебова, В.П.Савельев, Л.А.Сорокина,
Л.В.Белюсова, Л.И.Ефремова*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова»
Пенза

Деменция – это стойкое или прогрессирующее малообратимое снижение уровня психической, в первую очередь интеллектуальной, деятельности в степени, нарушающей социальную адаптацию. Актуальность исследования пациентов с сосудистой деменцией и выявления маркеров риска развития взаимосвязанных изменений гемостаза и синдрома эндогенной интоксикации, связана с ростом числа пациентов, страдающих когнитивными нарушениями (Дамулин И.В., 2009; Яхно Н.Н., 2010; Farlow M.R. et al, 2007, 2008). В настоящее время частота возникновения деменции в возрастной группе 65-69 лет составляет 2,4-5,1%, в возрасте 75-79 лет – до 10-12%, а от 80 до 90 лет – до 24%. В группе старше 90 лет каждый третий страдает деменцией (Beske A.O., Kern F., 1999).

В современной литературе имеется значительное количество работ, посвященных изучению клинической картины сосудистой деменции (Успенская О.В., Яхно Н.Н., Белушкина Н.Н., 2010; Jones R.S., Waldman A.D., 2004; Bowler J.V., 2007; Alaquiakrishnan K. et al, 2011;). В настоящее время получены данные, свидетельствующие о том, что нарушение системы гемостаза и ряд других лабораторных показателей могут служить предиктором развития сосудистой деменции (Bath PM et al, 2010; Quinn T.J. et al, 2011). Однако данные, полученные с помощью современных методов лабораторной диагностики, малочисленны и носят противоречивый характер. В то же время те исследования, которые входят в стандарты обследования пациентов с сосудистой деменцией, недостаточно информативны и не могут быть использованы для мониторинга лечения. Поэтому целью нашей работы явилось изучение показателей гемостаза, биохимических показателей, в т.ч. параметров, отражающих развитие синдрома эндогенной интоксикации у пациентов с сосудистой деменцией.

Была обследована группа пациентов с сосудистой деменцией (1 мужчина и 13 женщин) в возрасте от 81 до 94 лет, находящихся на лечении в психосоматическом отделении ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова». Для изучения состояния гемостаза выполнялись определения следующих показателей: протромбиновое время (ПВ), акти-

вированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), фибриноген, растворимые фибринмономерные комплексы (РФМК), Тех-полимер-тест («Технология-стандарт»); для оценки цитолитических процессов, состояния печени, как органа детоксикации, – активность аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспаратаминотрансферазы (АсАТ); синдрома эндогенной интоксикации - молекулы средней массы печеночной фракции (МСМ 254). По показателям креатинина оценивалась функция почек. Определение С-реактивного белка выполнялось с целью выявления скрытого воспалительного процесса и использования данного показателя как предиктора потенциально фатальных патологий и оценки рисков их осложнений.

У обследованных пациентов были получены следующие результаты. По показателям гемостаза выявлен синдром гиперкоагуляции по показателю АЧТВ – повышение данного параметра у 3 человек (21,4%), ПВ – снижение у 2 (14,2%). Состоянию гипокоагуляции соответствовало укорочение АЧТВ у 1 (7,1%) и повышение фибриногена у 2 пациентов (14,2%).

РФМК оказался наиболее чувствительным тестом, т.к. был повышен у 50% пациентов. Тех-полимер-тест повышен у 2 человек (14,2%), что обусловлено дисфибриногенемией или гипокоагуляционным сдвигом, вызванным нарушением фибринообразования на конечном этапе свертывания крови. Снижение параметров Тех-полимер-теста наблюдалось также у 2 пациентов (14,2%), что свидетельствовало о гиперкоагуляционном сдвиге на конечном этапе свертывания крови.

Повышение уровня РФМК у половины пациентов и изменение тестов, характеризующих развитие гиперкоагуляционного синдрома (Тех-полимер-тест, АЧТВ, фибриноген) отражает высокий риск внутрисосудистого тромбообразования и показывает необходимость в гепаринопрофилактике.

Несмотря на то, что средние показатели общего белка в сыворотке крови были в пределах нормы у всех пациентов, у одного из них наблюдалось снижение альбумина, у двух – повышение содержания мочевины, что может быть следствием снижения белково-синтетической функции печени и нарушения процессов детоксикации. Наиболее чувствительным тестом оказался уровень МСМ 254, так как был повышен у 100 % пациентов в среднем в 1,14 раза.

Активность ферментов, отражающих цитолитические процессы (АсАТ, АлАТ) была в пределах нормы. Уровни креатинина также были в пределах нормы, поэтому необходимы более чувствительные тесты, которые бы отражали функциональное состояние почек как органа детоксикации.

С-реактивный блок, определявшийся рутинным полуколичественным методом, не был информативен, т.к. оказался отрицательным во всех случаях. Поэтому для диагностики острого воспалительного процесса и мониторинга заболевания, при котором происходят изменения на уровне сосудов, целесообразно изучить показатели высокочувствительного СРБ.

Полученные данные носят предварительный характер, и в дальнейшем планируется изучение корреляции лабораторных показателей и клинических проявлений сосудистой деменции.

Таким образом, рутинные тесты, выполняемые согласно стандартам обследования пациентов с сосудистой деменцией, оказываются малоинформативными и, в связи с этим, целесообразно использование более чувствительных методов исследования. Необходимо расширение диапазона лабораторных исследований для выявления факторов риска развития сосудистой деменции и предикторов неблагоприятного течения данной патологии.

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ МОНИТОРИГ КРИТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

М.Ф.Купцова, В.Г.Васильков, Л.А.Филиппова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Любое экстремальное воздействие на организм сопровождается развитием неспецифической реакции с комплексным нарушением обмена белков, углеводов, липидов, усиленным расходом углеводно-липидных резервов и распадом тканевых белков, выраженной потерей массы тела, прогрессированием питательной недостаточности. Это в конечном итоге вызывает снижение функциональных способностей всех органов и систем организма.

Коррекция метаболических нарушений и полноценное обеспечение энергетических и пластических потребностей организма методами искусственного лечебного питания (нутритивная поддержка) служит необходимой составной частью интенсивной терапии неотложных состояний.

Статистика последних лет показывает, что более чем у 50% больных, госпитализированных в хирургические и терапевтические стационары, выявляется питательная недостаточность.

Основные причины развития питательной недостаточности у больных, находящихся в критическом состоянии:

- синдром кишечной недостаточности;
- синдром гиперметаболизма - гиперкатаболизма.

Одновременные и глубокие поражения системы метаболического гомеостаза при различных заболеваниях и критических состояниях определяют многокомпонентность программы коррекции метаболических нарушений.

Программа динамического метаболического мониторинга включала в себя следующие составляющие:

1. Расчет реальной суточной энергопотребности больного. Для определения истинного расхода энергии интегрально оцениваются данные трех основных методов:
 - Расчет показателя энергопотребности по модифицированной формуле Харрис-Бенедикга с использованием уточняющих поправочных коэффициентов-факторов активности, температуры и повреждения.

- Расчет показателя энергопотребности путем определения мочевых и немочевых потерь азота (по Шелдону).
 - Расчет реальной суточной энергопотребности больного через определение показателя суточного потребления кислорода.
2. Оценку степени гиперметаболизма.
- Легкий гиперметаболизм соответствует энергопотребности 30-35 ккал/кг/сутки,
 - Гиперметаболизм средней степени тяжести - 35-40 ккал/кг/сутки,
 - Тяжелый гиперметаболизм - более 40-50 ккал/кг/сутки
3. Оценку степени белкового гиперкатаболизма. Основным показателем, позволяющим оценить выраженность катаболической реакции, является суточная экскреция азота с мочой.
- Потери азота с мочой менее от 10 до 15 г в сутки соответствуют незначительной выраженности реакций белкового катаболизма.
 - Экскреция от 15 до 20 г характерна для больных с умеренно выраженным катаболизмом.
 - Тяжелая катаболическая реакция характеризуется потерями азота с мочой более 10 г в сутки, что соответствует потере более 62 г белка.
4. Определение степени нарушений нутритивного статуса на основании анализа основных параметров нутритивного статуса: общего белка, альбумина сыворотки крови, общего количества лимфоцитов периферической крови, индекса Кетле, азотистого баланса.
5. Определение потребности организма в донаторах пластического материала (белки, аминокислоты) и донаторах энергии (углеводы и липиды).
6. Динамическая ежедневная оценка эффективности проводимой нутритивной поддержки:
- Мониторинг объема усвоенного энтерального питания.
 - Профилактика и коррекция гипергликемии.
 - Профилактика и коррекция диареи.

В период, когда естественный путь восполнения прогрессирующего дефицита основных питательных веществ исключен или предельно ограничен, особое значение в комплексе лечебных мероприятий приобретает искусственное лечебное питание. С этих позиций искусственное лечебное питание можно рассматривать как фармакотерапию метаболических нарушений и единственный путь обеспечения энергопластических потребностей организма больного, требующих наличия специально подобранных композиций питательных веществ и способов их реализации.

Инфузионный раствор L - аминокислот с углеводами и электролитами, предназначенный для парентерального питания в различных возрастных группах Инфезол 40 - в состав которого входят все незаменимые (8) и основные (6) заменимые аминокислоты, которые являются источником составных элементов для синтеза протеинов.

Содержит ксилитол в 5% концентрации, а также электролиты (калий и магний). Оптимально сбалансирован и предназначен для профилактики и коррекции дефицита питания у пациентов любого возраста с широким спектром патологии. Ксилитол, содержащийся в Инфезоле 40, уменьшает протеолиз, предупреждает образование кетоновых тел, что позволяет применять его при сахарном диабете. К тому же, для метаболических превращений ксилитола не требуется инсулин, что особенно важно у тяжелых больных

В Инфезоле 40 очень низкое содержание ароматических аминокислот, что позволяет использовать его в схеме полного парентерального питания при патологии печени.

Низкая осмолярность раствора (801 мосм/л - нет раздражения сосудистой стенки и гиперосмолярного синдрома) даёт возможность использовать его для инфузии в периферические (это позволяет избежать катетеризации центральных вен и возникновения осложнений, связанных с этой манипуляцией), что выгодно отличает его от других растворов аминокислот.

Препарат содержит аланин, потребление которого в постагрессивной фазе сильно повышено. Аланин в процессе трансаминирования превращается в пироват и является субстратом для глюконеогенеза.

Наличие в растворе глутаминовой кислоты делает препарат по-своему уникальным. Известно, что глутаминовая кислота является предшественником глутамина, дефицит которого развивается при развитии критического состояния любого генеза и биологическое значение которого весьма велико.

Наличие аргинина позволяет применять препарат при нарушении функции печени и почек, т.к. в результате метаболических превращений с участием аргинина происходит снижение концентрации аммиака путем трансформирования его в мочевины

Наличия глицина, являющегося предшественником ряда метаболически активных веществ (пуриновых оснований, порфирина, креатина, гиппуровой кислоты) и гистидина, предшественника гистамина, обеспечивают этому раствору аминокислот высокую биологическую ценность.

Таким образом, в связи с тем, что неполноценное белково-энергетическое обеспечение вызывает прогрессирование гиперметаболического состояния, для оказания адекватной нутритивной поддержки больных в критических состояниях в комплексе лечебных мероприятий необходимо проводить раннюю диагностику нарушений питания и раннюю (с первых часов) нутритивную поддержку, основываясь на показателях динамического метаболического мониторинга.

Базовым принципом в выборе объемов и типов нутритивных сред следует считать определение индивидуальных потребностей пациента в нутриентах, основанное на оценке как степени белково-энергетической недостаточности, оценке эффективности стартовой программы искусственного питания, так и интегральных метаболических расчетах истинных потерь азота и потребления энергии.

С использованием сред, в состав которых входят все незаменимые и основные заменимые аминокислоты, которые являются источником составных элементов для синтеза протеинов; одной из таких сред является Инфезол 40, который может длительно использоваться, как при центральном, как и при периферическом доступе.

ДОНОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ ПЕНЗЕНСКОГО РАЙОНА

Л.В.Курашвили, А.Н.Лавров, Ю.В.Булавкин, Е.А.Кирякина

ГБОУ ДПО ПИУВ Миниздравсоцразвития России
Пенза

Наряду с техническим прогрессом современная эпоха характеризуется загрязнением всех сред обитания, нерациональным питанием и малоподвижным образом жизни большей части населения. Тысячи органических и неорганических токсичных веществ найдены в питьевой воде во многих странах мира (Струков В.И., Радченко Л.Г., Галеева Р.Т., 2000).

Факторы внешней среды могут оказывать неблагоприятные эффекты на организм детей. Соли тяжелых металлов, находящиеся в воде и почве медленно накапливаются в организме ребенка и оказывают последующее токсическое действие (Онищенко Г.Г., Новиков С.М., Рахманин У.А., 2002). Проблема здоровья нации в условиях современного технического прогресса весьма актуальна и привлекает к себе особое внимание государства (Дегтева С.А., Старостина В.К., 2008). Загрязнение окружающей среды особенно опасно для формирующегося детского населения Пензенского района. По данным Панкратова В. М., Мишанина С.И. (1999) в Пензенском районе имеются места с неблагоприятной экологической обстановкой.

Целью настоящей работы явилось изучение метаболических процессов и оценка функции печени у детей Пензенского района, проживающих в зоне возможного риска.

Пациенты и методы. Обследованы дети Пензенского района (169 детей), проживающие в центральной, северной и южной зонах в возрасте от 8 до 16 лет. В каждом из названных мест проживания дети были разделены на 2 группы: группа девочек (88 детей, средний возраст 11,5 лет) и группа мальчиков (81 детей, средний возраст 12,5 лет).

Проведено комплексное исследование лабораторных показателей в сыворотке крови для оценки состояния белкового, углеводного, липидного обменов, включающее: общий белок и белковые фракции, уровень альбумина, общий холестерин, триглицериды, липопротеиды, уровень глюкозы и активность ферментов. Исследования были проведены унифицированными методами на полуавтоматическом анализаторе "CLIMA MC-15", использовались наборы фирмы "Диасис", "Вектор Бест".

Результаты исследования и их обсуждение. О белковом обмене у детей Пензенского района судили на основании определения общего белка, количественного содержания альбумина в сыворотке крови и активности фермента холинэстеразы.

У всех детей (и девочек и мальчиков) выраженных колебаний в количестве общего белка и уровня альбумина не установлено. Но при сравнении с центральной зоной проживания детей выявили, что у мальчиков северной и южной зонах района уровень общего белка и альбумина были снижены относительно центральной зоны. Широкие пределы колебаний общего белка не позволяют выявить начинающиеся нарушения.

Активность фермента холинэстеразы (ХЭ) использовали для оценки белковосинтетической функции печени. В клинической практике наибольшее значение имеют снижение активности холинэстеразы, нежели повышение. У детей Пензенского района активность фермента ХЭ ниже нижней границы нормальных значений была от 17 до 34% детей в зависимости от зоны проживания. Средний уровень активности фермента у 100% был на нижней границе нормальных значений.

Изучение активности ферментов трансаминаз (АЛТ и АСТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ) позволило оценить степень выраженности цитолитического синдрома. Активность ферментов АЛТ, ЛДГ была в норме, а вот активность фермента АСТ высокой. Так как 85% общей активности АСТ представлена активностью митохондриального фермента, то можно утверждать, что у детей Пензенского района имеются нарушение энергопродуцирующей функции митохондрий гепатоцитов.

О липидном обмене судили на основании общего холестерина (ХЛ) и триглицеридов в сыворотке крови. Нами установлено снижение уровня общего ХЛ до нижней границы у всех детей, но наиболее низкие величины отмечены у большей части мальчиков. Факт, что в печени синтезируется 80% холестерина при непосредственном регулирующем действии гормонов щитовидной железы (ЩЖ), установлен давно (Я.Мусил, 1987). При этом 95% холестерина в организме животных и человека является непосредственным компонентом клеточных мембран и поэтому изменения липидного метаболизма и уровень циркулирующих липопротеидов в крови зависит от состояния мембран клеток (Крепс Е.М., 1984; Курашвили Л.В., 2003). На основании этого можно предположить, что снижение общего холестерина в крови связано непосредственно с синтезом ХЛ гепатоцитами и функцией ЩЖ.

Синдром холестаза оценивали по активности фермента ЩФ. В зависимости от места проживания детей активность ЩФ в сыворотке крови была повышенной у мальчиков северной и южной зонах Пензенского района. Активность ЩФ может быть связана с процессами роста детей, но она повышена избирательно, поэтому считаем, что имеется интоксикация, способствующая внутрипротоковому отеку, который лежит в основе холестаза.

В заключение можно сказать, что у детей Пензенского района (северной и южной зон) на основании оценки метаболических процессов можно утвер-

ждать о наличии снижения адаптационных возможностей за счет подавления процессов энергообразования в митохондриях гепатоцитов.

Снижение активности фермента холинэстеразы в сыворотке крови у 100% детей Пензенского района позволяют говорить о подавлении белковосинтетической функции гепатоцитов, при этом у мальчиков северной и южной зон района уровень общего белка и альбумина снижены относительно центральной зоны.

Повышение активности фермента аспартатаминотрансферазы при сохранении активности ферментов аланинаминотрансферазы, лактатдегидрогеназы, креатинфосфокиназы позволяют диагностировать нарушение энергопродуцирующей функции митохондрий гепатоцитов у детей.

Снижение количества общего холестерина у девочек Пензенского района (нижняя граница нормы) также позволяют предполагать о подавлении синтеза холестерина в гепатоцитах.

Повышение активности фермента щелочной фосфатазы у детей северной и южной зонах Пензенского района мы склонны объяснить за счет нарушений в эндотелии желчевыводящих протоков.

Резюмируя результаты проведенного обследования здоровых детей, следует отметить, что лабораторные показатели, отражающие состояние реактивности и адаптивности функции печени являются информативными критериями в оценке адаптационных возможностей растущего организма.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ

Д.Ю.Курмаева

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
ГБУЗ ПОЦСВМП
Пенза

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) - полиэтиологичное инфекционное заболевание, развитие которого связывают с Эпштейн-Барр вирусом и цитомегаловирусом, клинически проявляющееся лихорадкой, генерализованной лимфаденопатией, тонзиллитом, увеличением печени и селезенки, характерными изменениями гематограммы. Лечение инфекционного мононуклеоза, несмотря на большое количество предложенных в последние годы противовирусных препаратов, остается трудной задачей. В комплексном лечении данного заболевания используют вирицидные препараты – инозин пранобекс, аномальные нуклеозиды (валтрекс, ацикловир, ганцикловир, фоскарнет), арбидол, препараты интерферона (ИФН) – виферон, кипферон, реаферон-ЕС-Липинт и др.; индукторы ИФН – амиксин, анаферон, неовир; иммуноглобулины для внутривенного введения (иммуноглобулин человека против вируса Эпштейна-Барр, цитотект, иммуновенин, габриглобин, интраглобин, пентаглобин и др.); иммуномодуляторы (полиоксидоний, ликопад, иммунофан, рибомунил, ИРС-19, имудон, деринат и

др.). В настоящее время наиболее широко при вирусных инфекциях у детей применяются ИФН и индукторы ИФН, обладающие универсально широким диапазоном антивирусной активности и выраженным иммуномодулирующим эффектом.

Цель исследования: сравнить терапевтическую эффективность ректальных суппозиториев циклоферона и генферона лайт (рекомбинантный ИФН α -2 β) при инфекционном мононуклеозе.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 78 детей в возрасте от 4 до 7 лет (мальчиков - 45, девочек - 33). 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 2 группы: 1-я (42 больных) в составе комплексной терапии получала циклоферон в свечах по 150 мг 1 раз в сутки 10 дней, 2-я группа (36 больных) - генферон-лайт по 125 000ЕД ректально 2 раза в сутки 10 дней. У больных преобладал ИМ, вызванный ВЭБ (80,9% в 1-й группе и 77,8% во 2-й группе), средней степени тяжести с типичными клиническими признаками заболевания и изменениями гематогаммы без достоверных различий в частоте развития симптомов в группах. Продолжительность лихорадки и симптомов интоксикации на фоне лечения в 1-й группе в среднем составила $3,5 \pm 0,7$ дня, во 2-й $4,4 \pm 0,9$ дня ($p > 0,05$), проявления тонзиллита с исчезновением налетов на миндалинах купировались в 1-й группе на $4,9 \pm 0,9$ день, во 2-й группе на $5,4 \pm 1,1$ день; средняя длительность пребывания в стационаре не имела достоверных различий (в 1 группе $11,7 \pm 0,7$ дней и $12,6 \pm 0,8$ дней во 2-й). К моменту выписки из стационара в 1-й группе отмечалось уменьшение лимфатических узлов у 78,6% больных, нормализация носового дыхания у 63,3%, уменьшение печени у 79,4%, уменьшение селезенки у 85,0%; во 2-й группе соответственно у 83,3%, 63,9%, 80,5%, 83,3%. У всех пациентов 1-й группы при выписке отсутствовал лейкоцитоз, но у 3х детей 2-й группы перед выпиской сохранялся умеренный лейкоцитоз; атипичные мононуклеары не обнаруживались соответственно в 31,6% и 30,5%. Отмечалась хорошая переносимость как циклоферона, так и препарата генферон лайт. Осложнений, болезненности и других местных реакций при использовании свечей не было.

Выводы. 1. Включение циклоферона или генферона лайт (в свечах) в комплексное лечение инфекционного мононуклеоза у детей приводит к быстрому уменьшению основных клинических проявлений заболевания, нормализации показателей гематогаммы и оказывает одинаковый клинико-терапевтический эффект. 2. Применение циклоферона в форме ректальных суппозиториев или генферона лайт является безопасным и не вызывает побочных реакций.

ДИНАМИКА РЕАКТИВНОСТИ МОЗГОВЫХ СОСУДОВ И НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ ЦЕРЕТОН (ХОЛИНА АЛЬФОСЦЕРАТ)

И.И.Кухтевич, Н.И.Алешина, О.А.Левашова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

В литературе существуют разноречивые мнения об эффективности лечения острого периода ишемического инсульта (ИИ) нейропротекторами. В предыдущей нашей работе была показана эффективность лечения больных ИИ нейропротектором церетоном, который назначался в первые 48 часов от начала ИИ. Было установлено, что у больных, получавших этот препарат, уменьшались не только субъективные жалобы на общую слабость, плохой сон, тревогу, но и более быстро регрессировал неврологический дефицит по шкале NIHSS.

В настоящей работе изучалась церебральная гемодинамика и некоторые биомаркеры воспаления у 18 больных с каротидным ИИ, которые в качестве нейропротектора получали церетон. Группу сравнения составила аналогичная по количеству и возрасту группа больных, получавшая традиционное лечение, составлявшее сосудистые средства, антиагреганты, гемодилюцию и пирацетам. Гипотензивные препараты применялись у небольшого числа больных обеих групп. Средний возраст больных 58,7 лет, мужчин было 7, женщин 11. По тяжести клинических проявлений в обеих группах инсульт был средней степени тяжести и проявлялся двигательными, чувствительными, зрительными расстройствами, которые у 5 больных сочетались с афатическими расстройствами.

Оценка реактивности мозговых сосудов в процессе лечения больных проводилась методом интракраниальной доплерографии. Оценивался кровоток по средней мозговой артерии с применением функциональных гипо- и гиперкапнической проб. В таблице 1 приводятся результаты оценки цереброваскулярной реактивности у пациентов обеих групп.

Таблица 1.

Показатели цереброваскулярной реактивности у больных инсультом

	Кр ⁺ М(с)		Кр ⁻ М(с)	
	основная группа	контрольная группа	основная группа	контрольная группа
1 день	9,6 (4.9)	9,6 (4.5)	25,2 (6.1)	21,8 (4.8)
5 день	8,9 (3.8)	10,1 (4.7)	25,6 (7.5)	17,6 (3.8)*
10 день	9,4 (3.7)	8,7 (4.1)	31 (5.8)	27,3 (6.3)*
15 день	12,1 (5.1)	10,6 (3.9)	31,9 (6.4)	29,1 (7.2)

где Кр⁺ - коэффициент реактивности на гиперкапническую нагрузку,

Кр⁻ - коэффициент реактивности на гипокапническую нагрузку.

* - p<0,05

Изменения реактивности мозговых сосудов отражены на рисунках 1 и 2.

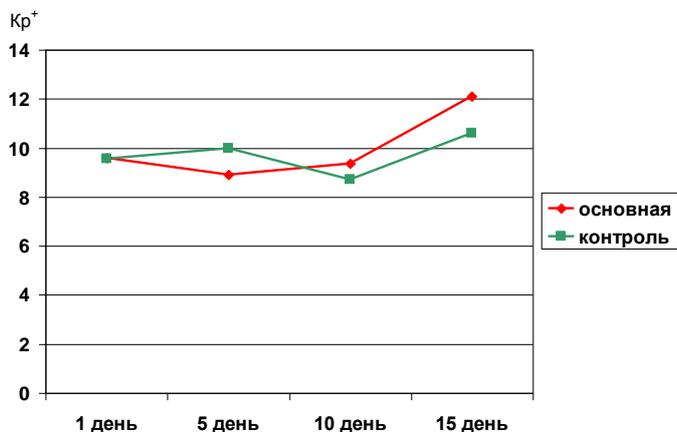


Рис.1 Гиперкапническая проба

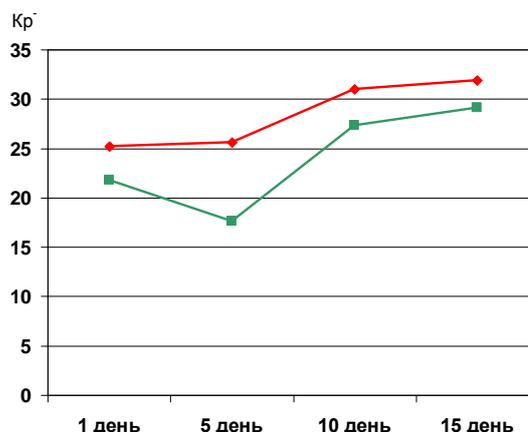


Рис.2 Гипокапническая проба

Исходно реактивность при гиперкапнической нагрузке была существенно снижена в обеих группах. На фоне лечения отмечалось неравномерное нарастание показателей реактивности. Снижение реактивности при гипокапнической нагрузке исходно было менее значимым, в основной группе отмечено равномерное нарастание показателей реактивности на фоне лечения.

Уровень С-реактивного белка (СРБ) в крови в начале лечения был повышен у большинства пациентов основной и контрольной групп (3,0 и 3,2 мг/л соответственно). В основной группе отмечалось более быстрое снижение концентрации СРБ к 10 дню (1,5 мг/л). В контрольной группе уровень СРБ к 10 дню 2,5 мг/л. К 15 дню СРБ у большинства пациентов основной и контрольной групп не определялся (рис.3).

Уровень интерлейкина -6 (ИЛ-6) в крови существенно повышался к 5 дню заболевания и имел тенденцию к быстрому снижению к 10 дню в обеих группах. Уровень интерлейкина-10 (ИЛ-10) оставался стабильным на протяжении первых пяти дней, затем снижался закономерно в обеих группах. Динамика уровня ИЛ-6 и ИЛ-10 представлена на рисунке 4.

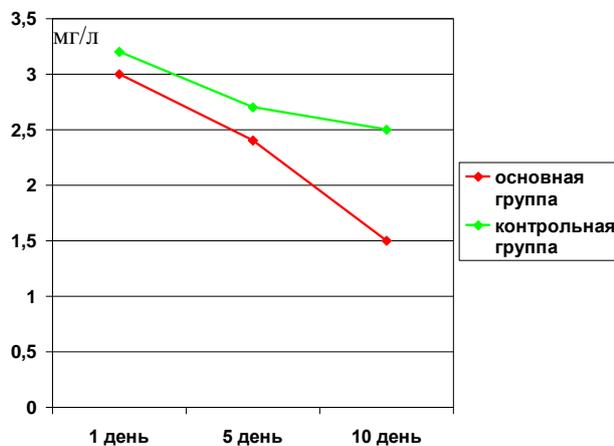


Рис.3 Уровень С-реактивного белка

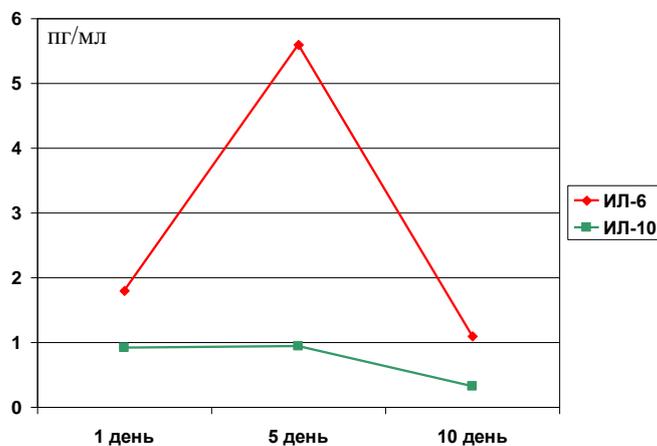


Рис.4 Уровень интерлейкинов

Указанные клинические, функциональные и биохимические изменения свидетельствуют о более позитивных сдвигах в репаративных процессах у больных, получавших лечение церетоном по сравнению с контрольной группой. Проведенное исследование показало, что лечение острой фазы ишемического инсульта церетоном имеет преимущества по сравнению с традиционным лечением, включающим пирацетам. При лечении церетоном отмечается более выраженное и раннее восстановление неврологического дефицита. Не было отмечено побочных реакций на введение данного препарата.

Выводы: 1. Отечественный препарат холина альфосцерата – церетон оказался более эффективным в лечении ишемического инсульта, чем традиционное лечение с использованием в качестве метаболического средства пирацетама.

2. Наряду с положительными клиническими данными церетон более значительно влиял на некоторые функциональные и биохимические показатели гомеостаза.

3. Эффективность церетона в остром периоде ишемического инсульта ставит вопрос о целесообразности продолжения лечения этим препаратом больных и в раннем восстановительном периоде.

АНАЛИЗ УРОВНЯ ОБЩЕГО IgE У БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

О.А.Левашова, Т.А.Дружинина, Н.С.Рябин

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития
Пенза

Панкреонекроз – одно из самых распространенных и тяжелых хирургических заболеваний, механизмы развития которого изучены недостаточно.

Проведено исследование общего иммуноглобулина Е (IgE) у больных с панкреонекрозом. Обследовано 17 человек в первые сутки госпитализации. Концентрацию IgE в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа («АлкорБио», г. Санкт-Петербург). Изучен уровень IgG антител к гельминтам (аскариды, токсокары, описторхисы) («Вектор Бест», г. Новосибирск).

Анализ полученных результатов показал, что у пациентов с панкреонекрозом в 47% случаев (n=8) концентрация изучаемого показателя превышала 150 МЕ/мл. Медиана составила 435,0 МЕ/мл, интерквартильный размах – 157-577 МЕ/мл. В настоящее время установлена роль IgE при аллергических реакциях I типа и при гельминтозах. По литературным данным у пациентов с панкреонекрозом выявлялись следующие глистные инвазии: аскаридоз, фасциолез, описторхоз. У пациентов с повышенным уровнем IgE нами проведено обследование уровня антител класса IgG к аскаридам, описторхисам и токсокарам. В 2 (11,7%) случаях выявлены антитела класса IgG к токсокарам.

Повышение уровня общего IgE у больных панкреонекрозом требует дальнейшего изучения. Возможными причинами повышенного уровня общего

IgE могут быть отягощенный аллергоанамнез, наличие глистной инвазии, а также наследственная предрасположенность к гиперпродукции этого иммуноглобулина.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

М.Ю.Левков, Р.Х.Ильясов, И.Г.Жарков

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвити
Пенза

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.

Хроническая головная боль является причиной бесконтрольного приема обезболивающих препаратов, самолечения, что часто приводит к хронической интоксикации и даже к токсикомании.

Среди многообразия различных типов головной боли одно из ведущих мест занимает головная боль напряжения (ГБН), характеризующаяся длительностью эпизодов головной боли не менее 30 минут. Боль, как правило, сдавливающая, стягивающая, сжимающая, двухсторонней локализации. ГБН не усиливаются от повседневной физической активности.

Лечение ГБН сопряжено со значительными трудностями, т.к. эта форма заболевания не однородна.

Использование лекарственных препаратов при ГБН проводится короткими курсами или однократно. Больным всегда необходимо помнить о недопустимости злоупотребления медикаментозными средствами, которое может привести к хронизации ГБ и формированию хронической ежедневной головной боли.

В последние годы при лечении ГБН все активнее стали применяться методы классической рефлексотерапии, которые дают множественные эффекты: анальгезию, улучшение микроциркуляции, иммуномодулирующий эффект. Благодаря простоте, практической безвредности, 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.

Особенностью рефлексотерапии при ГБН являются строгая локальность, возможность непосредственного воздействия на нервные окончания и разные уровни нервной системы.

Целью настоящей работы было изучить эффективность методов классической рефлексотерапии при лечении ГБН. С этой целью на базе неврологического отделения дневного стационара МУЗ ГБ №1 было обследовано и пролечено 32 больных. Мужчин было 12, женщин – 20. возраст больных от 29 до 43 лет. Всем больным на фоне общеклинического обследования была проведена акупунктурная диагностика с последующим анализом синдромов и симптомов

с позиции гипер- и гиподисфункции. Кроме этого всем больным было проведено исследование всех функциональных систем организма по методу Накатани, выявившего скрытые формы патологии преимущественно в классических меридианах сердца «С», перикарда «МС», желудка «Е», желчного пузыря «VB», тройного обогревателя «TR».

Акупунктурные рецепты составлялись индивидуально и ежедневно с учетом динамики и клиники процесса, используя как традиционные принципы, базирующиеся на основных концепциях (У-Син, Инь-Ян), так и современный локально-сегментарный принцип. В рецептуру включались отдаленные биологически активные точки (БАТ), оказывающие влияние на функциональное состояние нервной системы в целом (С7, С5, С4, МС7, МС6, МС5, Е36, TR5, TR6, GJ4, TR3, TR10), метамерно-сегментарные точки (Т14, Т16, Т20; VB20; V10) и локальные точки, как симптоматические (Е8, TR23, Е5, Е6, GJ19, GJ18). Кроме этого в акупунктурный рецепт включались аурикулярные точки, которые позволяют снизить степень включения провоцирующих механизмов в возникновении самого приступа.

Всем больным проводились традиционные методы адаптивной экспресс-рефлексотерапии, основанные на принципе пульсовой диагностики, которые позволили в максимально короткий срок (1-2 дня) снизить степень проявления болевого синдрома на 70-80%, что значительно облегчало проведение курса лечения локально-сегментарным методом.

Результаты лечения показали, что значительное улучшение состояния отмечено у 23 больных (72%), улучшение – у 7 больных (22%), эффект лечения отсутствовал у 2-х больных (6%).

Таким образом, рефлексотерапия синдрома ГБН является достаточно эффективным безмедикаментозным методом лечения, позволяющим не только избавить больного от головной боли, но и «оторвать» его от избыточного приема различных лекарственных средств.

СУ-ДЖОК-ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ВЕРТЕБРОГЕННОГО ГЕНЕЗА

М.Ю.Левков, Р.Х.Ильясов, В.Г.Страхов

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития
Пенза

В последние годы отмечается значительный интерес многих рефлексотерапевтов к одному из методов корпоральной акупунктуры (Су-Джок-терапии (СДТ)). Приоритет среди разновидностей этого вида рефлексотерапии принадлежит Пак Чже Ву (1991). К сожалению, в значительном большинстве случаев использование этого ценного метода в повседневной практике рефлексотерапевтов не лишено недостатков: отчасти из-за переоценки самого метода в возможности восстановления нарушенных функций или излишней вульгаризации, что обычно малоэффективно.

Целью нашего исследования явилось: изучить эффективность метода СДТ при лечении локальных болевых синдромов у больных с остеохондрозом позвоночника (ОП). Нами обследовано 60 больных с ОП: с латерализованной люмбалгией 16 больных (26,6%), корешковым синдромом L4-L5 – 14 больных (23,3%), с синдромом L5-S1 – 20 больных (33,3%), миофасциальным синдромом верхней конечности – 10 больных (16,6%). Возраст больных был от 32 до 64 лет, среди них – 37 мужчин и 23 женщины. Стаж заболевания у всех обследованных больных был от 1 до 5 лет. Все больные были обследованы в первые 2 дня поступления в стационар при обострении заболевания. Степень выраженности болевого синдрома у больных была различной. У 79% больных болевой синдром был сильно выраженным с иррадиацией в смежные зоны и нарушением функции ходьбы. У 21% больных он был локальным, но умеренно выраженным. Лечение проводилось со второго дня поступления в стационар. 20 больным проводилась СДТ по Паку (1-я группа наблюдения). 20 больным – классическая корпоральная акупунктурная рефлексотерапия, при которой использовали локально-сегментарный метод подбора биологически активных точек (БАТ) в рецепте акупунктуры (2-я группа больных). 20 больным проводилась комплексная рефлексотерапия в сочетании с СДТ (3-я группа больных). Кроме того, больным проводилось электрометрическое исследование биологически активных точек акупунктуры на классических меридианах (локальная термо- и электрометрия) и местных болевых точек в зоне распространения болевого синдрома, на которые в последующем производилось акупунктурное воздействие с целью получения лечебного противоболевого эффекта.

Проведенное исследование показало, что у больных 1-й группы, которым проводили только СДТ методом акупрессуры, ощутимый лечебный эффект в виде значительного уменьшения болевого синдрома наступал уже в первых двух сеансах лечения, но он оказался кратковременным. Рецидив боли наступал у 62% больных уже через 6-8 часов, хотя и в меньшей степени выраженной. После 3-4 сеанса лечения основных проявлений болевого синдрома были, в основном, купированы у 82% больных. Однако, у 18% больных все еще оставался «синдром дискомфорта» в зоне локализации бывшей боли, который еще длительное время их беспокоил. При этом, у части этих же больных наблюдался рецидив менее выраженного болевого синдрома после выписки из стационара через 4-6 недель, который пришлось долечивать амбулаторно, подключая локально направленную физио- и фармакотерапию

У больных 2-й группы нами проводилась акупунктурная корпоральная рефлексотерапия с использованием локально-сегментарного принципа подбора БАТ в рецепт акупунктуры. У них стойкий эффект лечебной анальгезии обычно наступал после 5-6 сеансов лечения. К 7 сеансу у 86% больных болевой синдром был также купирован. У 8% больных отмечено его уменьшение, без существенного улучшения в дальнейшем в течение 10-14 дней наблюдения, а у 4% больных ощутимой больными положительной динамики вообще не отмечено.

Больным 3-й группы с наиболее выраженным болевым синдромом проводили СДТ методом акупрессуры «по соответствию» на стороне болевого син-

дрома и корпоральную рефлексотерапию по локально-сегментарному принципу. При этом изучалось исходное состояние БАТ, используемых для СДТ методом локальной термо- и электрометрии. У 92% больных локальная температура в точках СДТ была повышена, превышая температуру в смежных зонах на 12-19%. С коэффициентом асимметрии в остром периоде заболевания, в среднем, от 18+3,2% до 35,7%. Электрометрические показатели в этих точках свидетельствовали о снижении электрокожного сопротивления, в среднем, на 35%+7,1%.

Воздействие на БАТ с наиболее высоким индексом отклонения позволяло быстро и надежно купировать локальный болевой синдром, но вегетативный фон самой зоны и смежных зон вегетативных сегментов оставался без изменения. Подключение корпоральной акупунктурной рефлексотерапии у этих больных позволило значительно уменьшить степень распространения вегетативного синдрома, а через 3-4 сеанса АП полностью купировать его. Оценивая эффективность метода в целом, мы пришли к выводу, что у больных 3-й группы болевой синдром был купирован у 19 человек (90%) без рецидива. Только у одного больного полностью купировать болевой синдром удалось лишь после 5 сеансов комплексной АП.

Таким образом, комплексная рациональная рефлексотерапия у больных с локальным болевым синдромом вертеброгенного генеза позволяет в короткие сроки лечения оказать эффективную помощь больным, избавить их от мучительного болевого синдрома и существенно сократить сроки нахождения больных в стационаре. Исследование термо- и электрометрических показателей БАТ для дифференцированного выбора БАТ в рецепт сеанса АП позволяет выбрать из них наиболее рефлекторно откликаемую, что в целом уменьшает количество БАТ, используемых в сеансе АП и уменьшить травматизм больных. Сравнительный анализ результатов лечения болевых синдромов туловища и нижних конечностей с использованием методики СДТ показал, что при болевых синдромах нижних конечностей более эффективным оказался метод построения рецепта АП по локально-сегментарному принципу с включением в него точек-управителей классических меридианов.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОКАЛЬЦИОТОНИНА У ДЕТЕЙ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

О.Н.Лесина, И.П.Баранова, Н.Л.Кондратюк, Ж.Н.Керимова, О.В.Кондрахина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития, ГБУЗ ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова
Пенза

Болезни органов дыхания до настоящего времени занимают одно из первых мест в структуре детской заболеваемости и остаются актуальной проблемой педиатрии. Одним из современных методов, вошедших в стандарты оказания медицинской помощи больным с пневмонией, является определение про-

кальцитонина – предиктора бактериальной инфекции при показателе $\geq 0,5$ нг/мл.

Цель исследования: определить прогностическое значение положительного результата теста на прокальцитонин у госпитализированных детей с внебольничной пневмонией.

Материал и методы: под наблюдением находилось 26 пациентов с внебольничной пневмонией в возрасте 1 месяца до 5 лет (13-мальчиков, 13 девочек), поступивших на стационарное лечение в областную детскую клиническую больницу; 14 (53,8%) детей госпитализированы из районов и районных центров, 12 (46,2%) – из областного центра. Всем больным проводили стандартные клинико-лабораторные и инструментальные (в т.ч. рентгенологические) исследования; определение концентрации прокальцитонина (ПКТ) плазмы осуществляли иммунохроматографическим методом (диагностический набор "Прокальцитонин-экспресс-тест" производства компании В.Р.А.Н.М.С., Германия) для полуколичественного определения ПКТ, предел обнаружения составляет 0,5 нг/мл.

Результаты исследования. При анализе клинических особенностей пневмоний выявлено, что у 18 (69,2%) детей заболевание начиналось с признаков вирусной инфекции и выраженным катаральным синдромом, у 8 (30,8%) детей - с малопродуктивного кашля; повышение температуры отмечалось у 24 (92,3%) больных. Состояние 16 (61,5%) пациентов при поступлении расценено как тяжелое за счет симптомов интоксикации и признаков дыхательной недостаточности, развившейся на фоне бронхообструктивного синдрома у 9 больных (34,6%), у 3 (11,5%) детей - вследствие распространенного воспалительного процесса в легких, осложненного экссудативным плевритом и/или деструкцией легочной ткани. В то же время, воспалительные изменения в клиническом анализе крови (лейкоцитоз более $10,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ более 12 мм/ч) выявлены лишь у 15 пациентов (57,7%). Всем больным проведен тест с определением прокальцитонина в сыворотке крови. Положительные результаты теста отмечены у 10 (38,5%) больных: у 6 (23,1%) детей $\geq 0,5$ нг/мл, но < 2 нг/мл; у двух (7,7%) – ≥ 2 нг/мл, но < 10 нг/мл и у 2 (7,7%) пациентов с деструктивными процессами - ≥ 10 нг/мл. В группе пациентов с повышенным уровнем прокальцитонина крови отмечена высокая СОЭ у 7 детей, лейкоцитоз – у 7, лейкопения (при значительно высокой СОЭ) – у 1 ребенка, повышение СРБ более 15 мг/л – у 5 больных, показатели серомукоида не превышали 0,6 ед.опт.плотности (за исключением одного случая с деструктивной пневмонией - 1,1 ед. опт.плотности). Среди 10 пациентов с повышенным уровнем прокальцитонина ($\geq 0,5$ нг/мл) только у 5 при поступлении состояние расценено как тяжелое. У 5 детей с низкими показателями прокальцитонина ($\geq 0,5$ нг/мл, но < 2 нг/мл) отмечен короткий период амбулаторного лечения (1-2 дня), раннее начало адекватной антимикробной терапии, а воспалительный процесс в легких носил очаговый характер. У одного пациента, поступившего на 5-е сутки от начала заболевания, выявлена левосторонняя нижнедолевая очаговая пневмония с поражением нескольких сегментов, отсутствие лейкоцитоза, но положительные показатели прокальцио-

тонина - $\geq 0,5$ нг/мл, но < 2 нг/мл (тест проведен на 5-е сутки от начала антибактериальной терапии). У пациентов с показателями прокальцитонина более 2 нг/мл, но < 10 нг/мл в одном случае отмечен распространенный очагово-сливной процесс в верхней и средней доле правого легкого, средняя степень тяжести заболевания, лейкоцитоз $16,0 \times 10^9/\text{л}$, а во втором случае – диагностирована очаговая пневмония, осложненная левосторонним средним отитом. Показатели прокальцитонина более 10 нг/мл обнаружены у двух больных с деструктивным процессом в легких, развитием синдрома системной воспалительной реакции, признаками генерализации процесса (поздняя госпитализация на 6-7 день болезни, отсутствие своевременной антибактериальной терапии). В одном случае диагностирован висцеральный листериоз (из бронхов и плевральной полости выделена *Listeria monocitogenes*) с преобладающим деструктивным процессом в легких, осложненным гнойным экссудативным плевритом, ателектазом нижней доли правого легкого, развитием полиорганной недостаточности; во втором случае диагностирован тяжелый сепсис с множественными гнойными очагами (очагово-сливная пневмония, гнойный плеврит, гнойный перикардит – оперативное лечение). Все пациенты выписаны из стационара с выздоровлением.

Выводы: 1) тест с прокальцитонином (предиктор бактериального воспаления) наиболее информативен при развитии сепсиса, а также при распространенном воспалительном процессе в легких, развитии осложнений и тяжелом течении пневмонии; 2) тест с прокальцитонином целесообразно использовать в первые дни госпитализации пациентов с внебольничной пневмонией, особенно при позднем поступлении в стационар; 3) при уровне прокальцитонина более 2 нг/мл необходим «поиск» бактериальных осложнений; показатели прокальцитонина более 10 нг/мл свидетельствуют о развитии легочной деструкции или формировании септического процесса (в том числе с множественными гнойно-воспалительными очагами); 4) комплекс лабораторного обследования больных пневмонией (рентгенологически подтвержденной) должен включать клинический анализ крови, биохимические исследования (в том числе количественные показатели С-реактивного белка) и определение уровня прокальцитонина в сыворотке крови.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОГО СТАЦИОНАРА

*О.Н.Лесина, Н.Л.Кондратюк, Е.О.Шишова, Т.В.Крылова, Л.Р.Искандерова,
Н.С.Мартынова, Е.Г.Колесникова*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития, ГБУЗ ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова
Пенза

Инфекции дыхательных путей - это группа полиэтиологических 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, в последнее время отмечается повышение заболеваемости коклюшем. Частота заболеваний пневмонией по данным литературы составляет 2 случая на 100 заболевших острой респираторной инфекцией. Воспалительные бронхолегочные заболевания у детей являются не только медицинской, но и социальной проблемой.

Цель исследования: изучить структуру бронхолегочных заболеваний в инфекционных отделениях областной детской клинической больницы (ОДКБ), выявить клинические особенности внебольничных пневмоний у госпитализированных больных.

Материалы и методы: статистические, экспертные, стандартные клинические, лабораторные, рентгенологические методы; определение концентрации прокальцитонина (ПКТ) плазмы осуществляли иммунохроматографическим методом (диагностический набор "Прокальцитонин-экспресс-тест" производства компании V.R.A.N.M.S., Германия) для полуколичественного определения ПКТ, предел обнаружения составляет 0,5 нг/мл. Изучена структура бронхолегочных заболеваний у детей, госпитализированных в ОДКБ в 2010-2011 гг по данным годовых отчетов 1,2,3 инфекционных боксированных отделений. Для выявления клинических особенностей внебольничной пневмонии проведен анализ заболевания у 40 детей (22 мальчика и 18 девочек), находившихся на стационарном лечении в декабре 2011 г.

Результаты. В 2010 г в боксированных инфекционных отделениях ОДКБ пролечено 5472 пациентов с острыми респираторно-вирусными инфекциями, воспалительными бронхолегочными заболеваниями (бронхиты, пневмонии) и некоторыми другими нозологическими формами инфекционных заболеваний; в 2011 г. отмечалось увеличение числа госпитализированных детей до 5846 (на 6,8%). Структура заболеваний верхних и нижних дыхательных путей у госпитализированных детей представлена в таблице 1, из которой видно, что в 2011г. возрос удельный вес пневмоний, улучшилась этиологическая верификация микоплазменной, хламидийной инфекции, гриппа (за счет внедрения современных лабораторных методов исследования), увеличилось число больных с типичным коклюшем и аденовирусной инфекцией и уменьшилось число госпитализаций с ларинготрахеитами.

Проведен анализ течения заболевания у 40 детей, находившихся на лечении в ОДКБ с внебольничной пневмонией. Возраст пациентов, включенных в исследование: до года - 32,5% детей, от 1 года до 3 лет 11 месяцев 29 дней – 45%, в возрасте старше 4 лет - 22,5%. Из районных центров и сельской местности было 18 (45%) детей, жителей областного центра – 22 (55%). При оценке социального статуса семей выявлено, что у 18 (45%) детей родители имеют среднее специальное образование, у 12 (30%) – высшее или являются индивидуальными предпринимателями, 10 (25%) детей - из неполных семей или из семей, где оба родителя не работают. Преморбидный фон отягощен у 32 (80%) детей: в акушерском анамнезе наблюдались – гестоз у 3, угроза прерывания бе-

ременности у 5, недоношенность у 6 пациентов, 5 детей было из двойни; лекарственная аллергия выявлена в анамнезе у 9, пищевая аллергия у 11, атопический дерматит у 2, натальные поражения ЦНС у 8, предшествующие бронхолегочные заболевания у 6, частые ОРЗ у 3, тимомегалия у 2, паратрофия у 2, анемия у 5, гипотрофия у 1, ВПС у 3 пациентов.

На лечение в ОДКБ поступило 7 (17,5%) больных с установленным диагнозом (пневмония диагностирована при амбулаторном рентгенологическом обследовании), с подозрением на пневмонию – 17 (42,5%), направлены с бронхитами – 11 (27,5%), с ОРВИ – 4 (10%), 1 – без направления. Амбулаторный период лечения составил 1-2 дня у 12 пациентов (30%), 3-4 дня – у 13 (32,5%), более 4-х дней – у 15 (37,5%) больных. В среднем тяжелом состоянии в стационар поступили 16 детей (40%), у 24 (60%) – состояние определено как тяжелое, за счет развития инфекционного токсикоза и признаков дыхательной недостаточности, которая у 14 (35%) детей достигала II степени, а у 4 (10%) – II-III степени, что явилось причиной их перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии. У 11 пациентов (27,5%) отмечался бронхообструктивный синдром. По характеру клинико-морфологических проявлений преобладали очаговые двусторонние пневмонии с вирусно-бактериальными поражениями – у 19 (47,5%) пациентов. У 9 (22,5%) детей отмечались односторонние очаговые поражения (преимущественно правосторонние пневмонии), у 7 (17,5%) пациентов поражения носили сегментарный характер, у 1 – развилась очагово-сливная пневмония и у 2 (5%) – деструктивные пневмонии.

Положительные результаты теста с определением прокальцитонина в крови выявлены у 10 (38,5%) из 26 обследованных больных. Уровень прокальцитонина у 6 детей (23,1%) – $\geq 0,5$ нг/мл, но менее 2 нг/мл, у 2 пациентов (7,7%) – ≥ 2 нг/мл, но менее 10 нг/мл и у 2 (7,7%) больных – ≥ 10 нг/мл. У пациентов с показателями прокальцитонина более 2 нг/мл в одном случае отмечен распространенный очагово-сливной процесс в верхней и средней доле правого легкого, а во втором – диагностирована очаговая пневмония, осложненная левосторонним средним отитом. Показатели прокальцитонина более 10 нг/мл обнаружены у двух больных с деструктивным процессом в легких, развитием синдрома системной воспалительной реакции, признаками генерализации процесса.

Выводы: 1) сравнительный анализ структуры бронхолегочной патологии среди госпитализированных больных показал увеличение госпитализаций в инфекционные боксированные отделения на 6,8%, в том числе, в 2 раза увеличилось число пациентов с внебольничными пневмониями, среди которых преобладают пневмонии вирусно-бактериальной этиологии с очаговыми поражениями легких; 2) этиологическая верификация пневмоний с атипичными возбудителями остается недостаточной (их удельный вес в структуре внебольничных пневмоний у госпитализированных больных составил – 3,7%); 3) госпитализация пациентов через 4 дня от начала заболевания (37,5% детей) влияет на тяжесть пневмонии и развитие осложнений, в 40% случаев пневмония не была диагностирована на амбулаторном этапе; 4) 80% пациентов имели отягощен-

ный преморбидный фон, что необходимо учитывать при прогнозировании течения респираторного заболевания; 5) деструктивные пневмонии развились у 5% детей при поздней диагностике заболевания и поздней госпитализации; 6) необходимо совершенствование комплексного лабораторного обследования больных с пневмониями и наряду со стандартными методами требуется этиологическая верификация заболевания и определение прокальцитонина в крови.

Таблица 1

Структура бронхолегочных заболеваний у детей в боксированных отделениях областного центра в 2010-2011 гг.

Нозологическая форма	2010 г.		2011 г.	
	абс.	%	абс.	%
ОРВИ с поражением верхних дыхательных путей	2030	38,1	2103	37,1
Трахеит	218	4,1	235	4,1
Ларинготрахеит	838	15,8	568	10,0
Бронхит	1714	32,2	1670	29,5
Бронхиолит	4	0,08	3	0,05
Пневмония	488	9,1	923	16,3
Микоплазменная пневмония	2	0,04	27	0,5
Хламидийная пневмония	-	-	8	0,14
Лабораторно подтвержденный грипп	-	-	82	1,45
Аденовирусная инфекция	2	0,04	22	0,4
Коклюш	17	0,3	26	0,5
Туберкулез легких	-	-	1	0,017
Муковисцидоз	1	0,02	-	-
Бронхиальная астма	1	0,02	-	-
Всего:	5315	100%	5668	100%

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТОНКОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

М.И.Литюшкина, Н.Т.Морозов, О.А.Строкова, И.В.Герасименко, С.И.Зверева

ФГБОУ ВПО «МГУ им Н.П. Огарева»
Саранск

Цель исследования: изучить кишечное пищеварение у больных с осложненным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Под наблюдением находились 60 больных с осложненным течением дуоденальной язвы (перенесшие язвенные кровотечения различной степени тяжести, перфорацию язвы, резекцию желудка по Бильрот-I, Бильрот-II и селективную проксимальную ваготомию). Контрольные группы составили 25 практически здоровых людей и 60 пациентов с неосложненным течением язвенной бо-

лезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК). Оценивалось кишечное пищеварение с помощью определения активности кишечных ферментов в слизистой оболочке начального отдела тощей кишки. Исследование проводилось в Лаборатории физиологии питания, института физиологии РАН им. И.П. Павлова (С.-Петербург).

Современные клинические проявления язвенной болезни нередко отличаются от традиционно описываемых в литературе, особенно это касается пациентов с длительным течением заболевания, наличием осложнений в анамнезе и сопутствующей патологии. У больных с осложненным течением язвенной болезни боли в эпигастрии наблюдались лишь в 18% случаев и характеризовались умеренной интенсивностью, также отмечалась атипичная симптоматика по месту локализации боли, вследствие сочетанного поражения органов пищеварения. Так, боли в эпигастрии, но с распространением больше влево у 26% больных могли свидетельствовать о вовлечении в патологический процесс поджелудочной железы, боли в эпигастрии и правом подреберье (6%) – о сопутствующем заболевании печени или желчного пузыря, в эпигастрии и околопупочной области (18%) - о болезнях тонкой кишки. Боли изолированно локализовались в левом и правом подреберьях (12%) при сопутствующей патологии толстой кишки. Боли иррадиировали с места своего возникновения у 6 % больных в поясничную область, у 2% - в область сердца и в 4 % случаев имели опоясывающий характер. Безболевого течения отмечено у 4% больных. По времени появления преимущественно наблюдались голодные боли (28%), а также ночные (11%), которые, как правило, носили жгучий характер, сопровождалась изжогой и купировались приемом пищи. Реже встречались ранние (9%) и поздние (3%) боли. Они сочетались с чувством тяжести и распирания в подложечной области. Частыми проявлениями желудочной диспепсии у больных с осложненным течением язвенной болезни были тошнота – у 45% и рвота – у 48%. Рвота сразу после еды отмечалась у 15% пациентов, через 3 часа после еды и на высоте боли - у 23%, при этом боль после рвоты ослабевала или проходила. Рвота пищей, съеденной накануне с примесью слизи и желчи, наблюдалась у 10% пациентов, что свидетельствовало о стенозе привратника.

Развитие осложнений язвенной болезни приводит к изменениям функционального состояния тонкой кишки, что создает предпосылки для прогрессирования заболевания. Признаки мальдигестии, такие как периодическая диарея, неустойчивый стул, метеоризм, урчание в животе, боли в околопупочной области встречались у 63% больных с осложненным течением и 41% с неосложненным течением заболевания. Разнообразные сочетания таких симптомов, как снижение массы тела, не связанное с ограничением питания, слабость, быстрая утомляемость, трофические расстройства (сухость кожи, выпадение волос, ломкость ногтей) и гиповитаминозы (бледность слизистых оболочек, повышенная ломкость капилляров кожи, кровоточивость десен), обусловленные расстройством всасывания в тонкой кишке, встречались соответственно у 78% и 43 % пациентов.

Развитие осложнений язвенной болезни, независимо от проведенного оперативного вмешательства, приводит к изменениям функционального состояния тонкой кишки, что создает предпосылки для прогрессирования заболевания и присоединения сопутствующих патологических состояний. По результатам наших исследований, у больных с осложненным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки наблюдались наиболее низкие значения гидrolитической активности тонкой кишки, что обусловило наиболее частую встречаемость клинических симптомов нарушения основных кишечных функций и процессов мембранного кишечного пищеварения у этих пациентов. Активность глицил-L- лейциндипептидазы в гомогенате слизистой оболочки тонкой кишки была снижена на 75%, мальтазы - на 74%, аланинаминопептидазы – на 73%, щелочной фосфатазы – на 63 % и белка – на 51 % по сравнению с контролем.

Представленные данные свидетельствуют о том, что при осложненном течении ЯБДК нарушаются процессы мембранного кишечного пищеварения, что способствует развитию клинических симптомов нарушения основных функций тонкой кишки. Своевременное лечение язвенной болезни и предотвращение ее осложнений может служить благоприятным условием для предупреждения развития патологии тонкой кишки и нарушения ее функций.

ВЛИЯНИЕ ЧЕТВЕРТИЧНЫХ ПРОИЗВОДНЫХ АНАПРИЛИНА И АТЕНОЛОЛА НА РАЗМЕРЫ ЗОН НЕКРОЗА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Ю.А.Макарова, Е.С.Станкевич, А.А.Усанова, Л.А.Белова, О.Г.Агеносова

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева»
Саранск

Среди наиболее актуальных вопросов современной кардиологии большое медико-социальное значение, по-прежнему, занимает лечение острого инфаркта миокарда. Важной целью в лечении которого является ограничение очага поражения сердечной мышцы. Кардиопротекторным действием и способностью уменьшать размеры зоны некроза при инфаркте миокарда обладают β -блокаторы. Они являются препаратами выбора и назначаются всем больным с инфарктом миокарда с первых часов заболевания при отсутствии противопоказаний. Однако существенным ограничением для их использования является провоцируемый ими бронхоспазм, ухудшение проводимости в сердечной мышце, снижение сократимости, а также недостаточная широта их терапевтического действия. Перспективным направлением в решении этого вопроса является создание новых четвертичных производных известных антиаритмиков путем модификации молекулы структурного предшественника.

В связи с этим, представляло интерес изучение влияния N-аллильных производных β -адреноблокаторов анаприлина и атенолола с лабораторными

шифрами С-34, ЛХТ-К539 и ЛХТ-2-05 на размеры зон повреждения сердечной мышцы в эксперименте .

Эксперименты выполнены на нелинейных белых половозрелых крысах массой 200-250 г, наркотизированных тиопенталом натрия (40 мг/кг). Экспериментальный инфаркт миокарда моделировали путем перевязки нисходящей ветви левой коронарной артерии, для определения размеров зон некроза и ишемии использовали непланометрический дифференциальный индикаторный метод, позволяющий определять размеры зон некроза на ранних стадиях ишемии. (Л.Н. Сернов, В.В. Гацура, 1989).

Исследование было проведено в 5 сериях опытов. Контрольной группе животных вводили физиологический раствор хлористого натрия в объеме 0,5 мл. Все изучаемые соединения вводились внутривенно через 5 минут после коронароокклюзии в эквитоксичных дозах, составляющих 1% от LD50 установленной для мышей при внутрибрюшинном введении. В качестве препаратов сравнения использовали структурные предшественники неселективный β -адреноблокатор анаприлин и селективный β -адреноблокатор атенолол. Результаты проведенного исследования представлены в таблице 1.

Как видно из представленных данных, анаприлин в дозе 1 мг/кг уменьшал абсолютные размеры зоны некроза до $11,0 \pm 1,6\%$ от общей массы миокарда, по сравнению со значением этого показателя в контрольной группе животных. На фоне его действия наблюдали уменьшение зоны некроза к зоне ишемии до $39,0 \pm 5,5\%$, тогда как в контрольной серии опытов этот показатель был $64,7 \pm 4,3\%$.

Таблица 1.

Влияние исследуемых соединений на размеры зон ишемии и некроза у крыс через 4 часа после окклюзии коронарной артерии

Соединение, мг/кг (внутривенно)	n	Зона ишемии к общей массе миокарда, %	Зона некроза к общей массе миокарда, в %	Зона некроза к зоне ишемии, в %
Контроль	17	$34,0 \pm 2,6$	$22,0 \pm 2,0$	$64,7 \pm 4,3$
Анаприлин 1,0	11	$30,0 \pm 3,5$	$11,0 \pm 1,6^*$	$39,0 \pm 5,5^*$
С-34 3,3	6	$29,3 \pm 3,1$	$12 \pm 2,0^*$	$41 \pm 3,9^*$
Атенолол 2,3	6	$29,4 \pm 3,2$	$10,3 \pm 1,5^*$	$35,0 \pm 4,2^*$
ЛХТ-2-05 3,8	6	$29,7 \pm 3,1$	$10,7 \pm 1,0^*$	$36,5 \pm 6,0^*$
ЛХТ-К539 3,9	6	$29,5 \pm 1,5$	$12 \pm 2,1^*$	$40,5 \pm 5,5^*$

Примечание: * – различия достоверны при $p < 0,05$.

Четвертичное производное анаприлина С-34 в исследуемой дозе не уступало по выраженности кардиопротекторной активности анаприлину. На фоне действия этого соединения размеры зоны некроза составили $12 \pm 2,0\%$ от общей массы миокарда и $41 \pm 3,9\%$ от размеров зоны ишемии.

По своей противоишемической активности атенолол превосходил действие анаприлина, ограничивая зону некроза до $10,3 \pm 1,5\%$ и уменьшая размеры зоны некроза до $35,0 \pm 4,2\%$ от зоны ишемии.

Четвертичные дериваты атенолола - ЛХТ-2-05 и ЛХТ-К539 в указанных дозах также оказались эффективными соединениями и не уступали по эффективности своему структурному предшественнику. Ограничивая альтеративные процессы в сердечной мышце, эти соединения надежно сокращали размеры зоны некроза до $12 \pm 2,1\%$ и $10,7 \pm 1,0\%$ от общей массы миокарда соответственно. На фоне изученных соединений отмечалось достоверное снижение отношения зоны некроза к зоне ишемии. Наибольшей эффективностью обладало четвертичное производное ЛХТ-2-05.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что N-аллильные производные β -адреноблокаторов анаприлина - С-34 и атенолола - ЛХТ-2-05, ЛХТ-К539 обладают выраженными кардиопротекторными свойствами и по тесту влияния на размеры зоны некроза в первые часы после окклюзии коронарной артерии не уступают по эффективности препаратам сравнения. Это обстоятельство подчеркивает перспективность дальнейшего изучения противоишемической и антиаритмической активности исследуемых соединений.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИИ К АЛЛЕРГЕНАМ НАТУРАЛЬНОГО ЛАТЕКСА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Е.В.Макова

ММБУ «Городская больница №4»
Самара

В настоящее время выполнены и опубликованы результаты единичных исследований, посвященных проблеме аллергии к натуральному латексу, где отражены вопросы ранней диагностики данного заболевания.

83 медицинских работника прошли полное клинико-иммунологическое обследование и были разделены на 2 группы. В первую группу (27 человек) включены медицинские и другие работники, у которых аллергические реакции при контакте с натуральным латексом протекали по I типу (специфический IgE latex K82 – положительный). Вторую группу (56 человек) составили медицинские и другие работники, у которых аллергические реакции при контакте с натуральным латексом протекали по IV типу (специфический IgE latex K82 – отрицательный). В третью группу нами включены рандомизированным методом медицинские работники и работники других профессий, имеющие профессиональный контакт с натуральным латексом, но без сенсибилизации к указанному аллергену – 30 человек.

Максимальный уровень активности миелопероксидазы диагностирован у медицинских сотрудников, сенсибилизированных к латексному аллергену, а у

медицинских работников, несенсибилизированных к латексу её уровень был минимален по сравнению с донорами. Отмечено значительное снижение показателей фагоцитарной активности лейкоцитов и значительное повышение концентрации уровня фибронектина в группе латекс-сенсибилизированных медицинских работников. Изменения концентрации IgA и IgM носят сходный характер – повышение отмечено в группе медицинских работников, несенсибилизированных к латексу, по сравнению с донорами. Умеренное повышение концентрации IgM было отмечено в группе медицинских работников, сенсибилизированных к латексу (ГНТ).

Для медицинских работников, у которых аллергические реакции при контакте с натуральным латексом протекают по I типу (ГНТ), характерно резкое повышение уровней общего IgE и специфического IgE - Latex K82 по сравнению с другими обследованными группами медицинских работников и донорами.

Для более точной математической оценки полученных результатов исследования гуморальных и элиминационных факторов иммунитета, а также с целью прогнозирования диагностической значимости изученных показателей нами был проведен факторный анализ (метод главных осей). В 1-й группе медицинских работников, у которых аллергические реакции при контакте с натуральным латексом протекают по I типу (ГНТ), три фактора описывают 64% общей дисперсии. В формировании первого фактора вносят вклад показатели сывороточного IgG и специфического IgE-latex K82, принимающие участие в развитии иммунного ответа при специфической ГНТ. Вторым фактором характеризуется значениями общего IgE и уровнем активности миелопероксидазы. В формировании третьего фактора участвует IgM.

Во 2-й группе медицинских работников, у которых аллергические реакции при контакте с натуральным латексом протекают по IV типу (ГЗТ), три фактора описывают 56% общей дисперсии. В формировании первого фактора участвуют показатели уровней миелопероксидазы и фибронектина, характеризующих элиминационные механизмы защиты, IgA – основной защитный иммуноглобулин в слизистых оболочках респираторной системы. В формировании второго фактора принимают участие показатели гуморального иммунитета: IgM и IgG. Третий фактор характеризует ФАЛ.

В 3-й группе у медицинских работников, несенсибилизированных к натуральному резиновому латексу, три фактора описывают 60% общей дисперсии. Первый фактор формируется IgM и общим IgE, что подтверждает высокий риск развития латексной аллергии у всех медицинских сотрудников, имеющих профессиональный контакт с натуральным латексом. Вторым фактором характеризуется уровнем IgG. В формировании третьего фактора вносят значения IgA и факторы защиты организма при воздействии латексного аллергена - ФАЛ, фибронектин. Нами установлена средняя положительная корреляция специфического IgE-latex с уровнем миелопероксидазы и IgG, переменные коррелируют при $p < 0,05$. Между уровнем специфического IgE-latex с уровнем IgG установлена умеренная отрицательная корреляция, при $p < 0,05$.

На основании результатов факторного и кластерного анализов для медицинских работников, сенсibilизированных к латексному аллергену, подтверждена роль в иммунопатогенезе показателей гуморального иммунитета. Отмечена гиперпродукция IgE. Реагины не только способны непосредственно связывать латексный антиген, вызывающий развитие атопического процесса, но и активно участвуют в презентации антигена, что играет существенную роль в инициации иммунопатологического процесса.

Установлено, что значение фагоцитарной активности лейкоцитов снижается по мере развития хронического иммунозависимого воспаления в легких после воздействия частиц натурального латекса. Вдыхание латексных частиц активирует «доиммунологические» механизмы гомеостаза – систему фагоцитоза. Включение в процесс патогенеза лимфоцитов вторично и направлено на восстановление иммунного гомеостаза. Сами продукты разрушения фагоцитирующих клеток являются мощными активаторами новых макрофагов и хемоаттрактантами, направленными на увеличение пула макрофагов. Активация вновь рекрутируемых макрофагов достигается взаимодействием этих клеток с системой комплемента.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*М.Н.Максимова, В.И.Струков, Л.Г.Радченко, С.Ф.Лысев, А.В.Митрофанова,
Л.И.Щетинина, Н.В.Агеева*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
ГБУЗ ПОДКБ им Н.Ф.Филатова
Пенза

Перинатальные поражения нервной системы (ППНС) занимают ведущее место в структуре заболеваемости детей первого года жизни, приводящие к ранней психо-неврологической инвалидизации (Н.Н. Володин 2006, Н.П. Шабалов 2008). Особо важное значение в развитии и созревании структур головного мозга растущего организма играют тиреоидные гормоны щитовидной железы. Доказано неблагоприятное влияние неонатального транзиторного гипотиреоза на последующее физическое, нервно-психическое, речевое развитие детей и их социальную адаптацию (Э.П.Касаткина 2006; И.И.Дедов и соавт., 2008).

Неонатальная дисфункция щитовидной железы часто сопровождается гипоксически-ишемические поражения головного мозга в основе патогенеза которых лежит гипоксемия и неадекватная церебральная перфузия, приводящая к нарастающему энергетическому дефициту и нарушению гомеостаза в клетках нервной ткани (Н.П. Шабалов 2008, С.О. Рогаткин 2010). Учитывая большой удельный вес ППНС у детей с дисфункцией щитовидной железы, перед нами была поставлена задача провести анализ особенностей нейрометаболической

терапии ППНС, применяя в комплексном лечении новый отечественный препарат Цитофлавин.

Цитофлавин представляет собой комбинированный препарат, в состав которого входят естественные метаболиты внутриклеточного энергетического обмена: янтарная кислота (1000 мг), инозин /рибоксин/ (200 мг), рибофлавин (20 мг), никотинамид (100 мг), N-метилглюкамин (1650 мг), оказывающие однонаправленное противогипоксическое и антиоксидантное действие в условиях ишемии через различные рецепторные, ферментные и медиаторные системы (Т.Н. Саватеева с соавт., 2008; В.В. Афанасьев, И.Ю. Лукьянова 2010).

Цитофлавин выпускается в виде раствора для внутривенного введения в ампулах по 10 мл и рекомендован новорожденным с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС в дозе 2 мл/кг/сут равномерно в составе базовой инфузионной терапии курсом 5 дней. Расчетная суточная доза разводится в растворах 5% или 10% глюкозы в соотношении 1:5, скорость введения с помощью инфузионного насоса 1-4мл/час (Н.Н. Володин 2010, Е.А. Дегтярева 2011).

На базе отделения патологии новорожденных и недоношенных детей ГБУЗ ПОДКБ им.Н.Ф.Филатова обследовано 58 детей в возрасте от 7 дней до 3-х месяцев жизни с признаками транзиторного гипотиреоза и церебральной ишемией. Из них – 39 доношенные (67%), 19 – недоношенные (33%). Церебральная ишемия I степени отмечалась у 28 (48%) детей, II степени - у 24 (41%) и у 6 человек (11%) выявлена церебральная ишемия III степени. На естественном вскармливании находилось 20 пациентов (35%), на смешанном – 21 ребенок (36%) и искусственном – 17 человек (29%). Отягощенный акушерский анамнез (гестоз, угроза прерывания, ОРВИ, анемия, кольпит) определялся у 84% матерей наблюдаемых детей. При обследовании детей использованы: клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Все наблюдаемые дети были распределены в две группы:

- I (контрольная) – 30 (51%) детей, получали базовую терапию ППНС: витамины группы В, сосудолитики, ангиопротекторы, ноотропы, физиотерапию, ЛФК, массаж, тепловые процедуры.

- II группа (основная) – 28 (49%) человек, которым наряду с базовой терапией вводился раствор цитофлавина из расчета 2 мл на 1 кг массы тела в сутки внутривенно капельно, скоростью 4 мл/час. Расчетная суточная доза предварительно разводилась в 5% или 10% глюкозе в соотношении 1:5. Курс лечения 5 дней.

Терапевтическое действие цитофлавина оценивали клинически (динамика патологических симптомов, неврологический статус, психоэмоциональное поведение, моторика, аппетит, сон, прибавка массы тела), по результатам нейросонографии (до назначения цитофлавина и в динамике после курса терапии) и лабораторным исследованиям.

Анализируя полученные результаты, можно отметить, что в основной (II) группе, на фоне введения цитофлавина, отмечалась:

- более выраженная положительная клиническая динамика (улучшение двигательной активности и мышечного тонуса, активизация психоэмоциональ-

ного статуса, повышение аппетита, уменьшение вегето-висцеральных дисфункций, улучшение сна);

- нормализация лабораторных показателей гормонального профиля (уровня ТТГ, свТ4) в более ранние сроки;

- уменьшение степени выраженности церебральной ишемии при нейросонографическом исследовании (на 5-7 сутки) по сравнению с контрольной (I) группой, получавшей только базовую терапию.

Необходимо указать на хорошую переносимость цитофлавина и отсутствие побочного эффекта у наблюдаемых детей.

В заключение можно сделать выводы:

Представленные результаты подтверждают терапевтическую эффективность отечественного препарата цитофлавина в лечении детей с транзиторным гипотиреозом и ППНС;

Отмечена хорошая переносимость препарата и совместимость с другими лекарственными средствами, используемыми в стандартном лечении ППНС;

Полученные данные позволяют рекомендовать цитофлавин для коррекции нейрометаболических нарушений у детей грудного возраста в комплексной терапии ППНС в сочетании с дисфункцией щитовидной железы.

**СЛУЧАЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ
(МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА, ВНУТРИУТРОБНОЙ ПНЕВМОНИИ) У
НОВОРЖДЁННОГО ГБУЗ «ПЕНЗЕНСКИЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ»
(ГЛАВНЫЙ ВРАЧ – ТАКТАЕВ А.П.)**

*М.Н.Максимова, М.Н.Зайцева, И.Н.Жидова, Е.В.Дурманова, И.В.Юрьева,
С.И.Субботина, Н.П.Киреева, М.В.Шлыкова, О.А.Сапожникова*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
ГБУЗ ПОДКБ им Н.Ф.Филатова
Пенза

Самые разнообразные возбудители (вирусы, микоплазмы, хламидии, простейшие, грибы, бактерии) могут вызвать инфекционный процесс у плода. Известно, что 20-30% женщин детородного возраста инфицированы токсоплазмами, 50-70% вирусами цитомегалии, простого герпеса первого и второго типов.

Для плода особенно опасны возбудители, с которыми мать впервые встретилась во время беременности. В этот период в связи с особенностями гормонального фона, иммунологической реактивности, кровоснабжения половых органов возбудители в очагах имеющейся хронической инфекции активируются и проникают к плоду.[1].

Для всех антенатальных внутриутробных инфекций характерно поражение плаценты, что приводит к фетоплацентарной недостаточности, гипоксии плода, задержке внутриутробного развития, недонашиванию беременности, рождения ребёнка в асфиксии, с низкой массой тела.[2].

В нашем роддоме наблюдалась новорождённая К. Роды произошли 26.02.2012 г. путём операции кесарево сечения в сроке беременности 37-38 недель по поводу хронической внутриутробной гипоксии плода, ВЗРП, гестоза средней степени тяжести, дородового излития вод. Из анамнеза: данная беременность у роженицы – пятая.

Две беременности закончились срочными родами без особенностей, одна – самопроизвольным выкидышем в сроке беременности 16 недель, одна – замершая в сроке 8-10 недель. Данная беременность протекала с ВСД по гипертоническому типу, гестозом средней тяжести во второй половине, ФПН на фоне ожирения II степени. С 36 недель беременности отмечается ВЗРП плода. За головку была извлечена девочка с массой тела 2000 гр., ростом 46 см, окружностью головы и груди соответственно 29 и 27 см. Оценка по шкале Апгар 7\7 баллов. При первичном осмотре состояние ребёнка расценено врачом-неонатологом как среднетяжёлое за счёт признаков внутриутробной гипотрофии, СДР I степени (отмечалась умеренная одышка до 52 в минуту, в лёгких при аускультации дыхание ослабленное, хрипы не выслушиваются), неврологической симптоматики (скованность, гипертонус сгибателей, тремор конечностей, непродолжительный горизонтальный нистагм). Ребёнку выставлен предварительный диагноз: Асфиксия I степени. Церебральная ишемия I степени. Синдром гипервозбудимости. Транзиторное тахипноэ. СДР I степени. ЗВУР по гипопластическому типу. Внутриутробная гипотрофия III степени. Ребёнок помещён в кювез, назначено обследование и лечение. Результаты обследования: группа крови матери и ребёнка O(I) RH- отрицательная. В анализах крови и мочи – без патологии. НСГ – признаки церебральной ишемии (повышение эхоплотности перивентрикулярных зон, субэпендимальных областей). УЗИ органов брюшной полости, сердца без патологии. Проведено лечение: охранительный режим, гемостатическая, оксигенотерапия методом СДППД, антибактериальная терапия двумя препаратами широкого спектра действия, инфузионная терапия в соответствии с физиологической потребностью организма в жидкости.

Однако на третьи сутки жизни состояние новорождённой ухудшилось – тяжёлое за счёт появления приступов апноэ, мраморности кожи, также изменился неврологический статус: появилась вялость, гиподинамия, гипотония, гипорефлексия.

Ребёнок был переведён в отделение реанимации с диагнозом: Церебральная ишемия II степени. Синдром угнетения. Ателектатическая пневмония. СДР I степени. ВЖК? ЗВУР по гипопластическому типу. Внутриутробная гипотрофия III степени.

В отделении реанимации ребёнок находился на искусственной вентиляции лёгких ввиду тяжёлой дыхательной недостаточности в течение 12-ти суток. Была усилена антибактериальная, инфузионная терапия, проводилась люмбальная пункция. Через 12 суток состояние стояние стабилизировалось ребёнок был снят с ИВЛ, переведён в отделение недоношенных детей. В обследовании, проведённом в отделении реанимации, отмечались патологические изменения в

ликворе: повышенное число нейтрофилов. При рентгенографии грудной клетки - картина мелкоочаговой пневмонии. НСГ - расширение боковых желудочков мозга, гиперэхогенные линейные включения в паренхиме, признаки гидроцефалии. В анализах крови и мочи без патологии. Учитывая данные анамнеза, клиническую картину, проведенное обследование, был выставлен окончательный диагноз: ВУИ. Менингоэнцефалит. Внутриутробная пневмония. Гидроцефалия. ЗВУР по гипопластическому типу.

Описанный случай отражает вариабельность клинической картины внутриутробной инфекции, зависимость её от иммунологической реактивности организма ребёнка, наличия сопутствующих заболеваний (у данного ребёнка – внутриутробная гипотрофия, незрелость). Развитие достаточно редкого проявления внутриутробной инфекции – менингоэнцефалита произошло, по видимому, на фоне хронической внутриутробной гипоксии, фетоплацентарной недостаточности, незрелости мозговых структур плода к моменту рождения.

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ГРИПП У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ (СТРУКТУРА И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА)

И.А.Малова, О.С.Балакирева, И.П.Баранова

ФГБУЗ МСЧ №59 ФМБА России, Заречный
ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России, Пенза

Цель исследования: оценить структуру и особенности клинических проявлений ОРВИ/гриппа у госпитализированных больных в период 2008-2011 гг.

Материалы и методы: 1393 больных, госпитализированных с признаками ОРВИ/гриппа (средне-тяжелой и тяжелой степени тяжести); использованы клиничко-эпидемиологические, стандартные лабораторно-инструментальные и экспертные методы, ПЦР носоглоточного секрета.

Результаты: удельный вес острой респираторной патологии составил 2008 г. – 28,55%, 2009 г. – 32,99%, 2010 г. – 26,36%, 2011 г. – 21,53%. Детей было 67,63%, взрослых – 32,37%; мужчин – 52,8%, женщин – 47,2%; возраст взрослых пациентов до 40 лет - 57,87%, 40-60 лет - 22,62%, старше 60 лет - 19,51%. Грипп диагностирован у 3,29% детей и 19,51% взрослых, всего у 119 (8,54%) пациентов; среди них -74,89% поступали в стационар в период 2009-2010гг. и этиология гриппа верифицирована у 56,3%, (грипп А(Н1N1) - у 55,5%). Клиническая картина гриппа А (Н1N1) характеризовалась преобладанием лихорадочного, интоксикационного и респираторного синдромов. Осложнения диагностированы у 28,5% пациентов, в том числе ларинготрахеит (2,95% - у взрослых и 18,1% - у детей), бронхит/обструктивный бронхит (5,9% у взрослых и 8,5% у детей), инфекции мочевыводящих путей (2,4% - у взрослых и 3,2% - у детей), пневмония (8% - у взрослых и 8,1% - у детей). Лечение проводилось стандартными методами, средние сроки госпитализации у детей – 5,4 койко/дней, у взрослых – 6,7 койко/дней. Смертельные исходы развивались у

двух женщин 38 и 56 лет с осложненными формами гриппа (пневмония), сопутствующим ожирением и сахарным диабетом.

Выводы: удельный вес острой респираторной патологии у госпитализированных больных в период 2008-2011гг составил 27,36%; среди пациентов преобладали лица молодого возраста (дети и взрослые до 40 лет); три четверти больных гриппом поступали в стационар в 2009-2010гг.; риск развития осложнений при ОРВИ/гриппе высок (28,5%); пациенты с метаболическим синдромом относятся к группе риска по развитию летальных исходов; показатель летальности при гриппе составил 0,14% от числа всех госпитализированных с ОРВИ и 1,7% от числа пациентов, госпитализированных с гриппом.

ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ИНСУЛЬТОВ С РАЗНЫМИ ИСХОДАМИ

*Г.И.Мартынова, Н.В.Пронина, Р.М.Моисеев, М.И.Белоус, И.Ш.Кушаева,
Ш.А.Таймазов, Ю.А.Морозова, Г.Г.Страхов*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
ГБУЗ ГКБСМП им. Г.А. Захарьина
Пенза.

При ишемических и геморрагических инсультах до настоящего времени остается высокая частота смертности и инвалидизации, несмотря на успехи в изучении патофизиологии и применения новых методов лечения при данных патологических состояниях. У больных, поступивших в стационар примерно с одинаковой степенью тяжести, в дальнейшем нередко обнаруживаются разные темпы восстановительных и деструктивных процессов. Врач у постели больного часто затрудняется прогнозировать исход заболевания. Следует отметить, что не все на первый взгляд тривиальные показатели обследования больного с инсультом достаточно учитываются лечащим врачом.

Как известно, в оценке состояния больного и его возможного прогноза важную роль играют современные инструментальные методы диагностики (МРТ, ультразвуковая доплерография, вызванные потенциалы мозга, ЭЭГ). Однако на практике своевременное применение этих методов не всегда возможно. Такое положение с особой остротой ставит вопрос об изучении факторов риска течения уже возникшего патологического процесса при инсультах на основании общеклинических данных.

В настоящей работе на материале 445 (224 мужчины и 221 женщина) больных нейрососудистого отделения ГКБСМП им. Г.А. Захарьина ретроспективно проанализированы некоторые общеклинические и лабораторные данные при ишемических и геморрагических инсультах. Все изученные случаи были разбиты на 4 группы: 1-ая группа – больные с ишемическим инсультом (ИИ) выжившие; 2-ая – с ИИ умершие; 3-я – с геморрагическим инсультом (ГИ) выжившие; 4-ая – с ГИ умершие. Кроме того, в каждой группе выделялись подгруппы по возрастному критерию: до 65 лет и от 66 лет.

Анализ истории болезни больных с ИИ показал, что в группе умерших (2-я гр.) по сравнению с выжившими (1-я гр.) явно преобладали больные более старшего возраста: в 1-й группе в возрасте от 66 лет было 49,4% (145 из 287), во 2-й гр. - 76,7% (69 из 90). По соотношению полов, области пораженного сосудистого бассейна (каротидный, вертебробазилярный), латерализации процесса в каротидном бассейне (правое, левое полушарие) 1-ая и 2-ая группы больных существенно не отличались. В обеих группах каротидный инсульт наблюдался в 3 раза чаще, чем вертебробазилярный. В группе умерших с самого начала заболевания инсульт определялся как тяжелый, в то же время у 35% выживших больных в первые дни состояние было также тяжелым. Обращает внимание более высокая частота аритмий (в основном мерцательная аритмия) в группе умерших по сравнению с выжившими (83,5% и 72,6%). Следует отметить, что мерцательная аритмия и в группе выживших, и в группе умерших преобладала в старшей возрастной группе (61,5% и 63,6% соответственно). Из лабораторных данных в группе умерших по сравнению с группой выживших отмечалось повышенное содержание фибриногена (38,9 и 20% соответственно), сахара крови (76,5 и 39,4%) и лейкоцитов (71,4 и 31%).

Таким образом, к признакам более тяжелого течения ИИ следует отнести возрастной фактор, мерцательную аритмию, а так же повышенное содержание фибриногена, сахара крови и лейкоцитоз. Показано, что клиническая тяжесть больного еще не является облигатным патогенетическим признаком плохого прогноза ишемического инсульта.

В группах больных с геморрагическим инсультом (3-я и 4-ая) различий по половому и возрастному критериям не отмечено. Если в группе больных геморрагией с летальным исходом (4-ая) гемисферная локализация процесса была одинаковой с обеих сторон, то у выживших больных (3-я) преобладали левосторонние инсульты. В группе летальных геморрагий, по сравнению с выжившими, значительно чаще и в большей степени отмечалось повышение фибриногена (25,6 и 12,6% соответственно), сахара (72,7 и 41,7%) и лейкоцитов (71,4 и 50%). В итоге следует отметить более благоприятное течение ГИ с левосторонней локализацией процесса, меньшей выраженностью повышения фибриногена, сахара и лейкоцитов в крови.

Нами также проанализирована степень тяжести больных в зависимости от размеров очага поражения по данным КТ. При ИИ средний размер очага поражения составил 36,1 см³, смещение срединных структур мозга по данным ЭХО-ЭС – 6 мм, у умерших – 155,4 см³ и 11 мм соответственно. При ГИ средний размер гематомы у выживших равнялся 17,5 см³, смещение МЭХО на 2 мм, у умерших - 31,5 см³ и 8 мм соответственно.

Таким образом, помимо известных факторов риска при острых нарушениях мозгового кровообращения таких, как возраст больного, размер очага поражения, патология сердца, достаточно значимыми показателями течения процесса являются повышение уровня фибриногена, сахара и лейкоцитов крови. Данные показатели прогрессивно нарастают у больных с плохим прогнозом инсульта.

ИЗМЕНЕНИЯ ВНУТРИПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА ПРИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Л.В.Мельникова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Обычно доплерографическое исследование почечного кровотока проводится в горизонтальном положении пациента. При переходе обследуемого в вертикальное положение в силу высокого уровня ауторегуляции органного кровотока включаются прессорные механизмы быстрого действия (барорецепторный, хеморецепторный и т.д.), функцию которых можно рассматривать как физиологическую реакцию организма (Глезер Г.А. с соавт., 1973; Шулутко Б.И. с соавт., 1997). Сведения об изменениях внутрипочечного кровотока у больных артериальной гипертензией малочисленны, что и послужило причиной проведения данного исследования.

Материалы и методы. Обследовано 86 больных артериальной гипертензией (44 мужчины, 42 женщины, средний возраст $45,6 \pm 12,8$ лет). С помощью ультразвуковой системы Vivid 7 определялся доплерографический спектр кровотока междолевой артерии верхнего полюса правой почки в положении пациента лежа (клиностаз), а затем в течение первой минуты после принятия вертикального положения (ортостаз). Параллельно с этим измерялось систолическое, диастолическое артериальное давление методом Короткова и частота сердечных сокращений.

Результаты. Была замечена различная реакция времени ускорения почечного кровотока (АТ) на ортостатическую пробу. У одних пациентов вышеупомянутый показатель после перехода из горизонтального в вертикальное положение тела удлинялся, у других – укорачивался. Именно это послужило признаком разделения исследуемых больных на две группы: К первой относились больные с укорочением АТ (62 человека), ко второй – с удлинением или без изменения АТ (24 человека). По возрасту и полу группы были сопоставимы.

При сравнении показателей внутрипочечной и центральной гемодинамики у пациентов выделенных нами групп обнаружилось, что пациенты, время ускорения внутрипочечного кровотока которых удлинялось при ортостатической пробе, имели более высокое удельное периферическое сопротивление ($p=0,003$), меньший сердечный индекс ($p=0,005$) и большую величину ускорения ($p=0,004$), чем больные другой группы (табл. 1). Скоростные характеристики и индекс периферического сопротивления кровотока в междолевой почечной артерии, систолическое, диастолическое артериальное давление и частота сердечных сокращений достоверно не отличались между группами.

В группе с укорочением АТ в ходе ортостатической пробы наблюдалось достоверное увеличение пиковой систолической скорости внутрипочечного кровотока ($p=0,02$), конечной диастолической скорости ($p=0,0001$), снижение

пульсаторного индекса ($p=0,0001$) и значительное возрастание величины ускорения кровотока ($p=0,0001$). При этом увеличивалась частота сердечных сокращений ($p=0,0001$). У пациентов, отличающихся удлинением АТ, не наблюдалось достоверной динамики показателей внутрипочечного кровотока, частоты сердечных сокращений, величины диастолического артериального давления, но существенно увеличивалось систолическое давление ($p=0,007$).

Таблица 1

Параметры внутрипочечной и центральной гемодинамики у больных артериальной гипертензией в зависимости от реакции времени ускорения в ортостазе ($M \pm \sigma$)

Параметр	Группа в зависимости от изменения АТ в ортостазе по сравнению с его исходным значением		p
	Уменьшение (n=62)	Увеличение (n=24)	
АІ, см/с ²	14,7±5,2	19,7±10,8	0,004
УПС, ед. Уиггерса	888,5±209,2	1049,9±258,6	0,003
СИ, л/м ²	2,84±0,50	2,47±0,65	0,005

Примечание: АІ – ускорение; УПС – удельное периферическое сопротивление; СИ – сердечный индекс.

Почки, как один из регуляторов системного артериального давления, немедленно реагируют на переход из горизонтального в вертикальное положение. У здоровых людей при этом происходит снижение периферического сопротивления в почечных сосудах [Пыков М.И., 2007]. В проведенном нами исследовании снижение индексов периферического сопротивления наблюдалось только у пациентов первой группы.

При ультразвуковом исследовании ауторегуляция гемодинамики при ортостатической пробе выражается в тоне мелки артериальных почечных сосудов, за который отвечают гладкомышечные волокна сосудистой стенки. По данным Westheim A. et al, 1990, у нормотоников при ортостатическом положении прослеживалось значительное увеличение сосудистого сопротивления, в то время как у больных артериальной гипертензией вазоконстрикции не отмечалось [Westheim A. et al., 1990]. Существенное повышение АІ у пациентов первой группы при переходе из клиностаза в ортостаз, свидетельствующее об изменении сопротивления в дистальном сосудистом русле, может являться маркером сохранности ауторегуляторных реакций мелки почечных сосудов. У пациентов второй группы не наблюдалось изменения ускорения внутрипочечного кровотока, следовательно, изменения тонуа сосудистой стенки мелки почечных сосудов не было.

Вывод. Удлинение АТ в ортостазе свидетельствует о возможном нарушении механизмов ауторегуляции почечного кровотока и требует более тщательного исследования функции почек у конкретного пациента.

КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ ТЕЛА И ГОСПИТАЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

М.В.Мензоров, А.М.Шутов, Е.В.Михайлова, И.В.Морозова, А.С.Цормутян

Ульяновский государственный университет
Ульяновск

Актуальность: Ожирение является метаболическим фактором риска развития сердечно-сосудистых катастроф. В то же время, основным фактором уменьшения продолжительности жизни больных ХСН является снижение общей массы тела (преимущественно за счет мышечной массы). Общая вода тела является интегральным показателем отражающим изменение мышечной и жировой ткани. Связь компонентного состава тела с госпитальной летальностью у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) изучена недостаточно.

Цель исследования: Уточнение связи между антропометрическими параметрами, компонентным составом тела и госпитальной летальностью у больных ОИМ с подъемом сегмента ST (ОИМпST), которым выполнялась тромболитическая терапия (ТЛТ).

Материалы и методы: В 2008-11 году в отделении неотложной кардиологии Центральной городской клинической больницы г.Ульяновска 163 больным была выполнена ТЛТ стрептокиназой (мужчин - 130, женщин - 33, возраст $56,8 \pm 10,90$ лет). Диагностику ОИМпST, оценку показаний и противопоказаний для ТЛТ осуществляли согласно Рекомендаций ВНОК (2007г). Измеряли рост, массу тела, рассчитывали индекс массы тела (ИМТ). Оценка компонентного состава тела проводили, используя формулу Watson. Определяли общую воду тела (ОВТ), определяли процент содержания ОВТ (%ОВТ) от общей массы тела.

Результаты: ТЛТ была эффективна у 116 (71%) больных. ИМТ составил $28,4 \pm 4,97$ кг/м². У 124 (76%) больных выявлен избыточный вес или ожирение. ОВТ составила $41,9 \pm 6,84$ кг, среднее значение %ОВТ - $51,2 \pm 4,73\%$ от общей массы тела больных. В период госпитализации умерло 9 (5%) больных. Не выявлено разницы в уровне ИМТ между выжившими и умершими больными ($28,3 \pm 5,09$ и $28,9 \pm 1,96$ кг/м², соотв., $p=0,52$). В то же время, у умерших пациентов отмечался достоверно меньший %ОВТ ($47,6 \pm 3,37$ и $51,4 \pm 4,73$ кг, соотв., $p=0,04$) по сравнению с выжившими пациентами.

Выводы: Более чем 2/3 больных ОИМпST, которым выполнялась ТЛТ, имели избыточный вес или ожирение. Обнаружено, что госпитальная летальность ассоциирована со снижением содержания общей воды тела (мышечной массы тела).

ПРИРОДНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В КУРОРТНОЙ ТЕРАПИИ ПОЛИОРГАНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

И.У.Меркулова, И.Ю.Учаева

Пензапрофкурорт, ЛПУ санаторий «Березовая роща»
Пенза

Факторы риска являются предикторами не одного, а нередко нескольких заболеваний, объединяющихся впоследствии в единый полиморбидный комплекс. Актуальность изучаемой проблемы определяется необходимостью сохранения здоровья здоровых и коррекцией факторов риска (переедание, гиподинамия, табакокурение, алкогольная зависимость). Одним из системообразующих принципов профилактической медицины является сохранение «здоровья здоровых», а также оздоровление лиц, имеющих обратимые функциональные нарушения или предболезненные расстройства, обусловленные различными факторами риска развития патологических процессов (А.Н.Разумов, С.Н.Разинкин, 2003 г., И.П. Бобровницкий, 2005 г.).

Корректирующие технологии профилактической медицины включают обширный арсенал традиционных и современных лечебных оздоровительных методов, среди которых широкое применение находят природные физические факторы местных курортов. Побочное действие фармакотерапии, аллергизация населения, появление фармакорезистентных форм патологических процессов, а также рост заболеваемости определяют актуальность поисков немедикаментозных методов лечения и профилактики, основу которых составляет сочетанное и комбинированное применения природных физических факторов местных здравниц.

Природные минеральные воды, ландшафтно-климатические условия бальнеологического региона местного курорта Пензенской области в виде различных лечебных комплексов, включающих бальнео-, талассо-, -аэро-, гелеотерапия, дозированные прогулки, терренкур, спортивные игры на фоне комфортного досуга и сбалансированного питания в сочетанных и комбинированных формах, способствуют мобилизации резервных возможностей организма и составляют основу здоровьесберегающих и коррекционных медицинских технологий, определяющих одномоментно восстановительный процесс этиопатогенетических механизмов нескольких патологических процессов и преболезненных состояний.

С учетом многофакторности и разнонаправленности биотропного влияния природных физических факторов Пензенского региона, нами были изучены особенности коррегирующего влияния их на различные факторы риска развития заболеваний, что определило цель наших научных исследований.

Исследуемый контингент составляли 550 больных с различными факторами риска (избыточная масса тела, табакокурение, алкогольная зависимость). Из них мужчин было 360 чел., женщин – 190. Средний возраст пациентов со-

ставлял 45,5 плюс-минус 1,5 года. Давность наличия факторов риска варьировало от 1 года до 10 лет.

Контингент наблюдения методом случайной выборки был поделен на группы в зависимости от вида фактора риска «избыточная масса тела – 150 человек, табакокурение – 300, алкогольную зависимость – 100 человек).

Контрольную группу составляли пациенты, получавшие коррекцию в виде монотерапии одним из природных факторов.

Лечебные комплексы проводились нами согласно дифференцированной оценки климатолечебных ресурсов Пензенского региона по разработанным нами комплексным оздоровительным программам с учетом характера фактора риска и включали бальнео-, климато-, ландшафтотерапию или их сочетание.

В результате проведенных нами исследований регресс клинических проявлений в основной группе опережал аналогичные показатели в группе сравнения на 2-4 дня и наступал на 5-6 день коррекции, а в группе контроля на 2-3 дня позже, чем в основной.

Снижение ИМТ в основной группе имели 92,7% пациентов, в группе сравнения – 82,3 %. Снижение числа пациентов, имеющих табако-, алкогольную зависимость на 60-70%. Индекс здоровья в основной группе на 10-15 у.е. опережал аналогичный показатель в группе сравнения.

Полученные данные обрабатывались методом вариационной статистики. Достоверность определяли по критерию Стьюдента. Различия считали достоверными при p меньше 0,05. Сравнительный анализ результатов коррекции по исследуемым группам был статистически достоверным по всем показателям.

Таким образом, проведенные нами исследования, подтверждают актуальность и целесообразность дифференцированного и комплексного применения природных физических факторов местных здравниц, в том числе и местного региона, в арсенале здоровьесберегающих и корригирующих медицинских технологий в аспекте альтернативы медикаментозным методам коррекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ СЕРОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ЗА ЗООНОЗНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В НЕВЕРКИНСКОМ РАЙОНЕ В 2008-2010 ГГ.

С.Д.Миннигалева, В.А.Калинкина, Л.Н.Итяева

ГБУЗ ЦРБ Неверкинского района, МЗ и СР ПО,
ГБУЗ «Областной онкологический диспансер»
Пенза

В структуре эпидемиологического надзора за природно-очаговыми и зоонозными инфекциями особое значение имеет серологический мониторинг за данными заболеваниями, проводимый в группах риска. В качестве группы наблюдения в Неверкинском районе были выбраны животноводы - контингент риска по ряду зоонозных инфекций.

Иерсиниоз

Заболевания людей иерсиниозом и псевдотуберкулезом регистрируются на всей территории Российской Федерации.

Роль животных, как источников иерсиниоза и псевдотуберкулеза для человека неодинакова: при иерсиниозе таковыми могут быть больные сельскохозяйственные животные (свиньи, коровы, овцы, козы), а при псевдотуберкулезе наиболее значимым фактором передачи остаются контоминированные овощи-вощи.

Заболеваемость иерсиниозом и псевдотуберкулезом распространена больше в городах и поселках городского типа; в значительно меньшей степени болеет сельское население. По иерсиниозу ситуация по району и в целом по области спокойная, т.к. регистрируются единичные случаи.

Анализируя данные, приведенные в таблице видно, что в 2008 году на иерсиниоз и псевдотуберкулез обследовано 158 человек, положительных находок 9, в т.ч. 7 - иерсиниоза и 2 - псевдотуберкулеза, что составляет 4,4% и 1% соответственно. В 2009 году было обследовано 70 человек, положительных находок не было, в 2010 году обследовано 71 человек, с положительным результатом на иерсиниоз выявлен один обследованный, что составило 1,4%.

Лептоспироз

Лептоспироз - острое инфекционное зоонозное заболевание. Наибольшее эпидемиологическое значение имеют свиньи, крупный рогатый скот и собаки - возбудители лептоспир - *Рomona*, *Gruyppotyphosa*, *Неbdomadis* и др. За последнее десятилетие возросла эпидемиологическая роль серых крыс - носителей лептоспироза *Icterohaemorrhagiae*. Заболевание, вызываемое этим возбудителем, характеризуется тяжелыми клиническими проявлениями с высокой летальностью.

Из внешней среды лептоспиры проникают в организм человека и животных через даже незначительные повреждения кожи и неповрежденные слизистые оболочки полости рта, желудочно-кишечного тракта, глаз, носа, наружных половых органов.

Чаще всего заражение в природных очагах происходит в летне-осенний период при строительстве на вновь осваиваемых территориях, во время охоты, рыбной ловли, туристических походов, неорганизованного отдыха на природе. Заражение происходит при несоблюдении мер личной профилактики - употреблении воды из случайных водоемов для питья, умывании, купании или применении продуктов питания, загрязненных выделениями грызунов. Ежегодно по области регистрируется до 20 случаев «лабораторных находок» с положительными антителами.

В 2008 г. по Неверкинскому району было обследовано 158 чел., из них с положительным результатом 8 человек, что составило 5,1%. В 2009г. - исследования не проводились. А в 2010г. - было обследовано 71 человек, из них с положительным результатом 1 человек, что составило 1,4%.

В районе ветеринарной лабораторной базы нет, поэтому проанализировать связь с животными не удалось, хотя известно, что последние могут выделять возбудитель от 6 мес. до 2 лет.

Листерииоз

Листерииоз - инфекционная болезнь сельскохозяйственных и диких животных, которая чаще всего встречается у овец, реже - свиней, крупного рогатого скота и кроликов, домашних и диких птиц. Листерииозом также болеют люди. Заражение человека происходит в результате употребления продуктов (молоко, мясо) от больных животных и листерионосителей, а также при употреблении в пищу не подвергавшихся термической обработке ранних овощей, собранных с участков, где использовали для полива не обеззараженные сточные воды и навоз. Возможно профессиональные заражения людей - ветеринарных специалистов, работников боен, мясокомбинатов и животноводческих ферм.

На листериоз была обследована группа риска: в 2008г. - 158 чел., из них 2 с положительным результатом, в том числе 1 с титром 1:200 (диагностический). В 2009 г. исследование не проводилось. В 2010 г. было проведено 71 исследование, положительных находок не было.

Результаты серологического скрининга на зоонозные инфекции в Неверкинском районе за период 2008-2010 гг.

Нозологии	2008 год			2009 год			2010 год		
	Обследовано	С (+) рез.	%	Обследовано	С (+) рез.	%	Обследовано	С (+) рез.	%
Иерсиниоз	158	7	4,4	70		-	71	1	1,4
Псевдотуберкулез	158	2	1,0	70	-	-	71	-	-
Лептоспироз	158	8	5,1	-	-	-	71	1	1,4
Листерииоз	158	2	-	-	-	-	71	-	-
Туляремия	158	27	17,0	70	2	2,9	71	-	-
Бруцеллез	158	-	-	70	-	-	71	-	-
Эхинококкоз	-	-	-	70	-	-	71	5	7,0

Туляремия

Актуальность проблемы профилактики туляремии определяется наличием очагов этой инфекции практически на всей территории России, эпизодически активность которых ежегодно подтверждается обнаружением значительного числа положительных на туляремию проб из объектов внешней среды. Известно, что в настоящее время среди заболевших более 70% составляют городские жители, непривитые против этой инфекции. В то же время в последние годы отмечается снижение уровня эпидемиологического надзора за туляремией, сокращение кратности обследований природных очагов, количество лабораторных исследований, объемов профилактической иммунизации населения. Такое

положение связано с ослаблением внимания руководителей учреждений здравоохранения к этой проблеме, недостаточной укомплектованностью или отсутствием в центрах ФГУЗ специалистов зоологов и энтомологов, сокращением финансирования работ по проведению обследований природных очагов, низким уровнем подготовки ЛПУ по ранней и дифференциальной диагностики этой инфекции.

Серологические исследования на туляремию проводились в течение трех лет: за 2008 год было обследовано 158 человек, из них 27 человек - с прививочным титром, что составило 17%, в 2009 году - из 70 человек - 2 с прививочным титром - 2,9%, и в 2010 году положительных находок не было.

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что охват прививками против туляремии остается низким, а риск заражения остается высоким.

Бруцеллез

Проведение мероприятий по борьбе с бруцеллезом среди сельскохозяйственных животных позволили добиться значительного снижения заболеваемости людей этой инфекцией. В настоящее время чаще встречаются легкие и стертые формы заболевания бруцеллезом со слабой выраженностью клиники, формирование первично-хронических форм. В связи с этим в клинической практике часто возникают трудности в диагностике бруцеллеза, так как по ряду клинических проявлений бруцеллез имеет сходство с другими инфекционными заболеваниями. Поэтому для постановки диагноза решающее значение имеют лабораторные методы исследования.

На бруцеллез обследовано: в 2008 г. - 158 человек, в 2009 г. - 70 человек, а в 2010 г. - 71 человек. Положительных находок не было.

Проведение серологического мониторинга в группе животноводов позволило разработать основные рекомендации по профилактике зоонозных инфекций на территории района для ЦРБ:

1. Обеспечить раннюю диагностику зоонозных инфекций, обследование больных с неясной этиологией с клиникой лимфаденитов, затяжных пневмоний, ангин, длительными лихорадочными состояниями.

2. Обеспечить потребность в прививочном материале и обеспечить организацию профилактической иммунизации с учетом полученных данных (по мониторингу за зоонозными инфекциями).

3. Ежегодно проводить семинары по вопросам эпидемиологии, клиники, диагностики, лечения и профилактики зоонозных инфекций.

4. Через средства массовой информации осуществлять постоянную разъяснительную работу для населения по профилактике заразных инфекций, общих для человека и животных.

5. Организовать проведение дератизационных и дезинфекционных мероприятий по борьбе с переносчиками инфекций.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ И СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ОПУХОЛИ

Э.А.Митрофанова, Л.Л.Рыжкина, О.В.Семисаженова, Ю.С.Симонова

ГБУЗ «Областной онкологический диспансер»
Пенза

Рак молочной железы (РМЖ) в настоящее время занимает одно из первых мест в структуре общей онкологической заболеваемости и первое место в структуре онкологической заболеваемости у женщин. К сожалению, актуальность этой проблемы возрастает из года в год, так как ежегодно увеличивается заболеваемость и смертность от РМЖ.

На сегодняшний день лечение остается сложной и неокончательно решенной задачей. Лечение РМЖ складывается из нескольких компонентов и является комплексным, включая все виды специализированного онкологического лечения – хирургическое, лучевое, химиотерапия и гормонотерапия. Для того чтобы выработать тактику лечения необходимо учитывать множество факторов, которые в дальнейшем могут повлиять на прогноз заболевания. Не подлежит сомнению, что одним из важных факторов при РМЖ является морфологическая структура опухоли.

В предоперационной диагностике РМЖ одно из ведущих мест занимает цитологический метод исследования, поскольку отличается простотой получения материала, малой травматичностью, относительной «дешевизной» реактивов, спецификой цитологических картин разных гистологических форм и степени дифференцировки опухоли. Достоверность цитологической диагностики РМЖ высока и составляет 89-97%.

Одним из компонентов лечения опухолей молочной железы является лучевая терапия и, хотя этот метод локального воздействия на опухоль и зоны регионарного метастазирования, он до сих пор не потерял свою актуальность и остаётся полноценным компонентом в лечении РМЖ. Лучевая терапия при РМЖ заключается, главным образом, в возможности подавления в той или иной степени опухолевого роста, уменьшения размеров или клинического исчезновения опухоли с помощью различных видов излучения (гамма-излучения, рентгеновского излучения или электронного излучения). Лучевая терапия, убивая опухолевые клетки или снижая их жизнеспособность, создаёт более благоприятные условия для оперативного вмешательства, повышая его надёжность и радикализм, для проведения органосохраняющих операций на молочной железе.

Дискутабельным остаётся один вопрос: «С чего начать?».

Был проведен анализ клинической эффективности лучевой терапии в лечении РМЖ с различными морфологическими формами. Для проведения исследования были отобраны 123 пациентки в возрасте 30 - 75 лет, с РМЖ стадия 3А, за период 2009 – 2011гг.

У всех больных комплексное лечение начиналось с лучевой терапии, что исключало влияние химиотерапии на клиническую эффективность лечения.

Был выработан следующий алгоритм действий:

1. Осмотр маммолога, УЗИ молочных желез, маммография.

2. Пункция опухоли с последующим цитологическим исследованием.

3. Проведение лучевой терапии (использовалась методика укрупнённого фракционирования дозы, когда непосредственно на опухоль подводилась разовая доза 3 Гр, 5 фракций в неделю до суммарной дозы 36 Гр, а на зоны регионарного метастазирования (подключичные, надключичные, шейные, подмышечные и парастернальные лимфоузлы) 2,5 Гр, 5 фракций в неделю, до суммарной дозы 40 гр.).

4. Контрольный осмотр маммолога с необходимым инструментальным исследованием для оценки эффективности лучевой терапии (УЗИ, маммография).

5. Сравнительный анализ полученных результатов.

Пациенты были разделены на четыре группы в зависимости от морфологической структуры и степени дифференцировки опухоли:

1. Умереннодифференцированный железистый рак - 66 пациенток.

2. Высокодифференцированный железистый рак - 27 пациенток.

3. Низкодифференцированный рак - 21 пациентка.

4. Особые морфологические формы РМЖ (редко встречающиеся - папиллярный, аденокистозный, апокриновый, медуллярный, липидсекретирующий) - 9 пациенток.

Результаты лечения приведены в таблице.

Клиническая эффективность лучевой терапии в зависимости от морфологических вариантов РМЖ

Морфологические варианты РМЖ	Клиническая эффективность лучевой терапии			
	Полная регрессия опухоли	Частичная регрессия опухоли (50%)	Частичная регрессия опухоли (30%)	Отсутствие регрессии опухоли
	Количество пациентов (%)			
Умереннодифференцированный железистый рак	14 (22%)	31 (46%)	15 (23%)	6 (9%)
Высокодифференцированный железистый рак	-	6 (22%)	9 (33%)	12 (45%)
Низкодифференцированный железистый рак	9 (43%)	6 (29%)	3 (14%)	3 (14%)
Редкие гистологические формы РМЖ	3 (33%)	3 (33%)	2 (23%)	1 (11%)

Таким образом, наиболее высокой оказалась клиническая эффективность лучевой терапии в группе пациентов с низкодифференцированным железистым раком, что в процентном соотношении составило 43%. Полное отсутствие регрессии опухоли наблюдалось в одном случае, это объясняется тем, что при гистологическом исследовании послеоперационного материала, была диагностирована саркома МЖ, которая является нечувствительной к лучевому лечению. Наиболее низкая эффективность в группе пациентов с высокодифференцированным железистым раком – полная регрессия опухоли в этой группе отсутствует, а 50% регрессия наиболее низка в сравниваемых группах. Почти в половине случаев мы наблюдали полное отсутствие какого-либо клинического эффекта. Умеренно-дифференцированные железистые раки и редкие гистологические формы РМЖ занимают промежуточное положение. В этих группах наблюдается достаточно высокая регрессия опухоли, а полная регрессия и её отсутствие одинаковы (отсутствие чувствительности к лучевому лечению наблюдалось у липидсекретирующего рака, наиболее чувствительны – медуллярный, аденокистозный варианты).

Выводы:

1. Высокая достоверность цитологического метода исследования в дооперационной диагностике РМЖ, его гистологических форм и степени дифференцировки опухоли позволяет прогнозировать течение заболевания и выработать различную тактику лечения в зависимости от морфологического строения опухоли.

2. Учитывая высокую клиническую эффективность лучевой терапии низкодифференцированного и умеренно-дифференцированного железистого рака, целесообразно начинать комплексное лечение этих видов опухолей с лучевой терапии.

3. На основании результатов исследования можно предположить, что редкие гистологические формы РМЖ, обусловленные характерной морфологической картиной и особенностями клинического течения опухолевого процесса, являются чувствительными к лучевой терапии на первом этапе комплексного метода лечения РМЖ и имеют относительно благоприятный прогноз, что позволит при этих формах рака проводить органосохраняющие операции на втором этапе лечения. Данный феномен представляется перспективным и требует дальнейшего изучения.

ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И ЛИМФОИДНЫХ ОРГАНАХ МЫШЕЙ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ КСЕНОБИОТИКОВ

И.В.Михайлова

ГБОУ ВПО ОрГМА Минздравсоцразвития России
Оренбург

Проблема комбинированного действия факторов внешней среды уже долгое время относится к числу основных вопросов экологии, поскольку в услови-

ях современного города, а также на промышленном и сельскохозяйственном производствах человек постоянно подвергается сложному комплексу неблагоприятных воздействий. Соединения шестивалентного хрома и бензола являются распространенными химическими веществами, основными источниками которых, являются автотранспорт, предприятия газодобывающей, газо- и нефтеперерабатывающей промышленности, машиностроения. Известно, что иммунная система реагирует на антропогенные загрязнители, а ее параметры отражают степень воздействия на организм различных поллютантов. Целью работы явилось исследование влияния хрома, бензола и их комбинации на клеточный состав периферической крови и лимфоидные органы мышей (СВАхС57В16)F1. Экспериментальные исследования проведены на 264 здоровых мышах-самцах массой 18-20 г. Все животные были разделены на 4 группы и содержались на стандартном пищевом рационе. Первая группа (контроль) получала воду. Животные 2, 3, 4 групп вместе с питьевой водой получали следующие химические вещества: мыши 2-ой гр. - бензол («Полихим», Россия) из расчёта 0,6 мл/кг, 3-ей гр. - бихромат калия («Полихим», Россия) из расчёта 20 мг/кг, 4-ой гр. - смесь бихромата калия (из расчёта 20 мг/кг) и бензола (из расчёта 0,6 мл/кг). Выбор доз, способа введения и длительности эксперимента обоснованы ранее проведенными исследованиями в Оренбургской государственной медакадемии. Через 45, 90 и 135 дней в крови, тимусе, селезенке и костном мозге определяли число и состав клеток, а также массу тимуса, селезенки в соответствии с лабораторными методами исследования экспериментальных животных (Волчегорский И.А. и соавт., 2000). Результаты статистически обработаны с использованием критерия Манна-Уитни.

В периферической крови на 45 и 90 сутки в опытных группах животных по отношению к контролю достоверных изменений не установлено. На 135 сутки во 2 гр. выявлено увеличение количества С/Я-нейтрофилов ($15,00 \pm 1,76\%$, в контроле – $10,18 \pm 1,03\%$). Напротив, отмечена тенденция к снижению числа моноцитов, эозинофилов, лимфоцитов, при этом уровень лимфоцитов был достоверно снижен во 2 гр. на 135 сутки, число лейкоцитов ($3,92 \pm 0,21$) $\times 10^9$, в контроле - ($4,7 \pm 0,20$) $\times 10^9$ на 45 сутки. Исследование ядродержащих клеток выявило снижение количества лейкоцитов, тимоцитов, спленоцитов и клеток костного мозга (табл. 1.).

Таблица 1.

Влияние бензола, бихромата калия и их смеси на количество ядросодержащих клеток в крови и лимфоидных органах мышей (СВАхС57В16)F1

Показатели	Сутки	Контроль	2 группа	3 группа	4 группа
Лейкоциты, 10^9	45 n=25	4,7±0,20 (52)	3,92±0,21*	4,22±0,27	4,52±0,22
	90 n=25		4,25±0,46	4,54±0,55	4,52±0,44
	135 n=10		5,20±0,43	5,77±0,50*	5,30±0,63
Число тимоцитов 10^6 /орган	45 n=31	58±2,54 (69)	56±2,53	58±3,54	58±2,60
	90 n=21		55±4,91	64±4,93	47±4,78*
	135 n=10		48±2,27*	58,97±3,23	58,38±5,54
Число спленоцитов 10^6 /орган	45 n=31	154±4,13 (73)	119±5,37*	130±5,56*	135±4,01*
	90 n=25		138±8,44	147±8,33	133±9,45*
	135 n=10		140±5,83	150±3,05	133±6,90*
КМ, число кариоцитов, 10^6 /орган	45 n=31	18±1,06 (73)	16±0,82	18±1,10	16±0,77
	90 n=25		15±1,77	17±1,68	14±1,82
	135 n=10		10±0,44*	17±1,61	12±1,05*

Примечание: * – по отношению к контролю ($p < 0,05$).

Таким образом, хроническое воздействие исследуемых веществ на иммунную систему мышей выражалось преимущественно в снижении количества спленоцитов и тимоцитов на фоне уменьшения массы органов, а также числа кариоцитов в костном мозге, наиболее часто выявляемом на 90 и 135 сутки наблюдения у животных, получавших бензол и смесь бензола с хромом.

35-ЛЕТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАФЕДРЫ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ ГБОУ ДПО ПИУВ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

В.А.Моисеенко, А.И.Кислов, А.В.Салаев, А.В.Гатин, М.А.Щербаков

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Кафедра травматологии и ортопедии организована 17 июня 1978 года в составе Пензенского ГИУВа. Основателем и первым заведующий кафедрой был – доктор медицинских наук, профессор Цодыкс Владимир Моисеевич

представитель Новокузнецкой школы травматологии-ортопедии. Автор 119 печатных работ, из которых 25 изобретений и 2 монографии.

Профессорско-преподавательский состав кафедры в настоящее время. Кафедру с 2003 года возглавляет доктор медицинских наук, Моисеенко Владимир Алексеевич. Автор 103 печатных работ, в том числе одной монографии и 9 изобретений. Основное направление научной деятельности – диагностика и лечение повреждений шейного отдела позвоночника.

Салаев Алексей Владимирович. Ассистент кафедры травматологии и ортопедии с 2007 года. Автор 19 научных работ, из них: 2 патента на изобретения РФ, 9 методических рекомендаций. Основное направление научных исследований: лечение переломов длинных трубчатых костей при политравме методом внеочагового чрескостного остеосинтеза.

Гатин Антон Вячеславович. Ассистент кафедры травматологии и ортопедии с 2010 года. Имеет 11 печатных работ, из них 6 методических трудов. Сфера научных интересов – лечение больных с повреждениями шейного отдела позвоночника в условиях политравмы.

Щербаков Михаил Александрович. Кандидат медицинских наук. С 2010 г. совмещает должность ассистента кафедры на 0,5 ставки. Автор 30 печатных работ, из которых 1 патент РФ на изобретение. Основное направление научных исследований – хирургия кисти.

В разное время работали на кафедре:

Кислов Александр Иванович (работал на кафедре с 1978 по 2008 гг.) Заведовал кафедрой с 1999 по 2003 гг. Ныне - Ректор ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России. Автор 153 научных работ, из них 27 изобретений РФ, 4 пособий для врачей, 1 монографии. Заслуженный врач РФ. Научное направление исследований – хирургическое лечение сколиоза и деформаций грудной клетки и изучение плотности костного регенерата трубчатых костей.

Карасев Василий Иванович (с 1978 по 2008 гг.) доцент, кандидат медицинских наук. Научные исследования – хирургическое лечение повреждений сухожилий, тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

Малиновский Игорь Людвигович (с 1978 по 1984 гг.) – доцент, кандидат мед. наук. Научное направление - лечение повреждений голеностопного сустава.

Митрошин Александр Николаевич (с 1985 по 2000 гг.) - профессор, доктор медицинских наук. Заслуженный врач РФ. Основное направление научной работы патология тазобедренного сустава и эндопротезирование крупных суставов. В настоящее время директор Пензенского медицинского института ПГУ, заведующий кафедрой хирургии.

Сиваконь Станислав Владимирович (с 1999 по 2006 гг.) - профессор, доктор медицинских наук. Основное направление научных исследований – хирургическое лечение контрактуры Дюпюитрена. Ныне зам. директора Пензенского медицинского института ПГУ, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии.

А также: Василистов Дмитрий Борисович, ассистент кафедры с 1999 по 2001годы;

Черняева Галина Васильевна, ассистент кафедры с 2002 по 2005годы.;

Мурашка Василий Иванович, ассистент кафедры с 2003 по 2005 годы;

Кустов Владимир Николаевич, ассистент кафедры с 2003 по 2005 годы;

Аржанухин Сергей Валерьевич, ассистент кафедры с 2005 по 2006 годы;

Шапошников Сергей Михайлович - кандидат медицинских наук, ассистент кафедры с 2006- 2010 годы.

На кафедре проводится обучение по 4 циклам тематического усовершенствования, а также клиническая интернатура и ординатура по травматологии и ортопедии. За период деятельности кафедры проведено 216 циклов, прошли обучение около 4000 специалистов из различных регионов РФ и стран СНГ. Подготовлено 24 интерна и 45 клинических ординаторов по специальности «травматология и ортопедия». С 1999 года на кафедре проводятся циклы сертификационного усовершенствования. Выдано свыше 500 сертификатов по специальности «травматология и ортопедия».

Тема научно-исследовательской работы кафедры «Диагностика и лечение переломов длинных трубчатых костей и повреждений шейного отдела позвоночника при политравме.»

1. Разработана и используется более 20-ти лет система диагностики и лечения повреждений шейного отдела позвоночника, Совершенствуется авторский способ лечения повреждений атлантаксиального отдела позвоночника способом биполярной галотракции, который позволяет сократить сроки реабилитации больных в 1,5-2 раза. По теме получено 6 авторских свидетельств на изобретения и патентов. При повреждениях средне-нижнешейного отдела позвоночника посредством переднего доступа отрабатываются рациональные варианты накостной фиксации тел позвонков с применением современных корпоральных фиксаторов. Научные исследования по этому разделу ведет д.м.н. В.А. Моисеенко и ассистент А.В. Гатин.

2. Разработана и внедрена в лечебную практику новая конструкция чрескостного внеочагового остеосинтеза стержневого типа при переломах трубчатых костей. Многоплоскостное размещение чрескостных стержней во фрагментах позволяет надёжнее фиксировать переломы трубчатых костей в остром периоде политравмы, а также устранять все виды смещений и надёжно стабилизировать сегмент до консолидации. Разработана методика послеоперационного ведения этих больных. Внедрено в лечебную практику устройство для малоинвазивного остеосинтеза, получено 3 патента РФ. Научные исследования по этому разделу ведет ассистент А.В. Салаев.

По результатам научной работы кафедры травматологии и ортопедии ПИУВ МЗ РФ издано 2 монографии, 243 печатных работ, подготовлено 7 учебных пособий и 26 методических рекомендаций, получено 45 авторских свидетельств и патентов на изобретения, подано 89 рационализаторских предложений, создано 5 учебных видеофильмов. Защищено 2 кандидатских и 3 докторских диссертаций.

Клинической базой кафедры являются 2 отделения МУЗ ГБКБ СМП им. Г.А. Захарьина города Пензы. Отделение травматологии №1 на 60 коек. Отделение травматологии №2, в состав которого входят: 20 травматологических коек, 20 ортопедических ортопедии и 20 – повреждения верхней конечности, а также палаты интенсивной терапии (15 коек). Осуществляется круглосуточная экстренная травматологическая специализированная медицинская помощь в соответствии с Государственной программой, направленной на улучшение оказания специализированной медицинской помощи при автодорожных травмах. Кафедра курирует лечебный процесс в отделениях. Сотрудники кафедры участвуют в работе ежедневных утренних конференций, в общих обходах, в разборах клинических случаев, оперируют тематических и сложных больных.

В базовых отделениях в настоящее время активно внедряются современные технологии остеосинтеза, в том числе - интрамедуллярный блокирующий остеосинтез трубчатых костей и проксимального отдела бедренной кости. Внедрен также остеосинтез безконтактными накостными пластинами с угловой стабильностью при диафизарных переломах. По соответствующим показаниям проводится эндопротезирование тазобедренного сустава. Используется внеочаговый чрескостный остеосинтез по Илизарову, а также модифицированный на кафедре стержневой аппарат, операции при переломах костей таза.

Научные разработки сотрудников кафедры внедрены в различных регионах и клиниках России, таких как: г. Москва, ФГУ «ЦИТО им. Н.Н. Приорова», ФГУ «Новосибирский НИИТО», ФГУ «Саратовский НИИТО Росмедтехнологий», ГБУЗ Ульяновской областной больницы, ГБУЗ Областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко г. Пензы, Рязанской, Воронежской, Липецкой областях; республиках Мордовия, Башкортостан.

35-ЛЕТНИЙ ЭКСКУРС РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПОВРЕЖДЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА НА КАФЕДРЕ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ ГБОУ ДПО ПИУВ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

В.А.Моисеенко, А.И.Кислов, А.В.Салаев, А.В.Гатин

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Систематизация вопросов вертебрологии в Пензенской области связана, прежде всего, с именем профессора Владимира Моисеевича Цодыкса – основателя и первого заведующего кафедрой травматологии и ортопедии Пензенского государственного института усовершенствования врачей. В 1978 году, наряду с другими актуальными проблемами травматологии и ортопедии, им был преподнесён богатейший опыт Новокузнецкой школы по вопросам диагностики и лечения такого сложного раздела травм, как повреждения шейного отдела позвоночника. Сторонник взглядов и соратник таких западносибирских корифеев вертебрологии, как Я.Л. Цивьян, А.И. Осна, Р.Я. Рамих, А.А. Луцик, В.П. Сели-

ванов, М.Н. Никитин, М.Ф. Дуров и др., В.М. Цодыкс способствовал не только устранению изъянов в вопросах патологии позвоночника, существовавших долгое время в практическом здравоохранении Пензенской области, но и сумел зажечь факел дальнейшего научно-практического творчества по данному, довольно сложному разделу травматологии.

Существующие в те года сложности диагностики из-за недостаточного технического совершенства способов обследования и, в основном консервативный подход к лечению цервикальных повреждений (АС 1106497, 1984), послужили причиной дальнейшего глубокого научно-практического анализа и поиска, имеющих своей целью улучшение результатов реабилитации таких больных.

В течение ряда последующих десятилетий деятельности кафедры одним из научных направлений явилось: «Диагностика и лечение повреждений шейного отдела позвоночника».

На основании глубокого клинико-экспериментального исследования защищена кандидатская и докторская диссертации. По теме издана монография, получено 5 патентов и свидетельств на изобретение. Опубликовано более 20 методических трудов и пособий для врачей.

В итоге разработана и внедрена в практическое здравоохранение комплексная система лечебно-диагностических мероприятий при повреждениях шейного отдела позвоночника, которая проверена не одним десятилетием (В.А. Моисеенко, В.М. Цодыкс). Осуществлено лечения 419 больных с повреждением шейного отдела позвоночника, в возрасте от 15 до 79 лет, из которых нервососудистые осложнения констатированы у 138 (32,7%). Из всех 419 пострадавших повреждения на уровне СI–СII наблюдались у 177 пациентов (42,2%); у 242-х – на уровне СI;СII(57,8%).

В те годы, когда компьютерная томография была на вооружении далеко не во всех лечебных учреждениях страны, поэтому основным методом диагностики повреждений позвоночника являлась рентгенография. Для пораздельного изучения состояния суставных отростков при дислокациях шейного отдела позвоночника был разработан способ рентгенологического исследования шейного отдела позвоночника (патент АС 1461412, 1989). При этом рентгеновский луч ориентируют на костные образования туловища пациента, симметричные между собой. В результате получают информативные изображения дугоотростчатых суставов. Дополнительно, на основании пространственных закономерностей, описан рентгенологический симптом «косой укладки» при одностороннем сцепившемся вывихе шейного отдела позвоночника.

Для лечения травматических смещений атлантаксиального отдела позвоночника с целью обеспечения управляемой репозиции и последующей стабилизации на кафедре был разработан, способ биполярной галотракции и применен у 67 пациентов (патент АС 1683711, 1991, патент РФ 2044079, 1995). Смысл биполярной галотракции заключается в формировании, наряду с краниальным блоком, дополнительного узла фиксации СII с помощью спицы Киршнера, расположенной на каудальной стороне от повреждения. Такое дополнение

компоновки галотракции обеспечивает управляемую репозицию смещения фрагментов С1;С2 и надежную стабилизацию до сращения.

В настоящее время упомянутый способ лечения атлантоаксиальных повреждений позвоночника признан стандартом (Всероссийской конференции вертебрологов «Хирургическая вертебология сегодня». 28-28 мая 2010, г. Саратов). Внедрен в вертебрологических клиниках России: г. Москва, ФГУ «ЦИТО им. Н.Н. Приорова», ФГУ «Новосибирский НИИТО», ФГУ "СарНИИТО Росмедтехнологий", г. Саратов, ГУЗ Ульяновской областной больницы, в ГУЗ Областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко г. Пензы.).

Показания к методу лечения дислокаций средне-нижнешейного отдела позвоночника определяем согласно выявленной взаимосвязи величины смещения суставных отростков и объема повреждений дискосвязочных структур (АС 1420608, 1988; АС 1560149, 1990), а также наличия нейросиндрома. В случаях оперативного метода лечения отдаем предпочтение переднему корпоротомии с использованием современных цервикальных фиксаторов (187 больных).

Отдаленные результаты изучены у 138 больных (32,5%), в сроки до 12 лет. Больные после лечения повреждений С1;С2, приступили к труду через 4,5-8 месяцев. Период реабилитации этих больных по данным литературы 6-14 месяцев. Восстановление трудоспособности пострадавших с повреждениями С3 - СVII наступило, в сроки 5-12 месяцев, и зависело, в основном, от регресса нейросиндрома.

Таким образом, разработанная на кафедре комплексная система лечебно-диагностических мероприятий при повреждениях шейного отдела позвоночника, является определённым вкладом в развитие современной вертебрологии, так как позволяет выбрать рациональный метод лечения и тем самым, значительно сократить период реабилитации этих больных.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА (НАО)

Б.А.Молотилев

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

НАО относится к числу редких, но потенциально опасных для жизни заболеваний. Данное заболевание проявляется спонтанно возникающими рецидивирующими отеками различных частей тела. Чаще всего отеки развиваются на коже конечностей, лица, в области гениталий и туловища, а также слизистых желудочно-кишечного тракта, гортани и других внутренних органов.

Приступы НАО бывают болезненны, а отек верхних дыхательных путей, если быстро не оказать помощь, может привести к летальному исходу. По статистике около 50% всех больных с НАО в течение жизни переносят, по крайней мере, один эпизод отека гортани.

НАО включает 3 варианта:

1- вариант (аутосомно-доминантное наследование); уровень С1- ингибитора составляет 30% и менее от нормального;

2- Вариант (аутосомно-доминантное наследование); уровень С1- ингибитора нормальный, но имеется его функциональная недостаточность;

3- вариант (сцепленный с X-хромосомой аутосомно-доминантный тип наследования); уровень С1-ингибитора и его функция не нарушены. Встречается только у женщин.

Известна также и приобретенная форма ангионевротического отека, при которой дефицит С1-ингибитора возникает у больных с лимфопролиферативными заболеваниями или вследствие образования аутоантител к С1- ингибитору.

Большинство случаев (85%) приходится на 1 вариант и у 50% больных НАО проявляется в возрасте до 10 лет. С возрастом, особенно при заболеваниях печени, клиническое течение болезни становится более тяжелым, так как С1-ингибитор вырабатывается клетками печени.

Факторами, которые провоцируют развитие данного заболевания являются: стрессовые ситуации, ушибы, прием алкоголя, заболевания печени и др.

Диагностика заболевания основывается на определении в сыворотке крови больного содержания С1- ингибитора и компонентов комплемента.

Для профилактики и лечения НАО применяют аттенуированные андрогены, считается, что они увеличивают выработку С1- ингибитора. Наиболее широкое применение из них получил даназол. При обострении процесса доза приема препарата повышается до 200- 400 мг в день, а в период ремиссии снижается до 50мг и практически 40% пациентов чувствуют себя хорошо на этой дозе. Многолетний опыт показывает, что длительный прием препарата в указанной дозе не вызывает побочных реакций, но тем не менее, хотя бы 1 раз в году, следует проводить обследование печени.

В легких случаях процесса с успехом используются ε- аминокaproновая кислота до 12г в сутки или транексамовая кислота до 3г в сутки под контролем свертывающей системы крови.

В зарубежной практике при тяжелых формах НАО для купирования приступа применяется концентрат С1- ингибитора по 1000 ЕД, но, к сожалению, этот препарат не зарегистрирован в нашей стране.

Самым последним достижением при лечении острых приступов НАО является совершенно новый препарат ФИРАЗИР (икатибант), который в 2008 году был одобрен Европейским союзом. Он является специфическим антагонистом рецепторов к брадикинину В, который является основным медиатором, способствующим развитию отека. Препарат выпускается в готовом шприце, содержащим 30 мг препарата, что очень удобно для больного. В настоящее время препарат прошел испытания в нашей стране и получил одобрение для применения у больных с тяжелыми и опасными для жизни случаями НАО.

ВАЗОМОТОРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ АРТЕРИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-го ТИПА: КЛИНИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

А.Г.Мордовина, Н.В.Позднякова, И.П.Татарченко

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития,
ФГБУЗ МСЧ-59 ФМБА России
Пенза

В течение последних нескольких десятилетий сахарный диабет 2-го типа (СД2) принял масштабы всемирной неинфекционной эпидемии. Изучение роли эндотелиальной дисфункции (ЭД) при формировании сосудистых осложнений у больных СД2 привлекает внимание клиницистов.

Цель: сравнительный анализ состояния вазомоторной функции эндотелия с использованием ультразвуковой доплерографии у больных СД2 в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) и больных АГ без нарушения углеводного обмена.

Материал и методы: обязательным условием включения в основную группу (n=55) было наличие СД2 длительностью не более 15 лет с момента установления диагноза при условии, что эти больные находятся на лечении пероральными сахароснижающими препаратами, наличие АГ с повышением показателей систолического артериального давления (САД) не более 170 мм рт.ст. и диастолического артериального давления (ДАД) не более 110 мм рт.ст. В группу сравнения (n=30) включены больные АГ без нарушения углеводного обмена. Всем больным выполнены дуплексное сканирование артерий нижних конечностей и экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий, транскраниальное дуплексное сканирование с функциональным нагрузочным тестом (задержка дыхания), сканирование плечевой артерии (ПА) с оценкой эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) по методу D.S. Celermager.

Результаты: в основной группе во всех случаях отмечено нарушение вазомоторной функции эндотелия, индуцированной напряжением сдвига во время пробы с реактивной гиперемией: у 72% больных в виде недостаточного вазодилатирующего эффекта (менее 10% от исходного), у 16% - в виде отсутствия прироста диаметра ПА и у 12% - в виде патологической вазоконстрикции. Получено достоверное различие по толщине комплекса интима-медиа (КИМ) в анализируемых группах – таблица 1. При качественном анализе состояния КИМ у больных СД2 выявлены различные виды изменений: диффузное равномерное утолщение КИМ с появлением в структуре КИМ дополнительных слоев повышенной и пониженной эхогенности (в общей бедренной артерии (ОБА), поверхностной артерии бедра (ПБА), подколенной артерии (ПКА), задней большеберцовой артерии (ЗББА) и передней большеберцовой артерии (ПББА) - 100% случаев; в общей сонной артерии (ОСА) – 85,7%); наличие в структуре КИМ множественных локальных зон повышенной эхогенности с визуализацией атеросклеротических бляшек (в ЗББА и ПББА - у 94,6% пациентов, в ПКА - у

52%, в ОБА и ПАБ - у 25%; в ОСА – у 57% больных), повышение эхогенности КИМ с полной утратой ее дифференцировки на слои (в ОСА - в 14,3% случаев). Установлена отрицательная корреляционная зависимость толщины КИМ и ЭЗВД – $R = -0,743$, $p = 0,01$.

Таблица 1.

Анализ комплекса интима-медиа артерий
в сравниваемых группах с оценкой цереброваскулярной реактивности

Показатели	основная группа	группа сравнения	p ₁
толщина КИМ ОБА, мм	1,32 ± 0,03	1,18 ± 0,09	0,046
толщина КИМ ОСА, мм	1,29 ± 0,06	1,12 ± 0,08	0,042
исходные показатели кровотока по СМА			
V _{ps} , см/с	75,3 ± 11,4	79,2 ± 9,2	нд
TAMX, см/с	37,7 ± 8,5	39,6 ± 7,63	нд
RI	0,67 ± 0,06	0,53 ± 0,05	0,043
показатели по СМА после пробы с задержкой дыхания			
V _{ps} , см/с	76,2 ± 7,1	96,2 ± 6,61	0,038
TAMX, см/с	38,2 ± 4,9	57,02 ± 7,2	0,042
RI	0,73 ± 0,07	0,55 ± 0,09	0,05

Примечание: ОБА – общая бедренная артерия, ОСА - общая сонная артерия; СМА - средняя мозговая артерия; V_{ps} – пиковая систолическая скорость кровотока; TAMX– усредненная по времени максимальная скорость кровотока; RI – индекс периферического сопротивления; p – достоверность различий между показателями в основной группе и группе сравнения.

Анализ церебральной реактивности в основной группе показал, что на метаболическую стимуляцию у 51 (91%) больных ответная реакция оказалась отрицательной, у 5 (9%) пациентов получена парадоксальная реакция со снижением скоростных показателей V_{ps} и по СМА. В группе сравнения исходные показатели значимо не отличались от аналогичных показателей основной группы, однако после пробы с задержкой дыхания получен достоверный прирост по V_{ps} на 16% , TAMX на 30% ($p < 0,05$). Лишь в 2 (6,7%) случаях на метаболический вазодилататорный тест реакция в СМА была отрицательной.

Таким образом, полученные данные обосновывают то положение, что эндотелиальные клетки представляют собой первичную мишень для воздействия гемодинамических и метаболических факторов, а хроническое влияние этих факторов обуславливает столь масштабное поражение сосудистого русла у той категории пациентов, которые имеют сочетание СД2 и АГ. Однако результаты исследования доказывают, что именно метаболические факторы играют перво-степенную и определяющую роль в развитии эндотелиальной дисфункции. У больных СД2 с сопутствующей АГ необходима оценка вазомоторной функции эндотелия артерии для прогноза сосудистых осложнений.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ САРТАНОВ ПЕРВОГО И ВТОРОГО ПОКОЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

А.Г.Мордовина, И.П.Татарченко, Н.В.Позднякова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

В настоящее время сахарный диабет 2-го типа (СД2) принял масштабы глобальной эпидемии с разрушительными гуманитарными, социальными и экономическими последствиями. Значение СД2 драматично не только вкладом в общую заболеваемость и инвалидизацию, но и тесной патогенетической ассоциацией с артериальной гипертензией и ИБС [1]. Причина высокой сердечно-сосудистой смертности (ССС) при сахарном диабете типа 2 (СД2) заключается в сочетании нескольких факторов риска быстрого развития и прогрессирования атеросклероза: гипергликемия, артериальная гипертензия (АГ) и дислипидемия [9]. Среди больных СД2 особенно велика распространенность повышенного артериального давления (АД): около 80% больных страдают АГ.

Основным механизмом прогрессирования АГ считается ремоделирование сердца, под которым понимают функциональные и структурно-морфологические изменения сердца как органа-мишени. Некоторые авторы оценивают диастолическую дисфункцию левого желудочка (ДДЛЖ) как ранний маркёр поражения миокарда при АГ, отмечая патогенетическую взаимосвязь ДД ЛЖ и гипертрофии ЛЖ в развитии и прогрессировании сердечной недостаточности у больных АГ [2,3]. При анализе сердечно-сосудистых осложнений при СД2 внимание клиницистов привлекает изучение роли эндотелия артерий [4], теоретически обосновывается потенциальная значимость маркеров дисфункции эндотелия для диагностики степени поражения сосудов, прогнозирования исходов и контроля эффективности терапии в широкой врачебной практике.

В процессе ремоделирования сердца и сосудов следует учитывать нейрогуморальные нарушения. Ренин-ангиотензин-альдостероновая система (РААС) играет центральную роль как в возникновении АГ, так и в реализации патофизиологических процессов, которые в конечном итоге приводят к сердечно-сосудистому ремоделированию [5]. В связи с этим снижение АД путем блокады РААС является патогенетически оправданным и перспективным.

За последнее десятилетие существенно изменились и дополнились критерии эффективности гипотензивной терапии при АГ [6]. Наряду с ранее принятыми критериями в виде нормализации артериального давления, снижения риска ССС, возникло понимание терапии, влияющей на процессы сердечно-сосудистого ремоделирования.

Еще одним важным требованием к современной антигипертензивной терапии является ожидание ее позитивного влияния на компоненты метаболического синдрома (избыточный вес, объем жировой ткани, повышенный уровень холестерина и триглицеридов, нарушения углеводного обмена, инсулинорезистентность)[7]. Если рассматривать современные антигипертензивные препараты с этой позиции, то становится очевидным их разделение на два поколения (генерации). Что особенно ярко проявляется при сравнении сартанов первого и второго поколения.

Цель исследования: провести сравнительный анализ сартана II поколения (телмисартана) и сартана I поколения (валсартана) на гемодинамические показатели, структурно-функциональные параметры левого желудочка, вазомоторную функцию эндотелия артерий, метаболический спектр крови у больных СД2 в сочетании с АГ 1 – 2 степени.

Материал и методы исследования

В исследование включены 49 больных (26 мужчины и 23 женщины).

Критерии включения: наличие СД 2 длительностью не более 15 лет с момента установления диагноза при условии лечения пероральными сахароснижающими препаратами, АГ 1 – 2 степени, нарушение диастолической функции левого желудочка по I типу (аномальная релаксация), фракция выброса ЛЖ не менее 50%.

Критерии исключения: АГ 3 степени (АД выше 180/110 мм рт.ст.); наличие клапанных пороков сердца, хронической сердечной недостаточности III-IV ФК; наличие хронической печеночной, почечной недостаточности, хронических заболеваний легких с дыхательной недостаточностью, наличие в анамнезе инфаркта миокарда или мозгового инсульта.

В первой группе (n=24) для лечения АГ назначен валсартан (валз, средняя доза по группе – 80мг/сут), во второй группе (n=25) в качестве гипотензивного средства использовали телмисартан (микардис, средняя доза по группе в течение первых недель – 80мг/сут, в последующем средняя доза у 11 пациентов - 40мг/сут, у 14 пациентов - 80мг/сут).

Характеристика групп представлена в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика больных, включенных в исследование

Показатель	I группа	II группа
Число больных (n)	24	25
Возраст	57,3± 4,2	54,3± 5,1
Длительность АГ (годы)	9,9± 4,2	10,2± 2,9
Длительность СД (годы)	6,5± 2,1	7,3 ± 1,5
ИМТ (кг/м ²)	33,4± 3,7	34,1± 2,4
НЬА1с (%)	8,41 ± 0,2	4,5± 1,2
Артериальная гипертензия (n) степень I	12	11
II	12	14
Гипердислипидемия* (n)	13	16
Отягощенный наследственный анамнез (n)	18	22

Примечание: (n) – абсолютное число лиц, * - общий холестерин более 5,6 ммоль/л и/или ХСЛПНП более 2,5 ммоль/л при ХС ЛПВН менее 1 ммоль/л.

Контроль за эффективностью лечения осуществлялся по динамике клинических показателей, гемодинамических параметров, морфофункциональных параметров левых камер сердца, показателей вазомоторной функции артерий, показателей углеводного и липидного спектров крови. Клинико-инструментальные исследования проводили исходно и в конце 30-недельного периода лечения.

Измерение артериального давления (САД и ДАД) проводилось в положении сидя после 10-минутного отдыха на обеих руках, в расчет принимались средние значения 3-х измерений. Для суточного мониторирования АД (СМАД) использовали комплект ТМ-2425/ТМ-2025 (AND). По результатам мониторирования АД определяли средние значения АД за сутки, день и ночь; показатели нагрузки давлением (индекс времени гипертензии) за сутки, день и ночь; суточный индекс (степень ночного снижения АД), суточную вариабельность САД и ДАД.

Эхокардиографическое исследование выполняли на аппарате SonoAce X8 (Medison) с использованием датчика с частотой 2,5 - 3,5 МГц в стандартных эхографических позициях по общепринятой методике. Состояние сократительной способности миокарда оценивалось по величине фракции выброса (ФВ, %) и степени укорочения переднезаднего размера ЛЖ в систолу (FS, %). Для анализа диастолической функции левого желудочка (ДФ ЛЖ) применяли традиционные методы исследования трансмитрального потока с оценкой скоростных и временных показателей: максимальная скорость кровотока раннего диастолического наполнения (Е), максимальная скорость кровотока во время предсердной систолы (А), время замедления кровотока раннего диастолического наполнения ЛЖ (DT), время изоволюметрического расслабления (IVRT), соотношение Е/А. При ЭхоКГ рассчитывали относительную толщину стенок ЛЖ (ОТС ЛЖ), индекс массы миокарда ЛЖ (ИММ ЛЖ). На основе показателей ОТС ЛЖ и ИММ ЛЖ оценивали геометрическую модель ЛЖ и выделяли типы ремоделирования ЛЖ.

Дуплексное сканирование плечевой артерии (ПА) проводили на аппарате SonoAce X8 (Medison) в положении больного лежа на спине после 10-минутного отдыха до 10 часов утра натощак. Для оценки вазомоторной функции эндотелия артерий использовали пробу с реактивной гиперемией – определение эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии по методу D.S. Celermar, K.E. Sorensen [1992]. Степень прироста диаметра ПА более 10% расценивали как сохраненную ЭЗВД, при нарушении вазомоторной функции эндотелия – прирост диаметра ПА менее 10%.

Уровень гликированного гемоглобина определяли методом жидкостной катионообменной хроматографии под низким давлением в автоматическом анализаторе «Diastat» фирмы «Bio-Rad» (США) исходно, через 12 и 30 недель терапии. Липидный спектр крови (исходно, через 12, 30 недель терапии опре-

деляли на анализаторе «Metrolab-2300» (Франция). Анализировали динамику показателей общего холестерина (ОХС, ммоль/л), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП, ммоль/л), холестерин липопротеидов высокой плотности ХС ЛПВП (ХС ЛПВП, ммоль/л), триглицеридов (ТГ, ммоль/л).

Статистическая обработка материала выполнена с применением программы Microsoft Office Excel 7.0, с использованием параметрических и непараметрических методов статистики, корреляционного анализа, критериев достоверности t Стьюдента с последующим определением уровня достоверности различий (p) с заданным уровнем надежности 95%. При исследовании взаимосвязи между количественными признаками использовался ранговый коэффициент корреляции Спирмена (R).

Результаты исследования и обсуждение

При анализе исходных данных СМАД в обеих группах отмечено повышение среднесуточных САД и ДАД при выраженном индексе времени гипертензии: соответственно, в I группе – $78,8 \pm 5,2$ и $69,4 \pm 4,5\%$, во II – $80,4 \pm 5,1\%$ и $66,7 \pm 3,4\%$. При оценке суточного ритма патологический профиль выявлен в I группе у 75% больных и во II - у 80%. Большинство из них относилось к категории «нон-дипперов», однако выявлены случаи извращенного суточного ритма АД с преимущественно ночной гипертензией, соответственно в I и II группах - $66,7\%$ и $8,3\%$, 64% и 16% .

По данным ЭхоКГ (таблица 2) сократительная способность ЛЖ была сохранена у всех обследуемых пациентов: у больных I группы фракция выброса ЛЖ составила $55,8 \pm 2,3\%$, у пациентов II группы – $55,6 \pm 2,5\%$. Фракция систолического укорочения переднезаднего размера левого желудочка у больных I группы - $31,9 \pm 0,6\%$, во II группе – $31,7 \pm 0,9\%$.

Таблица 2

Показатели эхокардиографии у больных сахарным диабетом типа 2

Показатели		I группа (валсартан)	II группа (телмисартан)
КДО, мл	исходно	$160,6 \pm 4,8$	$161,8 \pm 4,2$
	ч/з 30 недель	$155,4 \pm 2,6$	$145,6 \pm 2,2$
КСО, мл	исходно	$63,5 \pm 1,7$	$64,1 \pm 2,1$
	ч/з 30 недель	$61,4 \pm 1,1$	$57,4 \pm 1,2^*$
ФВ, %	исходно	$55,8 \pm 2,3$	$55,6 \pm 2,5$
	ч/з 30 недель	$57,9 \pm 1,7$	$60,3 \pm 1,6^*$
ΔS , %	исходно	$31,9 \pm 0,6$	$31,7 \pm 0,9$
	ч/з 30 недель	$32,6 \pm 0,5$	$35,5 \pm 0,7^*$
ОТС ЛЖ	исходно	$0,45 \pm 0,07$	$0,46 \pm 0,08$
	ч/з 30 недель	$0,43 \pm 0,06$	$0,42 \pm 0,05^*$
ИММ ЛЖ, г/м ²	исходно	$125,7 \pm 4,9$	$126,4 \pm 5,7$
	ч/з 30 недель	$119,2 \pm 3,7$	$116,8 \pm 4,5^*$
Е/А	исходно	$0,84 \pm 0,1$	$0,82 \pm 0,1^*$
	ч/з 30 недель	$0,93 \pm 0,03^*$	$1,28 \pm 0,09^{**}$

IVRT, мс	исходно ч/з 30 недель	103,2 ± 3,1 98,4 ± 2,4	104 ± 2,8* 83,1 ± 2,5**
DT, мс	исходно ч/з 30 недель	231 ± 11,1 219 ± 7,9*	232 ± 12,6* 195 ± 7,2**
ЛП, мм	исходно ч/з 24 недели	39,8 ± 0,37 39,1 ± 0,2	40,33 ± 0,34* 37,2 ± 0,21**

Примечание: КДО – конечный диастолический объем, КСО – конечный систолический объем, ФВ – фракция выброса, ΔS – фракция систолического укорочения переднезаднего размера левого желудочка, ОТС ЛЖ – относительная толщина стенок левого желудочка, ИММ ЛЖ – индекс массы миокарда левого желудочка, IVRT - время изоволюметрического

расслабления левого желудочка, ДТ- время замедления раннего диастолического наполнения, ЛП - передне-задний размер левого предсердия;

* $p < 0,05$ – различия достоверны между числовыми значениями исходно и через 30 недель лечения, ** $p < 0,05$ – различия достоверны между числовыми значениями групп.

Анализ индивидуальных данных ОТС и ИММ ЛЖ позволил определить наличие концентрического ремоделирования ЛЖ у 40,7% больных АГ, эксцентрической гипертрофии – у 25,4%, концентрической гипертрофии ЛЖ – у 12% пациентов. Корреляционный анализ продемонстрировал наличие связи ИММ ЛЖ и ОТС ЛЖ с недостаточной степенью ночного снижения артериального давления (соответственно, $R=0,64$, $p=0,003$; $R=0,63$, $p=0,002$), что указывает на вероятность значимости нарушений суточного профиля артериального давления для формирования гипертрофии левого желудочка при АГ.

Диастолическая функция ЛЖ представляет собой способность ЛЖ к расслаблению и полноценному кровенаполнению его камеры в период диастолы. Показатели трансмитрального диастолического потока (ТМДП) по группам сопоставимы и указывали на повышение ригидности миокарда у больных. Гипертрофия кардиомиоцитов и структурная дезорганизация миокардиофибрилл в результате перегрузки давлением вызывают нарушения сократимости и растяжимости кардиомиоцитов. Мы отметили у больных с ДД ЛЖ по типу аномальной релаксации наличие корреляционной связи ИММ ЛЖ с IVRT ($R=0,45$; $p=0,034$), с Е/А ($R= 0,51$; $p=0,04$).

Считаем, что нарушение ДФ ЛЖ может проявляться уже на ранних этапах формирования гипертрофии ЛЖ, в основе её лежат гипертрофия миокарда и ремоделирование коллагеной сети. Повышение активности ангиотензина II через АТ1-рецепторы усиливает пролиферацию фибробластов, продукцию коллагена. При СД2 высока вероятность дистрофических изменений в миокарде, в патогенезе которых имеют значение первичное нарушение метаболизма кардиомиоцитов (обусловленное нарушением деятельности клеточных органелл) и

микроангиопатия, способствующие снижению «податливости» миокарда ЛЖ вследствие прогрессирования интерстициального фиброза.

При индивидуальном анализе показателей доплерографии плечевой артерии различные варианты нарушения вазомоторной функции отмечались в I и II группах, соответственно, у 70,8% и 76% больных. Недостаточный вазодилатирующий эффект ($ЭЗВД < 10\%$) на созданную реактивную гиперемии выявлен в I группе у 45,8% больных, во II – у 44%, отсутствие прироста диаметра плечевой артерии (или патологическая вазоконстрикция) на реактивную гиперемии получены по группам, соответственно, в 25% и 32% наблюдений.

Исключить в судьбе больного СД2 и АГ развитие ремоделирование левого желудочка, нарушение диастолической дисфункции ЛЖ, вазомоторной дисфункции эндотелия артерий не представляется возможным, однако в терапии АГ определенные усилия должны быть направлены, в том числе, и на попытки замедлить их прогрессирование.

На фоне лечения по данным клинических измерений АД у пациентов во время контрольных явок отмечено достоверное снижение офисного САД и ДАД, причем целевой уровень АД в I группе достигнут по САД у 89,2% больных, по ДАД – у 92,8%, во II группе данные показатели 92% и 96%, $p < 0,05$. По данным СМАД на фоне проводимой терапии в обеих группах получено достоверное снижение среднесуточных САД и ДАД, индекса времени гипертензии за 24 часа, уменьшение вариабельности САД и ДАД за сутки. На фоне лечения телмисартаном через 30 недель вариабельность ДАД во II группе достоверно ниже с аналогичным показателем I группы, соответственно $8,9 \pm 1,1$ и $13,5 \pm 0,9$ мм рт.ст., $p < 0,05$. Во II группе наблюдали нормализацию суточного профиля АД у 72% больных, что составило 90% от числа пациентов с патологическим циркадным ритмом. На фоне терапии валсартаном уменьшение количества нон-дипперов и найт-пикеров отмечено в 64,2% наблюдений (75% от числа пациентов с патологическим циркадным ритмом).

Во II группе на фоне терапии телмисартаном при оценке диастолической функции ЛЖ наблюдали положительную динамику показателей E/A, IVRT и DT, $p < 0,05$. Фракция систолического укорочения передне-заднего размера левого желудочка возросла на 8,2%. Об уменьшении гемодинамической нагрузки на левое предсердие свидетельствовало уменьшение передне-заднего размера левого предсердия. К концу периода наблюдения мы отметили четкую тенденцию к снижению ИММ ЛЖ, ОТС. Тенденция к улучшению спектра ТМДП отмечена и в I группе (таблица 2). Полученный эффект в улучшении ДФ ЛЖ связываем с механизмами регуляции циркадной вариабельности АД, снижения АД и уменьшения постнагрузки на ЛЖ. Подтверждением этого может послужить выявленная корреляционная связь IVRT с индексом времени гипертензии по ДАД за 24 часа ($R=0,63$, $p=0,002$), с суточным индексом ($R=0,52$, $p=0,001$), соотношения E/A с индексом времени гипертензии по ДАД за 24 часа ($R=0,58$,

$p=0,02$). Установлена корреляционная связь ИММ ЛЖ с IVRT ($R=0,65$, $p<0,02$), с E/A ($R=0,47$, $p<0,04$); ОТС с IVRT ($R=0,56$, $p<0,03$), с E/A ($R=0,51$, $p<0,03$).

Во II группе пациентов к концу курсовой терапии, по данным пробы с реактивной гиперемией, отмечалось достоверное улучшение сосудодвигательной функции, индуцированной напряжением сдвига. Прирост диаметра плечевой артерии составил от $4,48\pm 0,11$ до $4,95\pm 0,12$ ($p<0,001$); ЭЗВД по группе возросла с $6,7\pm 2,2\%$ до $13,5\pm 0,21\%$. В I группе на фоне курсовой терапии валсартаном отмечалось улучшение показателей вазомоторной функции эндотелия, однако динамика показателей была недостоверной: прирост диаметра плечевой артерии – от $4,48\pm 0,11$ до $4,8\pm 0,12$ мм; ЭЗВД в целом по группе не превысила $9,1\pm 0,09\%$. В группе с телмисартаном количество больных с нарушением вазомоторной функции эндотелия в целом уменьшилось на 56%; в группе терапии валсартаном – на 24%, $p<0,05$. Полученный эффект телмисартана в улучшении сосудодвигательной функции эндотелия связываем со сложным механизмом регуляции циркадной вариабельности АД, что подтверждается выявленной корреляционной зависимостью ЭЗВД от индекса времени гипертензии по ДАД за 24 часа ($R= - 0,64$, $p<0,003$), от суточного индекса ($R=0,54$, $p<0,02$).

Мы связываем достоверное улучшение показателей вазомоторной функции эндотелия артерий и диастолической функции левого желудочка и с дополнительным метаболическим эффектом сартана II поколения (телмисартана) – агонистическое влияние на PPAR γ - рецепторы, что привело к положительному влиянию на нарушенный углеводный обмен (уровень гликированного гемоглобина достоверно уменьшился с $8,41 \pm 0,2\%$ до $7,2 \pm 0,4\%$, $p< 0,05$) через снижение феномена инсулинорезистентности и показатели липидного профиля (уровень триглицеридов снизился с $2,67\pm 0,2$ до $1,98\pm 0,17$ ммоль/л, $p<0,05$), что, вероятно, связано с увеличением чувствительности тканей к инсулину и снижением гиперинсулинемии, которые в значительной степени определяют метаболизм этих липидов в организме. Корреляционный анализ продемонстрировал наличие зависимости улучшения ЭЗВД от гликированного гемоглобина ($R=-0,56$, $p<0,05$); показателя E/A от уровня триглицеридов крови ($R=-0,67$, $p<0,04$), гликированного гемоглобина от степени ночного снижения артериального давления ($R=0,66$, при $p=0,01$), от индекса времени гипертензии по ДАД за 24 часа ($R=0,75$, при $p=0,02$). У больных группы валсартана мы не отметили достоверного изменения уровня гликированного гемоглобина (соответственно, исходно и через 30 недель, $8,2\pm 0,4\%$ и $8,0\pm 0,45\%$) и триглицеридов крови (соответственно, исходно и через 30 недель, $2,58\pm 0,2$ до $2,39\pm 0,17$ ммоль/л).

Выводы:

1. Особенностью поражения миокарда у больных СД2 и АГ наряду с гипертрофией ЛЖ является диастолическая дисфункция ЛЖ, выявляемая при отсутствии снижения сократительной способности. Нарушения вазомоторной функции в виде недостаточного прироста/отсутствия прироста диаметра плечевой артерии на пробу с реактивной гиперемией отмечены у 73,5% больных

СД2. Установлено наличие корреляционной связи IVRT, Е/А с ИММ ЛЖ, ОТС ЛЖ, индексом времени гипертензии по ДАД; ЭЗВД с индексом времени гипертензии по ДАД за 24 часа.

2. Назначая АРА, мы рассчитываем не только на гипотензивный эффект, но и на органопротекторные свойства препаратов, проявляющиеся при их длительном применении, причем более выраженные у сартанов II поколения (телмисартана) за счет не только селективной блокады активности тканевой РААС, опосредованной стимуляции АТ2-рецепторов, но и частичной активации PPAR γ -рецепторов. Терапия телмисартаном обеспечила через 30 недель, помимо эффективного контроля САД (92%) и ДАД (96%) нормализацию суточного профиля в 90% наблюдений от числа пациентов с патологическим циркадным ритмом при улучшении вазомоторной функции эндотелия артерий, положительную динамику структурно-геометрических показателей левых отделов сердца, улучшение показателей диастолической функции ЛЖ, метаболического спектра крови.

Список литературы

1. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет и артериальная гипертензия М.: ООО Медицинское информационное агентство, 2006: 344 с.
2. Капелько В.И. Диастолическая дисфункция. Кардиология, 2011; 1: 79-90.
3. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Лечение сердечной недостаточности в XXI веке: достижения, вопросы и уроки доказательной медицины. Кардиология, 2008; 2: 6-16.
4. Киричук В.Ф., Глыбочко П.В., Пономарева А.И. Дисфункция эндотелия. Саратов: Изд-во СГМУ, 2008: 129
5. Карпов Ю.А. Блокаторы ангиотензиновых рецепторов: обоснование нового направления в современной кардиологии. РМЖ, 2000; 8(5): 214-217
6. Недогода С.В. Сартаны второго поколения: расширение терапевтических возможностей. Рациональная фармакотерапия в кардиологии, 2011; 7(4): 477-482.
7. Чазова И.Е., Л.Г. Ратова. Первое поколение сартанов: есть ли перспективы? Системные гипертензии, 2010;4:3-7.
8. Cipolione F., Fasio M., Iezzi A. et al. Blocade of the angiotensin II type 1 rezeptor stabilizes atherosclerotic plagues in humans by inhibiting prostaglandin E2-dependent matrix metalloproteinase activity. Circulation 2004; 109: 1482-1488.
9. Kjeldsen S., Naditch-Brule L., Perlini S. et al. Increased prevalence of metabolic syndrome in uncontrolled hypertension across Europe:the Global Cardio-metabolic Risk Profile in Patients with hypertension disease survey. J. Hypertens 2008; 26; 2064-70.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОРЛАКСА В КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ

Л.А.Мусатова, С.Л.Тузов, Н.С.Карташева, А.В.Котовский

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Запор - нарушение функции кишечника, выражающееся в увеличении интервалов между актами дефекации по сравнению с индивидуальной физиологической нормой или систематически недостаточным опорожнением кишечника.

Одной из главных трудностей при обсуждении проблемы запоров у детей является отсутствие их четкого определения, в котором понятно лишь то, что запоры скорее являются симптомом, чем болезнью. Запоры могут по-разному интерпретироваться пациентом и врачом, а в педиатрии это еще более сложно, поскольку врач ориентируется на субъективную оценку родителей.

Одной из причин возникновения запоров является замедление транзита каловых масс по всей толстой кишке (кологенные запоры). Другой причиной может быть затруднение опорожнения ректосигмоидного отдела толстой кишки (проктогенные запоры). У детей чаще наблюдаются комбинированные расстройства (кологенные и проктогенные).

Как правило, нарушения моторики у детей носят функциональный характер. По некоторым данным, функциональный запор составляет до 25% обращений в педиатрической гастроэнтерологии. Однако по нашим наблюдениям, эта цифра значительно выше.

У 90% детей не удается обнаружить какую-либо очевидную причину запоров. Наиболее частыми причинами называют изменения диеты, систематическое подавление позыва на дефекацию, стресс, перенесенные кишечные инфекции. Систематическая задержка стула приводит к накоплению каловых масс, перерастяжению ампулы прямой кишки и снижению чувствительности ее рецепторного аппарата. То есть, независимо от причины запоров, они имеют склонность к прогрессированию.

Хронические запоры могут оказать серьезное влияние на социальное и физическое благополучие ребенка, его взаимоотношения в семье и детском коллективе. Они не всегда хорошо поддаются лечению и требуют длительного наблюдения. Несмотря на очевидный прогресс в понимании сущности происхождения и механизмов запоров, возможности для их лечения у детей остаются довольно скромными. Достаточно сложной проблемой при лечении хронических запоров у детей является выбор слабительного средства.

Слабительные средства классифицируются по механизму их действия:

- увеличивающие объем кишечного содержимого (отруби, семена, синтетические вещества);
- вещества, размягчающие каловые массы (вазелиновое масло, жидкий парафин);

- раздражающие или контактные слабительные (антрахиноны, дифенолы, касторовое масло);
- осмотические слабительные (макрогол);
- слабоабсорбируемые ди- и полисахариды, имеющие свойства пребиотиков (лактолоза имеет также осмотические свойства).

Из данного спектра терапевтических возможностей следует выбрать наиболее правильный препарат с точки зрения безопасности лекарственного средства. Препаратами выбора у детей являются осмотические слабительные (макрогол, лактулоза).

Цель данного наблюдения: оценить клиническую эффективность ПЭГ (макрогола) 4000 (Форлакс®) у детей с хроническими функциональными запорами.

Под наблюдением находилось 18 детей с субкомпенсированными запорами (задержка стула от 3 до 5 суток) в возрасте от 2 до 14 лет. Диагноз устанавливался на основании жалоб пациентов и их родителей на регулярные запоры продолжительностью более 3 месяцев, лабораторных методов исследования (ОАК, ОАМ, копрограмма, кал на диз. группу, кал на дисбактериоз).

Всем детям была проведена коррекция режима дня и дефекации, диеты, водного режима, назначен комплекс упражнений, направленных на нормализацию работы толстого кишечника. Назначали Форлакс® в возрастной дозировке (1-2 пакетика по 4 г - детям до 8 лет в зависимости от возраста или 1 пакетик по 10 г детям - старше 8 лет) на 4 недели и одновременно в качестве спазмолитика - тримебутин на 2 недели.

Через 2 недели после начала лечения у большинства детей нормализовался стул (у 14 из 18 (77%)). Через месяц, к концу лечения, нормальный стул наблюдался практически у всех детей. Проявления метеоризма (наблюдался у 5 детей до терапии) и боли в животе (у 4 детей) купировались через 2 недели на фоне лечения.

В некоторых случаях отмечались явления рецидива симптомов запора (2 ребенка), возможной причиной которого может являться недостаточная продолжительность приема Форлакса. В таких ситуациях минимальный курс терапии Форлаксом - 2-4 недели может быть продлен до трех месяцев.

Нами отмечено, что при назначении Форлакса курсом от 2 недель и более достигается, так называемый, «эффект обучения» кишечника, сопровождающийся самостоятельным актом дефекации после отмены препарата.

Таким образом, лечение функциональных запоров у детей является сложной задачей, требующей индивидуального и комплексного подхода. Включение Форлакса в терапию функциональных запоров способствует формированию «эффекта обучения» и ведет к нормализации физиологических процессов в толстом кишечнике.

ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В КЛИНИКЕ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ

В.М.Николаев, Е.В.Петрова, Ю.Б.Баженова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

В последние десятилетия в России отмечается изменение структуры нервно-психических заболеваний в сторону роста сегмента тревожно-депрессивных расстройств. При этом в исследованиях психоэмоциональных нарушений основной акцент делается на изучении эффективности применения фармакологических средств при недостаточном внимании к психотерапевтическим методам.

Цель исследования: изучить эффективность психотерапии у больных с тревожно-депрессивными расстройствами невротического уровня.

Материалы и методы. Исследовано 42 пациента (28 женщин и 14 мужчин) с тревожно-депрессивными расстройствами, находившихся на лечении в отделении пограничных состояний. Средний возраст составил $42,2 \pm 6,3$ года. Согласно критериям МКБ-10 расстройство адаптации определялось у 12 пациентов, тревожно-фобическое расстройство – у 10, смешанное тревожно-депрессивное расстройство – у 13 и органическое заболевание головного мозга с тревожно-депрессивными нарушениями – у 7 пациентов.

В зависимости от происхождения тревожно-депрессивных нарушений больные были распределены на две группы:

- группа 1 (n=35) – психогенные расстройства;
- группа 2 (n=7) – органические заболевания головного мозга.

Использовались клинико-психопатологический метод и экспериментально-психологическое исследование: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); личностный опросник СМИЛ; тест Люшера; опросник Сердюка; проективный тест «Дерево». В качестве основного психотерапевтического метода применялась интегративная групповая психотерапия, включавшая в себя элементы аналитической терапии, гештальт-терапии, когнитивно-поведенческой, телесной и арт-терапии.

Результаты. В лечебно-реабилитационном процессе нами апробирована двухуровневая психотерапевтическая программа. Задачами первого уровня были: получение информации; выработка установки на занятия в группе, коррекция эмоционального дискомфорта, эмоциональная поддержка; применение техники свободного выражения чувств; отработка вербальных и невербальных навыков. Задачами второго уровня являлись: закрепление полученных коммуникативных навыков; коррекция уровня самовосприятия и самосознания; преодоление психологических барьеров, лежащих в основе тревоги и депрессии; дискуссионная проработка межличностных и микросоциальных проблем.

Анализ результатов эффективности интегративной психотерапии показал, что в обеих группах приблизительно одинаковые исходные уровни тревоги и

депрессии (1-я группа – $13,5 \pm 0,40$ и $8,6 \pm 0,38$; 2-я группа - $11,4 \pm 0,31$ и $11,2 \pm 0,33$) оказались статистически различными после проведенной терапии (обработка результатов исследования проводилась с применением критерия Фишера в адаптации Е. В. Гублера, 1978). Так в первой группе показатели снижения уровня тревоги и депрессии составили соответственно $8,3 \pm 0,42$ и $5,9 \pm 0,33$, а во второй – $6,5 \pm 0,35$ и $5,8 \pm 0,30$.

Заключение. Интегративная психотерапия, проводимая в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с пограничными психическими заболеваниями, способствует значительной редукции тревожно-депрессивных расстройств и особенно эффективна у пациентов с психогенными расстройствами.

Список используемой литературы

1. Корниенко Е.А., Комаров К.М., Типикина М.Ю. и соавт. Применение полиэтиленгликоля в лечении хронических запоров у детей. - Детская гастроэнтерология.- 20011. -№1, том 8.
2. Бабаян М.Л. Коррекция функциональных запоров у детей. – Детская гастроэнтерология.- 20011. -№4, том 8.
3. Dupont С., Leluyer В., Maamri N., Morali A et al. Double-blind randomized evaluation of clinical and biological tolerance of polyethylene glycol in constipated children. – J.Pediatr.Gastroenterol. Nutr., 2005, v.41, p. 625-633.

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В СТОМАТОЛОГИИ. ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА «МУСТАНГ»

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

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Повышение качества лечения заболеваний пародонта, в частности, генерализованного пародонтита, является актуальной задачей современной стоматологии. В патогенезе данной патологии существенная роль принадлежит расстройству микроциркуляторного звена, на регуляцию которого активно влияют физические методы лечения больных. Применение низкоинтенсивного лазерного излучения позволяет купировать воспаление в тканях пародонта, нормализовать кровообращение, улучшить трофику, ликвидировать застойные явления и отек.

Настоящая работа выполнена в пародонтологическом отделении МУЗ «Городская стоматологическая поликлиника №2» г. Пенза, являющегося базой кафедры стоматологии общей практики и стоматологии терапевтической ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агент-

ства по здравоохранению и социальному развитию». Представлены собственные результаты изучения эффективности аппарата лазерной терапии Мустанг.

Лазеротерапию применяли в комплексе с терапевтическими и хирургическими методами лечения пародонтита до и после хирургического вмешательства. При пародонтите легкой степени воздействовали стимулирующими дозами красного лазера мощностью 5 мВт в течение 8-10мм на десну верхней и нижней челюстей, методика сканирующая, курс 5-7 облучений. При пародонтите средней степени в стадии обострения, состояниях после оперативного вмешательства применяли облучение красным и инфракрасным лазером-методика сканирующая, внутриротовая, мощность 10-20 мВт в течение двух мин. на поле, суммарное время 10 мин., курс 10-12 процедур. При пародонтите средней степени в стадии ремиссии с целью противовоспалительного действия и улучшения гемодинамики воздействовали красным лазерным светом мощностью 10 мВт; методика внутриротовая, сканирующая; курс 10 процедур.

Цель работы: повышение эффективности лечения больных генерализованным пародонтитом путем включения в комплекс лечебных мероприятий низкоинтенсивного лазерного света аппарата нового поколения Мустанг.

Материалы и методы: проведено обследование и лечение 73 больных генерализованным пародонтитом в возрасте от 25 до 57 лет, без сопутствующей соматической патологии. Пациенты основной группы были распределены на 2 подгруппы по степени тяжести пародонтита. Первая-с пародонтитом легкой степени (20 человек); вторая - с пародонтитом средней степени (18 человек). Контрольную группу составили 19 человек с пародонтитом легкой степени, 16 человек с пародонтитом средней степени. Пациентам контрольной группы проводили комплексное лечение пародонтита по общепринятой методике, включающей профессиональную гигиену полости рта, противовоспалительную терапию, кюретаж пародонтальных карманов по показаниям. Больным основной группы дополнительно к тем методам, которые применяли в контрольной группе, назначали лазерную терапию по представленной выше схеме. Лечение всех больных начинали при условии соблюдения ими рациональной гигиены полости рта. Для оценки состояния тканей пародонта и наблюдения за результатами лечения всем пациентам проводили стандартное стоматологическое обследование, включающее оценку гигиенического статуса полости рта, определение значений пародонтального индекса (ПИ, Russel, 1956), индекса РМА, индекса кровоточивости по ВОЗ (1990г.), степени подвижности зубов, определения глубины пародонтальных карманов. Кроме того, использовали рентгенологическое исследование и определение скорости образования микрогематом на десне в области переходной складки с помощью вакуумного аппарата Кулаженко.

В результате проведенного комплексного лечения пародонтита с применением лазерной терапии отмечен положительный лечебный эффект за короткий временной промежуток. Лазеротерапия аппаратом Мустанг позволяет купировать воспалительный процесс в тканях пародонта в 1,6 раз быстрее (в среднем на 4-5 дней) по сравнению с традиционными методами лечения. Ин-

дексная оценка пародонтального комплекса, данные скорости образования гематом по Кулаженко наглядно демонстрируют улучшение и стабилизацию гемодинамики.

Выводы: лазеротерапия позволяет оптимизировать лечебный процесс, добиться сокращения продолжительности курса лечения и увеличить длительность периода ремиссии. Полноценное лечение в пародонтологии невозможно представить без применения физиотерапии, и без сомнения, новая медицинская аппаратура способствует повышению эффективности лечебных мероприятий.

ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ СУБСТАНЦИИ P У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПСИХОГЕННОЙ КРАПИВНИЦЕЙ

*Е.А.Орлова, О.А.Левашова, И.Ю.Учаева, Л.И.Бирюзова, Л.В.Варганова,
Л.А.Ащина*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Провоцирующая роль психогенных факторов при хронической крапивнице издавна отмечалась врачами. Изучаются взаимосвязи между нервной и иммунной системой, посредниками которых являются нейропептиды. В ряде работ показано, что высвобождение нейропептидов и вовлечение нейрогенного воспаления при ряде заболеваний происходит под действием стрессовых факторов. Актуальным является изучение роли субстанции P в механизме развития хронической психогенной крапивницы.

Обследование пациентов и клиничко-лабораторные исследования проводили на базе ГБУЗ ПГКБ №4. Диагноз крапивница и степень тяжести устанавливался на основании соответствующих критериев, изложенных в национальном согласительном документе «Крапивница и ангиоотек» 2007 г. Для выявления психогенной формы крапивницы всем пациентам проводили сбор анамнеза, общеклиническое, аллергоиммунологическое обследование, а также анкетирование по 9-бальной шкале для оценки тревожных расстройств (использована «Короткая шкала для определения тревоги» Д. Гольдберга 1987 г). Всего в исследование включено 74 пациента с психогенной хронической крапивницей. В качестве контрольных групп обследовано 20 пациентов с аутоиммунной крапивницей и 19 здоровых добровольцев. Определение уровня субстанции P в сыворотке крови проводилось методом ИФА.

У всех пациентов с психогенной крапивницей возникновение или обострение последней было субъективно связано с наличием психотравмирующей ситуации. Имелась также взаимосвязь между формами крапивницы и выраженностью функциональных расстройств психической сферы. Медиана уровня тревожных расстройств по девяти - бальной шкале у больных с психогенной крапивницей составила 6,04 по сравнению с аутоиммунной крапивницей 2,55. Сравнительная характеристика степени тревожных расстройств показала достоверное различие между группами ($p < 0,05$). У всех больных с психогенной

крапивницей высыпания сопровождались зудом выраженной интенсивности, и во многих случаях он был определяющим симптомом. Зуд сопровождался нарушением сна и существенно влиял на качество жизни. Данное наблюдение подтверждает имеющиеся сведения о том, что в механизме возникновения зуда ведущую роль играет субстанция P.

Определение уровня субстанции P у больных с психогенной крапивницей показало статистически достоверное повышение по сравнению пациентами с аутоиммунной крапивницей и здоровыми добровольцами ($p < 0,05$). Медиана субстанции P у пациентов с психогенной крапивницей ($n=74$) составила 0,30 (нг\мл), средняя концентрация - 3,38 (нг\мл). Уровень субстанции P у больных с аутоиммунной крапивницей не определялся ($n=20$), средняя концентрация - 0,005 (нг\мл), медиана составила 0,00 (нг\мл). У здоровых добровольцев медиана субстанции P 0,00 (нг\мл), а средняя концентрация 0,02 (нг\мл).

В результате исследования было доказано, что повышение уровня субстанции P является нейроиммунологическим маркером психогенной формы крапивницы, что подтверждается статистическими достоверными различиями в содержании субстанции P в сыворотке крови обследуемых групп.

Можно сделать вывод, что выраженное повышение концентрации субстанции P у больных с психогенной крапивницей свидетельствует о том, что у данной группы пациентов имеет место вовлечение стресс индуцированной активации нейрогенного воспаления в патогенез заболевания.

Исходя из полученных данных, можно обосновать гипотезу стрессорного механизма возникновения крапивницы, согласно которой, первым этапом является включение в патогенез нейрогенного воспаления, обусловленного выбросом субстанции P из сенсорных нервов. Основываясь на данных можно заключить, что изучение роли субстанции P и нейроиммунных взаимодействий является актуальным и практически значимым с целью возможности проводить патогенетически обоснованную терапию данной категории пациентов.

ДИНАМИКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПЕЦИАЛЬНОСТИ ВРАЧА

Е.С.Панина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Введение. Несмотря на большую распространенность и высокий процент осложнений для матери и плода/новорожденного, в подходах к ведению беременных с артериальной гипертензией (АГ) имеется множество несогласованных позиций, в частности, касающихся терминологии и методов диагностики данной патологии. Помимо критериев диагностики АГ у беременных, до настоящего времени не существует четкого алгоритма выбора инструментальных методов обследования данной категории пациенток.

Цель работы. Изучение диагностической тактики ведения беременных с АГ в зависимости от специальности врача в 2009 - 2010 гг. в сравнении с результатами подобного исследования, проводимого в Пензенской области в 2005 - 2006 гг.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование врачей, которые принимают участие в ведении беременных с АГ – акушеров-гинекологов, терапевтов, кардиологов. Материалы для опроса клиницистов составлены с учетом анкет, разработанных Всероссийским научным обществом кардиологов. В анкетировании 2005 - 2006 гг. приняли участие 77 кардиологов, 142 терапевта и 64 акушера-гинеколога. В 2009 - 2010 гг. на вопросы анкеты ответили 72 кардиолога, 118 терапевтов, 58 акушеров-гинекологов. При анкетировании врачам было предложено ответить на вопрос, какой уровень артериального давления (АД) следует использовать в качестве критерия диагностики АГ у беременных и какие методы исследования необходимо проводить у данной категории пациенток.

Результаты исследования. В 2009-2010 гг. не произошло существенной динамики ответов акушеров-гинекологов по критериям диагностики АГ у беременных. По-прежнему, как и в 2005-2006 гг., большое число врачей данной специальности предлагало несколько вариантов ответов, а среди предложенных в анкете уровней АД первое место занимало одновременное \uparrow систолического АД (САД) на 30 мм рт. ст. и \uparrow диастолического АД (ДАД) на 15 мм рт. ст. от исходного значения, общепринятый критерий (АД \geq 140/90 мм рт. ст.) находился на втором месте. В 2009-2010 гг. также как и в 2005-2006 гг. большинство кардиологов предлагало несколько вариантов ответов. Без существенной динамики за пять лет, врачи данной специальности чаще других критериев диагностики АГ у беременных использовали повышение АД $>$ 120/80 мм рт. ст., вместе с тем в 2009-2010 гг. наметилась тенденция к увеличению числа кардиологов, считающих правильным ориентироваться на уровень АД \geq 140/90 мм рт. ст. при постановке диагноза АГ в период гестации (16,7 против 6,5%, $p=0,0903$). Среди терапевтов в 2009-2010 гг. в отношении критериев диагностики АГ у беременных отмечалась отрицательная динамика – статистически значимо уменьшилось число врачей, ориентирующихся на общепринятый критерий – АД \geq 140/90 мм рт. ст. (16,9 против 29,6%, $p=0,0174$), чаще других критериев диагностики АГ в период гестации врачи данной специальности считали правильным использовать уровень АД $>$ 120/80 мм рт. ст., значительная часть клиницистов предлагала несколько вариантов ответов, наметилась тенденция к увеличению доли терапевтов, ориентирующихся на одновременное \uparrow САД на 30 мм рт. ст. и \uparrow ДАД на 15 мм рт. ст. от исходного уровня (16,1 против 9,2%, $p=0,0896$).

В отношении ответов по использованию инструментальных методов исследования среди кардиологов за пять лет не произошло существенной динамики. Как в 2005-2006 гг., так и в 2009-2010 гг. врачи данной специальности считали необходимым использовать электрокардиографию (ЭКГ) (33,8 и 31,6% соответственно), ультразвуковое исследование (УЗИ) почек (28,8 и 29,4% соот-

ветственно) и эхокардиографию (ЭХО КГ) (21,2 и 21,9% соответственно), пренебрегая оценкой суточного профиля АД (8,1 и 11,8% соответственно) и исследованием маточно-плацентарного кровотока (МПК) (5 и 4,8% соответственно). Акушеры-гинекологи в 2005-2006 и в 2009-2010 гг. чаще других методов считали правильным использовать ЭКГ (27,1 и 26,9% соответственно) и УЗИ почек (25,3 и 26,3% соответственно). В 2005-2006 гг. третье место среди врачей данной специальности занимала оценка МПК (18,8%), тогда как в 2009-2010 гг. акушеры-гинекологи уже в равной степени считали необходимым ориентироваться на данный метод исследования и ЭХО-КГ. Однако, как в 2005-2006, так и в 2009-2010 гг. акушеры-гинекологи редко проводили оценку суточного профиля АД с использованием метода СМАД. Вместе с тем, несмотря на общие тенденции использования инструментальных методов исследования у беременных с АГ, среди терапевтов в 2009-2010 гг. достоверно увеличилось число врачей, считающих необходимым использовать у данной категории пациенток СМАД (13,4 против 5,1%, $p=0,0001$). В остальном динамика в отношении методов исследования беременных среди терапевтов не существенна – врачи чаще других считали необходимым выполнение ЭКГ исследования (33,3 и 30,8% соответственно), УЗИ почек (31,6 и 29,1% соответственно) и ЭХО КГ (23,5 и 21,4% соответственно) как в 2005-2006, так и в 2009-2010 гг.

Заключение. Результаты исследования продемонстрировали, что диагностическая тактика ведения беременных с АГ в Пензенской области в 2009 - 2010 гг. в сравнении с 2005 - 2006 гг. практически не изменилась. Анкетирование врачей показало, что в реальной клинической практике по-прежнему нет единства мнений о критериях диагностики АГ у беременных. Общепринятый критерий диагностики – повышение АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. - занимает второе место среди врачей трех специальностей, причем среди терапевтов частота его использования достоверно уменьшилась. Кардиологи и терапевты считают необходимым ставить диагноз АГ беременным уже при уровне АД $>120/80$ мм рт. ст., что свидетельствует о гипердиагностике АГ в период гестации, а акушеры-гинекологи чаще других при постановке диагноза АГ данной категории пациенток используют устаревший критерий - одновременное \uparrow САД на 30 мм рт. ст. и \uparrow ДАД на 15 мм рт. ст. от исходного уровня. Для оценки состояния беременных с АГ врачи трех специальностей чаще рекомендуют оценивать функцию сердца и почек беременной, пренебрегая оценкой МПК. В 2009-2010 гг. лишь среди терапевтов увеличилось число врачей, считающих необходимым использовать СМАД у беременных с АГ, но несмотря на это, данный метод в целом используется достаточно редко.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНЫХ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ИМПЛАНТИРУЕМЫМ ИСКУССТВЕННЫМ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА

Е.В.Петрова, Б.Г.Искендеров, Т.Н.Вакина, О.А.Петров

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Цель исследования: изучить особенности коморбидных тревожных расстройств у больных с различными формами ишемической болезни сердца (ИБС) и имплантируемым искусственным водителем ритма сердца (ИВР).

Материал и методы: проводился анализ особенностей тревожных расстройств у 84 больных с различными формами ИБС и имплантируемым ИВР. Из них у 55 больных (65,5 %) ИБС проявлялась приступами стенокардии напряжения II – IV ФК, у 23 больных – атеросклеротическим кардиосклерозом без перенесенного инфаркта миокарда в анамнезе и у 6 - аритмической формой ИБС. Кроме того, 41 больной (48,8 %) перенес острый инфаркт миокарда, в том числе 27 больной - инфаркт миокарда с зубцом Q.

Использовались клиничко-инструментальный, клиничко-психопатологический методы и клиничко-психологическое исследование - опросник СМИЛ и госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Результаты. Наиболее часто, у больных с ИБС и имплантируемым кардиостимулятором отмечалось генерализованное тревожное расстройство (35,7 %), смешанное тревожно-депрессивное расстройство (27,4 %) и фобическое расстройство (20,2 %). Кроме того, у 9,5 % больных наблюдалось расстройство адаптации и у 7,2 % больных – паническое расстройство.

В 16,7 % случаев патологическая тревога носила приступообразный характер, в 83,3 % тревожные нарушения были постоянными. Отличительными особенностями приступообразной тревоги являлись эпизодичность возникновения и интенсивность. Типичный приступ тревоги провоцировался внешними обстоятельствами, однако в большей мере его возникновение определялось внутренними причинами. Больные жаловались на необъяснимый страх, ощущение приближающейся смерти или потери рассудка. Поведение в момент приступа характеризовалось заторможенностью или нескоординированным, ограниченным возбуждением – паникой. Основным пусковым моментом тревоги являлся приступ стенокардии, аритмии сердца. Приступообразная тревога выявлялась у больных с фобическими и паническими тревожными расстройствами.

Постоянная форма тревоги отмечалась у больных с генерализованным тревожным расстройством, расстройством адаптации и смешанным тревожно-депрессивным расстройством. При этом хроническая тревога поддерживалась постоянно возникающими тревожными мыслями и опасениями. Больные отмечали внутреннюю напряженность, сочетающуюся с повышенной утомляемо-

стью, нарушением способности к концентрации внимания и расстройством сна. При диагностике выявлялись различные вегетативные нарушения со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта.

Расстройство адаптации у больных носило постоянный характер и было обусловлено психическим стрессом, поддерживаемым постоянной угрозой остановки работы искусственного водителя ритма сердца, опасностью возникновения осложнений электрокардиостимуляции, необходимостью замены кардиостимулятора.

Сравнительный анализ тревожных расстройств у больных с различными формами ИБС до и после имплантации искусственного водителя ритма выявил, что наиболее выраженная тревога отмечалась у больных со стенокардией III и IV ФК, а также у больных, перенесших инфаркт миокарда, как до операции, так и после неё (соответственно до электрокардиостимуляции (ЭКС): $12,48 \pm 0,40$; $13,52 \pm 0,38$; $12,97 \pm 0,36$, после ЭКС: $12,01 \pm 0,35$; $13,28 \pm 0,36$; $12,80 \pm 0,42$). Наоборот, относительно менее выраженную тревогу имели больные с аритмическим вариантом ИБС и атеросклеротическим кардиосклерозом (соответственно до ЭКС: $11,32 \pm 0,31$; $10,46 \pm 0,33$, после ЭКС: $12,04 \pm 0,33$; $11,79$).

После операции имплантации искусственного водителя ритма выявлены некоторые особенности динамики тревожных расстройств у больных с ИБС. Так, в группах больных с исходно высоким уровнем тревоги – у больных со стенокардией напряжения III – IV ФК и постинфарктным кардиосклерозом – после имплантации искусственного водителя ритма динамика практически не отмечалась: от – 1,3 % до – 3,8 % ($p > 0,05$). Это свидетельствует, что у данной категории больных степень тревожных расстройств в основном определяется тяжестью основного заболевания, хотя у отдельных больных выявлялось более значительное снижение или увеличение уровня тревоги.

В группах больных с атеросклеротическим кардиосклерозом и аритмическим вариантом ИБС имплантация искусственного водителя ритма вызывала повышение уровня тревоги, особенно достоверно у последних (на 12,7 %; $p < 0,05$). Однако уровень тревоги у данной категории больных не превышал таковой у больных со стенокардией III и IV ФК и постинфарктным кардиосклерозом.

Оценка роли тяжести клинических проявлений ИБС в генезе тревожных расстройств была продемонстрирована в сравнении с группой больных с идиопатическими (асимптомными) нарушениями сердечного ритма. Следует отметить, что у больных с идиопатическими аритмиями / блокадами сердца исходный уровень тревоги был достоверно ниже ($9,97 \pm 0,31$ балл), чем в общей группе больных с ИБС. Однако послеоперационная динамика (увеличение) уровня тревоги была более заметной: в среднем на 17,5 % ($p < 0,01$).

Заключение. Анализ коморбидных тревожных расстройств у больных с ИБС и искусственным водителем ритма показал, что степень выраженности эмоциональных нарушений коррелирует с тяжестью кардиальной патологии. У больных с ИБС, осложненной нарушениями сердечного ритма, несмотря на некоторое снижение уровня тревоги, после имплантации искусственного водите-

ля ритма, тревожные расстройства остаются на достаточно высоком уровне, что поддерживается новыми психоэмоциональными факторами, обусловленными электрокардиостимуляцией.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИСКУССТВЕННЫМ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА СЕРДЦА И СОПУТСТВУЮЩИМИ ТРЕВОЖНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Е.В.Петрова, Б.Г.Искендеров, Т.Н.Вакина, О.А.Петров

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Имплантация искусственного водителя ритма сердца (ИВР) воспринимается пациентами как причина беспокойства и тревожных ожиданий, связанных со снижением здоровья, потерей работы по специальности, риском развития осложнений электрокардиостимуляции (ЭКС), необходимостью повторной операции – реимплантации ИВР из-за истечения срока службы электрокардиостимулятора, постоянным контролем работы ИВР.

Тесная взаимосвязь психоэмоциональных расстройств и имплантации ИВР определяет необходимость проведения комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий с использованием психокорректирующей терапии, в частности, антидепрессантов, обладающих анксиолитическими свойствами. По профилю эффективности и безопасности антидепрессантов в кардиологической практике выделяют 3 группы препаратов [Дробижев М.Ю., 2002; Довженко Т.В., Васюк Ю.А., Семиглазова М.В., 2009]. В I группу (препараты с низкой степенью риска применения в кардиологии) вошли циталопрам (опра), ципралекс, флуоксетин, сертралин, флувоксамин, пароксетин, пирлиндол, мirtазапин, миансерин. При использовании антидепрессантов II группы — со средней степенью риска кардиотоксического действия — моклобемида, венлафаксина, мапротилина, трициклических антидепрессантов (ТЦА) в малых дозах — необходимо учитывать возможность обострения кардиальной патологии. III группа — ТЦА в средних и высоких дозах, а также ингибиторы моноаминоксидазы — не должна применяться в кардиологии для лечения коморбидных тревожно-депрессивных состояний.

Согласно результатам последних клинических исследований, установлено, что препаратами выбора в терапии психоэмоциональных расстройств у больных кардиологического профиля являются антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. По своей эффективности они сравнимы с ТЦА и вместе с тем практически лишены их негативных побочных действий. В процессе исследования находится также мелатонинергический антидепрессант (вальдоксан).

Цель исследования: изучить эффективность психофармакотерапии в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с искусственным водителем ритма сердца и коморбидными тревожными состояниями.

Материал и методы. Обследовано 84 пациента. У 67,7 % больных была атриовентрикулярная блокада II-III степени, у 23,7 % - брадисистолическая форма синдрома слабости синусового узла и у 8,6 % - синдром брадикардии. Электрокардиостимуляция в 72,1% случаев применялась в режиме VVI-стимуляции, в 22 % случаев - AA1-стимуляции и в 5,9 % случаев – двухкамерной стимуляции. Коморбидные тревожные расстройства были выявлены в 80,6 % случаев. В качестве психокорректирующей терапии применялись антидепрессанты - циталопрам (опра) 20-40 мг/сут, вальдоксан 25-50 мг/сут (1 - 2 мес.) и транквилизаторы – афобазол 30 мг/сут или феназепам 0,5-1 мг/сут (не более 2-3 недель). Эффективность психофармакотерапии оценивали клинико-психопатологическим методом и с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии.

Результаты. Анализ динамики уровня патологической тревоги на фоне применения психотропной терапии с учетом клинических вариантов тревожных расстройств показал её достоверное снижение: от 30,7 до 38,1 %. Купирование тревоги при сопутствующем расстройстве адаптации выявлено в 75,0 % случаев, фобическом расстройстве - в 57,1 %, паническом – в 50,0 %, генерализованном тревожном - в 55,1 %, при смешанном тревожно-депрессивном расстройстве - в 60,7 % случаев.

Редукция коморбидных тревожных состояний способствовала также повышению кумулятивного эффекта лечения соматической патологии, уровня физического функционирования и снижению лекарственной «нагрузки» и соответственно уменьшению фармакоэкономических затрат. В частности, благодаря назначению психокорректирующей терапии, увеличилась дистанция во время пробы с 6-минутной ходьбой с $310,5 \pm 11,4$ до $375,0 \pm 12,0$ м ($p < 0,05$) и показатель самооценки собственного состояния здоровья по визуально-аналоговой шкале уменьшился с $7,5 \pm 0,3$ до $5,8 \pm 0,3$ ($p < 0,01$).

Однако у больных с осложненной ЭКС (перелом и дислокация электрода, миопотенциальное ингибирование искусственного водителя ритма, синдром кардиостимулятора), ассоциированной с синкопальными приступами и соответственно с более тяжелым соматическим статусом, отмечалась относительная резистентность к проводимой терапии (в 85,6% случаев). Следует отметить, что после реимплантации электростимуляционной системы тревожные расстройства носили более упорный характер, поэтому у данной категории больных не удалось добиться полной и стойкой редукции патологической тревоги. Также установлено, что эффективность психокорректирующей терапии обратно коррелирует с количеством выполненных реимплантаций, связанных с техническими осложнениями электрокардиостимуляции у больных.

Заключение. Психофармакотерапия, проводимая в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с искусственным водителем ритма сердца, способствует значительной редукции коморбидных тревожных состояний и особенно эффективна у больных с неосложненной электрокардиостимуляцией.

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ КАК ОСНОВА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Т.Т.Полякова, Г.И.Мартынова, И.И.Кухтевич, А.В.Чуракова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
ГБУЗ ГКБСМП им. Г.А. Захарьина
Пенза

Выделенный в МКБ-10 раздел «соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы» (F 45,3) включает многообразные проявления вегетативных нарушений, среди которых явно преобладают функциональные («невротические») расстройства. Современная трактовка термина «функциональные расстройства» предполагает не абсолютное отсутствие патологического субстрата заболевания, а проявление тонких метаболических и медиаторных сдвигов в органах и системах, тесно связанных с конституциональными и психологическими особенностями личности и вегетативной реактивностью. Несмотря на функциональную природу патологического процесса, вегетативные соматоформные расстройства проявляются многочисленными субъективными вегетативными симптомами, снижающими качество жизни.

В настоящей работе излагаются результаты объективизации вегетативных и психоэмоциональных расстройств у 68 больных (26 мужчин и 42 женщины) с вегетососудистой дистонией (ВСД). Средний возраст больных составлял 38,5 лет. Длительность заболевания у большинства больных (74%) была свыше 5 лет. Из группы обследованных исключались больные с соматическими заболеваниями, страдающие диабетом и гипертонической болезнью.

Обследуемые больные предъявляли жалобы церебрального (76,4% - 52 из 68) и соматоформного характера (82,4% 56 из 68). К первым относились жалобы на общую слабость, раздражительность, утомляемость при выполнении и умственной, и физической работы, преходящие головные боли и головокружения, тревожный сон, чувство необоснованной тревоги. Из соматоформных жалоб чаще отмечались боли в сердце, тахикардия, ощущение перебоев в сердце, нехватки воздуха, стиснение в груди, частые позывы к мочеиспусканию, пароксизмальные боли в эпигастрии, усиление перистальтики кишечника. Наблюдались разнообразные сочетания симптомов и их разная выраженность. У 6-ти больных наблюдались панические атаки. У 4-х больных в анамнезе отмечались обморочные состояния. Органической патологии нервной системы и внутренних органов не наблюдалось.

Вегетативный статус изучался на основании состояния вегетативного тонуса, реактивности (глазо-сердечный рефлекс Даньини-Ашнера, проба с задержкой дыхания Геринга) и обеспечения (проба с физической нагрузкой, ортоклиностатическая проба). О функции гипоталамической области головного мозга судили по изменению сахарной кривой, нарушению терморегуляции и по содержанию адреналина в крови. Исследовался также кожно-гальванический

рефлекс (КГР) с помощью универсального компьютерного полиграфа «Диагност». Психоэмоциональный статус оценивался клинически и с помощью теста Спилбергера-Ханина.

Проведенные исследования показали изменение вегетативного статуса у 91,1% (62 из 68) больных с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы, причем симпатoadреналовая и валоинсулярная направленность реакций наблюдались примерно в равной степени: 52,4% (33) и 47,8% (29) соответственно. У больных с симпатoadреналовой направленностью вегетативных реакций (1-я группа) отмечалось: замедление пульса в пробе Даньини-Ашнера менее, чем на 12 ударов (6-8) в 1 минуту, повышение АД более, чем на 20 мм рт.ст. (30-40), в пробе Геринга, возвращение пульса и АД к исходным величинам более, чем через 3 минуты (5-10), при ортоклиностагической пробе, повышение АД более, чем на 20 мм рт.ст. (25-35), при физической нагрузке. При валоинсулярной направленности вегетативных реакций (2-я группа) наблюдалось: замедление пульса более, чем на 12 ударов (16-18), в пробе Даньини-Ашнера, отсутствие колебаний АД или повышение менее, чем на 20 мм рт.ст. (10-12), при задержке дыхания Геринга, возвращение пульса и АД к исходным величинам через 3 минуты и менее (1-2) при ортоклиностагической пробе, повышение АД менее, чем на 20 мм рт.ст. (10-12), при физической нагрузке. У 66,2 % больных 1-й группы (21 из 33) при исследовании гипоталамических функции у 66,2% отмечены ирритативные сахарные кривые, у 36,3% (12) - склонность к субфебрилитету, асимметричность температур справа и слева, у 30,3% (10) повышение адреналина в сыворотке крови. У 55,1% (16 из 29) 2-й группе сахарные кривые были торпидными, нарушений терморегуляции не отмечено, уровень адреналина не изменялся. Психоэмоциональные расстройства в виде тревоги и легкой депрессии отмечены у 66,7% (44 из 68) больных. Средний показатель ситуативной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина равнялся $42,55\% \pm$ балла. Среднелатентное время в КГР составило $3,11-0,04$ сек., длительность реакции – $8,80 \pm 0,08$ сек.

Таким образом, проведенные нами исследования свидетельствуют о наличии у больных с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы изменений вегетативного тонуса, реактивности и обеспечения, а также признаков дисрегуляции гипоталамических функций с разной вегетативной направленностью. Индивидуальный учет вегетативной направленности (симпатoadреналовой или валоинсулярной) позволит более конкретно использовать вегетотропные препараты: адренолитики и холиномиметики в случае преобладания тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, холиномиметики и адреномиметики - ее парасимпатического отдела. Учет психоэмоционального фона в виде тревоги и легкой депрессии у таких больных дает основание для включения в комплекс лечения мягких анксиолитиков и антидепрессантов, что будет способствовать ускорению выздоровления.

В-КЛЕТОЧНЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НЕХОДЖКИНСКИЕ ЛИМФОМЫ И МЕТОДЫ ИХ ДИАГНОСТИКИ

Е.Е.Пономарева, Н.А.Круглякова, Н.В.Афонина, Т.В.Чагорова

ГБУЗ «Областной онкологический диспансер»
Пенза

Неходжкинские злокачественные лимфомы (НХЛ) занимают важное место в структуре гемобластозов. Средняя заболеваемость по Пензенской области за 2009-2011 годы составила - 8,27, распространенность - 38,5, смертность - 4,65x100000 населения. Всего взято на учет за 2009 - 2011 г. с НХЛ 283 человека. Городское население болеет НХЛ чаще сельского (65%). Средняя продолжительность жизни после установления диагноза НХЛ 4,7 лет. Современная диагностика НХЛ невозможна без проведения иммуногистохимического исследования опухолевого субстрата, который позволяет установить линейную принадлежность злокачественных лимфоидных клеток (Т или В) и степень их дифференцировки. Это дает возможность правильно определить прогноз заболевания, тактику ведения и лечения больных, улучшить результаты лечения и повысить выживаемость. Особого внимания заслуживает диагностика В-клеточных лимфом, для лечения которых используется препарат таргентной терапии мабтера.

Цель работы: Выделить частоту отдельных нозологических форм В-клеточных лимфом в соответствии с критериями классификации ВОЗ (2002 г.), наблюдавшихся в Пензенской области.

Материалы и методы: Проведен комплексный анализ морфологических и иммуноморфологических данных 141 пациента с НХЛ с впервые установленным диагнозом за 2009-2011 г.г. Использовался иммуноморфологический метод исследования с моноклональными антителами. Панель включает в себя более 100 наименований антител, используются антитела фирм Dako, Cell Marque, Lab Vision. Исследования проводились на аппарате Ventana.

Результаты: Анализ структуры В-клеточных лимфом был проведен в группе из 141 пациента, диагноз которых удалось верифицировать согласно критериям ВОЗ 2002 г. Среди них мужчин 58 (40%), женщин – 83 (60%), в возрасте от 21 до 82 лет (средний возраст больных – 51 год).

Больным проводилась цитологическая, гистологическая верификация диагноза с обязательным последующим иммунофенотипическим исследованием опухолевого образования.

Частота различных вариантов неодинакова.

Среди В-клеточных НХЛ диффузная крупноклеточная лимфома составляет - 51,8%, фолликулярная - 15,6%, лимфома маргинальной зоны - 6,4%, лимфома мантийной зоны - 5,7%, мелкоклеточная лимфоцитарная - 5,0%.

	2009 г.	2010 г.	2011 г.
В лимфобластный лейкоз\лимфома	-	1	-
Хронический лимфоцитарный лейкоз\лимфома	5	2	-
В-клеточный пролимфоцитарный лейкоз	-	-	-
Лимфоплазмоцитарная лимфома	-	2	1
Плазмноклеточные опухоли	-	2	2
Экстранодальная В-клеточная маргинальной зоны (MALT)	1	1	1
Нодальная В-клеточная маргинальной зоны	2	1	3
Фолликулярная лимфома	6	7	9
Лимфома из клеток зоны мантии	2	3	3
Диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома	30	20	23
Медиастинальная крупноклеточная В-клеточная лимфома	3	2	3
Лимфома Беркитта	2	1	3
	51	42	48

Выводы: 1. Без проведения иммуноморфологического исследования ткани лимфатических узлов нельзя установить диагноз НХЛ согласно современным стандартам обследования и лечения больных.

2. Результаты иммуноморфологического исследования дают возможность гематологу правильно определиться с тактикой ведения и, в конечном счете, улучшить результаты лечения и выживаемости этой большой группы больных.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ 14 ЛЕТ

Л.А.Потапова, А.В.Котовский, С.Л.Тузов, Н.С.Карташева, Л.А.Мусатова

ГБУЗ «Кузнецкая городская детская больница», Кузнецк
ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России, Пенза

Диспансеризация подростков 14 лет проводилась в апреле-ноябре 2011 г. в соответствии с распоряжением МЗ и СР Пензенской области №3531 «Об организации и проведении диспансеризации 14 летних подростков».

Диспансеризации подлежали дети, достигшие 14 летнего возраста на момент осмотра. Осмотрено 1127 подростков, из них 397 из Кузнецкого района. Всего зарегистрировано заболеваний 1734 (1538‰).

По нозологическим формам заболевания распределились следующим образом:

- Новообразования у 3 детей (2,7‰);
- Болезни эндокринной системы – 199 (176,5‰);
- Пониженное питание – 14 (12,4‰);
- Ожирение – 75 (66,5‰);

- Болезни глаз – 330 (292,9‰);
- Болезни системы кровообращения – 130 (115,3‰);
- Болезни органов пищеварения – 517 (458,7‰);
- Болезни костно-мышечной системы – 322 (285,7‰);
- Врожденные аномалии – 18 (15,9‰).

Из числа зарегистрированных заболеваний выявлено впервые 573 (33‰), в том числе:

- Новообразования у 2 детей (3,5‰);
- Болезни крови и кроветворных органов - 2 (3,5‰);
- Болезни эндокринной системы – 78 (136‰);
- Пониженное питание – 10 (17,5‰);
- Ожирение – 24 (41,9‰);
- Болезни глаз – 52 (90,8‰);
- Болезни системы кровообращения – 96 (167,5‰);
- Болезни органов пищеварения – 62 (108,2‰);
- Болезни костно-мышечной системы – 125 (218‰);
- Болезни моче - половой системы – 51 (89‰)
- Врожденные аномалии – 6 (10,5‰).

По результатам проведенной диспансеризации дети были распределены по группам здоровья (таб. 1)

Таблица 1

Распределение детей по группам здоровья с учетом места проживания (факт./ %)

Количество детей		I гр.	II гр.	III гр.
г. Кузнецк	730	99 (13,6%)	435 (59,6%)	196 (26,8%)
Кузнецкий район	397	4 (1%)	195 (49,1%)	159 (40,1%)
Всего	1127	103 (9,1%)	630 (55,9%)	355 (31,5%)

По результатам диспансерного осмотра для уточнения диагноза на дополнительное обследование было направлено 104 (9,2%) подростка, из них фактически обследованы были 74 человека (6,6%)

Лечение было рекомендовано 943 (83,7%) детям, а проведены лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия – 619 (54,9%). В амбулаторно-поликлинической сети пролечено 588 детей (52,2%), а стационарную помощь получили 21 подросток (1,8%). Санаторно-курортную реабилитацию прошли 10 человек (0,9%).

Выводы:

Отмечено большое количество впервые выявленных заболеваний (573).

Традиционно высоким для подростков остается уровень заболеваний органов пищеварения – 517, зрительного аппарата - 330 и болезни костно-мышечной системы - 322.

При анализе впервые выявленных заболеваний на себя обращает внимание рост пониженного питания (10 детей) и новообразований (2 подростка) по сравнению с имевшимися ранее (4 и 1 ребенок соответственно).

Лечебно-оздоровительные процедуры и реабилитационные мероприятия не удалось провести в полном объеме в связи с отдаленностью сел от районного центра.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ РИНОСИНОСИТОВ

*Н.К.Починина, Р.П.Крымская, А.В.Федин, В.Г.Цыганков, В.И.Терешин,
Е.В.Исинская*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России, Пенза
ГБУЗ Кузнецкая ЦРБ, г. Кузнецк Пенз. обл.
ГБУЗ Городская детская поликлиника №1, Пенза

Частота хронических заболеваний параназальных синусов в последнее время неуклонно растет. Это связано с ухудшением экологической и социальной обстановки, усилением вирулентности микробной флоры, изменением ее состава и резистентности к антибактериальным препаратам. Лечение больных с рецидивирующими риносинуситами представляет немалые сложности. Сложившиеся схемы и методы лечения не всегда удовлетворяют больного и врача. В частности, широкое использование антибиотиков, деконгестантов местного и общего действия, противовоспалительных средств в традиционных схемах лечения дополнительно ослабляет иммунитет макроорганизма. Рецидивирование воспалительных процессов приводит к атрофии мерцательного эпителия слизистой оболочки верхних дыхательных путей, изменениям в количестве и свойствах секрета (Г.З.Пискунов, 1998). Продукция секрета с измененными реологическими свойствами – высокой вязкостью и адгезивностью, наряду с угнетением мерцательной активности реснитчатых клеток способствует скоплению секрета и механической обтурации (R. Modugno, 2004). Эти процессы оказывают негативное влияние на течение воспалительного процесса и снижают активность терапии. Большое значение в патогенетической терапии следует уделять состоянию мукоцилиарного транспорта и способам его коррекции.

Антигомотоксические препараты (АГТП), обладают способностью восстанавливать функциональные характеристики тканей, органов и систем, оказывать регулирующее воздействие на метаболизм и иммунный статус, практически лишены побочных эффектов и возрастных ограничений. АГТП оказывают целый ряд лечебных эффектов, к которым относятся сосудорасширяющий, антимикробный, обезболивающий, антигистаминный и антиагрегационный эффект (П.М. Черноморец, А.В.Жолос, 2006; Барри Роуз, 2000).

Траумель С является комплексным АГТП, состоящим из 12 компонентов растительного и 2-х минерального происхождения, которые оказывают стиму-

лирующее, противовоспалительное, антиэкссудативное и регенерирующее действие.

Эуфорбиум композитум спрей нормализует обменные процессы, обладает противовирусным действием, препятствует высыханию слизистой, активизирует лизосомальные ферменты, эффективно воздействует на выведение абсорбированных в соединительной ткани гомотоксинов (Г.Г. Рекевэг, 1988).

Мукоза композитум обладает иммуностимулирующим, репаративным, противовоспалительным действием. Входящие в состав препарата *Mucosa nasalis suis* способствует стимуляции при функциональных нарушениях слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух и восстанавливает ее функциональное состояние при ретоксических поражениях.

Целью нашей работы было исследование действия вышеуказанных препаратов в комплексном лечении пациентов, страдающих рецидивирующими риносинуситами.

Материалы и методы исследования. Под нашим амбулаторным наблюдением находилось 37 больных с рецидивирующими риносинуситами в периоде относительной ремиссии заболевания в возрасте от 14 до 52 лет. Из наблюдаемых больных выделено две группы пациентов. I группа (17 человек) получали с целью реабилитации в восстановительном периоде АГТП. II группа (20 человек) состояли на диспансерном наблюдении и АГТП не получали.

Всем больным проведено общеклиническое обследование, эндоскопия полости носа и носоглотки. Все больные указывали на ощущение заложенности полости носа, ринорею, периодические приступы чихания и слизистые выделения из носа. При риноскопии слизистая оболочка полости носа была отечной, пастозной, цианотичной, просвет носовых ходов был сужен. При эндоскопическом исследовании определялась инфильтрация слизистой оболочки носоглоточного устья слуховой трубы, носоглоточной миндалины.

У больных I группы проведено лечение инъекциями траумеля в передние концы нижних носовых раковин по 1,1 мл. Всего 5 инъекций. Первые три инъекции выполнялись с интервалом 48 часов, последующие две инъекции с интервалом в 5-7 дней. Затем 3 инъекции мукоза композитум по 1,1 мл в передние концы нижних носовых раковин 1 раз в неделю.

Эуфорбиум композитум спрей в нос 2 дозы 3 р/д до 1 месяца. Эуфорбиум композитум, оказывая благоприятное воздействие на слизистую полости носа, не вызывает привыкания к воздействию препарата, тем самым предотвращая опасность развития медикаментозного ринита.

Кроме применения АГТП больные I группы проводили ежедневные физические упражнения, дыхательную гимнастику и контрастные водные процедуры. Результаты лечения прослежены в течение 1,5 лет.

В результате лечения у пациентов I группы мы наблюдали уменьшение выделений из носа, значительное снижение отека и инфильтрации слизистой оболочки носа и носоглоточного устья слуховой трубы, нормализацию рентгенологической картины околоносовых пазух.

У 5 больных I группы были отличные результаты, у 8- хорошие. Число рецидивов от 1 до 2 раз в год было у 4 больных. У больных II группы было от 3 до 4 эпизодов обострения в течение года.

Выводы.

Применение антигомотоксических препаратов Траумель - С, Эуфорбиум композитум спрей, Мукоза композитум в лечении больных рецидивирующими риносинуситами повышает эффективность стандартных схем лечения, предотвращает процесс эндогенной интоксикации, обусловленный антибиотиками, оказывает нормализующее действие на структуру и функцию слизистых оболочек, снижает уровень эндотоксикоза и тем самым значительно улучшает прогноз течения заболеваний, улучшает клиническое состояние пациентов и возвращает их к активной социальной жизни.

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Н.К.Починина, Н.А.Шкурова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Проблема сахарного диабета одна из актуальных в современном здравоохранении. Социальная значимость заболевания связана с ранней инвалидизацией и высокой летальностью от развивающихся осложнений. Количество больных диабетом увеличивается во всех странах и, по данным ВОЗ (2011год), насчитывается более 230 млн. больных. В РФ по данным 2011г, сахарным диабетом страдает более 300 тыс. человек. В Пензенской области зарегистрировано 27 тыс. больных сахарным диабетом 2 типа, 3 тыс. больных сахарным диабетом 1 типа. Гнойные процессы различных органов (абсцессы, флегмоны, фурункулы, карбункулы) развиваются у 10 - 25% больных сахарным диабетом. Так, согласно данным А.И. Муминова, гнойно-воспалительные заболевания ЛОР-органов встречаются у 59% больных сахарным диабетом. Течение гнойно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов на фоне сахарного диабета, отличается рядом особенностей. Как известно, любой гнойный очаг в организме вызывает нарушение всех обменных процессов, приводит к инсулиновой недостаточности, прогрессированию сахарного диабета и даже его декомпенсации. Нарушения обмена, в свою очередь, замедляют регенерацию и репарацию тканей, осложняют и усугубляют течение воспалительного процесса, способствуют его распространению и генерализации. По данным В.И. Стручкова и В.К. Гостищева у каждого третьего больного диабетической комой была спровоцирована различными инфекционно-токсическими заболеваниями. При возникновении сочетанной патологии гнойно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов и сахарного диабета, имеют место не два самостоятельно развивающихся процесса, а взаимосвязанная, взаимно отягощающаяся новая форма заболевания: по современным представлениям возникает синдром «взаимного отягощения». С

сентября 2011г по март 2012г, на базе ГБУЗ ГKB СМП им. Г.А. Захарьина г. Пензы в ЛОР-отделении им. В.А. Кузнецова, нами было проведено комплексное обследование и лечение 15 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЛОР-органов на фоне сахарного диабета 2 типа. Среди них- 3 пациента с диагнозом обострение хронического гнойного среднего отита, 2 пациента с диагнозом отомикоз, 3 пациента с острым гнойным полисинуситом, 2 пациента с диагнозом обострение хронического гнойного полисинусита, 1 пациент с обострением хронического ларингита, 3 пациента с абсцедирующим фурункулом носа, 1 пациент с фурункулом наружного слухового прохода. Мужчин - 9 человек, женщин - 6 человек. Возраст обследуемых от 49 до 72 лет. По длительности заболевания сахарным диабетом 2 типа, все больные были разделены на 2 группы. Первая группа- 8 больных, у которых продолжительность сахарного диабета 10 лет и более. Вторая группа- 7 больных с впервые выявленным сахарным диабетом. Всем больным проводилось следующее обследование: общеклинический анализ крови: содержание гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов в периферической крови, лейкоцитарная формула, СОЭ; биохимические исследования – содержание общего белка и белковых фракций, остаточного азота, мочевины, холестерина, креатинина. Нарушения углеводного обмена оценивали по показателям 3-4 разового круглосуточного определения глюкозы капиллярной крови. а так же исследовалась моча на ацетон и сахар. Всем пациентам проведена консультация эндокринолога. В связи с тяжестью гнойного процесса 7 пациентов были переведены на кратковременную инсулинотерапию актрапидом. Остальным 8 пациентам проведена корригирующая терапия сахароснижающими препаратами в таблетированной форме.

Полученные результаты показали, что, лечение гнойно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов на фоне сахарного диабета должно проводиться с участием врача-эндокринолога.

Тактика лечения заключается в немедленном широком вскрытии гнойных очагов, коррекции нарушенных обменных процессов и, в первую очередь, углеводного обмена с применением инсулина, назначением антибиотиков широкого спектра действия, а также дезинтоксикационной и иммуно-корректирующей терапии.

Гнойная инфекция ЛОР - органов может приводить к тому, что латентная или легкая форма СД переходить в тяжелую, трудно поддающуюся коррекции.

К ВОПРОСУ О СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А.А.Прибытков, А.В.Сумская, О.В.Плотникова, Э.М.Вилкова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Наряду с клиническими характеристиками заболевания, социальное функционирование психически больных является важнейшим аспектом,

влияющим на прогноз психических расстройств и определяющим особенности комплексной терапии (Гурович И.Я. с соавт., 2004; Brissos S. et al., 2011). Больные шизофренией представляют собой одну из наиболее уязвимых групп пациентов, страдающих психическими заболеваниями, для которой характерны значительные нарушения социальной адаптации (Шевченко В.А. с соавт., 2008; Burns T. et al., 2007; Figueira ML. et al., 2011). С учетом вышеизложенного возникает необходимость детального анализа нарушений социального функционирования больных шизофренией.

Цель исследования: установление особенностей социального статуса пациентов, страдающих шизофренией.

Материал и методы: невыборочным методом было обследовано 120 больных шизофренией, находившихся на лечении в общепсихиатрическом стационарном отделении ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова» (г. Пенза) в 2011 году. В исследовании использовался клинко-психопатологический метод и «Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» (Гурович И. Я., Шмуклер А.Б., 1998).

Результаты исследования.

Среди обследованных пациентов отмечено незначительное преобладание мужчин – 55%. Средний возраст больных составил $38,6 \pm 12$ лет (от 17 до 70 лет). В исследованной группе преобладали больные с параноидной формой шизофрении (87,5% наблюдений). Среди них у 47,6% отмечался приступообразный тип течения, у 52,4% – непрерывный. Реже отмечалась простая (6,7%) и недифференцированная (5,8%) формы шизофрении. Средний возраст дебюта заболевания составил $24,8 \pm 6,1$ года (от 12 до 40 лет). Продолжительность заболевания (от дебюта до включения в исследование) составила от 0 (госпитализирован в период дебюта) до 42 лет. Средняя длительность заболевания составила $13,8 \pm 9,9$ лет. В исследованной группе количество больных с длительностью заболевания до 5 лет составило 20,9%, с длительностью свыше 5 до 10 лет – 17,5%, свыше 10 до 15 лет – 20% и больные с длительностью заболевания более 15 лет – 41,7%.

Выявлен достаточно высокий образовательный уровень обследованных больных: 38,3% имели высшее и незаконченное высшее образование, 41,7% – среднее специальное и 20% среднее или неполное среднее образование. Работали в исследованной группе лишь 10 человек (8,3%), из них 4 человека (3,3% выборки) были работающими инвалидами. Большинство пациентов имели инвалидность (97 человек – 80,8%), 2 пациента (1,7%) обучались в ВУЗах и один – был пенсионером по возрасту (не имел группы инвалидности). Достаточно большое количество больных (11,7%) не работали, но при этом не имели группы инвалидности.

В большинстве случаев (70,8 % наблюдений) у больных имело место сложное материальное положение: денежных средств хватало только на питание, отмечалась недостаточная обеспеченность одеждой, иные расходы пациентам были недоступны. В части случаев (3,3% выборки) материальное положение

ние больных оценивалось как бедственное: отмечался недостаток средств даже на питание, ветхость одежды, невозможность удовлетворить основные жизненные потребности. Удовлетворительное (26,7%) и хорошее (2,5%) материальное положение отмечено менее, чем у трети больных (29,2% исследованной выборки). Следует отметить, что у 20 из 35 пациентов (57,1%), чье материальное положение было оценено как удовлетворительное или хорошее, основным источником дохода была материальная помощь со стороны родственников.

Среди обследованных пациентов лишь 6,7% состояло в браке и проживало в собственной семье. Большинство (67,5%) никогда не состояло в браке. В 20,8% наблюдений больные были разведены, в 5% наблюдениях – вдовы. С родителями или другими родственниками проживало 73,3% больных, со своими детьми – 5,8%. Достаточно большое количество больных (17 человек, 14,2% наблюдений) проживали одни, из них 3 человека (2,5% выборки) не имели родственников. В исследованной группе нарушение взаимоотношений с родственниками отмечено в 41,6% наблюдений: в 13,3% случаев отношения с родственниками характеризовались как конфликтные, в 28,3% наблюдений – как неустойчивые. Удовлетворительные взаимоотношения с родственниками наблюдались в 55,9% наблюдений (31,7% – хорошие, 24,2% – нейтральные).

В исследованной группе больных отмечено значительное снижение круга общения. Широкий круг общения, в значительной мере по инициативе больного отмечался в единичных случаях (3 пациента, 2,5% наблюдений). Общение внутри семьи и с небольшим количеством друзей наблюдалось в 24,2% наблюдений, общение внутри семьи – в 23,3% наблюдений. В 50% наблюдений имело место значительное снижение круга общения: больные эпизодически общались с узким кругом лиц (41,7% наблюдений), либо практически не общались с окружающими (8,3% наблюдений).

Таким образом, несмотря на достаточно высокий уровень образования, в исследованной группе существенно преобладали инвалиды вследствие психического заболевания (80,8%) и лица, не имеющие постоянного места работы (11,7%). У большинства больных (70,8%) отмечалось затруднительное материальное положение. В исследованной группе отмечено значимое снижение круга общения и нарушение семейной адаптации в виде преобладания холостых (67,5%) и разведенных (20,8%) пациентов, нарушений взаимоотношений с родственниками. Выявленные особенности социального функционирования необходимо учитывать при разработке программ психосоциальных вмешательств.

ОПАСНОСТЬ МОЛОЧНЫХ СМЕСЕЙ ДЛЯ ВСКАРМЛИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

*И.А.Прокофьев, Е.А.Захарченко, О.В.Решетникова, О.С. Погребняк,
Ю.Г.Катюшин*

ФГБОУ ВПО ПГУ Минобрнауки России,
ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Актуальность. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) на планете 1,5 миллиона младенцев умирает ежегодно от расстройства желудка, потому что не получает материнского молока. Их жизни могли бы быть спасены, если повернуть вспять процесс сокращения числа кормящих матерей, так считает Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ). Как показывают последние исследования, проведенные во многих странах, происходит постоянное снижение числа детей на грудном вскармливании, составляя в некоторых из них не более 35% к возрасту 6 месяцев. Данная проблема очень актуальна для России. Так в декабре 2011 года в Иркутской области адаптированной молочной смесью «Дамил Люкс» - «просто супер» бельгийского производства были отравлены 23 ребенка и две мамы. Зарегистрированы случаи отравлений на Урале и в других регионах РФ. Смесью продавалась с сальмонеллой. По факту отравлений заведено уголовное дело по ч.2 ст. 238. Отрицательные побочные проявления на смеси могут быть с первых дней их применения. В детской смеси вредоносные бактерии развиваются очень быстро. Поэтому при кормлении ребенка детская смесь может быть заражена бактериями, что может быть опасным для здоровья ребенка (известно немало случаев массового отравления молочными смесями). Сами бутылочки трудно мыть, и если их не кипятить после каждого кормления, могут служить источником инфекции. Поэтому дети «искусственники» чаще страдают от поносов и других инфекций. При этом возможно серьезное истощение детского организма.

Большинство смесей сделано на основе коровьего молока, и хотя они могут содержать достаточное количество витаминов и минералов, их усваиваемость значительно хуже по сравнению с грудным молоком. Так, железо, содержащееся в адаптированных смесях, не абсорбируется полностью и от этого возрастает опасность развития железодефицитной анемии.

Нагрузка на пищеварительную систему, печень и почки малыша, который находится на искусственном вскармливании, увеличивается в 2 - 3 раза. Смесью не содержатся регуляторы роста и развития мозга ребенка, человеческих гормонов, противомикробных факторов. У детей, вскормленных грудным молоком, выше уровень интеллекта на всю последующую жизнь. В смеси только 40 компонентов, а в молоке матери – 400, причем состав грудного молока меняется с ростом малыша согласно потребностям растущего организма. В смеси добавляются самые дешевые растительные масла – пальмовое и рапсовое, содержащие мало полезных веществ, которые могут нарушать кальций-фосфорный

обмен и содействовать нарушению минерализации костной ткани. Увеличивается риск аллергии, кишечных инфекций, диабета, ожирения, кариеса, нарушений формирования прикуса, нарушений обмена веществ, снижения зрения, риск синдрома внезапной смерти младенцев. Грудное вскармливание способствует установлению эмоционального контакта с родителями.

Все смеси для вскармливания доношенных детей дают опасные отдаленные последствия в виде увеличения частоты многих болезней у взрослых, в том числе атеросклерозом, сердечнососудистыми, эндокринными и др. заболеваниями.

Цель и задачи исследования. Выявить основные причины раннего перевода детей на искусственное вскармливание для повышения эффективности пропаганды грудного вскармливания в г. Пензе и области.

Методы и объем исследований. Изучен характер вскармливания у 43 доношенных детей в возрасте до 3 месяцев, получавших искусственное вскармливание, с использованием критериев Кодекса Всемирной Ассамблеей Здоровоохранения по грудному вскармливанию и Маркетингу Заменителей Грудного Молока (1981). Согласно которого, производители детского питания не должны:

- Производить бесплатные поставки искусственного молока в больницы.
- Рекламировать свою продукцию медицинским работникам.
- Использовать изображение младенцев на этикетках с питанием для младенцев.
- Делать подарки матерям или работникам здравоохранения.
- Давать родителям бесплатные образцы продукции.

Результаты исследования. При сборе анамнеза выявлено, что у 40 женщин не было уверенности в преимуществе грудного молока перед их заменителями. Видимо по этой причине матери легко соглашались на кормление молочными смесями уже на этапе роддома. Так 33 ребенка уже на 3 – 5 день жизни получили молочную смесь. Остальные 10 детей получили молочные смеси в течение 10 - 30 дней после выписки из роддома. Известно, что случаи, когда женщины физически не в состоянии кормить грудью своих детей очень редки. Поэтому считаем, что столь поспешное введение смесей детям было необоснованным. Причиной снижения лактации у матерей в первые дни после родов носит чаще физиологический характер, так как новорожденный еще не адаптирован к новым условиям жизни и питания. В этих случаях, как правило, можно усилить лактацию увеличением режима питья, сцеживанием молока. В нашем исследовании 29 новорожденных получили докормом из бутылочки без достаточных на то оснований. Как известно, это содействует развитию проблем у ребенка с сосанием и количеством отсасывания грудного молока. 9 матерей получили смесь для вскармливания бесплатно, что послужило поводом для продолжения вскармливания смесью в дальнейшем за свой счет. Со слов всех матерей большое негативное влияние в выборе способа вскармливания имела реклама смесей, с которой родители встретились в женских консультациях, родильных

домах, детских поликлиниках. Почти в каждом магазине или аптеке города имеются реклама заменителей грудного молока. А все это грубое нарушение Международного Кодекса по защите детей и матерей от неправильного маркетинга.

Таким образом, наиболее частыми причинами перевода детей на искусственное вскармливание у обследованных детей являются, недостаточная просветительная работа среди матерей о преимуществах грудного молока. Этому содействует деятельность производителей молочных смесей. Фирмы используют сотрудничество с медицинскими работниками, убеждая рекомендовать их продукт. Особенно негативно сказывается на грудном вскармливании бесплатная поставка фирмами в роддома заменителей молока. Это поощряет мам прибегать к необоснованному введению докорма уже в роддоме, что влечет за собой раннее прекращение кормления грудью. Чтобы бороться со сложившейся ситуацией необходимо:

1. Использовать любую возможность разъяснить матерям и отцам преимущества грудного вскармливания. Каждый раз, рекламируя грудное вскармливание, Вы имеете возможность постепенно убедить мать в том, что кормление грудью является единственным ценным способом кормления детей.
2. Добиваться строгого соблюдения правил торговли детским питанием. Отказ медицинских учреждений от благотворительной помощи фирм производителей молочных смесей и их бесплатному дарению образцов продукции родителям.
3. Наладить работу групп поддержки грудного вскармливания и горячих линий поддержки кормящих матерей. Только так идея грудного вскармливания найдет широкое распространение среди населения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ УРСОДЕОКСИХОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ В ТЕРАПИИ ЗАТЯЖНЫХ КОНЬЮГАЦИОННЫХ ЖЕЛТУХ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

*Л.Г.Радченко, В.И.Струков, М.Н.Максимова, М.Н.Гербель, Г.П.Дерябина,
Л.В.Камардина, А.В.Митрофанова, Л.И.Щетинина, Н.В.Агеева, Е.В.Логинова*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
ГБУЗ ПОДКБ им Н.Ф.Филатова, Пенза
ГБУЗ «Кузнецкая городская детская больница», Кузнецк

Затяжные конъюгационные желтухи являются частой нозологической формой у детей первых трех месяцев жизни. По данным отечественной литературы (Н.Н Володин, 2007, Г.В.Яцык, 2008) последние встречаются у доношенных детей в 50 – 60%, у недоношенных – в 70 – 80%. Печень у детей первых месяцев жизни характеризуется функциональной незрелостью. Несостоятельность глюкоронил-трансферазной системы, гипопропротеинемия, несовершенство реакции конъюгации способствуют более выраженной гипербилирубинемии и

более длительному течению желтухи (А.И. Хазанов, 2009). Уровень непрямой гипербилирубинемии у данной категории детей может достигать 200-250 мкмоль/л и сохраняться на таких высоких цифрах до полутора, двух с половиной месяцев жизни (Н.П. Шабалов, 2008).

В связи с отсутствием четкого определения понятия затяжной конъюгационной желтухи, особый интерес представляет изучение последней у детей, одной из причин которой является транзиторный гипотериоз.

Целью нашего исследования явилось изучение терапевтического действия препаратов урсodeоксихолиевой кислоты при затяжных конъюгационных желтухах у детей.

Задачи исследования: проанализировать терапевтическую эффективность препарата урсосан у детей с конъюгационной желтухой на фоне транзиторного гипотериоза.

Особенностями желтухи при гипотиреозе является появление иктеричности на второй, третий день жизни, продолжительность последней от трех, до двенадцати недель жизни. Описаны случаи затяжной конъюгационной желтухи при гипотиреозе до четырех, пяти месяцев жизни. В крови преобладает свободный билирубин, концентрация которого достигает 204 мкмоль/л и более (М.С.Ефимов, Д.Н.Дегтярёв, 2007).

На базе ГБУЗ ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова и ГБУЗ «Кузнецкая городская детская больница» в отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей нами было обследовано 133 ребенка от семи дней до трех месяцев жизни с затяжной конъюгационной желтухой на фоне транзиторного гипотиреоза. Из них: 89 родились в срок, и 44 – преждевременно. Из 133 матерей исследуемых детей первородящие составили 67%, повторно – 33%. Возраст женщин - от 17 до 37 лет, в 70% случаев он составил 19-25 лет. На естественном вскармливании находилось 65% обследованных детей. Отягощенный акушерский анамнез отмечался в 74% случаев.

Наблюдаемые дети были выделены в две равноценные группы:

I – 46 человек, из них 27 (58%) доношенные и 19 (42%) недоношенные дети, получали традиционную (базовую) терапию затяжной конъюгационной желтухи;

II – 87 человек, 55 (63%) и 32 (37%), соответственно, доношенные и недоношенные дети, которые, помимо традиционной терапии, дополнительно получали урсосан внутрь, из расчета 5-10 мг/кг массы тела в два-три приема, курсом 10-12 дней.

Урсосан - гепатопротектор, производное урсodeоксихолиевой кислоты, уменьшает образование токсичных желчных кислот, стимулирует холерез. Выводится желчью. Не имеет возрастных ограничений в применении. Для определения терапевтической эффективности урсосана применялись клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Анализируя полученные результаты, можно отметить, что затяжной характер желтух наблюдался в обеих исследуемых группах. Её длительность колебалась от 3 недель до 2,5 месяцев и в среднем составила 1,5 месяца. Продол-

жительность конъюгационной желтухи была более выраженной в I группе, дети которой получали только базовую терапию, в большей степени у недоношенных. Во II группе, где детям дополнительно к традиционной терапии назначался гепатопротектор урсосан, продолжительность желтухи была достоверно меньше на 7-10 дней у доношенных. В то время как у недоношенных детей II группы, затяжная гипербилирубинемия и желтуха на фоне сочетания базовой терапии и урсосана, по сравнению с данной категорией детей I группы, была менее продолжительна, но не достоверна.

В заключении можно сделать выводы:

- затяжная конъюгационная желтуха более выражена и продолжительна у недоношенных детей;
- представленные результаты подтверждают терапевтическую эффективность гепатопротектора урсосана в терапии затяжной конъюгационной желтухи у детей с транзиторным гипотиреозом;
- урсосан хорошо переносим, совместим с другими лекарственными препаратами, используемыми в терапии затяжных конъюгационных желтух, не вызывает побочных осложнений.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Ф.К.Рахматуллов, С.А.Пчелинцева, А.Ф.Рахматуллова, Ю.Н.Грачева

ФГБОУ ВПО ПГУ Минобрнауки России
Пенза

Цель исследования. Изучить скорость восстановления механической функции и эффективного рефрактерного периода левого предсердия (ЭРП ЛП) при изолированной фибрилляции предсердий (ФП). Материал и методы исследования. В исследование включено 137 больных с пароксизмальной формой изолированной ФП, из них 75 человек с адренергической формой и 62 - с вагусной формой. Механическую функцию и ЭРП ЛП оценивали после спонтанного восстановления синусового ритма при устойчиво индуцированной ФП методом чреспищеводной стимуляции сердца. Результаты исследования. В зависимости от скорости восстановления механической систолы и ЭРП ЛП после перехода индуцированной ФП в синусовый ритм все больные были разделены на три группы.

В первую группу вошли 5 больных: 3(4,7%) с адренергической и 2 (3,6%) - с вагусной формой ФП. У пациентов этой группы восстановление механической систолы и ЭРП ЛП произошло сразу после спонтанного восстановления синусового ритма при индуцированной ФП. Вторую группу составили 26 больных: из них 16 (25%) с адренергической и 10 (18,3%) – с вагусной формой ФП. Восстановление механической функции и ЭРП ЛП после перехода индуцированной ФП в синусовый ритм происходило постепенно волнообразно. В зависимости от скорости восстановления механической функции ЛП и ЭРП ЛП

больные второй группы были разделены на три типа. Первый тип наблюдался у 8 пациентов: у 5 с адренергической и у 3 – с вагусной формой. При данном типе восстановления изучаемых показателей механическая систола ЛП восстанавливалась в течение второго часа после перехода ФП в синусовый ритм, а ЭРП ЛП – волнообразно. Второй тип наблюдался у 9 больных: из них у 6 с адренергической и у 3 с вагусной формой. При данном типе ЭРП ЛП нормализовался сразу после восстановления синусового ритма, а механическая систола ЛП восстанавливалась волнообразно. Третий тип был установлен у 9 больных: из них у 5 с адренергической и у 4 – с вагусной формой. При этом типе восстановление и механической систолы и ЭРП ЛП происходило волнообразно. В третью группу вошли 88 пациентов: из них 45 (70,3%) с адренергической и 43 (78,2%) – с вагусной формой ФП, у которых ЭРП ЛП восстановился в течение второго часа, а механическая систола ЛП в течение третьего часа, то есть отсрочено. Таким образом, у больных с частыми пароксизмами изолированной фибрилляции предсердий после спонтанного восстановления синусового ритма при индуцированной ФП механическая систола и эффективный рефрактерный период левого предсердия восстанавливаются сразу в 4,2% случаев; восстанавливаются волнообразно в 21,9% случаев, в 73,9% случаев – в течение второго часа восстанавливается эффективный рефрактерный период левого предсердия, а в течение третьего часа – механическая систола левого предсердия.

ВЛИЯНИЕ РЕГИОНАРНОЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА ПРОЦЕССЫ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

А.Н.Родин

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева»
Саранск

Одним из основных механизмов в развитии диабетической ангиопатии нижних конечностей является нарушение липидного обмена и активация процессов ПОЛ. Избыточное образование продуктов ПОЛ оказывает цитотоксическое действие, способствуя деструкции и дестабилизации фосфолипидных мембран клеток и субклеточных органелл, что приводит к метаболическим нарушениям в тканях.

Цель исследования: изучить интенсивность процессов ПОЛ и активность антиоксидантной системы на фоне регионарного внутриартериального введения мексидола и улучшить результаты комплексного лечения больных с синдромом диабетической стопы.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 90 больных с инсулиннезависимым сахарным диабетом. Возраст больных колебался от 50 до 75 лет. Длительность течения СД составляла от 3 до 20 лет. Все больные были разделены на три группы.

Пациентам I группы (30 человек) проводилась только адекватная традиционная терапия, с учетом осложнений и сопутствующих заболеваний.

Больным II группы (30 человек) наряду с традиционным лечением применяли внутривенное введение мексидола, в дозе 400 мг 1 раз/день, разведенной в 200,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида в течение 10 дней.

Пациентам III группы в комплексе лечебных мероприятий применялось одномоментное чрезкожное внутриартериальное (в бедренную артерию поражённой конечности) вливание мексидола в дозе 400 мг разведенной на 15 мл изотонического раствора натрия хлорида 1 раз в день, ежедневно, в течение 7-10 дней. Для предупреждения развития гематомы место пункции артерии в течение 1-2 минут сдавливали марлевым тампоном.

Для оценки интенсивности ПОЛ определяли уровень малонового диальдегида сыворотки и эритроцитов при спонтанном (МДА) и железоиндуцированном (Fe МДА) окислении липидов. Состояние антиоксидантной защиты определялось по уровню активности каталазы в плазме и эритроцитах. Исследования проводили при поступлении, на 12-14-е сутки и 20-25-е сутки лечения.

Результаты исследования. При поступлении у больных отмечалась активация процессов ПОЛ, и угнетение антиоксидантной активности. Так, уровень МДА плазмы составлял $9,64 \pm 1,36$ мкмоль/л, показатель Fe МДА плазмы повышался до $16,3 \pm 1,5$ мкмоль/л, МДА эритроцитов достигал $28,2 \pm 1,7$ мкмоль/л, Fe МДА эритроцитов повышался до $40,21 \pm 1,23$ мкмоль/л. Наблюдалось понижение каталазной активности сыворотки до $0,34 \pm 0,04$ мкат/л·сек, уровень каталазы в эритроцитах снижался до $1,94 \pm 0,05$ мкат/л·сек.

На 12-14 сутки у больных I группы, получавших традиционное лечение, достоверных изменений показателей вторичных продуктов липопероксидации и антиоксидантной защиты не выявлено.

При внутривенном введении мексидола у больных II группы на 12-14 сутки содержание МДА плазмы крови снижалось на 24,24%, показатель МДА плазмы крови в условиях железоиндуцированного перекисного окисления липидов понижался на 15,04% по отношению к данным при поступлении. Отмечалось уменьшение концентрации МДА эритроцитов на 12,76%, Fe - МДА эритроцитов - на 12,06%, по отношению к данным при поступлении. Уровень каталазы в плазме возрастал на 13,2%, рост каталазной активности в эритроцитах составлял 16,4%.

К 12-14 суткам при регионарном внутриартериальном введении мексидола отмечалось более достоверное снижение показателей вторичных продуктов липопероксидации и активация антиоксидантной защиты. Так содержание МДА в плазме уменьшилось на 38,92%, Fe МДА плазмы – на 26,02%. Показатель МДА эритроцитов понижался на 22,65%, Fe - МДА эритроцитов - на 21,86%. Внутриартериальное введение мексидола способствовало возрастанию содержания каталазы в плазме на 35,7%, в эритроцитах на 29,8 % по отношению к данным при поступлении.

При традиционном лечении на 20-25 сутки содержание МДА в плазме крови уменьшилось на 25,81%, Fe - МДА плазмы – на 17,45%. Уровень МДА в

эритроцитах снижался на 14%, Fe - МДА в эритроцитах на 13,06%, по отношению к данным при поступлении. Показатель каталазной активности в плазме увеличился на 20,93%, в эритроцитах рост активности данного фермента составил 18,55%.

У больных II группы на фоне внутривенного введения мексидола на 20-25 сутки лечения уровень МДА в плазме снижался на 40,37%, Fe - МДА плазмы - на 26,96%, по отношению к показателям при поступлении. Отмечалось уменьшение МДА эритроцитов при спонтанном и железоиндуцированном окислении липидов на 25,7% и 25,5% соответственно, по отношению к данным при поступлении. Каталазная активность в сыворотке увеличивалась на 39,41%, в эритроцитах рост активности данного фермента составил 36,3%.

На фоне регионарное внутриартериального введения мексидола на 20-25 сутки лечения содержание МДА в плазме крови уменьшилось на 51,61%, Fe - МДА плазмы - на 35,19%. Уровень МДА в эритроцитах снижался на 33,78%, Fe - МДА в эритроцитах на 34,29%, по отношению к данным при поступлении. Показатель каталазной активности в плазме увеличился на 67,44%, в эритроцитах рост активности данного фермента составил 53,09%.

Заключение. В результате исследований установлено, что регионарное внутриартериальное введение мексидола, по сравнению с внутривенным введением оказывало более выраженное антиоксидантное действие, ингибируя процессы липопероксидации, что способствует уменьшению риска сосудистых осложнений.

ДИНАМИКА ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ КАРНИТИНА ХЛОРИДА В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО- НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА

А.Н.Родин

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева»
Саранск

Современная статистика говорит о неуклонном росте заболеваемости сахарным диабетом. По данным ВОЗ количество больных с данной патологией составляет 3% населения земного шара, в группе старше 50 лет - 7-9%. Прогрессивное увеличение числа больных сахарным диабетом создает ряд сложных социальных и медицинских проблем.

Инсулиновая недостаточность, нарушение периферического кровообращения, развитие гипоксии, метаболического ацидоза у больных сахарным диабетом оказывают существенное влияние на течение раневого процесса, удлиняя сроки и фазы заживления ран.

Цель исследования: изучить динамику репаративных процессов в ране при использовании внутривенного введения карнитина хлорида в комплексном лечении осложненных форм диабетической стопы.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 50 больных инсулиннезависимым сахарным диабетом. Основная часть больных (43 человека или 85,63%) имела среднюю степень тяжести, 7 больных (14,38%) - тяжелое течение СД. Возраст больных колебался от 50 до 75 лет. Большинство заболевших мужчин и женщин приходилось на возраст 61-70 лет (39 больных) и 51-60 лет (11 больных). Длительность течения сахарного диабета составляла от впервые выявленного до 20 лет. Большая часть больных страдала СД от 10 до 15 лет (31 больных) и от 5 до 10 лет (5 больных), свыше 15 лет (14 больных).

Пациенты были разделены на 2 группы, сравнимые по тяжести и степени компенсации диабета и распространенности раневого дефекта: 1 группа (25 больных) – контрольная, в которой проводилась только традиционная терапия с учетом осложнений и сопутствующих заболеваний. Во 2 группе (25 пациентов) комплекс лечебных мероприятий включал внутривенное капельное (не более 60 капель в минуту) введение карнитина хлорида по 1 гр. один раз в сутки, в течение 7-10 дней. Перед введением препарат разводили в 200 мл 0,9 % раствора хлорида натрия для инъекций.

Эффективность лечения оценивали клинически по скорости роста грануляционной ткани, появлению краевой эпителизации.

Оценка течения репаративных процессов проводилась по данным цитологического исследования раневого экссудата, полученного при поверхностной биопсии раны по методу М.Ф. Камаева (1970). Мазки окрашивали и фиксировали по способу Романовского.

Результаты исследования. Клинические критерии внутривенного применения карнитина хлорида в комплексном лечении осложненных форм диабетической стопы, свидетельствовали об улучшении течения раневого процесса, так во 2 группе появление полнокровных грануляций и краевой эпителизации наступало на 2, 3 и 4 дня раньше чем в контрольной группе.

При поступлении в цитограмме поверхностных слоев раны отмечалось обильное количество кокко-бациллярной флоры, преобладало в 90-97% нейтрофильных лейкоцитов к общему числу клеточных элементов. Отмечено, что 65–82% нейтрофилов характеризовались 2–3 степенью дегенерации, которая проявлялась гипертрофией ядра, набуханием, нечеткостью лейкоцитов и их распадом. В 80% наблюдений определялся незавершенный фагоцитоз. В 75% наблюдений в цитограммах отмечался клеточный детрит. Полибласты и макрофаги отсутствовали. Цитологическая картина соответствовала «дегенеративно-воспалительному типу».

На 12-14 сутки у больных при традиционном лечении в цитограмме отмечалось полиморфноядерных неизмененных лейкоцитов до 8-10 в поле зрения. Количество макрофагов и полибластов наблюдалось до 7-9 в поле зрения.

В группе пациентов, где проводилось внутривенное введение карнитина хлорида к 12-14 суткам лечения, показателями благоприятного течения раневого процесса являлось уменьшение количества полиморфноядерных лейкоцитов (3-5 в поле зрения), микрофлора отсутствовала. Отмечались единичные макро-

фаги. Количество полибластов увеличивалось до 12-15 в поле зрения, встречающиеся одиночно и группами по 2-3 клетки. Прослеживалась трансформация полибластов в профибробласты, что указывало на активизацию процесса регенерации раны.

Заключение. Таким образом, представленные данные свидетельствуют, что применение внутривенного введения карнитина хлорида в комплексном лечении осложненных форм диабетической стопы оказывает стимулирующее влияние на репаративные процессы.

«ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ» - ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Е.В.Рублева, О.И.Морозова, Е.А.Койкова, И.П.Татарченко

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
ГБУЗ ГКБ СМП имени Г.А. Захарьина
Пенза

Артериальная гипертония (АГ) остаётся наиболее распространенным сердечно-сосудистым заболеванием, которое является одной из основных причин смертности и инвалидизации больных. Успех в лечении АГ тесно связан с приверженностью больного к лечению. Достижение целевого уровня АД зависит от регулярности приема антигипертензивных препаратов. В литературе имеются данные, что в России только 8% больных с АГ регулярно принимают гипотензивные препараты. В настоящее время основным направлением в улучшении приверженности к лечению является обучение больных.

Цель исследования явилось проведение анализа работы «Школы Здоровья» в плане улучшения приверженности к лечению больных с АГ.

Материалы и методы исследования. Нами было обучено в «Школе Здоровья для пациентов с АГ» 163 человека, из них 137 женщин и 20 мужчин в возрасте от 35 до 55 лет (средний возраст - $47,2 \pm 5,3$ лет). Длительность АГ в среднем составила 5,8 лет. На больных заполнялась карта динамического наблюдения по форме 140/у-02 согласно приказу №4 от 24.01.2003 г. «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертонией в Российской Федерации». Кроме того, всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) с целью определения эффективности работы «Школы Здоровья». Все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от степени АГ: 1-ой группе был назначен лозартан (60 человек с АГ 1-2 степени), 2-ой – амлодипин (43 человека с АГ 1-2 степени), 3-ей группе – комбинация амлодипина и лозартана (61 человек с АГ 3 степени).

Результаты. После обучения 117 (71,7%) пациентов стали самостоятельно контролировать АД и вести дневник пациента с АГ, что способствовало повышению приверженности к медикаментозной терапии, улучшало взаимоотношения между врачом и больным. Через 6 месяцев обучения было выявлено повышение уровня осведомленности с 25,2% до 97% о наличии у больных ар-

териальной гипертензии и информированности с 26,4% до 80,4% о наличии факторов риска.

Одной из основных причин недостаточной приверженности к лечению являются побочные эффекты и переносимость проводимой терапии. В нашем исследовании только у 9% больных, которые получали амлодипин, были выявлены побочные эффекты в виде отеков лодыжек, которые исчезали при добавлении лозартана. Применение комбинации позволило не только существенно улучшить клинико-гемодинамические эффекты лечения, но и способствовало улучшению приверженности к терапии.

Данные многочисленных исследований доказали, что чем быстрее происходит подбор эффективного лечения, тем лучше приверженность больного к этому лечению. В нашем исследовании достижение целевого уровня АД на лозартане наблюдалось у 89% больных, на амлодипине - у 83%, на комбинированной терапии - у 95% пациентов, что свидетельствует об эффективном подборе гипотензивной терапии.

Существует достаточно доказательств того, что прием препаратов однократно в сутки сопровождается лучшей приверженностью к лечению, чем двукратный прием, и тем более, чем многократный. Известно, что действие применяемых препаратов продолжается 24 часа, что подтверждается в нашем исследовании достоверным снижением средних показателей САД и ДАД, зарегистрированными с помощью СМАД. Средние значения САД и ДАД у больных снизились на амлодипине - на 15% и 12,2% соответственно, на лозартане - на 10,4% и 6%, на комбинации препаратов - на 17% и 18%. Результаты настоящего исследования свидетельствуют о том, что лозартан и амлодипин обладают способностью эффективно контролировать АД в течение суток. При неэффективности монотерапии назначение комбинации лозартана и амлодипина приводит к достижению целевых уровней АД.

После обучения в «Школе Здоровья» наблюдалось улучшение приверженности к терапии на 78%, что положительно повлияло на стабилизацию состояния. Отсутствие обострений в виде гипертонических кризов отмечалось в 95% случаев, целевые уровни АД были достигнуты у 88,3% больных. Критерием эффективности работы «Школы Здоровья» является показатель госпитализации в стационар, который составил лишь 2,5% случаев.

Выводы. Таким образом, обучение в «Школе Здоровья» явилось увеличением информированности и осведомленности о своем заболевании, наличии факторов риска, создания мотивации к лечению в течение длительного времени. Применение обучающих программ способствует достижению целевых уровней АД у большинства больных и приверженности к здоровому образу жизни не только у пациентов, но и у членов его семьи.

ТРОМБОЛИЗИС И РАЗРЫВЫ СЕРДЦА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

*Л.Е.Рудакова, Л.А.Бондаренко, А.В.Казанцев, С.В.Ушакова, Ю.А.Малашина,
Л.Г.Киселева*

ФГБОУ ВПО ПГУ Минобрнауки России,
ГБУЗ ГКБСМП им. Г.А. Захарьина
Пенза

Актуальность. Разрыв сердца – это грозное, практически всегда фатальное осложнение острого ИМ с подъемом сегмента ST. Морфологическим субстратом данного варианта ИМ является полная окклюзия коронарной артерии. Поэтому главная задача лечения больного с ИМ с подъемом сегмента ST – максимально быстрое восстановление проходимости коронарной артерии. С этой целью широко используется тромболитическая терапия (ТЛТ). Известно, что тромболизис обеспечивает снижение летальности, улучшает ближайший и долгосрочный прогнозы. В тоже время ТЛТ не лишена серьезных побочных действий и тяжелых осложнений. Имеются данные о том, что ТЛТ приводит к увеличению количества ранних разрывов сердца, меняет структуру летальных исходов в сторону увеличения частоты разрывов, особенно у пациентов пожилого возраста.

Цель исследования: изучить влияние ТЛТ на частоту разрывов сердца и изменение структуры летальности при ИМ.

Материал и методы. Исследование ретроспективное. Использованы данные статистических отчетов кардиологической службы г. Пензы, истории болезни и результаты аутопсий умерших от ИМ.

С целью изучения влияния ТЛТ на частоту разрывов сердца в остром периоде инфаркта миокарда и на изменение структуры летальности все пациенты, находившиеся на лечении в ГБУЗ ГКБСМП им. Г.А. Захарьина в 2009-2011 гг. с диагнозом первичный Q-ИМ и повторный ИМ, были разделены на 2 группы. Первую группу составили 231 пациент, которым была проведена ТЛТ, из них мужчин – 168 (72,7%), женщин – 63 (27,3%). Вторая группа включила 2207 больных, которым ТЛТ не проводилась.

Тромболизис на догоспитальном этапе был проведен 93 пациентам, из них 63 в качестве тромболитического препарата использовалась метализе, 30 – пулолаза. В стационаре ТЛТ проведена 137 больным актилизе, 1 – пулолазой. Доза актилизе составляла 100 мг, метализе – 7000-8000 ед, пулолазы – 6 млн. Антикоагулянтную (гепарин, НМГ), антитромбоцитарную (аспирин, клопидогрель) терапию, бета-блокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ, статины применяли в индивидуально подобранной дозе, с учетом противопоказаний.

Умерло 29 пациентов. Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты. Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о том, что ежегодная госпитальная летальность в группе больных ИМ, по-

лучивших ТЛТ, составила в 2009-2011 гг. соответственно 7,8%, 8,7% и 20,0%. Низкая летальность в 2009 и 2010 гг. согласовалась с данными литературы о том, что системный тромболизис позволяет снизить летальность до 5-10%. Оставалась неясной причина высокой летальности в аналогичной группе больных ИМ в 2011 году. Возникло предположение, что исследуемые группы больных могли различаться по ряду параметров, и, прежде всего, по возрасту. Сравнительный анализ показал, что средний возраст больных в 2011 году был достоверно больше, чем в 2009 и 2010 гг. ($p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,001$). Лица старше 70 лет в 2011 году составляли 36,4%, против 17,3% и 4,9% в 2010 и 2009 гг. ($p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,001$).

Из 29 летальных исходов после проведения ТЛТ в 6 случаях был обнаружен разрыв сердца. Частота разрывов сердца в группе больных, которым проводилась ТЛТ, составила 2,6%, а в группе неиспользования ТЛТ – 2,5%. Эти данные показывают, что частота разрывов сердца на фоне ТЛТ не увеличивается. В структуре летальных исходов при проведении ТЛТ на разрывы сердца пришлось 20,7%. Возраст больных, получивших ТЛТ и умерших от разрыва сердца, колебался от 69 до 79 лет, в среднем составил $74 \pm 1,6$ года. В 4 случаях ИМ был первичный, в 2 – повторный. Пятеро из шести умерших после тромболизиса от разрыва сердца больных были женщины, хотя в группе больных, которым был проведен тромболизис, женщины составляли всего 27,3%. Досуточная летальность зарегистрирована в 4 случаях, по одному случаю смерти на 5 и 8 сутки. Внешних разрывов было 5, в одном случае произошел разрыв одновременно МЖП и передней стенки ЛЖ.

В анализируемые годы случаи разрывов сердца распределялись следующим образом: в 2009 году – ни одного случая, в 2010 – один, в 2011 – пять. Самая большая частота случаев разрывов сердца отмечалась в 2011 году – 5,9%, в 2010 году она составила 1,4%, в 2009 году разрывов не наблюдалось. Соответственно и структура ежегодной летальности в 2009-2011 гг. не была однородной: частота разрывов сердца колебалась от 0 до 29,4%.

По данным истории болезни всем шести больным с разрывом сердца ТЛТ была проведена не позднее 4 часов от начала ангинозного приступа, но эти данные были опровергнуты результатами патологоанатомического исследования. В 3-х случаях из 4-х с досуточной летальностью тромболизис был проведен поздно – ориентировочно на 2, 3-4 и 6-8 сутки. В 2 случаях с летальностью на 5 и 8 сутки оценить своевременность проведенной ТЛТ по данным аутопсии не представлялось возможным.

В структуре летальности больных ИМ с зубцом Q и повторными инфарктами, которым ТЛТ не проводилась, разрывы сердца в 2009-2011 гг. составили 11,1% (55 случаев). И хотя в структуре летальности больных, получивших ТЛТ, разрывы сердца встречались чаще (20,7%), различие статистически не достоверно ($p > 0,05$). Средний возраст больных с разрывами сердца, которым не проводилась ТЛТ, составил $75,7 \pm 1,2$ лет и не отличался от возраста больных с разрывами сердца после ТЛТ.

Выводы. ТЛТ с помощью альтеплазы, металлизе и пулолазы существенно не увеличивает частоту разрывов сердца и не изменяет структуру летальности. Разрывы сердца при применении тромболизиса, как и без его использования, чаще возникают у женщин старше 70 лет. Значительную роль в инициации разрывов сердца, по-видимому, играют поздние сроки проведения тромболизиса.

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВА ПОВЫШЕНИЯ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ПОСЛЕ НЕПРОНИКАЮЩЕЙ ГЛУБОКОЙ СКЛЕРЭКТОМИИ

Н.Ф.Румянцева

ГБУЗ Пензенская областная офтальмологическая больница
Пенза

Рецидивы повышения внутриглазного давления (ВГД) после непроникающей глубокой склерэктомии (НГСЭ) встречаются в 31-38% случаев (Mermoud 1999, Drüsedan 2000). Предложено много способов активации оттока внутриглазной жидкости при хирургическом лечении глаукомы с применением различных дренажей (Ahmed 1993, Molteno 1979, К.Б.Першин 2006, Н.П.Паштаев 2003, С.Ю.Анисимова 2003). Эти авторы создают новый хирургический доступ и используют коллагеновые, гидрогелиевые, тканевые дренажи и шунтирующие устройства. Такие операции нередко требуют дополнительных материальных затрат и увеличивают площадь хирургического вмешательства.

Цель работы: Компенсировать рецидив повышения ВГД после НГСЭ без создания нового хирургического доступа с использованием нитчатого дренажа.

Материалы и методы: В период 2010-2011г. Прооперировано 11 пациентов с рецидивом повышения ВГД после НГСЭ. Рецидив у 4 пациентов возник через 1 месяц после операции, у других 4 пациентов через 6-12 месяцев и у 3-х от 1-2 лет. Эти больные также перенесли лазерную десцеметогониопунктуру. При дополнительном назначении медикаментозной гипотензивной терапии компенсации ВГД не достигнуто. Открытоугольная глаукома в развитой стадии зафиксирована в 8 глазах, далекозашедшая стадия в 3 глазах. Величина ВГД до повторной операции в среднем составляла от 32.0 ± 3.0 мм рт. ст. Больным проведено хирургическое лечение: ревизия фильтрационной зоны с очищением трабекулярного окна и дренированием субсклерального пространства нитью, нейлон 7-8(0) с погружением концов нити в просвет разблокированного шлемова канала и формированием пружинящей петли на субсклеральной после операционной площадке, с частичным выходом верхнего края за границу склерального лоскута под конъюнктиву. Смысл предлагаемой методики изложен на чертеже (Рис. 1).

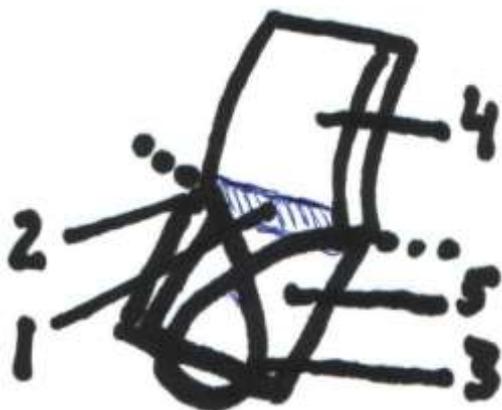


Рис. 1

1. Трабекулярное окно
2. Конец нити в просвете шлеммова канала
3. Петля нити
4. Поверхностный склеральный лоскут
5. Глубокий склеральный лоскут

Результаты и обсуждение: В ходе ревизии фильтрационной зоны во всех случаях выявлен субкьюнктивальный и межсклеральный фиброз в разной степени выраженности. При сохранении частичной фильтрации трабекулярного окна, наиболее выражен межсклеральный фиброз в периферической части операционной зоны. При полном блоке окна – фиброз диффузный и зона трабекулы трудно определяема. Изменения трабекулокорнеальной мембраны представлены в виде студенистого трансудата или беловатых аморфных включений в сети увеальной порции канала. В 3-х случаях в канале просматривались отверстия после лазерной хирургии, располагались низко и были блокированы корнем радужки. При очистке трабекулярного окна наслоения легко снимались с восстановлением активного дренирования влаги. В первые 2-3 месяца после операции помимо стандартной разлитой ФП у 2-х больных сформировалась кистозная ФП. Компенсация ВГД в раннем послеоперационном периоде до 3-х месяцев достигнута в 100% случаев, в среднем составила 17.0 ± 1.0 мм рт. ст. Через 4 месяца, в одном случае рецидива повышения ВГД, проведена повторная ревизия с чисткой трабекулы, нитчатым дренированием и дополнительной пластикой кистозной ФП аллоплантом конъюнктивы. ВГД нормализовано.

Заключение: Предложенная методика хирургического лечения рецидива повышения ВГД после НСТЭ является эффективной операцией для компенсации ВГД, малотравматичной и не затрагивает новые дренажные зоны.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО КОЖНОГО ТЕСТА «ДИАСКИНТЕСТА®» ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ВЗРОСЛЫХ

*А.Ш.Сагандыков, Е.Д.Короткова, В.П.Сергеева, Л.В.Тришина, А.В.Жукова,
Н.А.Сазонова, И.И.Бахтеев*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
ГБУЗ ПОПТД
Пенза

В России уровень заболеваемости и смертности от туберкулеза продолжает оставаться самым высоким среди европейских стран. Показатели заболеваемости составляют более 70 на 100000 населения. Согласно Федеральному закону №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» от 18 июня 2001 г. массовое ежегодное обследование населения для активного выявления туберкулеза проводится у детей – с помощью туберкулинодиагностики, у взрослых методом флюорографии. К сожалению, в условиях массовой вакцинопрофилактики туберкулеза в детском возрасте возникают трудности дифференциальной диагностики поствакцинальной аллергии – реакция Манту с 2 туберкулиновыми единицами (2ТЕ) положительная во всех случаях, а среди взрослых большинство лиц уже инфицировано *M.tuberculosis* и туберкулинодиагностика не может быть использована для раннего выявления заболевания. Что касается планового флюорографического обследования, следует отметить, что при этом методе диагностируется не более 60% от всех впервые выявленных больных. Резюмируя вышеизложенное, можно сказать, что в современных условиях существующая система выявления раннего туберкулеза не позволяет своевременно идентифицировать туберкулезную инфекцию и полноценно защитить население от этого заболевания. Для решения проблемы ранней диагностики туберкулезной инфекции практическому здравоохранению необходимы новые методы диагностики. Одним из направлений оптимизации диагностики туберкулезной инфекции является использование антигенов *M.tuberculosis*, которые отсутствуют у вакцинного штамма *M.bovis* BCG.

В Российской Федерации в НИИ молекулярной медицинской академии имени И.М.Сеченова в 2008 г. был разработан и создан препарат «Диаскинтест®», представляющий собой рекомбинантный белок CFP-10/ ESAT-6, продуцируемый генетически модифицированной культурой *Escherichia coli* BL21 (DE3)/р CFP-ESAT. Комбинация двух антигенов CFP-10 и ESAT-6, присутствующих в вирулентных штаммах *M.tuberculosis* и отсутствующих в вакцинном штамме БЦЖ и штаммах других непатогенных микобактерий, выявляют гиперчувствительность замедленного типа при инфицировании *M.tuberculosis* и не дают реакции у вакцинированных БЦЖ, что делает внутрикожный тест с препаратом Диаскинтест высокоспецифичным. Испытания показали безопасность,

эффективность и высокую чувствительность «Диаскинтеста®» практически у всех больных туберкулезом.

Цель данного исследования - оценка чувствительности и информативности Диаскинтеста в определении активности туберкулезного процесса у больных туберкулезом органов дыхания в процессе химиотерапии.

Материалы и методы

Поскольку новый кожный тест был создан для того, чтобы получить совершенный инструмент диагностики туберкулезной инфекции, по сравнению с существующими, следовательно, о его эффективности можно судить по соответствию его результатов клиническим данным о наличии заболевания туберкулезом.

В исследование были включены 85 пациентов в возрасте от 18 до 75 лет (средний возраст составил 49 лет) с впервые выявленными рентгенологическими изменениями в легких, находящиеся на обследовании и лечении в Пензенском областном противотуберкулезном диспансере. Среди них было 63 мужчины и 22 женщины.

Диагноз туберкулеза устанавливался на основании комплекса клинических, лабораторных, бактериологических, рентгенологических и инструментальных методов обследования. Туберкулезные процессы имели различный объем поражения легочной ткани (распространенные, двусторонние, осложненные, процессы с наличием распада).

По результатам обследования пациенты туберкулезом органов дыхания были разделены на 2 группы (табл. 1).

Таблица 1.

Характеристика обследованных лиц

Группы	Характеристика обследованных	Всего
1-я	Больные активным туберкулезом органов дыхания в фазе прогрессирования (инфильтрации, распада, обсеменения)	58(68,2%)
2-я	Тяжелые формы туберкулеза органов дыхания на фоне выраженных иммунопатологических нарушений, обусловленных тяжелым течением туберкулеза и/или сопутствующими заболеваниями	27(31,8%)
	Всего	85(100%)

Результаты и обсуждение

Всем больным до начала химиотерапии проводили постановку кожных проб с препаратом Диаскинтест® и туберкулином (2ТЕ ППД-Л) одновременно на обеих руках в стандартных разведениях и через 3 мес лечения пробу с Диаскинтестом, оценку результатов осуществляли в соответствии с инструкциями по применению препаратов.

Чувствительность кожной пробы с препаратом Диаскинтест® изучена у 85 взрослых больных активным туберкулезом легких.

У всех обследованных больных 1 группы реакция на пробу с туберкулином 2-ТЕ ППД-Л и препаратом Диаскинтест® была положительной. Средний размер инфильтрата на пробу с туберкулином был $14,5 \pm 1,9$ мм, на Диаскинтест® - $12,8 \pm 1,8$ мм. Гиперергические реакции на пробу с препаратом Диаскинтест® выявлены у 17(29,3%), на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л- у 4 (6,9%) человек 1 группы (преимущественно у больных с распространенными процессами в фазе распада), что говорит о большей чувствительности Диаскинтеста у больных с активным туберкулезом.

У больных 2 группы реакция на пробу с туберкулином 2-ТЕ ППД-Л была положительная у 17(63%), сомнительная - у 2(7,4%), отрицательная - у 8(29,6%). Средний размер инфильтрата на пробу с туберкулином был $10,1 \pm 1,5$ мм, на Диаскинтест $2,6 \pm 0,04$ мм.

При проведении Диаскинтеста® положительные реакции не наблюдались, отрицательные – 24(89%) (с наиболее выраженными иммунопатологическими процессами: у 1 больного – СПИД, 23 больных - сахарный диабет, кардиальная патология, заболевания желудочно-кишечного тракта), сомнительный результат обнаружен у 3 (11%) больных (с распространенным процессом).

Результаты представлены в табл.2.

Таблица 2.

Результаты проб с туберкулином 2ТЕ ППД-Л и препаратом «ДИАСКИНТЕСТ®» в исследуемых группах до лечения

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОБЫ С ТУБЕРКУЛИНОМ							РЕЗУЛЬТАТЫ С ПРЕПАРАТОМ ДИАСКИНТЕСТ							
группы	положительный		сомнительный		отрицательный		M± m (мм)	положительный		сомнительный		отрицательный		M± m (мм)
	абс	%	абс	%	абс	%		абс	%	абс	%	абс	%	
1-я n=58	58	100	-	-	-	-	14,5±1,9*	58	100	-	-	-	-	12,8±1,8*
2-я n=27	17	63	2	7,4	8	29,6	10±1,5**	-	-	3	11	24	89	2,6±0,04**

*различия достоверны ($p < 0,05$) между результатами пробы с туберкулином 2ТЕ ППД-Л и пробой с препаратом «ДИАСКИНТЕСТ®» в 1 группе; ** различия достоверны ($p < 0,05$) между результатами пробы с туберкулином 2ТЕ ППД-Л и пробой с препаратом «ДИАСКИНТЕСТ®» во 2 группе.

Таким образом, чувствительность препарата Диаскинтест® составила в 1 группе больных 100%. Наиболее чувствительным Диаскинтест® (гиперергическая реакция) отмечался при распространенных процессах и при наличии распада легочной ткани. Во 2-ой группе у больных с выраженными иммунопатологическими нарушениями, обусловленными тяжелым течением туберкулезного процесса и сопутствующими заболеваниями, кожная чувствительность к препарату Диаскинтест®, как и к туберкулину, может отсутствовать (отрицательная реакция).

Информативность препарата Диаскинтест® в определении активности туберкулезного процесса в исследуемых группах больных оценивали в про-

цессе лечения (через 3 месяца химиотерапии). Результаты представлены в табл.3

Таблица 3.

Результаты пробы с препаратом «ДИАСКИНТЕСТ®» в исследуемых группах через 3 месяца лечения

Группы	Проба с препаратом «Диаскинтест» до лечения						Проба с препаратом «Диаскинтест» через 3 мес лечения							
	положительный		сомнительный		отрицательный		M± m (мм)	положительный		сомнительный		отрицательный		M± m (мм)
	абс	%	абс	%	абс	%		абс	%	абс	%	абс	%	
1-я n=58	58	100	-	-	-	-	12,8±1,8	47	81	1	1,7	10	17,3	12±2,9
2-я n=27	-	-	3	11	24	89	2,6±0,04*	11	40,7	1	3,8	15	55,5	8,3±1,1*

*различия достоверны ($p < 0,05$) между результатами проб с препаратом Диаскинтест до начала и через 3 мес лечения во 2-й группе.

У больных 1-й группы реакция с препаратом Диаскинтест после 3 месяцев лечения была положительной у 47 (81%), сомнительной у 1 (1,7%), отрицательной у 10 (17,3%). Средний размер инфильтрата на пробу с препаратом Диаскинтест после 3 месяцев лечения $12 \pm 2,9$ мм. Во 2-й группе обследованных больных реакция на пробу Диаскинтест через 3 месяцев химиотерапии была положительной у 11 (40,7%), сомнительной у 1 (3,8%), отрицательной у 15 (55,5%). Средний размер инфильтрата на пробу с препаратом Диаскинтест после 3 месяцев химиотерапии $8,3 \pm 1,1$ мм.

Таким образом, сравнительный анализ результатов пробы с препаратом Диаскинтест® до начала и после 3 месяцев проводимой химиотерапии показал, что при уменьшении интоксикации возрастает кожная чувствительность к этому препарату, что отражает в определенной степени эффективность проводимого лечения туберкулеза. Исследование чувствительности с препаратом Диаскинтест будет продолжено через 6 месяцев химиотерапии у идентичной группы пациентов.

Заключение. Высокая чувствительность кожной пробы с препаратом Диаскинтест® у больных с клинико-рентгенологическими признаками туберкулеза органов дыхания обосновывает ее применение в целях диагностики туберкулеза, контроля эффективности лечения и более объективной оценки динамики процесса в комплексе с другими методами обследования в условиях специализированного стационара.

ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ОМС) В СИСТЕМЕ МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ НА ПРИМЕРЕ ПЕНЗЕНСКОГО РЕГИОНА

Г.А.Саксонова, Н.В.Сопина, А.А.Чванов, А.А.Капитонов

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
Филиал №5 ФБУ «354 ОВКГ» МО РФ
Пенза

Федеральный закон № 323-ФЗ от 29.11.2010г. «Об обязательном медицинском страховании в РФ» вступил в силу с 2011 года. Основная суть закона – доступность и качество бесплатной медицинской помощи для каждого гражданина РФ. При наличии лицензии, медицинская организация любой формы собственности имеет право войти в систему ОМС. Впервые гражданин получил право выбора страховой медицинской организации (СМО) и лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ). Ключевой элемент выбора медицинской организации – это выбор врача первичного звена. Врач первичного звена в соответствии с маршрутизацией имеет право направлять пациента к любому специалисту для проведения бесплатной консультации.

ОМС коснулось всех структур здравоохранения, в том числе и Министерства обороны. В Пензенском регионе в филиале № 5 ФБУ «354 ОВКГ» МО РФ обслуживание по системе ОМС было внедрено только с 2011 года по Программе государственных гарантий.

Основными предпосылками для оказания медицинской помощи в системе ОМС в госпитале явилось следующее:

- Желание военных пенсионеров и членов их семей продолжать медицинское обслуживание в госпитале
- Наличие терапевта
- Наличие узких специалистов, позволявших «замкнуть маршрутизацию» по основным направлениям консультативной помощи в госпитале
- Наличие лицензии на основные виды деятельности
- Наличие коек круглосуточного пребывания
- Открытие дневного стационара
- Необходимость внедрения рыночных отношений и пополнение счета из других источников финансирования.

Эта форма работы оказалась новой для медицинского персонала Филиала №5 ФБУ «354 ОВКГ» МО РФ, заместителей, заведующих отделениями.

Результаты статистических данных за 2011 г. представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Название отделения	Фактически выполнено	Процент выполнения
Поликлиника	2 626 посещений	81 %
Госпиталь	3788 госпитализаций	60 %
Дневной стационар	1582 госпитализации	61%

Основными причинами невыполнения объемных показателей явилось следующее:

Ряд военных пенсионеров и членов их семей предпочли прикрепление к медицинским учреждениям по месту жительства. Изменение их мотивировки связано с их местом проживания вдали от госпиталя, но вблизи других ЛПУ.

В связи с сезонным ростом простудных и воспалительных заболеваний в войсках, коечный фонд круглосуточного и дневного стационаров был на 3 месяца закрыт для военных пенсионеров и членов их семей, что заставило их прикрепиться к ЛПУ по месту жительства.

Кроме того, были выявлены наиболее востребованная медицинская помощь и наиболее востребованные специалисты госпиталя. Это гинеколог поликлиники (106%), офтальмолог (71%), терапевт (74%), гинеколог стационара (92%), невролог стационара (72%).

Вместе с тем, учтены ошибки по реализации Программы государственных гарантий по оказанию гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, дополнительно привлечено население для оказания медицинской помощи, улучшено финансирование. Отрадно, что жалоб и претензий со стороны пациентов не было.

С учетом проведенной работы, можно говорить о дальнейших перспективах организации медицинской помощи не только в рамках бюджета, но и в системе ОМС:

1. При составлении плана объемов медицинской помощи, учесть наиболее востребованные профили оказания медицинской помощи.
2. Расширить сотрудничество со СМО, для прикрепления населения, приближенного по месту жительства к госпиталю.
3. Принять меры для улучшения условий лечения и обследования пациентов.
4. Использовать Порядки оказания медицинской помощи, при формировании заказов на медицинскую аппаратуру.
5. Не допускать отступления от стандартов лечения и обследования пациентов, утвержденных приказами Минздравсоцразвития России.

МОДИФИКАЦИЯ ВНЕОЧАГОВОГО ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ АВТОДОРОЖНОЙ ТРАВМЕ

А.В.Салаев, В.А.Мoiseenko, А.И.Кислов, В.Г.Кулаков, А.В.Гатин

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

За последние десятилетия в нашей стране отмечается тенденция к постоянному росту показателя травматизма. Данная проблема обозначается как одна из социально значимых, так как в настоящее время около 12% населения страны ежегодно получают травмы. Причем, до 23-25% среди погибших в результате механических травм составляют причины, вызванные дорожно-транспортными происшествиями. Значительную долю среди этих повреждений занимают переломы трубчатых костей. Такой относительно высокий экстенсивный показатель ДТП послужил причиной внедрения в здравоохранение Пензенской области Государственной программы, направленной на повышение эффективности специализированной медицинской помощи при автодорожных травмах. В соответствие с упомянутыми государственными мероприятиями на кафедре травматологии и ортопедии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития происходит ориентация научных исследований и учебного процесса, согласно этому актуальному вопросу.

На современном этапе развития травматологии выбор метода и способа стабилизации переломов трубчатых костей остаётся дискуссионной проблемой. Большинство авторов склоняются в сторону малотравматичности оперативного вмешательства, наряду с сохранением активности пациентов и сокращением сроков реабилитации. Это положение оказывается, несомненно, актуальным при лечении последствий автодорожной политравмы, а также при открытых переломах скелета, осложнённых травматическим шоком.

В клинике для лечения переломов длинных трубчатых костей предложена и внедрена в практическое здравоохранение оригинальная конструкция стержневого аппарата. Заявка на изобретение №2011126409 от 27.06.2011 (А.В. Салаев и соавт.). Отличием конструкции данного аппарата от аналогов является двухплоскостная подвижно-стопорящаяся фиксация винтов Шанца, устанавливаемых в костные фрагменты. Особенности компоновки узлов аппарата позволяют устранять все варианты смещения. Кроме того, сокращается длительность и травматичность операции, что очень важно при тяжелом состоянии пациента, вызванным травматическим шоком.

Предложенный аппарат с модифицированными узлами крепления чрескостных фиксаторов применён в хирургическом лечении 46 пациентов, в возрасте от 16 до 76 лет. Больные с переломами (38), последствиями переломов трубчатых костей (8) разных сегментов наблюдались за период с 2007 по 2011годы. Отдаленные результаты оценивали в сроки от 1 до 3-х лет после демонтажа аппарата.

У больных с переломами трубчатых костей (38 из всех 46) консолидация повреждения наступила в сроки, соответствующие средним, принятым для данных сегментов конечности.

У всех 8 пациентов с последствиями травм пострадала плечевая кость. Из них двое было с рефрактурами с/3, пятеро - с тугим ложным суставом н/3, и с болтающимся ложным суставом с/3 плечевой кости - один.

Ранее применялось лечение: у двоих – КДО по Г.А. Илизарову по поводу открытых переломов с/3 плечевой кости, у одного – открытый остеосинтез пучком спиц. У остальных пяти – накостный остеосинтез. В 4-х из пяти случаях накостного остеосинтеза наблюдался перелом пластин.

У всех 8 пациентов наступило сращение фрагментов плечевой кости, в сроки от 2-х до 10 месяцев после операции. Выполнение чрескостного остеосинтеза предлагаемым аппаратом позволило улучшить функциональные исходы лечения, а также повысить качество жизни пациентов. К моменту демонтажа аппарата у всех пациентов отмечалось увеличение подвижности в суставах на 80-85% нормального объема.

Вывод. 1. Предложенная конструкция аппарата внеочагового чрескостного остеосинтеза с усовершенствованными узлами крепления костных фиксаторов малотравматична в исполнении, поэтому может применяться как противошоковое мероприятие, стабилизирующее сегмент в остром периоде травматической болезни.

2. Наличие узлов многоплоскостного перемещения в конструкции аппарата, наряду с возможностью стабилизации сегмента, обуславливает динамическое управление фрагментами, на всех этапах лечения переломов при ДТП как при моно-, так и в составе политравмы.

СОСТОЯНИЕ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ И ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Е.С.Самошкина, О.Г.Козлова, Е.И.Науменко, С.А.Ивянский, О.М.Солдатов

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П.Огарева», ГБУЗ «ДРКБ»
Саранск

Целью проведенного исследования явилось изучение структуры и функции печени у детей с ожирением.

Проведен ретроспективный анализ 120 историй болезни детей (61 девочка и 59 мальчиков), с различными степенями ожирения, находившихся на стационарном лечении в отделении эндокринологии ГБУЗ «ДРКБ». Средний возраст обследованных детей составил $12,4 \pm 0,5$ лет, мальчиков – $12,3 \pm 0,1$ года, девочек – $11,9 \pm 0,4$ года. В зависимости от степени ожирения все пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа – дети ($n=18$) с массой тела превышающей норму на 10 - 29,9% (в среднем $23 \pm 0,97\%$). В состав второй группы вошли 39 детей с весом на 30 - 44,9% больше нормы ($40,8 \pm 1,1\%$). Третью группу представили 63 пациента с превышением нормативов массы на 50 – 100% (в

среднем $64,4 \pm 1,7\%$). Средний возраст детей всех групп был сравним. Длительность ожирения в среднем составила $6,6 \pm 1,3$ года, в первой группе – $6,3 \pm 1,2$ года, во второй группе – $6,4 \pm 2,4$ года, в третьей группе – $7,4 \pm 2,8$ лет. Всем детям проведено комплексное обследование, включавшее определение билирубина, АЛат, АСаТ, ГГТ, показателей углеводного и липидного обменов, УЗИ печени.

Жалобы на боли в животе выявлены у 11% детей 1 группы, 20,5% пациентов 2 группы и 30,2% представителей 3 группы. Жалобы на тошноту преобладали в 1 группе по сравнению со 2 и 3 группами (22,2%; 17,9% и 4,7% соответственно). Эпизоды рвоты после нарушения диеты выявлены у 11% пациентов в 1 группе и 12,8 и 1,5% во второй и третьей группах. Болезненность при пальпации области правого подреберья выявлена у трети больных вне зависимости от степени ожирения.

При исследовании общего билирубина средний уровень его составил $14,4 \pm 0,03$ мкмоль/л в общей группе и достоверно не отличался по средним показателям во всех группах. Такая же тенденция выявлена и для трансаминаз. В первой группе в 16,7% случаев зафиксировано повышение АСТ, а у одного пациента 3 группы отмечено увеличение ГГТ. Уровень общего холестерина (ОХС), в среднем также не отличался от нормальных показателей во всех группах, и составил в 1 группе – $4,1 \pm 0,1$ ммоль/л, во второй – $4,6 \pm 0,2$ ммоль/л, в третьей – $4,4 \pm 0,1$ ммоль/л. Средние значения триглицеридов (ТГ) были в норме во всех трех группах (1 группа – $1,05 \pm 0,1$ ммоль/л, 2 группа – $1,2 \pm 0,1$ ммоль/л, третья группа – $1,22 \pm 0,1$ ммоль/л). При анализе индивидуальных показателей уровней ОХС отмечено, что в 3 группе его повышение зафиксировано в 17,5%, тогда как во 2 группе данный показатель составил 15,4%, а в первой группе не было отмечено повышение ОХС. Данная тенденция сохранилась и для ТГ, уровень которого превысил норму у 5,6% детей в первой группе, 5,1% во второй и 11,1% в третьей. Наиболее выраженными были изменения соотношения липопротеидов в виде изменения индекса атерогенности. Данный показатель в первой группе составил $2,7 \pm 0,2$, во второй группе – $3,1 \pm 0,1$, в третьей – $4,2 \pm 0,2$. Увеличение уровня индекса атерогенности отмечено у 22,2% пациентов 1 группы и 64,1% и 79,8% у детей 2 и 3 групп соответственно. Уровень гликемии натощак был повышен у 2 детей со второй степенью и 3 детей с третьей степенью ожирения. При проведении стандартного теста толерантности к глюкозе у всех обследованных уровень гликемии после нагрузки не превысил 7,8 ммоль/л. «Плоская» гликемическая кривая зафиксирована у 11,1% детей 1 группы; 15,38% пациентов 2 группы и 12,7% больных третьей группы.

При проведении УЗИ печени изменения выявлены у большинства больных. В первой группе только у 3 пациентов (16,7%) не отмечено изменений УЗ-картины, во второй группе патологии не обнаружено у 7,6% обследованных, в 3 группе у 1,6% детей. Характер выявленной патологии при ультразвуковом исследовании представлен в таблице 1

Изменения гепатобилиарной системы при проведении УЗИ печени у детей с ожирением

Признак	1 группа		2 группа		3 группа	
	Абс число	%	Абс число	%	Абс число	%
Без патологии	3	16,6	3	7,7	1	1,6
Гепатомегалия	4	22,2	25	64,1	37	58,7
Реакция сосудов печени	5	27,8	14	35,9	17	26,9
Уплотнение структуры печени	0	0	9	23,1	20	31,7
Увеличение желчного пузыря	5	27,8	7	17,9	10	15,8
Уплотнение стенок желчного пузыря	2	11,1	5	12,8	6	9,5
Перегиб желчного пузыря	2	11,1	12	30,8	14	22,2
Явления дисхолии	6	33,3	13	33,3	28	44,4

Чаще всего изменения размеров печени, желчного пузыря и реакция сосудов регистрировалась у представителей 2 группы. Однако дисхолия и уплотнение структуры печени чаще наблюдалась у детей с большей степенью избытка массы.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

В.Н.Сгибов, А.С.Ялдыгина, П.Н.Кочерганов, И.Л.Лан, К.В.Бобро

Научно-практический центр «Психотерапия»
Пенза

В настоящее время тревожно-фобические расстройства (ТФР) представляют собой одну из наиболее распространенных форм психической патологии, обозначая актуальную проблему современной мировой психиатрии. По данным ВОЗ ТФР встречаются в 11,9% случаев в общемедицинской практике и составляют 5,2% от всех психических заболеваний. В ряде стран (Англия, США, Канада и др.) существуют национальные службы для страдающих тревожными расстройствами, обеспечивающие помощь организацией телефонов доверия, составлением специальных программ реабилитации и обучением по оказанию самопомощи (основанной на принципах когнитивной и поведенческой психотерапии).

Цель исследования: определение наиболее общих и эффективных подходов к терапии ТФР у лиц молодого возраста во внебольничных условиях.

Материалы и методы исследования. Обследовано и пролечено 40 больных (23 женщины и 17 мужчин) в возрасте от 18 до 35 лет с ТФР, протекающими на невротическом уровне с острыми паническими атаками, обсессивно-фобическими проявлениями и депрессивными включениями. Нозологическую группу составили больные психогенной природы заболевания (неврозы, психосоматические расстройства, декомпенсация ананкастного расстройства личности) и органической природы (посттравматическая энцефалопатия; неврозоподобный синдром вследствие перенесенной нейроинфекции).

Наряду с клинико-психопатологическим методом исследования использовалось параклиническое обследование (по показаниям), методики экспериментально-психологического исследования (модифицированный вариант ММРІ, шкала самооценки Спилбергера-Ханина, шкалы Цунга, тест Люшера, исследование личности (Собчик Н.Л. и др.). Данные экспериментально-психологических исследований использовались в дифференциально-диагностических целях и для уточнения профиля и основных установок личности пациента.

Лечение проводилось комплексное, поэтапное, сочетающее биологическую патогенетическую терапию и интегративную психотерапию. На первом этапе, для купирования тревоги и страха, достигающих степени панических атак с психо-вегетативными кризами, использовались транквилизаторы с минимальными побочными действиями (диазепам, атаракс, ампразолам, мезапам, фенозепам) в сочетании с антидепрессантами, обладающими анксиолитическим эффектом (ципролекс, рексетин, симбалта, паксил, асетра), а также нормотимики-антиконвульсанты (финлепсин, депакин и др.).

Интегративная психотерапия включала эриксоновскую терапию с применением ресурсных трансов, нейролингвистическое программирование (НЛП), индивидуальную суггестивную психотерапию, разъяснительную психотерапию, арттерапию, гештальт-терапию, аутогенную тренировку и другие методики психической саморегуляции. Применение комплексной терапии, с присоединением (по показаниям) общеукрепляющего лечения и церебропротекторов в течение 2-х недель, способствовало нивелировке острой тревоги и пароксизмальных состояний, дезактуализации депрессивных переживаний, уменьшению внутреннего напряжения и купированию аффекта страха. Длительность первого этапа лечения составила 15 дней. В зависимости от тяжести расстройств, преморбидных свойств личности, установок пациента, его заинтересованности и мотиваций, особенностей механизмов психологической защиты, у ряда больных, в ходе терапии, происходила фиксация на болезненных переживаниях, что способствовало затяжному течению и усложнению симптоматики. Наблюдалось формирование обсессивно-фобического синдрома, фобофобий, расширению содержания нозофобий, агарофобий, социофобий и др.

Вышеизложенное служило основанием проведения следующего этапа лечения. Осуществлялась комбинация терапии антидепрессантами и нормотими-

ками в сочетании с атипичными нейролептиками (тиодазин, флюанксол, risp-лепт в каплях, тералиджен, эглонил и другие, так называемые, малые нейролептики).

Психотерапевтическая тактика второго этапа была направлена на разрешение внутриличностных и межличностных конфликтов, поиску наиболее адаптивных способов разрешения их, перестройке системы отношений, самостоятельности в принятии решений, достижения адекватного уровня притязаний и самооценки. Для этих целей использовалась когнитивная и индивидуальная суггестивная терапия, арттерапия, аутогенная тренировка, фитотерапия, которая проводилась в течение 3-4 недель.

На третьем этапе назначалась поддерживающая противорецидивная терапия, где доминировала психотерапия. Наиболее эффективными и быстродействующими оказались эриксоновский гипноз, НЛП, групповые методики с активизацией сознания (гештальт-терапия, духовно-ориентированная психотерапия, личностно-ориентированная (реконструированная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова). Поддерживающее лечение проводилось малыми дозами антидепрессантов (рексетин, паксил и др. СИОЗС), анксиолитиками, ноотропами, витаминотерапией, физиотерапией, ЛФК и др.

Результаты лечения показали что у 2/3 больных (27 пациентов) отмечено выздоровление и значительное улучшение с сохранением трудоспособности и восстановлением прежней социальной и семейной адаптации. В 6 наблюдениях – улучшение состояния, что требовало продолжения терапии. У 7 больных со стойкими навязчивостями и обсессивно-фобическими синдромами проводили повторно курс лечения.

Выводы: В результате проведенного исследования разработаны следующие наиболее общие принципы терапии.

1. Терапия ТФР должна проводиться комплексно, сочетать психофармакологическое (биологическое) лечение с психотерапией в различных соотношениях в зависимости от нозологии, профиля личности, выраженности клинических проявлений, длительности лечения заболевания, соматоневрологического статуса.

2. Тактика лечения строится поэтапно. На первом этапе основная задача сводится к борьбе с пароксизмально проявляющимися паническими приступами, психо-вегетативными кризами и эмоционально заряженными аффектами тревоги и страха (транквилизаторы, антидепрессанты, нормотимики и интегративная психотерапия).

3. На втором этапе проводится лечение зафиксированных фобических расстройств: различных нозофобий, фобофобий, агрофобий, социофобий и др. Продолжается лечение антидепрессантами (преимущественно СИОЗС) в сочетании с атипичными нейролептиками и нормотимиками. Показаны когнитивная и суггестивная индивидуальная психотерапия, физиотерапия, ЛФК.

4. На третьем этапе назначается поддерживающая противорецидивная терапия, где первое место отводится психотерапии. Наиболее эффективными и быстродействующими методами являются: эриксоновский гипноз, НЛП, а так-

же групповые методики с актуализацией сознания пациентов (гештальт-терапия, духовно-ориентированная и личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского и др.

СКРИНИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

В.П.Сергеева, И.Ю.Коротин

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России.
Пенза

Цель: выявление респираторных симптомов среди взрослых с использованием анкет и данных пикфлоуметрии.

Методы исследования: В 2011 году проводилось скрининговое обследование в с. Кижеватово и с. Чемодановка людей без выставленного на момент осмотра какого-либо заболевания легких. Опрошено 282 человек, в возрасте до 40 лет – 89 человек (30,4%), старше 40 лет – 196 (69,6%), из них 117 мужчин (41,5%) и 165 женщин (58,5%). Распространенность курения составила 22,7% (64 человека). У 164 чел. (58,1%) выявлены хотя бы один клинический симптом легочной патологии (кашель, отхождение мокроты, одышка), которые сочетались со снижением показателей пикфлоуметрии (ПСВ-пиковая скорость выдоха). У 111 человек (39,3%) на момент осмотра имелось хотя бы одно сердечно-сосудистое заболевание (ИБС-41 человек, АГ-80 человек). У 36 человек с кардиальной патологией в программе лечения присутствовали бета-блокаторы.

Выводы: Согласно исследованию GATS (Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака) проводившимся в 2009 году, распространенность курения среди сельского населения в России составляет 35,9%. По результатам нашего исследования распространенность табакокурения несколько ниже – 22,7%. Не смотря на это, можно отметить большое количество людей с наличием респираторных жалоб. Это нацеливает на более широкое скрининговое использование методов исследования функции внешнего дыхания (ФВД - пикфлоуметрии, спирографии) среди взрослого населения (даже некурящих) для более раннего выявления болезней легких. А обнаруженные клинические признаки легочной патологии (кашель, отхождение мокроты, одышка) в сочетании со снижением показателей ПСВ требуют дальнейшего наблюдения за пациентами с целью диагностики хронических обструктивных заболеваний и составления лечебных программ. Учитывая высокую частоту сопутствующей сердечно-сосудистой патологии у лиц с респираторными симптомами и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией следует более обоснованно подходить к назначению бета-блокаторов.

ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ

Н.П.Сергутова, Т.В.Горячева, Н.В.Малкина

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарёва»
Саранск

Несмотря на достигнутые позитивные результаты по противодействию злоупотреблению наркотиками, проблема вовлечения населения республики в среду наркозависимых остается актуальной. Об этом свидетельствует продолжающийся рост числа лиц, состоящих на учете в органах здравоохранения республики в связи с немедицинским потреблением наркотиков. За последние три года количество зарегистрированных наркопотребителей в Мордовии возросло более чем на 30%. В связи с этим продолжается проведение ряда мероприятий по созданию условий для приостановления роста злоупотребления наркотиками и их незаконного оборота, поэтапного сокращения распространения наркомании и связанных с ней преступности и правонарушений до уровня минимальной опасности для общества.

В задачи профилактических мероприятий включено: развитие и укрепление системы межведомственного взаимодействия в организации профилактики наркомании в республике, а также предупреждение правонарушений, связанных с употреблением наркотиков и их незаконным оборотом; обеспечение информационно-пропагандистского сопровождения профилактики наркомании среди населения республики; развитие системы мониторинга наркоситуации и оценки эффективности проводимой профилактической антинаркотической работы; совершенствование системы выявления, лечения и реабилитации лиц, употребляющих наркотики без назначения врача; укрепление материально-технической базы учреждений, решающих проблемы наркомании; дальнейшее развитие системы повышения квалификации специалистов в области профилактики наркомании; развитие сотрудничества государственных органов, общественных и религиозных организаций в сфере профилактики наркомании и реабилитации больных наркоманией.

Настоящие действия предусматривают осуществление комплекса мероприятий, направленных на обеспечение системного подхода к осуществлению противодействия распространению наркомании, дальнейшее развитие межведомственного взаимодействия, совершенствование форм и методов профилактики наркомании, активизацию антинаркотической пропаганды и антинаркотического просвещения, повышение эффективности деятельности учреждений, решающих проблемы наркомании и наркопреступности. На сегодняшний день мониторинг наркоситуации представляет собой процедуру, которая использовалась и совершенствовалась на протяжении нескольких последних десятилетий. В ее основании лежат единые методические рекомендации, которых придерживаются исследователи всех стран, обеспечивая, таким образом, единообразие и сопоставимость получаемых результатов.

В течение последнего времени в Республике Мордовия проведено укомплектование судебно-химической лаборатории ГУЗ "Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы" газовым хроматографом 7820 "МАЭСТРО" с масс-селективным детектором и автосэмплером, для ГУЗ "Республиканский наркологический диспансер" приобретен аппаратно-программный комплекс для вегетативно-резонансного теста по выявлению потребителей наркотиков "ИМЕДИС-ЭКСПЕРТ". Проводится приобретение иммунохроматографических экспресс-тестов (для определения содержания наркотических средств в организме) в целях проведения медицинского освидетельствования молодых людей при первоначальной постановке на воинский учет, а также укомплектование лечебно-профилактических учреждений республики, оказывающих наркологическую помощь, врачами психиатрами-наркологами для детско-подросткового населения. Одним из направлений работы в республике является работа центра «Здоровья» на базе врачебно-физкультурного диспансера, где проводится обследование студентов, спортсменов и подростков, занимающихся в спортивных секциях, что важно в рамках данного вида профилактики. Кроме того, будет продолжено тестирование на употребление токсических веществ юношей призывного возраста совместно с Республиканским военным комиссариатом и Федеральной службой по контролю за оборотом наркотических средств. Разрабатываются и внедряются системы автоматизированных рабочих мест врача психиатра-нарколога диспансерного отделения и стационара, обслуживающих больных наркоманией. В результате к 2014 году предполагается: достигнуть уменьшения темпов роста заболеваемости наркоманией по сравнению с уровнем 2009 года (с 2,9% в 2009 году до 1,4% в 2014 году); сократить удельный вес несовершеннолетних, состоящих на учете в связи с употреблением наркотиков в подразделениях по делам несовершеннолетних органов внутренних дел, комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их, увеличить количество больных наркоманией, прошедших лечение и реабилитацию, длительность ремиссии у которых составляет от 1 года до 2 лет и более 2 лет, увеличить к 2014 году долю населения Республики Мордовия, систематически занимающегося физической культурой и спортом, на 25 % по отношению к уровню 2009 года (2010 год - 5 %, 2011 год - 5%, 2012 год - 5%, 2013 год - 5%, 2014 год - 5 %); на 10% по сравнению с 2009 годом (2010 год - 2%, 2011 год - 2%, 2012 год - 2%, 2013 год - 2%, 2014 год - 2%); прав, а также в наркологических диспансерах, в общей численности несовершеннолетних, состоящих на данных видах учета, на 20% по сравнению с уровнем 2009 года (2010 год - 4%, 2011 год - 4%, 2012 год - 4%, 2013 год - 4%, 2014 год - 4%). Оценка эффективности реализации профилактических мер будет ежегодно производиться на основе системы целевых показателей, которая обеспечит мониторинг динамики изменений, произошедших за оцениваемый период, для уточнения или корректировки поставленных задач и проводимых мероприятий.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕСТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ОТКЛОНЕНИЯМИ СОДЕРЖАНИЯ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ МАРКЕРНЫХ БЕЛКОВ ВО II ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Р.С.Синюта, Л.В.Фатеева

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Гестоз относится к наиболее сложным и нерешенным проблемам современного акушерства. Тяжёлые формы гестоза являются основными причинами материнской и перинатальной смертности, поэтому профилактика развития тяжёлых форм относится к наиболее важным задачам медицины.

Патология гемостаза является ключевым моментом патогенеза гестоза и напрямую связана с нарушением гемостатических свойств эндотелия. Маркерами развития гестоза считают измененный уровень ХГЧ во II триместре беременности.

Цель исследования: разработать персонифицированную тактику лечения ранних акушерских осложнений и профилактику гестоза у беременных с отклонениями в уровне биохимических маркеров во II триместре беременности.

Материалы и методы: нами был проведён ретроспективный анализ индивидуальных карт беременных с изменениями уровня биохимического маркера II триместра беременности ХГЧ I группа (n=30) и без отклонений уровня ХГЧ II группа (n=30). По возрасту, паритету, анамнезу и клинико-лабораторным данным группы были сопоставимы. При проведении ультразвукового скрининга в 16-20 недель была обнаружена патология плаценты у 9 (30%) беременных I группы и не было изменений плаценты в контрольной группе. При III ультразвуковом скрининге патология плаценты выявлена уже в 13 (43,3%) в I группе и у 2 (3,3%) в контрольной группе.

В основной группе начало гестоза наблюдалось на 4-6 недель раньше в I группе (28-30 нед.) по сравнению со II группой (34 нед.) и в 3 раза чаще в I группе с измененными показателями ХГЧ (66,7% и 20%). Двадцати беременным с отклонениями в уровне ХГЧ во время II биохимического скрининга проведена доплерометрия сосудов матки, пуповины и исследовалась система гемостаза. Нарушения кровотока в маточных артериях выявлено у 3 (15%) беременных.

Изменения в системе гемостаза обнаружены у 14 (70%) пациентов (основные выявленные нарушения - укорочение протромбинового времени и увеличение протромбинового индекса).

С целью коррекции данных нарушений гемостаза мы применяли низкомолекулярный гепарин (НМГ) фраксипарин. Низкомолекулярные гепарины не проникают через плаценту. Выбор фраксипарина был обусловлен его способностью вызывать легко обратимую дезагрегацию тромбоцитов в отличие от других НМГ, не влияющих на эти свойства тромбоцитов. Фраксипарин с учетом противопоказаний включали в терапию, как только были обнаружены из-

менения в уровне ХГЧ в индивидуально подобранной дозировке подкожно 1-2 раза в день курсами 10 инъекций в сроке 20-23 нед.

Критериями эффективности терапии считались: положительная динамика при доплерометрического исследования, отсутствие задержки роста плода и тромботических осложнений. Показатели системы гемостаза к 10-у дню лечения имели позитивную динамику или даже приходили в норму. При анализе результатов лечения оказалось, что дисфункция плаценты развилась у 6 (30%) женщин, получавших НМГ и у 18(60%) не получавших. Развитие гестоза наблюдалось у 5(25%) беременных, по сравнению с группой без лечения 19(66.7%) и 6 (20%) контрольная группа. Терапия НМГ оказалась эффективной и для новорожденных. Средняя масса новорожденных у женщин, получавших НМГ 3412 ± 580 г. без НМГ 3123 ± 477 г. и 3583 ± 328 г. контроль ($p<0,01$.)

Таким образом, биохимические маркеры, такие как уровень ХГЧ, могут быть использованы в качестве маркеров дисфункции плаценты, а именно как показатели недостаточной инвазии трофобласта. В результате неполноценной инвазии происходит активация клеток эндотелия, приводящая к увеличению активности системы гемостаза и повышенному тромбообразованию в области плацентарного кровотока с развитием ишемии и гипоксии. Применение НМГ способно контролировать эндотелиальную дисфункцию и является реальной возможностью профилактики развития тяжёлых форм гестоза и пролонгирования беременности при раннем начале и риске гестоза.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С УДАЛЕННЫМ ТИМУСОМ

А.И.Смолягин, А.Л.Фроленко, Е.А.Злодеева, А.В.Роженцева

Оренбургская государственная медицинская академия,
ГБУЗ «Областная детская клиническая больница»
Оренбург

Оперативное лечение врожденных пороков сердца (ВПС) нередко сопровождается частичным или полным удалением тимуса, связанным с доступом к сердцу. Высокая хирургическая активность приводит к увеличению количества детей, у которых проведена частичная или тотальная тимэктомия. В связи с этим проведение полной или частичной тимэктомии в этом возрасте может приводить к различным нарушениям функционирования иммунной системы [1,2,3]. Часты послеоперационные осложнения при хирургическом лечении ВПС и тяжесть их течения на фоне иммунологической недостаточности требуют проведения целенаправленной иммунокорректирующей терапии на этапах хирургического лечения. Веторон - комплексный препарат, содержащий β -каротин, витамин С и витамин Е. Он обладает иммуномодулирующей и антиоксидантной активностью, оказывают также противовоспалительное, адаптогенное действие, способствует нормализации липидного обмена и более быстрой регенерации поврежденных слизистых оболочек. Целью данной работы являлась

оценка влияния Веторона на показатели иммунного статуса у детей с тимэктомией, проведенной при операциях по поводу ВПС.

В исследование включено 43 ребенка (24 девочки и 19 мальчиков) в возрасте от 3 до 6 лет (средний возраст $3,6 \pm 2,0$ года), оперированных по поводу ВПС в НИИ ССХ им. А. Н. Бакулева. В протоколах операций были указания на тотальную и частичную тимэктомию. Для оценки иммунного статуса у больных определялись показатели клеточного и гуморального иммунитета, через 1 год после операции. Затем дети, оперированные по поводу ВПС, были разделены на две группы: 1-я (основная) включала 23 ребенка, которые получали Веторон, 2-я – 20 детей, не получавших иммуностимулирующие препараты (группа сравнения). Веторон в 1 группе применяли ежедневно по 0,2 мл однократно в течение 3 недель, затем через 6 месяцев данный курс повторили. Через 1 год после начала терапии у пациентов вновь был определен иммунный статус. Контролем служили иммунологические показатели у 20 здоровых детей. Статистическую обработку результатов исследования проводили в программном пакете StatSoft Statistica. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Проведенный анализ иммунологических показателей у детей через 1 год после тимэктомии выявил в целом ряд однонаправленных изменений. Прежде всего, необходимо отметить, что у данных пациентов по отношению к показателям здоровых детей выявлено снижение числа лейкоцитов, относительного содержания CD3+, CD4+ - лимфоцитов, а также абсолютного количества CD3+, CD19+-клеток. Аналогичным было уменьшение фагоцитарного показателя. Напротив, у большинства обследуемых детей наблюдалось повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и IgG. Через 2 года после операции у пациентов обеих групп сохранялось снижение CD3+ CD4+, CD19- клеток, повышение уровня ЦИК по сравнению с контролем. Вместе с тем, у больных 1-й группы (после приема Веторона), через 2 года после операции, улучшились показатели клеточного и гуморального иммунитета: повысилось по отношению к группе сравнения относительное количество CD3+ CD4+, CD19+ лимфоцитов, увеличился фагоцитарный показатель, снизился уровень ЦИК.

Сведения о функционировании тимуса человека *in vivo* практически отсутствуют. Представленный материал можно рассматривать в качестве попытки приблизиться к оценке полноценности функционирования тимуса в живом организме. Прием препарата положительным образом повлиял на изменения иммунного статуса детей с тимэктомией, что предполагает наличие иммуномодулирующего эффекта у Веторона и применение его как неспецифического средства, оказывающего влияние на иммунную систему у детей, в т.ч. с удаленным тимусом.

Литература

1. Смолягин А.И., Фроленко А.Л., Донецкова А.Д., Ярилин А.А. Функциональные последствия тимэктомии у детей: численность, субпулционный состав лимфоцитов и содержание эксцизионных колец// Иммунология. – 2010. - Т.31., № 6. - С. 289-294.

2. Prelog M., Keller M., Geiger R. et al. Thymectomy in early childhood: significant alterations of the CD4(+)CD45RA(+)CD62L(+) T cell compartment in later life // Clin. Immunol. 2009.- Vol.130. - P.123-132.
3. Turan Tamer, Turan Arzu, Arslan Caner et.al. /How does neonatal thymectomy effect on the immune system.//Acta cardiol. – 2004. – V.59, №5 – P. 511-513.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Н.В.Сопина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Основные направления государственной политики в РФ предусматривают совершенствование медицинской помощи населению. Главные разделы: модернизация здравоохранения, оптимизация обязательного медицинского страхования, правовое совершенствование, продолжение нацпроекта «Здоровье», развитие специализированной медицинской помощи, программа по совершенствованию медицинской помощи при социально-значимых заболеваний, подготовка медицинских кадров, медицинская помощь детям, родовспоможение и ряд других. Особенностью современного этапа, является обязательное финансирование каждого её направления.

С 2006 года внедряется нацпроект «Здоровье». Это: строительство и организация работы центров высоких технологий (В 2011 году высокотехнологичную медицинскую помощь получили 322,7 тыс. человек), приобретение медицинской аппаратуры, диагностика врожденной патологии, внедрение родовых сертификатов, повышение заработной платы ряду медицинских работников. Понятно, что результаты любых реформ в здравоохранении появляются не ранее, чем через 3 года. Т. Голикова отмечает влияние нацпроекта «Здоровье» на изменение демографической ситуации: в 2011 г. в стране родились почти 1800 тыс. детей. Продолжительность жизни населения превысила 70 лет. Число жителей России превысило 143 млн. человек.

С 2010 года активно проводится модернизация здравоохранения, направленная на повышение качества и доступности МП для населения РФ. Стоимость Программ модернизации здравоохранения за счет всех источников финансирования на 2011-2012 годы составила 623,6 млрд. рублей. Программа способствует изменению подхода к оказанию качественной медицинской помощи. Основные её направления:

1. Укрепление материально-технической базы в соответствие, с требованиями порядков оказания МП. Разработаны 44 порядка оказания медицинской помощи, выполнение которых является обязательным с 2013 года. Это основной критерий лицензирования и контроля и новая система организации работы

медицинских учреждений, всех форм собственности, с учетом уровня оказания медицинской помощи.

2. Внедрение современных информационных технологий. С 2012 года начинается внедрение ЕГИСЗ (единая информационная система здравоохранения), которая предусматривает обеспечение деятельности медицинских учреждений, их специалистов по всем основным аспектам. Одна из задач внедрения ЕГИСЗ - переход от оффлайн-анализа отчетности к онлайн-мониторингу ключевых показателей. Учет таких показателей должен будет производиться в соответствии с Порядками и Стандартами. Внедрение ЕГИСЗ позволяет интегрированию регионального сегмента с Федеральными сервисами. Это в значительной мере повышает контроль выполнения порядков и стандартов во всех регионах. Кроме того, приоритетными направлениями информатизации являются так же: система персонального мониторинга основных параметров больного, телемедицина, непрерывное медицинское образование, создание дистанционных форм занятости и др.

3. Стандартизация оказания медицинской помощи становится обязательной с 2013. Внедрение стандартов требует постоянного дополнительного финансирования. Так на 2012 год – 324,2 млрд. р., на оказание амбулаторной помощи - 116,1 млрд.р. В настоящее время разработаны 1041 стандарт медицинской помощи, которые размещены на сайте. До их утверждения врачи имеют право вносить свои предложения по формированию стандартов.

Одной из самых сложных проблем за последние годы остается укрепление ЛПУ медицинскими кадрами, особенно в сельской местности. Предусматривается ряд мер, в том числе выплата «подъемных», в общей сумме 11 млрд р. для работы в селе.

С 2006 года активно внедряется общеврачебная практика, что требует изменения в подготовке кадров, открытия и оснащения врачебных амбулаторий, вместе с тем значительно повышает доступность медицинской помощи.

С 2009 г открыто и функционирует 706 центров ЗОЖ.

С 2011г. активно внедряется ФЗ РФ от 29.11.2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ». Закон позволяет любому гражданину выбирать СМО, то есть в стране не должно быть незастрахованных граждан. Каждый застрахованный получает право выбора медицинской организации и врача. Закон обеспечивает бесплатную медицинскую помощь в рамках Программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи, значительно расширяет информированность о медицинских услугах в ЛПУ, очередности на плановое лечение и консультацию. Вместе с тем, закон в значительной мере повышает защиту прав застрахованного, в связи с усилением контроля объемов, сроков, условий и качества оказания медицинской помощи.

В рамках совершенствования правовой системы, в 2011 г. принят ФЗ №323 от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Закон определяет приоритет интересов пациента, доступность и качество МП, впервые закрепляет обязанность граждан, заботится о своем здоровье. Он определяет

правовые, экономические и организационные основы охраны здоровья граждан, их права, обязанности, гарантии оказания МП. Закон закрепляет ответственность властных структур разных уровней, в том числе и по исполнению порядков и стандартов с 2013г. Определяет обязанности медицинских организаций, права и обязанности медицинских и фармацевтических работников. С 2016г сертификат специалиста будет заменён свидетельством об аккредитации. С 01.09 2017г закрывается интернатура.

Начата программа поддержки медицинской индустрии. Не менее важным является финансирование основных федеральных целевых программ. Так, в 2012 выделено 6,4 млрд – на совершенствование онкологической помощи, и 4,5 млрд – на мероприятия по снижению сосудистой патологии, увеличено финансирование на развитие репродуктивных технологий. Выполнение Программы по оказанию медицинской помощи пострадавшим в результате ДТП позволило создать и оснастить вдоль 4 федеральных трасс, охватывающих 14 регионов, 96 травмцентров разного уровня.

В настоящее время сохраняют свою значимость федеральные целевые программы по профилактике и лечению социально-опасных заболеваний.

Четкое понимание основных направлений Государственной политики в сфере здравоохранения, позволяет в регионе и медицинской организации повышать финансовое обеспечение медицинской помощи, её качество, доступность, внедрять новые медицинские технологии.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА

*В.И.Струков, Д.Г.Елистратов, Т.В.Крылова, Г.П.Дерябина, Л.В.Камардина,
О.С.Погребняк, Ю.Ю.Мамонова, О.И.Артемова*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Актуальность проблемы. Остеопороз - метаболическое заболевание скелета, характеризующееся уменьшением массы кости в единице объема и нарушением микроархитектоники костной ткани, приводящими к уменьшению количества кальция в костях и высокому риску переломов любых костей, в том числе шейки бедра. Остеопороз относят к ведущим заболеваниям человека, таким, как рак, инфаркт миокарда, инсульт. В РФ 14 млн. человек имеют остеопороз, еще у более 20 млн. наблюдаются с остеопенией. В России каждая третья женщина и каждый пятый мужчина в возрасте 55 лет и старше страдают остеопорозом. Каждый год из-за остеопороза происходит 1,5 млн. переломов. При этом, каждую минуту происходит семь переломов позвонков, каждые пять минут – перелом шейки бедра. Смертность при переломе шейки бедра достигает 30%. Треть пациентов, перенесших такие переломы, теряет способность к самообслуживанию, а половина из них не может вернуться к прежнему образу

жизни. Актуальность проблемы и в том, что до сих пор нет эффективных лекарственных препаратов для лечения и профилактики этой патологии.

Для профилактики и лечения остеопороза применяются различные препараты кальция: карбонат кальция, цитрат кальция, фосфат кальция, аскорбат кальция, сукцинат кальция и др. Недостаток этих препаратов следующий:

1) При длительном приеме этих препаратов, кальций может поступать не столько в кости, но и в другие органы и системы. При бесконтрольном применении препараты кальция могут кальцифицировать мелкие и крупные сосуды, образовывать камни в почках и др. органах.

2) Все препараты кальция в изолированном виде обладают малой терапевтической активностью при лечении и профилактике остеопороза.

В связи с этими недостатками и открытием витаминов группы D, а в последующем гормональных форм витамина D, акцент в лечении остеопений, остеопороза, остеомалации сместился на эту группу препаратов (холекальциферол, эргокальциферол, видехол, вигантол, Ван-альфа, кальцитриол и др. Недостаток этих средств:

1). Витамины D без кальция работают слабо.

2) Для получения клинического эффекта необходимо назначать большие дозы препарата. Однако это чревато тяжелыми осложнениями в виде острого или хронического гипервитаминоза D.

В связи с указанными недостатками стали комбинировать препараты кальция с витамином D и его активными метаболитами. В настоящее время широко используются такие лекарства, как «Кальций Дз Никомед», «Кальцимин Адванс», «Кальцимин», «Цитрокал», «Альфадол кальция» и др. Их недостаток: препараты кальция и витамина D потенцируют действие друг друга, поэтому велик риск избыточной минерализации различных тканей и органов вплоть до кальциноза, т.е. необратимых изменений в организме больного.

В связи с указанными недостатками значительно возрос интерес к гормональным механизмам регуляции минеральной плотности костной ткани. Известно, что уровень тестостерона в женском организме, в среднем, в 25 раз меньше, чем в мужском, поэтому даже незначительное падение уровня тестостерона в постменопаузе ведет к остеопорозу. Этим объясняется большая частота остеопороза у женщин, чем у мужчин. Фирмой «Парафарм» и кафедрой педиатрии разработаны новые технологии в диагностике и лечении остеопороза - с использованием трутневого расплода в качестве донатора половых прогормонов: эстрадиола, тестостерона. Трутневый расплод эффективен при нарушениях гормонального фона (климакс), стимулятор центральных механизмов регуляции образования андрогенов (исключает возможность заместительной терапии). Необходимость ведения трутневого расплода объясняется тем, что он является донатором половых энтомологических гормонов: пролактина, эстрадиола, прогестерона, тестостерона - оказывающих стимулирующее действие на минеральную плотность костей. Трутневый расплод эффективен при нарушениях гормонального фона, выступает стимулятором центральных механизмов регуляции интенсивности образования андрогенов.

Цель работы – изучение сравнительной эффективности лечения остеопороза отечественным препаратом «остеомедом» с кальций Dз Никомедом (Норвегия), наиболее часто используемым в этих целях.

Материал и методы исследования. С 2009 по март 2012 года на базе областного центра остеопороза обследовано 70 женщин с постменопаузальным остеопорозом. Диагностика остеопороза проводилась на основании жалоб, осмотра, клинических, лабораторных, биохимических, рентгенологических методов исследований. Определение минеральной плотности костной ткани проводилось рентгенабсорбционным методом на аппарате «Остеометр – DTX – 100». Только аппараты этого типа позволяют одновременно определять минеральную плотность костной ткани, полостные образования в костях, избыток отложения солей в мягкие ткани и их динамику.

В исследование включали только женщин с естественной менопаузой и наличием полостей в трабекулярных отделах костей. В зависимости от способа лечения остеопороза все женщины выделены в 2 сравнимые группы по возрасту и тяжести заболевания: 1 группа -35 женщин получали остеомед (содержащий цитрат Ca, трутневый расплод) по 5 таблеток в день (2 утром и 3 на ночь) трехмесячными курсами три раза в год; 2 – группа (сравнения) – женщины получали «кальций Dз Никомед» (карбонат Ca плюс витамин Dз) по 1 таблетке два раза в день такими же курсами, как и в 1 группе. Т.о. в 1 и во 2 группах женщины получали одинаковую дозу Ca, но в первой это был цитрат, во 2 – карбонат Ca. Всем пациентам до назначения средства и через каждые 3 месяца терапии определяли минеральную плотность костей рентгенабсорбционным методом до завершения курса лечения.

После проведенного лечения в группе женщин получавших остеомед отмечалось более выраженный клинический эффект у 75% больных, который проявлялся уменьшением размеров полостей у 50%, закрытием полостей у 25%. В группе женщин получавших кальций Dз Никомед не отмечено положительных сдвигов у 60% больных, уменьшение полостей только у 35%, а закрытие полостей происходило в 5 раз реже. Полученный лучший результат лечения остеомедом объясняем тем, что он содержит трутневый расплод, а также тем, что кальций в остеомеде представлен водорастворимым цитратом кальция, а в CaDз Никомеде он представлен хуже растворимым карбонатом кальция.

Выводы:

1. Остеомед и CaDз Никомед оказывали положительное влияние на динамику течения остеопороза в группах. Однако в 1 группе получавших остеомед отмечено более выраженное ремоделирующее действие с закрытием и уменьшением полостных образование у 75% женщин с первичным остеопорозом.

2. Остеомед усиливает механизм восполнения кальция в организме за счет цитрата кальция, а одновременное применение трутневого расплода способствует минерализации и закрытию полостей за счет поддержания уровня андрогенов. Совместное применение цитрата кальция и трутневого расплода позволяет достичь наибольшей эффективности терапии остеопороза.

Литература:

1. Кривцов Н.И. и др. «Теория и средства апитерапии» Москва, 2007.
2. Струков В.И. Лимонная и пировиноградная кислоты в патогенезе рахита. Автореферат дисс к.м.н. Алма-Ата, 1969
3. Струков В.И. Побочные и токсические реакции на витамин D. Автореферат дисс. д.м.н. Москва, 1979
4. Струков В.И. Актуальные проблемы остеопороза. «Ростра», 2009 С.341.
5. Струков В.И., Д.Г. Елистратов. Нарушение кальциевого обмена. «Ростра», 2011. С.47.

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ОСТЕОПОРОЗА**

*В.И.Струков, Л.Г.Радченко, М.Н.Максимова, О.С.Погребняк, К.Г.Серскова,
Ю.Г.Катюшкина*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Остеопороз - метаболическое заболевание скелета, характеризующееся уменьшением массы кости в единице объема и нарушением микроархитектоники костной ткани, с образованием в костях порозных образований, приводящими к уменьшению количества кальция в костях и высокому риску переломов любых костей, в том числе шейки бедра. В настоящее время с целью диагностики ОП и определения эффективности терапевтической активности препаратов используются лабораторные, гистологические, лучевые методы исследования. Стандартная рентгенография является одним из обязательных методов исследования. Она позволяет провести морфометрический анализ тел позвонков, выявить характерные деформации тел позвонков, с высокой точностью установить переломы тел позвонков. Однако этот метод диагностики относится к поздним. Так как позволяет выявить остеопороз только при потере костной массы свыше 30-40%. Поэтому рентгенография для ранней количественной диагностики остеопении, остеопороза и контроля терапии неприемлема.

Наиболее точным и информативным методом исследования минеральной плотности костной ткани (МПК) является рентгеновская абсорбциометрия. Современные остеометры позволяют измерить МПК в различных частях тела, в том числе шейке бедра и тел позвонков. Все остеометры работают в двух шкалах.

T- шкала означает количество стандартных отклонений выше или ниже среднего показателя пика костной массы. для оценки МПК у взрослых.

Z – шкала означает количество стандартных отклонений выше или ниже среднего показателя для лиц того же возраста и пола.

Определение тяжести остеопороза проводится по классификации ВОЗ:

- Норма МПК – показания Т-критерия от +1 до –1 стандартных отклонений (СО) от пиковой костной массы.
- Остеопения I степени – МПК от -1 до – 1,5 СО.
- Остеопения II степени – МПК от -1,5 до - 2,0 СО.
- Остеопения III степени – МПК от -2,0 до – 2,5 СО.
- Остеопороз I степени - МПК от – 2,5 и менее без переломов.
- Остеопороз II степени – МПК от – 2,5 и менее при наличие остеопоротических переломов костей.

С использованием этих критериев в настоящее время ведется как диагностика, так и определение эффективности лечения тем или иным препаратом. Их недостаток: учитывается только количественная характеристика минерализации кости. При этом объективную оценку эффективности препарата в лечении остеопороза по признаку увеличения или уменьшения МПКТ нередко затруднительно. Этому содействует отсутствие баз данных по регионарным нормативам МПК.

Из данных литературы не было известно, что по степени тяжести остеопороза, его динамики и определения эффективности препарата можно учитывать морфологию остеопорозных проявлений, а именно определение полостных образований в трабекулярных отделах костей. Без учета (полостей) морфометрических проявлений остеопороза определение тяжести заболевания и эффективности того или иного препарата затруднительно или невозможно. Однако все современные остеометры «не видят» полости, так как настроены только на определение МПКТ, что является недостатком таких аппаратов. Чтобы были видны полостные образования в костях необходимо создавать остеометры с соблюдением определенных условий. Вокруг исследуемых костей конечностей (рук, ног) в специальных кувезах необходима дистиллированная вода. Такие остеометры типа DTX – 100 позволяют одновременно определять МПКТ и полости. Однако водные остеометры неудобны в работе, так как необходима дистиллированная вода. Кроме того была принята концепция определения степени тяжести остеопороза только по минеральной плотности, поэтому на полости никто не обращал внимание. По этой причине были созданы новые аппараты DTX 200, которые работали уже без воды, с большей скоростью, но определяли только МПКТ. Великолепные аппараты типа DTX – 100 сняты с производства или выброшены по причине малой производительности. Однако опыт и новые знания об остеопорозе показывают, что аппараты такого типа сейчас очень нужны, так как они определяют еще дополнительно 2 параметра: полости и избыточное отложение солей в мягких тканях. Для того, чтобы остеометры типа DTX-200 могли «видеть» полости необходима специальная настройка аппарата.

В некоторых случаях при работе на таких «видящих» аппаратах показания МПК снижена, например, до – 2,4 СО (остеопения), однако при выявлении полостных образований в костях таким больным необходимо выставить диагноз остеопороза. Особенно в тех случаях, когда в динамке наблюдения эти полости увеличиваются или в анамнезе есть указания на переломы костей. Поэтому определять эффективность препарата в лечении остеопороза на аппара-

тах нового поколения типа DTX – 200 (не видящих полости) только по одному показателю МПК может быть ошибочным.

Например. Пациентке Е. был назначен кальций Дз Никомед через 12 месяцев лечения минерализация увеличилась с -2,6 до -1,9 СО (с остеопороза до остеопении 2 степени), а полостные образования увеличились. Поэтому если делать оценку эффективности лечения на аппарате DTX 200 по МПКТ, то можно это оценить как положительный результат и, следовательно, об эффективности этого препарата (кальций Дз Никомед) и возможности отмены препарата или снижение его дозы, сокращение длительности курсов лечения и т.д..

Если проводить оценку динамики заболевания и эффективности препарата кальций Дз Никомед в лечении остеопороза на аппарате, DTX 100, (или специально настроенным DTX – 200, который «видит» полости и одновременно определяет минеральную плотность костей), то заключение при таких показаниях прибора будет совершенно другим – нарастание тяжести остеопороза, за счет увеличения размеров полостных образований, на фоне некоторого улучшения минерализации костей. Препарат не эффективен (кальций Дз Никомед). Необходимо сменить препарат на другой, по причине увеличения полостей, т.е. отсутствия эффекта в восстановлении структуры костной ткани. Таким образом, необходим новый подход в диагностике остеопороза с использованием и забытых технологий.

БОЛЕВАЯ И БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА: ЗНАЧИМОСТЬ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

И.П.Татарченко, Н.В.Позднякова, А.Г.Мордовина, И.А.Петрушин

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России, Пенза
ФГБУЗ МСЧ-59 ФМБА России, Заречный

Россия удерживает печальное первое место в Европе по смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, причем значительная доля случаев смерти приходится на сравнительно молодой возраст. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается основной причиной смерти в индустриально развитых странах. Сахарный диабет (СД) является независимым фактором риска ишемической болезни сердца (ИБС), при этом Американская кардиологическая ассоциация с учетом высокого риска сосудистых осложнений при СД 2-го типа (СД2) причисляет его к сердечно-сосудистым заболеваниям. Известно, что более чем у 60% больных СД2 продолжительность жизни будет сокращена в связи с ранним развитием у них ИБС, высоким риском внезапной сердечной смерти.

Цель исследования: изучение маркеров электрической нестабильности сердца у больных СД2 при эпизодах ишемии миокарда.

Материал и методы: под наблюдением находились 54 больных, средний возраст - $62,6 \pm 5,4$ лет. Комплекс обследования, помимо стандартного клинического обследования, включал электрокардиографию в 12 отведениях, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), нагрузочный тест (велозергометрия -

ВЭМ), эхокардиографию (ЭхоКГ), регистрацию сигнал-усредненной ЭКГ (СУ-ЭКГ) с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ), оценку длительности интервала Q-T (QTd - дисперсия интервала Q-T, QTc - скорректированный интервал Q-T). На основании анамнестических данных и результатов мониторинга ЭКГ выделено 2 группы: 1 группа (n=33) - сочетание безболевой ишемии и стенокардии/ее эквивалентов, 2 группа (n=21) - только стенокардия/ее эквиваленты без эпизодов БИМ.

Результаты исследования. Суточная продолжительность эпизодов депрессии ST сегмента в 8 наблюдениях 1 группы превышала 60 мин ($64,6 \pm 3,1$ мин), в 15 наблюдениях – более 30 мин, но менее 60 мин ($44,6 \pm 12,1$ мин), в 10 – менее 30 мин. На болевой синдром с типичной локализацией указывали 17 больных из 33 пациентов 1 группы, у 16 – стенокардия напряжения атипичной локализации. Клинический анализ болевых и безболевых эпизодов ишемии показал наличие у 10 (30,3%) пациентов не более 3 эпизодов БИМ за сутки, у 23 (69,7%) пациентов – более 3 эпизодов БИМ. Во 2 группе (n=21) по дневниковой записи выделены приступы стенокардии/ее эквивалентов ($4,2 \pm 1,6$) при общей суточной продолжительности эпизодов ишемии ($45,6 \pm 8,4$ мин).

У пациентов 1 группы объем выполненной работы, двойное произведение и пороговая мощность оказались достоверно ниже, чем у пациентов II группы. У пациентов при наличии БИМ в 83% случаях зарегистрировано более 6 отведений с ишемической депрессией ST сегмента (\downarrow ST). Средняя глубина депрессии ST сегмента существенно не отличалась у пациентов обеих групп, однако максимальная глубина снижения ST в 1 группе превышала аналогичный показатель во 2 группе, $p < 0,05$. Величины ЧСС в начале безболевых (БИМ) и болевых эпизодов ишемии миокарда (БЭИМ) по группам достоверно не различались.

Патологические показатели, удовлетворяющие критериям ППЖ, выявлены у 19 (35,2%) пациентов, в том числе - у 14 (26%) больных из 1 группы, у 5 (9,2%) больных из 2 группы, $\chi^2=5,4$, $p < 0,05$. Установлена корреляционная связь суточной продолжительности эпизодов ишемии с продолжительностью фильтрованного комплекса HF QRS Dauer ($R=0,53$, $p=0,01$), с продолжительностью низкоамплитудных сигналов в конце фильтрованного комплекса QRS LAN Fd ($R=0,49$ $p=0,03$); продолжительности БИМ с HF QRS Dauer ($R=0,57$, $p=0,01$). Положительная корреляция получена при оценке глубины депрессии сегмента с HF QRS-Dauer ($R=0,45$, $p=0,03$), с LAN Fd ($R=0,41$, $p=0,042$).

Анализ продолжительности реполяризации желудочков показал, что увеличение дисперсии QT (QTd) интервала у больных ИБС связано не столько с наличием безболевой ишемии миокарда, сколько с продолжительностью суточной ишемии миокарда, получена положительная связь суточной ишемии миокарда (СИМ) с QTd ($R=0,485$, $p < 0,05$). При СИМ более 60 мин продолжительность интервала QTc и QTd составила $449,2 \pm 4,1$ мс и $67,2 \pm 2,7$ мс, при СИМ менее 60 мин аналогичные показатели соответствовали значениям $412,5 \pm 3,2$ мс и $46,8 \pm 2,4$ мс, $p < 0,05$,

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о влиянии обратимой ишемии на электрофизиологические свойства миокарда у больных СД2 и ИБС, выступая в качестве модифицирующего фактора, приводящего к ухудшению показателей СУ-ЭКГ и появлению поздних потенциалов желудочков. Не исключена зависимость преходящего характера ППЖ от глубины поражения миокарда. В условиях ишемии миокарда неравномерность функциональных изменений кардиомиоцитов обуславливает не только появление замедленной фрагментации желудочковой активности, но и создаёт условия для увеличения дисперсии интервала Q-T.

ЦИСТИЦЕРК В СТЕКЛОВИДНОМ ТЕЛЕ ПРАВОГО ГЛАЗА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

П.Ю.Татарченко, Н.Б.Шурупова, Н.В.Лепешева, Н.Н.Гостева

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России,
ГБУЗ Пензенская областная офтальмологическая больница
Пенза

Цистицеркоз – инвазия свиным цепнем в личиночной стадии – цистицерком (финной). Возбудитель – *Tenia solium*, свиной цепень. Взрослый гельминт достигает длины 4 м. После попадания в кишечник промежуточного хозяина (свиньи, собаки, кошки) зародыши (онкосферы) освобождаются из яйца, проникают через кишечную стенку и гематогенно разносятся по всему организму, оседая в паренхиматозных органах, где через 60-70 дней превращаются в цистицерк, который сохраняет жизнеспособность до 5 лет. Механизм передачи возбудителя фекально-оральный. Человек заражается при употреблении мяса, овощей, воды и других продуктов питания, содержащих яйца паразитов. Из яиц в кишечнике освобождаются онкосферы, которые через кишечную стенку проникают в кровоток и заносятся в различные органы и ткани, превращаясь через 2-2,5 мес. в цистицерки (Ющук Н.Ю. и соавт., 2006).

Клинические проявления зависят от локализации паразита. Наиболее опасными являются цистицеркозы ЦНС и глаз. Глазное яблоко является излюбленной локализацией для цистицерка. Часто цистицерк паразитирует в сосудистой оболочке глазного яблока, под сетчаткой, в передней камере и нередко попадает в стекловидное тело глазного яблока.

При цистицеркозе развивается воспалительный процесс, который приводит к токсико-аллергическому иридоциклиту, невриту и эндофтальмиту. Если паразит погибает, жидкость пузыря мутнеет, стенки импрегнируются известью.

Лечение цистицеркоза – консервативное и хирургическое. Если цистицерк обнаруживают в структурах глаза, то его удаляют хирургическим путем, не повреждая кисту, чтобы токсины не вызвали дополнительного воспаления. Из консервативных средств применяют антипаразитарные препараты (флуорбендазол, метрифонат, празиквантел) и кортикостероиды.

Мы хотим поделиться случаем обнаружения цистицерка в стекловидном теле глазного яблока.

Выписка из истории болезни № 16743. Больная Г-ва, 1956 г.р., находилась в офтальмологическом отделении городской больницы им. Семашко г. Пензы с 10 по 21 ноября 2007 г. с диагнозом: Цистицерк в стекловидном теле, витреоретинальная дистрофия правого глаза, миопический астигматизм обоих глаз.

Жалобы: снижение зрения и плавающее помутнение округлой формы перед правым глазом. Из анамнеза: в марте 2007 г. заметила плавающее помутнение перед правым глазом. В сентябре помутнение увеличилось, снизилось зрение. С диагнозом задней отслойки стекловидного тела и отечной макулопатии направлена в стационар. В стационаре выявлен цистицерк в стекловидном теле.

Объективно: зрение правого глаза $0,1 \text{ сy}1 -3,5D \text{ аx } 90^\circ = 0,2$, левого глаза $0,2 \text{ сy}1 -4,5D \text{ аx } 100^\circ = 0,9$. ВГД обоих глаз – 20 мм рт.ст. Справа в стекловидном теле плавают шаровидной формы, полупрозрачный цистицерк с шейкой и головкой на фоне фибриллярной и мелкоочечной деструкции (рис. 1). В нижних отделах – витреоретинальные тяжи и хориоидальный очаг – место входа цистицерка в стекловидное тело (рис. 2).

Учитывая редкость и серьезность заболевания, с целью удаления цистицерка из стекловидного тела больная была направлена в ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. Св. Федорова, где и была успешно прооперирована. Острота зрения правого глаза после операции – 0,7 (с коррекцией).

Таким образом, цистицерк в глазном яблоке – это редкое, но серьезное заболевание; в нашей практике за 20 лет это третий случай. Тем не менее он встречается, и нам хотелось о нем напомнить и поделиться последним случаем с успешным исходом оперативного лечения.

Литература.

1. Бровкина А.Ф. Болезни орбиты: Рук-во. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: МИА, 2008. – 256 с.
2. Офтальмология: национальное руководство / Гл. ред. проф. Э.С. Аветисов, проф. Е.А. Егоров, проф. Л.К. Мошетова, проф. В.В. Нероев, проф. Х.П. Тахчиди. – М., 2008. – С. 798-801.
3. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я., Гаврилов Н.А., Нагибина Н.В. Поражения зрения при инфекционных заболеваниях. М.: Медицина, 2006. – С. 152-155.

ЗДОРОВЬЕ И РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ, РОЖДЕННЫХ ОТ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРОТЕКАВШЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

С.Л.Тузов, Н.С.Карташева, А.В.Котовский, Л.А.Мусатова, Т.Н.Калинкина,
О.В.Кисарова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития,
ГБУЗ ГДП
Пенза

Самая частая (в отдельных регионах у 30%) экстрагенитальная патология беременных, угрожаемая не только будущей матери, но и ребенку – артериальная гипертензия беременных (АГБ).

Угроза для ребенка - высокий риск перинатальной смертности (до 100%), гибель плода (до 4%) и внутриутробная задержка развития (до 1/4). Это абсолютно верно для случаев с нелеченной АГБ. Немногочисленные научные работы, рассматривающие здоровье ребенка от беременности с леченной АГБ, не дают однозначного решения проблемы здоровья ребенка.

Задача исследования: изучить влияние леченой АГБ на развитие и состояние здоровья детей, рожденных от подобной беременности.

Материал исследования: данные историй развития детей (ф. 112) 2007-2008 г.р. Оценивались: интегральные показатели развития (масса и длина тела, их годовая динамика), характеристики состояния ЦНС и иммунной системы (случаи постнатальных энцефалопатий; размеры поствакцинального рубчика, результаты реакции Манту), зарегистрированные случаи аллергических проявлений и заболеваемость (г.о. ОРЗ) за 1-й год жизни.

Результаты рассматривались в сравнении соответствующих показателей между двумя группами: 1-й – 45 детей (от беременности с АГБ) и 2-й – 60 детей (от нормально протекавшей беременности).

Не рассматривались ф. 112 детей от беременности, протекавшими со вторичными АГ.

Установлено следующее.

Если показатели массы (МТ), длины тела (ДТ) новорожденных (Н/р), годовая их динамика (Δ) в сравниваемых группах были практически одинаковы (табл. 1), то ПГЭП выявлена у 74% детей 1-й группы против 44% - 2-й.

Таблица 1

Показатели массы и длины тела детей при рождении и в 1 год

Показатель	МТ Н/р	МТ в 1 г.	Δ МТ	ДТ Н/р	ДТ в 1 г.	Δ ДТ
1 группа	3464	10358	6894	52,9	75,9	23
2 группа	3426	10374	6948	52,8	76,1	23,3

Безусловно, страдающая ЦНС не обеспечивает адекватную регуляцию иммунной системы. Свидетельство - слабый вакцинальный ответ детей 1-й группы на результаты вакцинации БЦЖ: средние размеры поствакцинального рубчика у детей 1-й группы в год - 4,1 мм, во 2-й группе – 5 мм. Слабость клеточного звена иммунитета у детей 1-й группы, можно отметить и по отрицательным результатам реакции Манту в год у 30% (у детей 2-й группы – у 14%). Извращенный иммунный ответ – аллергопроявления, выявлены у 29% детей 1-й группы и у 20% – второй.

Слабость иммунитета детей 1-й группы характеризует становление 45% их ЧБД (>4 раз/год) на первом году жизни (среднегрупповая частота заболеваний -3,7/год), что больше, чем у детей 2-й группы: 7% - ЧБД и 1,9/год – среднегрупповая частота заболеваний.

Выводы:

1. Артериальная гипертензия беременных при адекватной терапии, является прогностически неблагоприятным состоянием матери для здоровья ребенка.
2. Дети от беременности с АГБ требуют более пристального внимания невролога для возможно ранней коррекции частой в этой группе ПГЭП.
3. Высокая частота нарушений иммунитета (число ЧБД и детей с аллергопатологией) требует изучения его у детей от беременности с АГБ и выбора тактики иммуноотропной терапии.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ Г. ПЕНЗЫ

С.Л.Тузов, Н.С.Карташева, А.В.Котовский, Л.А.Мусатова, С.Н.Яблочкина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Известно, что оценка показателей физического развития ребенка, их соответствие возрастным нормативам, дает четкое отражение состояния здоровья детской популяции.

Процессы развития детского организма, его морфофункционального созревания корректно выражаются в таких интегральных антропометрических характеристиках, как рост (Р), масса тела (МТ), их соотношения: вес в кг/рост в см² (ИМТ) и в важнейших физиометрических параметрах: артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС) и дыхания (ЧД), жизненного емкости легких (ЖЕЛ).

Негативное влияние среды на состояние физического развития наиболее ярко проявляется в периодах максимального роста – на первом году жизни и в пубертатном периоде – 12-14 лет.

С целью изучения региональных особенностей указанных показателей современных 13-летних подростков проведено антропометрическое исследова-

ние 100 учащихся общеобразовательных школ одного из районов г. Пензы. При исследовании использованы стандартные ростомер, рычажные медицинские весы, тонометр со стандартной манжеткой 13 x 27 см. Математическая обработка результатов велась с использованием пакета стандартных программ статистической обработки к Microsoft office 2010. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Антропометрические и физиометрические показатели 13-летних школьников

Показатели	Рост в см	Вес в кг	ИМТ	САД в мм рт.ст.	ДАД в мм рт.ст.	ЧД в мин.	ЧСС в мин.	ЖЕЛ в л.
Среднее	155,30	43,29	17,98	106,95	69,50	19,43	80,15	2,89
$\pm \sigma$	4,66	3,36	0,86	6,84	5,04	0,99	6,08	0,32
Макс.	167,6	53,9	20	120	80	22	90	3,96
Мин.	140	30,6	15,3	90	60	16	63	1,95
25 процентиль	151,18	40,45	17,1	100	65	18	75,75	2,63
50 процентиль	155,2	43	17,95	110	70	20	80	2,98
75 процентиль	159,6	45,55	18,5	115	75	20	87	3,16

Сопоставляя полученные данные с общероссийскими для 13-летних мальчиков (приложение к журналу «Педиатрия», 2003.- №1) и приведенными в 2008 г. В.В. Юрьевым и др., авторы данной работы получили следующие результаты.

Рост (по значениям среднему и 50-й процентилю) подростков Пензенской обл. на 1 см ниже, чем у ровестников в указанных трудах (155,3+4,66 и 156,2+7,8 см соответственно). По значениям МТ (43,29+3,36) и ИМТ (17,98+0,86) среди обследованных не установлено лиц с избытком массы тела и ожирением: по Российским стандартам для избытка массы тела и ожирения ИМТ 13-летних должен превышать 21,68 и 26,67. При этом ИМТ практически такой же, как у мальчиков того же возраста г. Москвы, что установили И.В. Леонова и соавт. в 2010 г. (17,98+0,86 и 17,9+2,1 соответственно).

Физиометрические показатели – уровни систолического и диастолического АД по средним значениям (106,95+6,84 мм рт.ст.) и по величине 50-й процентилю, также практически равны среднероссийским (107,4+10,2). Следует отметить то, что средняя величина ЧСС у пензенских подростков практически одинакова с таковой у 13-летних москвичей (80,15+6,08 и 80,7+7,3 в 1 мин. соответственно). Также одинаковы при сравнении детей Пензы и Москвы величины характеризующие состояние респираторной системы – ЧД (19,4+0,99 и 20+1 в 1 мин. соответственно) и ЖЕЛ (2,89+0,32 и 2,5+0,5 л соответственно).

Выводы.

1. Важнейшие показатели физического развития 13-летних школьников сопоставимы с таковыми, разработанными для Российской Федерации в 2003 г.

2. Значительный промежуток времени, прошедший с года публикаций показателей отражает необходимость разработки региональных показателей физического развития и важнейших физиометрических характеристик здоровья детей от 0 до 18 лет.
3. При разработке таких стандартов нужно учитывать этнические особенности региона, миграцию населения в него.
4. Умеренные, статистически не значимые расхождения рассмотренных характеристик ребенка в ответственном периоде жизни – начале пубертата, не исключают вероятных отклонений у детей других возрастных групп. Это заключение справедливо тем более, что стандарты физического развития должны обновляться каждые 5, максимум 10 лет.

СПОСОБНОСТЬ ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ E.COLI К ПЛЕНКООБРАЗОВАНИЮ

В.Ю.Ульянов В.Ю., С.П.Бажанов, Е.В.Ульянова, В.В.Щуковский

ФГБУ «СарНИИТО» Минздравсоцразвития России
Саратов

Микробные биопленки – это сообщества, образованные родственными и неродственными микроорганизмами, клетки которых имеют специализацию, контактируют между собой, вырабатывают межклеточное вещество и ограничены от окружающей среды дополнительными оболочками (Тец В.В., 2007; Смирнова Т.А., 2008). Микроорганизмы, образующие биопленку, могут принадлежать к одному виду или, что очевидно, встречается чаще, к разным неродственным группам (Матора Л.Ю., 2009; Белобородова Н.В., 2010). Показано, что биопленки образуют бактерии, простейшие, грибы и археи. В зависимости от места расположения клетки различаются по выраженности морфологических признаков, способности к размножению и его скорости, а также чувствительности к антимикробным препаратам (Яковлев С.В., 2011).

Особенности взаимодействия организма хозяина и микробами в биопленках играют важную роль в патогенезе и лечении различных гнойно-воспалительных заболеваний, что определяет актуальность данной работы.

Цель: выявить способность госпитальных штаммов E.coli к формированию биопленки и провести количественный учет.

Объектом исследования явились 30 госпитальных штаммов E.coli, полученных в группе больных с гнойно-воспалительными осложнениями, находящимися на стационарном лечении в клинике нейрохирургии ФГБУ «СарНИИТО» Минздравсоцразвития России.

Ночные культуры госпитальных штаммов E.coli разводили стерильной средой в 100 раз, вносили суспензии в ячейки полистирольных планшетов с 96 лунками (по 200 мкл) и инкубировали при температуре 37°C 96 часов. Планктонные бактерии удаляли аспирацией, ячейки планшетов осторожно промывали

водой, добавляли соответствующий объем 1% водного раствора красителя кристаллического фиолетового, инкубировали при комнатной температуре 10 минут, удаляли раствор и осторожно промывали планшеты водой. Для оценки биомассы бактерий, связавшийся с биопленками краситель растворяли в 200 мкл (в лунке планшета) смеси ацетон: этанол (20 мл: 80 мл) и измеряли оптическую плотность раствора при длине волны 570 нм (планшеты, иммуноферментный анализатор АИФ-Ц-01С).

Статистическую обработку полученных результатов проводили экспресс-методом Р.Б. Стрельникова (1986).

Согласно полученным данным, к концу 1-х суток инкубации оптическая плотность раствора составляла $0,149 \pm 0,052$, к концу 2-х суток – $0,567 \pm 0,067$, к концу 3-х суток – $1,936 \pm 0,019$, к концу 4-х суток – $3,859 \pm 0,053$, что свидетельствовало о приросте биомассы бактерий.

Таким образом, госпитальные штаммы *E.coli* обладают высокой способностью к пленкообразованию на абиотических поверхностях.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ, ВЫЗВАННЫХ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИМИ АКТАМИ

В.К.Усов

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

В современных условиях терроризм стал неременным атрибутом развития мира, стал крупной угрозой безопасности во многих государствах. В некоторых странах и регионах он является опасным фактором, влияющим в течение долгого времени на жизнь и здоровье населения (Израиль, Палестина, Ирак и др.).

Терроризм — это насилие или угроза его применения в отношении физических лиц или организаций, а также уничтожение (повреждение) или угроза уничтожения (повреждения) имущества и других материальных объектов, создающие опасность гибели людей, причинения значительного ущерба, либо наступления иных общественно опасных последствий. (Правовое определение терроризма в Федеральном законе РФ «О борьбе с терроризмом».)

Не случайно вопросы терроризма нашли свое отражение в концепции национальной безопасности Российской Федерации, в которой говорится: «Масштабы терроризма и организованной преступности возрастают вследствие частую сопровождающегося конфликтами изменения форм собственности, обострения борьбы за власть на основе групповых и этнонационалистических интересов».

Рост терроризма обязывает системно готовить здравоохранение страны к работе в условиях терактов для сведения к минимуму тяжести их медико-санитарных последствий.

Несомненно, к числу факторов, оказывающих существенное влияние на деятельность здравоохранения и эффективность медицинского обеспечения населения при террористических актах (ТА), следует отнести представление об их характере и особенностях. Эти знания важны для оптимального прогнозирования и планирования соответствующих мероприятий в системе здравоохранения.

Одной из закономерностей терроризма в России является наличие периодов уменьшения и увеличения количества ТА, что достаточно отчетливо проявилось на Северном Кавказе (республики Дагестан, Кабардино-Балкария, Ингушетия).

Террористические акты совершаются в основном в городах и местах большого скопления людей (93,8%) и значительно реже в сельской местности (6,2%). Террористические акты с применением взрывных устройств и обычных средств поражения могут совершаться на самых разнообразных объектах.

По данным территориальных центров медицины катастроф (ТЦМК) в регионах, где были совершены теракты, чаще всего они совершались на автомобильных дорогах (25%) и были нацелены на уничтожение должностных лиц органов власти и сотрудников силовых министерств и ведомств.

На улицах городов ТА совершались до 16%. Надо обратить внимание на то, что при ТА наиболее уязвимыми оказывались административные здания (МВД, УВД, РОВД, РУБОП, ГУВД) - 11,6%, рынки - 8,9%, жилые дома - 6,2%, объекты железнодорожного транспорта - 5,3%, автобусные остановки - 3,6%, а также различные виды массовых мероприятий - 3,6% .

Для профилактической деятельности здравоохранения большое значение имеет время суток, в течение которого происходят ТА.

Более половины (52,4%) всех ТА совершалось в дневное время с 900 до 1800 час., т.е. тогда, когда объекты воздействия ТА, население находилось в активной фазе деятельности и имело место максимальное скопление лиц, против которых осуществлялись ТА.

В результате ТА возникает различное число пострадавших, и нагрузка на медицинские формирования и учреждения, привлекаемые для ликвидации медико-санитарных последствий ТА, во многом будет зависеть от их числа.

Таким образом, место и время совершения террористического акта с применением обычных средств поражения практически нельзя прогнозировать. Однако, вполне реально осуществлять отдельные организационные мероприятия по созданию более благоприятных условий для работ по ликвидации медико-санитарных последствий возможных отдельных ТА.

Противодействие терроризму в сфере здравоохранения должно носить долговременный системный характер, а не сводиться к проведению отдельных кампаний.

Можно выделить два основных положения, определяющих реакцию и деятельность учреждений здравоохранения при терактах.

Первое - в результате умышленных, целенаправленных, связанных с насилием, действий террористов появляются пострадавшие, нуждающиеся в экс-

тренной медицинской помощи и в стационарном лечении, для чего требуется выделять в короткие сроки соответствующие силы и средства здравоохранения.

Второе - медицинские учреждения могут быть объектом террористической деятельности. Так, в г. Буденовск террористами была захвачена больница, медицинский персонал которой и больные стали заложниками и удерживались террористами в течение нескольких суток.

Поэтому, для здравоохранения, в том числе и для службы медицины катастроф, наиболее важными являются следующие вопросы:

- Всестороннее изучение и знание особенностей характера террористических актов.
- Наиболее вероятных условий их свершения.
- Влияние терактов на работу здравоохранения при его подготовке к реагированию на него.
- Разработка организованных основ оказания экстренной медицинской помощи.
- Разработка многовариантных алгоритмов деятельности медицинских учреждений по адекватному противодействию террористическим актам.

В целях повышения готовности здравоохранения муниципального и регионального уровней к действиям по ликвидации медико-санитарных последствий возможных ТА, совершаемых на рынках, вокзалах, стадионах, портах, культурно-развлекательных центрах, административных зданиях и т.д. имеется возможность в определенной мере:

- заблаговременно спрогнозировать примерное число пострадавших, требуемое количество медицинских бригад скорой помощи (СМП) и СМК, а также количество санитарных автомобилей;
- определить и согласовать с органами ГИБДД пути (маршруты) эвакуации пораженных с места свершения ТА в больничные учреждения;
- определить больничные учреждения, которые смогут принять пораженных в зависимости от их профиля с оказанием им в полном объеме исчерпывающей медицинской помощи, обеспечить лечение до наступления окончательного исхода;
- определить возможные варианты и порядок усиления больничных учреждений медицинскими силами и средствами (при необходимости), перевод функционирования больниц с повседневного режима работы на режим работы в особых условиях, в т.ч.ЧС;
- для каждого лечебного учреждения разработать задание на особые условия работы или выписку из плана работы ТЦМК.

Все это должно быть детально отражено в соответствующих планах ТЦМК, включая и вопросы взаимодействия.

При анализе лечебно-эвакуационной характеристики пораженных в результате ТА основное внимание должно быть уделено их нуждаемости в стационарном и амбулаторном лечении, локализации и тяжести полученных ими ранений.

На основании этого можно сделать вывод: справится или не справится с оказанием необходимых видов медицинской помощи в оптимальные сроки ЛПУ своими силами, или потребуются усиление от вышестоящих органов здравоохранения.

В результате исследований ТА, проходивших в нашей стране, в среднем 50-85% пораженных будут нуждаться в стационарном лечении.

Из этого расчета должно планироваться количество выделяемых коек в ЛПУ. Для практического здравоохранения важное значение будут иметь данные, характеризующие локализацию ранений у пораженных, госпитализированных в ЛПУ.

Чаще всего в больницы поступали пораженные, имевшие ранение нижних (28,6%), верхних (22,3%) конечностей, головы (18,3%) и груди (11,4%).

Множественные ранения отмечались в 25,6% случаев, сочетанные — 28,5%. Кроме того, при некоторых ТА (взрывах), совершаемых в зданиях и подземных переходах, часто имела место термическая травма. По ТА, совершавшихся в г. Москве, доля пораженных с термической травмой составила 5,1%.

Среди сочетанных и множественных ранений тяжестью и своеобразием выделялась минно-взрывная травма (МВТ), доля которой в структуре ранений составила 28,7%.

С позиций лечебно-эвакуационной практики наибольшую сложность представляют тяжелые сочетанные огнестрельные повреждения двух и более сегментов тела без четких проявлений ведущего повреждения. Часто компонентами сочетанных повреждений являются ранения опорно-двигательного аппарата, живота, груди, ранения и травмы головы.

Анализ ранений при ТА показал, что пораженные в момент обращения за медицинской помощью имели ранения различной степени тяжести; легкой степени — 32,0%, средней — 38,9%, тяжелой и крайне тяжелой степени — 29,1%.

Установлено, что среди госпитализированных пораженных с ранениями тяжелой и крайне тяжелой степени тяжести чаще всего встречались лица с ранениями живота — 35,3%; позвоночника — 35,1% и груди — 32,3%.

Кроме того, в 13,0-15,0% случаев пораженные поступали в состоянии шока. Из этого следует, что при оказании медицинской помощи пораженным, особенно в догоспитальном периоде, главным является профилактика и борьба с шоком. Поэтому персонал бригад СМП и СМК должен быть хорошо обучен технологиям поддержания жизненно важных функций у пораженных и оснащен соответствующей медицинской аппаратурой.

К факторам, которые могут в определенной мере влиять на характеристику ранений и, прежде всего, на тяжесть состояния пораженных, относятся сроки оказания медицинской помощи, в частности, сроки поступления в больничные учреждения пораженных, нуждающихся в стационарном лечении.

Изучение данного вопроса показало, что большинство пораженных (87,8%) были госпитализированы в больничные учреждения (клиники) в течение первых двух часов после ранения.

Судя по полученным данным, характеризующим сроки госпитализации пораженных, можно сделать вывод о возможности их сокращения за счет оптимизации проведения медицинских мероприятий и деятельности диспетчерских служб, а также за счет увеличения темпов аварийно-спасательных работ и результативности взаимодействия с подразделениями ГИБДД, обеспечивающими беспрепятственное движение санитарных автомобилей по маршрутам эвакуации.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ БЕЛКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

Л.В.Фатеева, Р.С.Синюта

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

В настоящее время в мировой литературе широко обсуждается положение о том, что развитие преэклампсии обусловлено патологией формирования плаценты и возникающей в результате этого дисфункции плаценты. Полагают, что это осложнение беременности возникает из-за аномально поверхностной инвазии цитотрофобласта в спиральные артерии, активации эндотелиальных клеток, ишемии плаценты. Принимая во внимание то, что плацента играет центральную роль в возникновении гестоза, возможно, некоторые гормоны плаценты могут быть маркерами развития осложнений до появления клинических признаков. Биохимическое определение содержания эмбриональных маркерных белков в крови беременной используют как скрининг для выявления женщин высокого риска рождения детей с пороками развития и/или хромосомной патологией. Во II триместре при сроке 16-20 недель беременности пренатальный скрининг включает определение альфа-фетопротеина (АФП), хорионического гонадотропина человека (ХГЧ), эстриола.

Целью нашего исследования явилось определение прогностической значимости сывороточных и ультразвуковых маркеров при пренатальном скрининге во II триместре беременности для оценки риска развития осложнений беременности.

Материалы и методы. Обследовано 60 беременных во II и III триместрах беременности с использованием общеклинического, лабораторного, иммуноферментного, ультразвукового (УЗИ) методов. Специфические белки беременности АФП, ХГЧ определяли с помощью иммуноферментного анализа в сыворотке материнской крови во II триместре беременности. Обследованные были разделены на две группы. В I группу вошли 30 беременных с изменениями в уровне биохимических маркеров, во II группу - 30 беременных с нормальными показателями специфических белков.

По возрасту, паритету, анамнезу и клинико-лабораторным данным группы были однородными. Экстрагенитальной патологии, угрозы прерывания беременности, врождённых и наследственных аномалий в развитии фетоплацен-

тарного комплекса, а так же внутриутробного инфицирования у пациенток выявлено не было.

Результаты.

В I группе течение беременности осложнилось гестозом, при повышении уровня ХГЧ до $2,28 \pm 0,56$ МОМ, либо при снижении ХГЧ до $0,39 \pm 0,07$ МОМ ($p < 0,05$). Достоверного изменения в уровне АФП в этой группе выявлено не было: $0,98 \pm 0,35$ МОМ ($p < 0,05$).

Обращает на себя внимание то, что в сроках 17-23 недель беременности патологическая прибавка массы тела отмечена у 19 (66,7%) беременных с последующим развитием гестоза в 28-30 недель беременности.

В контрольной группе гестоз развился в 6 (20%) случаях, что более чем в 3 раза меньше, чем в группе с изменёнными показателями ХГЧ.

Патология плаценты при II ультразвуковом скрининге выявлена у 9 (30%) беременных I группы и не было патологии плаценты в контрольной группе. При III ультразвуковом скрининге патология плаценты выявлена у 13 (43,3%) в I группе и у 2 (3,3%) во II группе.

Средняя прибавка массы тела за беременность составила $12,7 \pm 3,1$ кг. в I группе и $8,9 \pm 3,0$ кг. ($p < 0,01$) в контрольной группе. Средний вес новорожденных 3123 ± 477 г. и 3583 ± 328 г. соответственно ($p < 0,01$).

Таким образом, изменения уровней специфических белков во II триместре беременности отражают адаптационные возможности фетоплацентарного комплекса. Процессы его функции и созревания, развитие гестоза, по видимому, связан, с нарушением второй волны инвазии трофобласта в стенки спиральных артерий. Нарушение этого процесса приводит к дефициту маточно-плацентарного кровотока и уменьшению объема артериальной материнской крови в межворсинчатом пространстве плаценты. Постепенно происходит формирование плацентарной дисфункции, как одного из важных этапов в патогенезе гестоза. Отклонения в уровне ХГЧ, как одного из факторов инвазии трофобласта в стенки спиральных артерий, при исключении врождённой и наследственной патологии, могут служить прогностическими критериями развития как фетоплацентарной недостаточности, так и гестоза.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ У СПОРТСМЕНОВ-ПЛОВЦОВ

А.В.Федин, Н.К.Починина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Здоровье спортсменов заслуживает пристального внимания и должно быть в основе занятий физическими упражнениями, т.к. небольшие отклонения в состоянии здоровья, не нарушающие гомеостаз в обычных условиях, опасны для спортсменов, испытывающих огромные (иногда предельные) мышечные и нервно- психические нагрузки. Потребность в большом количестве кислорода

для системы энергообеспечения ведёт к значительному увеличению дыхательных объёмов, что предъявляет высокие требования к транспортной способности верхних дыхательных путей и их функциональному состоянию.

Распространение ЛОР-заболеваний в группе водных видов спорта- 60-72%. Среди нозологических форм преобладают заболевания лимфоэпителиального глоточного кольца: хронический тонзиллит- до 50%, аденоидиты- до 37%; на втором месте по распространённости находятся острые и хронические риниты (до 25%) и синуситы (до 10%), третье место по частоте занимает острый наружный отит («ухо пловца»). У спортсменов- пловцов ухудшается эвакуаторная способность слизистой оболочки, сдвигается её рН, имеются тенденции к снижению обонятельной функции, снижаются показатели секреторного иммунитета. На частоту ЛОР-заболеваний влияют следующие факторы: специфические факторы тренировки (постоянное воздействие воды, повышенная влажность воздуха, воздействие хлора и других антисептиков на кожу и слизистые оболочки, систематическое переохлаждение в воде кожи лица и всего тела, выключение носового дыхания во время плавания), пол (юноши более подвержены ЛОР-заболеваниям, т.к. чаще пренебрегают правилами личной гигиены), квалификация спортсмена (высокая квалификация предполагает высокую требовательность к себе, знание собственного организма, высокую культуру труда, систему врачебно-педагогического контроля, чем обеспечивается хорошее здоровье спортсмена), период тренировочного цикла (в соревновательном периоде резко возрастает интенсивность и объём мышечных и психологических стрессов, острая заболеваемость повышается в 5- 12 раз), длительность учебно- тренировочных сборов (при длительности сборов до 30 дней частота ЛОР- заболеваний нарастает, затем снижается, что зависит от времени взаимной иммунизации в результате обмена микрофлорой в полузакрытом коллективе).

Нами было обследовано 76 спортсменов (41 человек со стажем занятий более 1 года и 35 начинающих пловцов). Обследование включало: сбор жалоб и анамнеза, оториноларингологический осмотр (в том числе эндоскопия полости носа), при необходимости - рентгенологическое исследование околоносовых пазух, лабораторные общеклинические и иммунологические исследования. В результате отмечено увеличение заболеваемости хроническими формами риносинусита (12,2% и 8,6% соответственно) при увеличении стажа занятий плаванием.

С целью профилактики риносинуситов у спортсменов- пловцов, по нашему мнению, необходим тщательный осмотр ЛОР- органов на этапе отбора, динамическое наблюдение оториноларингологом в процессе тренировок и ирригационные мероприятия полости носа.

ОТОГЕННОЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ У БЕРЕМЕННОЙ

А.В.Федин

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

До второй половины XX века отогенные внутричерепные осложнения были на первом месте в структуре летальности ЛОР- клиник, с наступлением эры антибиотиков первенство перешло к онкологическим заболеваниям. Статистика данной патологии не отличается точностью: по данным разных авторов от 0,9 до 4,9% пациентов с заболеваниями уха, госпитализированных в ЛОР- стационары имеют внутричерепные осложнения. Во всех работах отмечена тенденция к неуклонному снижению их частоты. При хронических средних отитах внутричерепные осложнения встречаются почти в 10 раз чаще, чем при острых. При острых отитах интракраниальные процессы развиваются на фоне клинической картины типичного мастоидита, либо петрозита. Среди нозологических форм преобладает наружный пахименингит (экстадуральный абсцесс). Он чаще развивается в области сигмовидного синуса (перисинуозный абсцесс), крыши антрума и барабанной полости. Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения, летальность при внутричерепных осложнениях остается высокой.

Приводим клиническое наблюдение перисинуозного абсцесса, осложнившего течение острого среднего отита у беременной пациентки.

Больная Н., 33 лет была направлена в ЛОР- отделение ГКБСМП имени Г.А. Захарьина 14.04.11 оториноларингологом поликлинического отделения ФГУ МСЧ №59. Диагноз направившего учреждения: Острый мастоидит, новообразование левого среднего уха с прорастанием в левый слуховой проход? Беременность 15 недель.

При поступлении активных жалоб не предъявляла. Больна с января 2011 года, когда появились боли в левом ухе. Не лечилась, боли прошли самостоятельно в течение 5 дней. До последнего времени беспокоящих симптомов не было. В течение последней недели появились отек и гиперемия кожи левой заушной области.

Объективно: кожа левой заушной области отечна, гиперемирована, болезненна при пальпации. В левом слуховом проходе в области задне- верхней стенки костной части образование округлой формы синюшного цвета диаметром 3 мм. Барабанная перепонка мутная, выбухает в верхних отделах, инъекция сосудов по ходу рукоятки молоточка. ШР=6 м. Другие ЛОР- органы без видимой патологии.

На рентгенограмме височных костей по Шюллеру от 14.04.11 левый сосцевидный отросток представлен гомогенной структурой, перегородки между ячейками не определяются. Осмотр гинеколога 14.04.11: Заключение: Беременность 16 недель. Данных за угрозу прерывания нет. В общем анализе крови от 14.04.11 лейкоцитоз $21,5 \cdot 10^9/\text{л}$; СОЭ 26 мм в час.

Поставлен диагноз: Острый левосторонний мастоидит. Субпериостальный абсцесс левой заушной области.

В приемном отделении больная дообследована перед оперативным вмешательством. Через 2 часа 20 минут после обращения начата расширенная антростомастоидэктомия.

После обнажения площадки сосцевидного отростка кзади от *spina suprameatum* открылась костная узура округлой формы диаметром 5 мм, из которой выделялся гной, пролабировала грануляционная ткань. Перегородки между ячейками тотально поражены кариозно-грануляционным процессом. Пороговые, угловые, префациальные, верхушечные и преантральные ячейки поочередно вскрыты. Антральный ход расширен, заполнен полипозно измененной слизистой оболочкой, грануляционной тканью. После удаления кариозной кости широко открылся сигмовидный синус: грязно-серого цвета, покрытый грануляциями. При пункции синуса была получена кровь темного цвета. Произведен кюретаж перисинуозных клеток костной ложкой, получен жидкий гной в количестве около 2 мл, кариозно измененные межклеточные перегородки удалены.

Послеоперационный диагноз:

1. Основной: Острый левосторонний мастоидит.
2. Осложнение: Субпериостальный абсцесс левой заушной области. Наружный пахименингит задней черепной ямки (перисинуозный абсцесс).

В послеоперационном периоде рана велась открытым способом: выполнялись перевязки послеоперационной полости с антибактериальными мазями, проводилась системная антибактериальная терапия. Больная находилась под динамическим наблюдением гинеколога.

Патогистологическое исследование №5467: Тканевой детрит. Фрагменты костной ткани с некрозом. Очаг грануляционной ткани.

В послеоперационном периоде отмечалась регрессия лейкоцитоза: 15.04-16,1; 22.04- 11,8; 3.05- 9,2. Температура тела оставалась в пределах нормы.

Послеоперационная полость гранулировала. 28.04.11 заушная операционная рана была ушита, впоследствии закрылась первичным натяжением. Швы сняты 6.05.11. При динамическом наблюдении гинеколога патологии не обнаружено. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное долечивание при сроке беременности 18 недель.

При дальнейшем амбулаторном наблюдении констатировано полное клиническое выздоровление.

Особенностью представленного клинического случая является сочетание отогенного внутричерепного осложнения и беременности. В литературе описания аналогичных случаев не найдено. Кроме того у больной имелось редкое изолированное ретроимпанальное поражение (так называемый «черный мастоидит») с распространением кариозно-грануляционного процесса на структуры задней черепной ямки при отсутствии клинических проявлений мастоидита

в течение 3 месяцев от начала заболевания и полностью сохранной слуховой функции.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ

В.В.Федотов

ФГБОУВПО «МГУ имени Н.П.Огарева»
Саранск

Актуальность проблемы. Носовое дыхание является главной составляющей для поддержания жизненных функций организма.

Затруднение носового дыхания вызывают:

- искривление носовой перегородки (особенно травматические);
- ринит (вазомоторный, гипертрофический);
- хроническая риносинусопатия в стадии полипоза;
- синехии полости носа (как следствие ранее выполненных операций);
- новообразования полости носа

Главными факторами роста заболеваемости, как правило, являются экологические и социально-экономические причины.

Цели исследования. Исследовать структуру заболеваемости по Республике Мордовия за 2011 г. Выявить наиболее часто встречающиеся деструктивные формы нарушения носового дыхания, нуждающиеся в хирургической коррекции.

Материалы и методы. Материалы клинических историй болезни (375 пациентов) за 2011 г. Последние 2 года ЛОР отделение работает на новой эндоскопической аппаратуре фирмы Karl Storz (Германия).

Оценка патологии носа. При анализе историй болезни за указанный период выявлены причины, вызывающие нарушение носового дыхания: искривления носовой перегородки (35%), вазомоторный ринит (25%), хроническая риносинусопатия в стадии полипоза (16%), переломы костей носа (7%), ринохопатия (3%), деформация наружного носа и риносколиоз (3%), синехии (1%). Структура произведенных операций распределилась следующим образом: септопластика (35%), вазотомия нижних носовых раковин (25%), с УЗ дезинтеграцией задних концов раковин (5%), эндоскопическая полипотомия (16%), эндоскопическая полисинусотомия (3%), инфундибулотомия в сочетании с частичной этмоидотомией (2%), септопластика с латерализацией нижних носовых раковин (1%), микрогамеротомия (7%), репозиция костей носа (7%), ринопластика (3%), рассечение синехий (1%). 45% хирургической активности ЛОР отделения приходится на жителей г.Саранска, причем по районам города этот показатель примерно одинаков (Ленинский р-н -34%, Октябрьский р-н – 32%, Пролетарский р-н – 34%). В структуре обращаемости по причине затруднения носового дыхания лидируют лица мужского пола (соотношение м:ж=2,6:1).

Причинами нарушения носового дыхания среди женщин являются вазомоторный ринит (38%), искривление носовой перегородки (33%), хроническая риносинусопатия в стадии полипоза (13%), переломы костей носа (10%), деформация наружного носа и риносколиоз (4%), синехии (2%), ронхопатии (0%). Среди мужчин – искривление носовой перегородки (44%), вазомоторный ринит (25%), хроническая риносинусопатия в стадии полипоза (18%), переломы костей носа (6%), ронхопатии (3%), деформация наружного носа и риносколиоз (3%), синехии (1%). Наибольший процент обратившихся за медицинской помощью – лица зрелого возраста (30-60 лет) – 70 %. При этом выявлено - искривлений носовых перегородок (37%), хронические риносинусопатии в стадии полипоза (25%), вазомоторных ринитов (24%), переломы костей носа (3%), ронхопатии (5%), деформация наружного носа и риносколиоз (5%), синехии (1%).

Выводы:

1. В результате проведенного исследования обнаружено, что наибольший процент обратившихся за медицинской помощью – горожане зрелого возраста (30-60 лет).
2. Наиболее частыми формами нарушения носового дыхания среди них, требующими хирургической коррекции, являются искривления носовой перегородки, хронические риносинусопатии в стадии полипоза, вазомоторные риниты.
3. Наибольшее предпочтение отдается эндоскопическим операциям и достигает 49% от общей доли хирургических вмешательств, что дает огромный вклад для оказания современной медицинской помощи.

О ПОКАЗАТЕЛЯХ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА СТАЦИОНАРНЫХ ДЕТЕЙ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

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

ГБУЗ «ПОДКБ им. Н.Ф.Филатова»,
ГБОУ ДПО ПИУВ Минсоцразвития России
Пенза

Известна актуальность изучения показателей гуморального иммунитета для выявления зоны риска, диагностики и лечения инфекционных, аллергических и онкологических заболеваний, сопряженных с развитием вторичных иммунодефицитов. Стандарты обследования и диагностики детей областной детской клинической больницы включают высокотехнологические методы исследования, позволяющие подтверждать клинический диагноз и правильно проводить лечебные мероприятия. Поэтому для выполнения стандартов обследования в работу клиничко-диагностической лаборатории ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф.Филатова» были внедрены методы определения Ig G, M и A, а также метод определения IgE.

Несмотря на то, что эти методы несут косвенную информацию, они являются подтверждающими диагнозом, который не всегда может быть точно поставлен. Как пример, можно привести диагностику личиночных форм гельминтов (трихинеллеза, эхинококкоза, токсокароза), где чувствительность ИФА-тестов имеет однозначное и безусловное преимущество.

Цель исследования заключалась в проведении анализа состояния гуморального иммунитета по 1749 результатам обследования стационарных детей возраста от 1 года до 12 лет из соматических, инфекционного и ревматологического отделений за период 2011г., из которых 1749 результатов получено от детей, обследованных на IgE, а 804 результата от детей обследованных на Ig G, M, A. Необходимо отметить, что гуморальный иммунитет ребенка не совершенен и формируется до 7-8 летнего возраста. Для интерпретации результатов исследования взяты показатели IgE, имеющие значения 25-100 мг/мл и больше 100 мг/мл, характеризующие проявления атопических заболеваний с наибольшей вероятностью.

Исследования проведены на иммуноферментном анализаторе Victor 2 с применением наборов реактивов «Имуноскрин – G, M, A – ИФА- Бест» и «IgE общий – ИФА- Бест».

Результаты исследования оказались следующими: 451 результат свидетельствовал об увеличении концентрации IgE (26%); из них 1,6% (>100 мг/мл IgE) исследования можно отнести к подтверждающим заболеваниям гельминтозами (6 случаев токсокароза и 4 случая аскаридоза у детей в стационаре больницы), которые одновременно диагностировали методом ИФА проведение копроовоскопии (аскаридоз).

Качественная и своевременная диагностика гельминтов достаточно большая проблема в здравоохранении и зависит от целенаправленной работы врачей клиницистов и лабораторной службы. Определение IgE позволяет клиницисту своевременно выбирать тактику ведения больного ребенка и решение вопроса противогельминтной терапии.

Необходимо отметить, что у детей указанного возраста из показателей иммуноглобулинов наиболее информативным оказался IgE (25-100 мг/мл), который не исключает атопических заболеваний.

При анализе 804 результатов исследования уровней Ig G, M, A установлена тенденция к повышению IgA у 0,36% детей и IgG у 0,18% детей. Нарушения в системе иммунитета затрагивают показатели как специфического (адаптационного) иммунитета, так и неспецифической резистентности, т.е. врожденного иммунитета. Повышенные показатели уровней общих IgG, M, а также сывороточного Ig A используются для дифференциальной диагностики болезней почек (острый пиелонефрит, хронический пиелонефрит, нефротический синдром), острой и хронической инфекции, системных ревматических заболеваний и бронхиальной астмы.

Эти результаты позволяют оценивать степень тяжести патологического процесса, резервные возможности организма ребенка и своевременно коррек-

тировать медикаментозными средствами гуморальные нарушения в иммунной системе

В основе изменений показателей суммарных иммуноглобулинов прежде всего лежит вторичный (приобретенный) иммунодефицит, возникающий на фоне нарушений нормально функционирующей иммунной системы и который характеризуется устойчивым изменением показателей специфических и неспецифических факторов иммунорезистентности, преводящих к развитию хронических инфекционных заболеваний, аутоиммунной патологии, аллергических болезней [В.П.Лесков, А.Н.Чередеев, Н.К.Горлина, В.Г.Новоженков, 2005].

Данные исследований необходимы клиницистам для принятия мер профилактики возникновения ургентных состояний, хронизации патологических процессов и обеспечения высокого качества жизни ребенка с помощью иммунореабилитационных мероприятий.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В НЕОПЛАЗИЯХ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО КАНЦЕРОГЕНЕЗА

С.В.Харитонов, А.В.Ховряков

ФГБОУ ВПО «МГУ имени Н.П. Огарева»
Саранск

Организм человека в течение жизнедеятельности подвергается воздействию различных физических и химических факторов. Многие из них (радиация, токсические вещества) обладают канцерогенными свойствами. В связи с этим проблема коррекции антиоксидантами опухолевого роста в условиях экспериментального канцерогенеза приобретает особую актуальность.

Эксперимент был выполнен на 180 нелинейных белых мышах. Животные находились в стандартных условиях вивария. Изучалось влияние антиоксидантов на фоне уретановой модели экспериментального канцерогенеза. Животным контрольной группы (40 мышей) однократно вводили уретан в дозе 1мг/кг, α -токоферол вводили внутримышечно в течение 8 месяцев (в дозе 25 мг/кг и 50мг/кг).

На фоне введенного уретана у 100% мышей контрольной группы патологические изменения обнаруживались в ранние сроки. Под плеврой легкого наблюдались образования клеточных пролифератов альвеолярного происхождения. Стенки альвеол, выстланные в норме уплощенными респираторными альвеоцитами, утолщаются вследствие активной пролиферации клеток. В ряде случаев эпителиоциты располагались в 2-3 слоя, приобретая разную форму и размеры. Отмечалось выраженное утолщение соединительнотканых перегородок.

В течение 30 дней от начала опыта макроскопически выявлялись мелкие образования на поверхности легких. При светооптическом изучении эти структуры соответствовали пролифератам, состоящими из альвеоцитов.

Через 2 месяца эксперимента в легких обнаруживались серовато полупрозрачные образования, выступающие над плеврой. При микроскопическом исследовании выявлялись типичные аденомы. Новообразования довольно четко отграничены от легочной ткани и представлены компактно расположенными мономорфными опухолевыми клетками. Чаще всего эпителиоциты были кубической формы со светлой протоплазмой и округлыми ядрами, содержащими 2-3 базофильных ядрышка.

Через 4-8 месяцев от начала эксперимента на поверхности легких количество узелков возрастало, среднее число аденом в тотальном препарате у одного животного составило $22,0 \pm 3,2$. Размеры их увеличивались, достигая 4мм. в диаметре. Микроскопически аденомы имели преимущественно железистую дифференцировку. В большинстве аденом формировались папиллярные структуры и кистозные полости. Соединительнотканная капсула в опухолевых узлах выражена слабо.

Таким образом, в экспериментальных аденомах, индуцированных уретаном, в ткани легких аденомы имели папиллярно-аденоматозное строение.

При использовании α -токоферола в дозе 50мг/кг. макроскопически отмечалось достоверное снижение количества аденом до $14 \pm 1,2$ (т.е. на 37 % по отношению к контролю). Размеры узлов уменьшались и в среднем достигали 0,5-0,7мм.

Более значительные изменения выявлялись при введении α - токоферола в дозе 25 мг/кг. При этом количество аденом снижалось до $9 \pm 0,5$ (на 60% по отношению к контролю).

При микроскопическом исследовании ткани легкого на фоне введения α -токоферола на всех сроках эксперимента опухолевые узлы четко отграничены от окружающей ткани и представлены компактно расположенными мономорфными клетками. Клетки опухолевой ткани имели цилиндрическую форму и образовывали железистые ходы. Аденомы имели альвеолярное и тубулярное строение. Капсула у опухолевых узлов отсутствовала.

Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют о том, что уретан повышает пролиферативную активность альвеолярных эпителиоцитов, приводя к формированию множественных аденом, большинство которых имеют папиллярную дифференцировку, что является прогностически неблагоприятным признаком.

Наряду с этим, воздействие антиоксидантов на фоне введения уретана снижает пролиферативную активность респираторных альвеолярных эпителиоцитов, что гистологически проявляется формированием аденом альвеолярного и тубулярного строения.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ПЦР ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДНК МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К РИФАМПИЦИНУ

Г.С.Хасанишин, И.В.Кондратьева, Л.В.Тришина

ГБУЗ ОПТД
Пенза

Высокие показатели заболеваемости туберкулезом в РФ, как и во всем мире, вызывают тревогу и диктуют потребность в разработке методов быстрого обнаружения *M.tuberculosis* и определения лекарственной устойчивости возбудителя. Существующие традиционные методы диагностики туберкулеза не всегда позволяют быстро распознать пациентов с этим заболеванием, особенно с мультирезистентностью (MDR) и широкой лекарственной устойчивостью (XDR), что приводит к повышению смертности, появлению устойчивости к резервным препаратам, появлению вспышек внутрибольничных инфекций. Разработка молекулярно-биологических методов с использованием полимеразной цепной реакции (ПЦР) значительно ускоряет процесс диагностики туберкулеза и определения лекарственно-устойчивых штаммов.

В ГБУЗ ОПТД исследования на системе ПЦР - диагностики в реальном времени GeneXpert (США) проводятся с октября 2010 г.

Используется тест MTB/RIF, который является полуколичественной гнездовой полимеразной цепной реакцией (ПЦР) в реальном времени и позволяет обнаружить: ДНК микобактерий туберкулеза в образцах материала, полученных от пациентов; мутацию резистентности к рифампицину гена *rpoB*.

В ГБУЗ ОПТД система GeneXpert была представлена четырьмя диагностическими блоками, в которых проходит автоматизированная обработка образцов, амплификация нуклеиновых кислот и определение интересующей последовательности в образцах с использованием методов ПЦР, персонального компьютера, сканера штрих-кодов и программного обеспечения для проведения и просмотра их результатов. Для теста использовались одноразовые картриджи, содержащие реагенты для ПЦР. В систему включен образец контроля качества SPC определения интересующей бактерии, а также датчик РСС, позволяющий оценить регидратацию реагентов, заполняемость пробирок для ПЦР и стабильность красителя.

За 2011 год было проведено 101 исследование, обследовано 95 человек. Выявлено положительных результатов – 22 (21,8%), отрицательных 79 (78,2%). Тест MTB/RIF проводился, как со свежей мокротой, так и с приготовленным осадком, согласно соответствующей инструкции. Результаты обнаружения ДНК микобактерий и чувствительности к рифампицину были известны в течение 2-х часов. Клинический материал пациентов обследовался также культуральными методами: посевом на плотные питательные среды (Левенштейна-Йенсена, ФИНН-II), посевом на жидкие питательные среды в системе ВАСТЕС MGIT 960, а также методом люминесцентной микроскопии.

Исследования проводились пациентам с туберкулезом легких, ранее леченым больным и лицам, с подозрением на туберкулез. Ввиду ограниченного количества расходных материалов, обследования проводились в основном однократно.

Результат проведения исследований ПЦР

Число обследованных больных	Туберкулез МБТ(+) 22 больных	Туберкулез МБТ(-) 22 больных	Туберкулез не подтвержден 51 больных
Положительный результат	18	4	-
Отрицательный результат	4	10	51
	Чувствительность 82 %		Специфичность 100%

Невыявление микобактерий методом ПЦР у больных, имеющих положительные результаты мазка и посева, объясняется вероятно тем, что метод является полуколичественным и зависит от качества диагностического материала, т.е. несоответствие связано с олигобациллярностью клинических образцов и неравномерным распределением МБТ в образце, направляемом на разные виды исследований.

Кроме мокроты в лаборатории исследовались другие виды патологического материала:

Вид материала	Всего обследовано человек	МБТ (+)	%
Мокрота	72	11	15,3
Плевральная жидкость	14	6	43
Ликвор	7	3	42,9
Опер.мат	1	1	100
Мазок из зева	1	1	100

У 19 человек с положительным результатом ПЦР была проанализирована ЛУ на среде Левенштейна-Йенсена методом абсолютных концентраций. У 9 человек отмечено совпадение результатов ЛУ к рифампицину на плотной питательной среде и методом ПЦР.

Чувствительность анализа Xpert MTB/RIF в оценке резистентности к рифампицину составила 100%, специфичность 90%. У 1 больного, у которого было расхождение по чувствительности к рифампицину была обнаружена устойчивость к SH, возможно метод абсолютных концентраций не смог уловить мутацию гена ответственного за устойчивость к рифампицину.

Выводы:

1. ПЦР с использованием тест-системы GeneXpert повышает возможности быстрой диагностики туберкулеза и определения ЛУ МБТ в клиническом материале. Метод обладает достаточно высокой диагностической специфичностью и отличается технологической простотой.

2. Исследования показали, что обследовать на системе GeneXpert можно не только образцы мокроты, но и другой диагностический материал (ликвор, плевральная жидкость, БЛЖ и др.).

3. Сочетание данного метода с традиционными микробиологическими методами обследования больных позволит повысить диагностику туберкулеза и снизить процент ложно-положительных и ложно-отрицательных результатов, получаемых при исследовании методов в отдельности.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ВЫНУЖДЕННЫЕ РЕЛАПАРОТОМИИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Л.В.Хитрова, А.С.Ивачёв, О.В.Щербина, В.В.Солдатов

Бессоновская ЦРБ, ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Вынужденная релапаротомия является одной из проблем абдоминальной хирургии, частота которой составляет от 0,4 до 6,4% с послеоперационной летальностью 23-80%.

В течение последних 4 лет в Бессоновской ЦРБ сделаны 554 операций на органах брюшной полости: плановых – 177 (31,9%), экстренных – 377 (68,1%). В ближайшем послеоперационном периоде одиннадцати больным (1,98%) выполнены релапаротомии, причем у 3 – дважды. Среди больных мужчин было 7 (63,6%), женщин – 4 (36,4%). Возраст больных: до 40 лет – один; от 40 до 50 – 3; от 51 до 60 – 4; от 61 до 70 – один и старше 70 лет – 2 пациента.

Распределение по заболеваниям, по поводу которых сделаны релапаротомии, были следующими: острый панкреатит – оперировано 4 больных (2 релапаротомии или 50%); заболевания желудка – 38 (3 или 10,5%); острая кишечная непроходимость – 30 (2 или 6,7%); травма брюшной полости – 15 (одна или 6,7%); ущемленная грыжа – 19 (одна или 5,3%); острый холецистит – 47 (2 или 4,6%).

В связи с тем, что трём больным сделаны дважды релапаротомии, общее количество повторных операций составило 14. В зависимости от того, можно ли было предотвратить послеоперационное осложнение адекватно выполненной операцией или возникновение этого осложнения было вне зависимости от оперативной техники, релапаротомии условно разделили на две группы: зависимые и независимые.

К первым отнесены наблюдения, где выявлены несостоятельность любых швов и любое кровотечение. Считаем, что несостоятельность швов в первые 10 дней в большей степени зависит от техники исполнения и в меньшей – от характеристик сшиваемых тканей. В эту группу отнесены 4 больных (28,6%) с несостоятельностью швов холедоха через сутки (один больной), несостоятельность швов ДПК через двое суток (один больной) и двое больных с несостоятельностью швов колостомы на 7-е сутки. Кроме этого, у одного больного (7,1%) несостоятельность кожных швов привела к полной эвентрации и выну-

жденной релапаротомии. Кровотечение, которое не вызвано нарушением свертывающей системы, однозначно является погрешностью при выполнении интраоперационного этапа гемостаза. Среди 4 больных (28,6%) с внутренним кровотечением в одном случае кровотечение было из ложа желчного пузыря после холецистэктомии, а в 3-х (21,4%) – из острых язв желудка после предыдущих операций – гастротомии с прошиванием кровоточащих язв. Предполагаем, что в случае выполнения патогенетически адекватной первичной операции в виде резекции желудка или ваготомии, данного осложнения и последующей вынужденной релапаротомии можно было избежать.

К независимым от действия хирурга причинам отнесли спаечную кишечную непроходимость (2 или 14,3%) на 4-е и 7-е сутки, тотально предотвратить которую у всех оперированных больных при помощи ранней активизации больных и стимуляцией желудочно-кишечного тракта не удается; продолженный панкреонекроз (2 или 14,3%), механизм развития которого сложен в изучении и который трудно поддается контролю; острую перфоративную язву тонкой кишки (один или 7,1%), механизм развития которой остался спорным, так как присутствовал эндотоксикоз на фоне выраженного перитонита и длительная тонкокишечная интубация, которая сама по себе могла провоцировать перфорацию.

Из 11 больных с вынужденной релапаротомией в различные сроки после операций умерло 2 (18,18%) по причине нарастающей эндогенной интоксикации, но с купируемыми перитонеальными процессами в брюшной полости.

Таким образом, количество вынужденных релапаротомий в районных больницах не является частой операцией (2-3 операции в год) и составляет 1,98% от оперированных больных. Считаем, что в большинстве случаев (64,3%) действия хирурга и его тактика косвенно или непосредственно негативно отражается на послеоперационном периоде с развитием осложнений, потребовавших повторное оперативное вмешательство.

ПОНЯТИЕ «КАЧЕСТВО» И «КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

В.И.Цокуренко

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Формирование и развитие эффективных систем обеспечения качества медицинской помощи (КМП) остаётся одной из наиболее актуальных задач современного отечественного и зарубежного здравоохранения.

Для обеспечения качества обслуживания пациентов необходимо:

- проведение систематического мониторинга результатов оказываемой помощи, качества жизни, степени удовлетворённости пациентов и доступности помощи с точки зрения стоимости;

- использование переориентации программ подготовки персонала здравоохранения с целью увеличения внимания к таким критериям как эффективность работы, состояние здоровья, качество жизни, степень удовлетворённости пациентов и экономическая эффективность.

В чём же состоят специфические социально-экономические особенности медицинской деятельности:

- Медицинская услуга обладает неопределёнными потребительскими свойствами.

В момент оказания медицинской помощи истинная потребность, нужда пациента неизвестна. Важнейшее направление деятельности врача состоит в выявлении этой потребности, диагностике патологического состояния, имеющегося у больного.

- Медицинская деятельность уникальна тем, что потребитель активно участвует в процессе производства.

Адекватность исполнения пациентом врачебных назначений и рекомендаций в огромной степени определяют качество медицинской помощи, получаемой им.

По определению ВОЗ, под качеством медицинской помощи подразумевается свойство медицинской услуги удовлетворять конкретные потребности больного человека в получении необходимой ему помощи.

В деятельности медицинской организации должны неукоснительно выполняться четыре компонента:

- выполнение профессиональных функций (техническое качество);
- использование ресурсов (эффективность);
- контроль степени риска (опасность травмы, заболевание в результате медицинского вмешательства);
- удовлетворённость пациента медицинским обслуживанием.

Понятие «качественная медицинская услуга» включает в себя:

- высокую квалификацию медицинского персонала;
- достаточный уровень ЛПУ;
- правильный выбор и соблюдение технологии;
- надлежащее исследование и лечение больного;
- удовлетворённость пациента результатом медицинской услуги.

Медицинская услуга может считаться качественной, если она удовлетворяет четырем признакам:

- безопасность;
- адекватность;
- научно-технический уровень;
- экономичность и эффективность.

Безопасность – вмешательство не должно быть тяжелее самого страдания.

Адекватность – оказание медицинской услуги должно быть произведено в том случае, когда данная услуга действительно показана.

Научно-технический уровень - уровень материально-технического, кадрового и ресурсного обеспечения медицинской деятельности.

Экономичность и эффективность – финансовые расходы должны осуществляться оптимально с учётом получаемых результатов и исходя из наиболее важных направлений медицинской деятельности.

В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» Федеральным Фондом ОМС издан приказ от 1 декабря 2010 года № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Данный документ определяет правила и процедуру организации и проведения СМО и ФОМС контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объёме и на условиях территориальной программы ОМС и договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. Согласно приказа заявлены три вида контроля:

- Медико-экономический контроль.
- Медико-экономическая экспертиза
- Экспертиза качества медицинской помощи.

Каждый вид контроля имеет свою модель исполнения, что чётко представлено в приказе ФОМС №230 от 1 декабря 2010 года «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

По определению международных и национальных стандартов, качество – это совокупность свойств и характеристик услуги, которые определяют её способность удовлетворять установленные или предполагаемые требования.

СЛУЧАЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДИКРОЦЕЛИОЗОМ

А.А.Чванов, А.А.Капитонов, Н.В.Семенкин, Е.В.Жарикова

Филиал №5 ФБУ «354 ОВКГ» Минобороны России
Пенза

Рядовой по призыву Т, житель Ханты Мансийского АО. 20.06.2011 г. поступил с жалобами на боль в животе, изжогу, отрыжку, слюнотечение. Из анамнеза: до призыва длительное время беспокоила изжога, за медицинской помощью не обращался, принимал пищевую соду, которая приносила временное облегчение. Эпидемиологический анамнез: до заболевания неоднократно ел немытую зелень (щавель, петрушку) с собственного дачного участка. При осмотре больного обращала на себя внимание умеренная болезненность в эпигастриальной области живота.

Результаты обследования: ОАК от 21.06.11 г.: Нв-148 г/л, Эр-4,7x10¹²/л, Лей - 4,1x10⁹/л, П-1, С-51, Э-5, Л-31, М-2, СОЭ -5 мм/час. ОАМ без патологических изменений; об. белок- 69 г/л, фибриноген -4 г/л, амилаза -6,8 г/чл, холестерин -4,3 ммоль/л, АСТ -0,08 мккат, АЛТ-0,08 мкмоль/л, общий билирубин -

17 мкмоль/л, глюкоза -4.2 ммоль/л, СРБ-отр. В кале и 3-х порциях желчи обнаружены яйца двуустки ланцетовидной (*Dicrocoelium Lanceatum*). Рентген органов грудной клетки от 21.06.11 г. Заключение: очаговых изменений не выявлено. ФГДС от 21.06.11 г. заключение: Эрозивный антрум гастрит.

Лечение: диета ЩД, бильтрицид из расчета 65 мг/кг веса, дротаверин, омез, биофесталь. После проведенного лечения боль в животе, изжога перестали беспокоить. ФГДС от 11.07.11 г. (контрольная). Заключение: Очаговый гастрит.

Выписан на 22-й день в удовлетворительном состоянии. Результат контрольных анализов кала – отрицательный.

Выводы:

1. Выявлен редко встречающийся у людей гельминтоз, который не был диагностирован до призыва.

ОПЫТ И РЕЗУЛЬТАТЫ МЕРОПРИЯТИЙ ПО РЕОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

О.В. Чижова, В.Б. Мысяков, Н.В. Сопина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

На протяжении всей истории развития отечественной и зарубежной медицины организация медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным детям является ведущим приоритетом здравоохранения. В Пензенской области на протяжении последних 5 лет поэтапно реализуется комплекс организационных, социальных и профилактических мероприятий, направленных на улучшение качества оказания медицинской помощи женщинам и детям.

Необходимость разработки комплекса мер по совершенствованию службы родовспоможения, прежде всего, была обусловлена неблагополучной демографической ситуацией в Пензенской области. Так показатель младенческой смертности регистрировался на уровне значительно выше среднероссийского. Ежегодно регистрировались случаи материнской смертности – наиболее сбалансированного показателя, характеризующего уровень качества оказания медицинской помощи в регионе.

Особую актуальность приобрела проблема рождения здоровых детей, снижения показателей перинатальной и младенческой смертности, которые достигаются при оказании высококвалифицированной медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам.

На протяжении последних 6 лет в Пензенской области проводится системная и поэтапная реорганизация акушерско-гинекологической службы. Основопологающим моментом этой работы стало проведение аудита учреждений, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, с целью определения готовности кадровых, материально-технических и технологических ресурсов

акушерской службы к выстраиванию системы. Проводимые мероприятия базировались на имеющемся опыте распределения потоков пациентов при общепрофильных заболеваниях.

В Пензенской области введена система лечебно-эвакуационных мероприятий с приближением специализированной медицинской помощи к сельскому населению. Четыре учреждения здравоохранения стали функционировать как межрайонные лечебно-диагностические и консультативные центры.

В 2006 году медицинскую помощь женщинам в период беременности оказывали 33 лечебно-профилактические учреждения (далее – ЛПУ), помощь в родах – 26 ЛПУ. В последующем, ежегодно проводилась реструктуризация родильных отделений в ЛПУ с количеством родов менее 50, затем – менее 100 в год. В настоящее время количество учреждений, оказывающих медицинскую помощь женщинам в родах, составляет 12.

В 2010 году на уровне 3 группы учреждений родовспоможения функционируют 23 койки (7,0% от общего количества акушерских коек) для беременных и рожениц.

В учреждениях 2 группы родовспоможения функционируют 241 койка (73,3% от общего количества акушерских коек).

В учреждении 1 группы родовспоможения функционируют 65 коек (19,8% от общего количества коек).

Таким образом, к 2010 году выстроена трехуровневая система оказания медицинской помощи в акушерской службе.

Одновременно увеличивалось количество коек в 4 межрайонных центрах, на базе которых была создана круглосуточная служба акушеров-гинекологов, неонатологов, вспомогательных служб, открыты койки для реанимации новорожденных детей. При этом, госпитализация беременных и рожениц из районов, осуществляется с учетом пренатальных факторов риска в межрайонные центры или родовспомогательные учреждения г. Пензы.

В 2007 году проведены организационные мероприятия по созданию дистанционного консультативного центра с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими и анестезиолого-реанимационными неонатальными бригадами скорой медицинской помощи на базе перинатального центра ГУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова».

С 01.01.2008 г. дистанционный консультативный центр функционирует в полном объеме. Специалисты дистанционного консультативного центра оказывают консультативно-диагностическую и лечебную помощь наиболее тяжёлому контингенту беременных, рожениц, родильниц, осуществляют мониторинг всех беременных, вставших на учёт по беременности, поступивших на роды. Создана компьютеризированная система персонифицированного мониторинга течения, ведения и исхода беременности и родов на всех уровнях оказания медицинской помощи.

Специалистами центра осуществляется мониторинг всех беременных, вставших на учёт по беременности, поступивших на роды, а также мониторинг

гинекологических пациенток в тяжелом и в состоянии средней степени тяжести, осуществляют мониторинг новорожденных, имеющих высокий риск развития критических состояний, либо находящихся в критическом состоянии, оказывают их лечащим врачам консультативную помощь по телефону.

Ведущая роль в сложившейся демографической ситуации в Российской Федерации, необходимость удержания достигнутых положительных показателей младенческой и материнской смертности, введение в области с 2012 года новых критериев живорождения, определили включение в Программу модернизации здравоохранения Пензенской области в качестве основного приоритета мероприятий по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи и медицинской помощи детям. В этой связи опыт, накопленный в Пензенской области, позволяет оценить преимущества реструктуризации акушерско-гинекологической помощи, проводимой в регионе с 2006 года.

СЛУЧАЙ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЁННОГО ПРИ СИНДРОМЕ МАРФАНА

М.В.Шлыкова, Е.Б.Мусатова

МБУЗ «Городской роддом»
Пенза

Синдром Марфана является наследственным заболеванием описан А.Marfan в 1896 году. Тип наследования аутосомно-доминантный с высокой пенетрантностью [1]. Диагностическими признаками являются: высокий рост, арахнодактилия, гиперподвижность суставов, подвывих хрусталика, аневризма аорты, миксоматоз сердечных клапанов.

У больных часто отмечается кифосколиоз (60% случаев), килевидная или воронкообразная грудная клетка, долихоцефалическое, узкое лицо, высокое дугообразное нёбо, плоскостопие. Характерны поражения глаз: сферофакия, микрофакия, отмечается высокая степень миопии, также пороки сердца и крупных сосудов. Нередко: бедренные, паховые грыжи, мышечная гипотония, эмфизема лёгких. Популяционная частота составляет 0,04: 1000 [2]. Соотношение по половому признаку: М1:Ж1.

Нами наблюдался новорождённый К. Из анамнеза выявлено: матери -20 лет, страдает синдромом Марфана, отцу -21 год, здоров, из вредных привычек отмечает курение. Данная беременность-первая, на учёте в женской консультации не состояла, со слов матери беременность протекала без особенностей. Мать ребёнка поступила в роддом на дородовую госпитализацию в сроке беременности 37-38 недель.

Была осмотрена узкими специалистами: кардиологом, пульмонологом, неврологом. В результате выявлена вентиляционная недостаточность II степени, дыхательная недостаточность II ст. по рестриктивному типу. На спирограмме – резкое снижение жизненной ёмкости лёгких на фоне значительного снижения проходимости на уровне крупных бронхов. При ультразвуковом ис-

следовании сердца обнаружен миксоматоз аортального и митрального клапанов, митральная и аортальная регургитация I- II степени. На рентгенограмме лёгких и позвоночника: кифосколиоз II степени. Нерезкие застойные явления в лёгких. УЗИ органов брюшной полости без патологии.

С детства мать отмечает ослабление зрения, нарушение осанки (кифосколиоз), заболевание сердца. В детстве перенесла травму (падение с высоты).

Заключение терапевта и кардиолога: Дисплазия соединительной ткани. Кифосколиотическая деформация грудной клетки Дыхательная и вентиляционная недостаточность II степени. Синусовая тахикардия. Кифосколиотический таз I степени. Дефицит массы тела (рост 156 см, вес – 47,7 кг).

Заключение окулиста: гипертоническая ангиопатия сетчатки обоих глаз, двойное изображение глазного дна,

02.09. 2010 года было произведено родоразрешение данной роженицы путём кесарева сечения в сроке беременности 38-39 недель в плановом порядке ввиду экстрагенитальной патологии и ножного предлежания плода. Родился мальчик с массой 2730 граммов, рост 51 см, окружностями головы и груди – 36 и 32 см соответственно. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. После проведения необходимых реанимационных мероприятий ребёнок был переведён в детское отделение.

Состояние ребёнка при первичном осмотре расценено как средней тяжести за счёт умеренного снижения мышечного тонуса и рефлексов, внутриутробной гипотрофии, отмечается килевидное строение грудной клетки. В динамике в периоде адаптации у ребёнка отмечался нежный систолический шум больше во II межреберье справа и в точке Боткина, цианоз носогубного треугольника при плаче, сохранялись симптомы гиповозбудимости (вялость, снижение мышечного тонуса и физиологических рефлексов).

Проведено обследование: группа крови матери A(II) RH положительная, у ребёнка – O (I) RH положительная.

Анализ крови: гемоглобин – 213 г/л, эр. – $5,86 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцитов – $8,7 \cdot 10^9$ /л, тромбоцитов- $224 \cdot 10^9$ /л, время свёртывания крови - 3 минуты 15 секунд. Лейкоцитарная формула: палочкоядерных - 9, сегментоядерных - 32, эозинофилов - 3, моноцитов - 4, лимфоцитов – 52. Биохимический анализ крови на 3-и сутки: общий белок – 68 г/л, билирубин общий – 202 ммоль/л, АЛТ- 21 u/l, АСТ – 82u/l (норма - 0-31), кальций -2,33 ммоль/л, магний – 1,06, натрий – 150, калий -4,1 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес -1012, реакция кислая, лейкоциты – единичные, эпителий – 10-12 в поле зрения.

УЗИ сердца на 3-и сутки жизни: размеры камер сердца в пределах возрастной нормы, врождённая недостаточность клапанов: пролапс II-III степени и миксоматоз митрального, трикуспидального и аортального клапанов сердца. Митральная, аортальная и трикуспидальная регургитация I-II степени. Вторичный дефект межпредсердной перегородки до 1,1 см со сбросом слева направо. Расчётное давление в правом желудочке - 50 мм рт.ст. Открытый артериальный проток диаметром 2-3 мм. Сократительная функция сердца в пределах возрастной нормы (фракция выброса - 82%).

Ребёнок осмотрен окулистом. Заключение: микрофакия и эктопия хрусталика.

Ребёнку в роддоме проводилась симптоматическая терапия: антибактериальная, фототерапия, оксигенотерапия.

На 10 сутки жизни в состоянии средней тяжести пациент был переведён на II этап выхаживания в отделение патологии новорождённых, мать для дальнейшего лечения была транспортирована в ревматологическое отделение областной больницы.

Данный случай отображает семейно-наследственный характер поражения сердца при синдроме Марфана, а также возможность диагностики в периоде новорождённости данной патологии.

Список литературы

1. Fried K., Krakowski D. Probable autosomal recessive Marfan syndrome-J. Med. Genet., 1977, v.14, p. 359-361
2. Pyeritz R.E. The Marfan syndrome .- New Engl. J. Med., 1989, v.300, p.772-777.

ВЛИЯНИЕ ОЛИГОПЕПТИДА 14 ДЛЯ ГЛАЗ НА СТАБИЛИЗАЦИЮ ГЛАУКОМАТОЗНОГО ПРОЦЕССА

Н.Б.Шурупова, П.Ю.Татарченко, Е.Н.Воронина, И.А.Болдырева

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России
Пенза

Нейропротекция у больных глаукомой с нормализованным внутриглазным давлением относится к актуальным вопросам (Ставицкая Т. В., Егоров Е. А., 2005; Курышева Н.И., 2006; Джагарян Р. Г., 2011). Несмотря на нормализацию внутриглазного давления гипотензивными препаратами или операцией, зрительные функции продолжают снижаться у 40-60% больных (Басинский С.Н., 1996; Егоров В.В. и соавт., 1999 и др.).

В последние годы в нейропротекторной терапии глаукомной оптической нейропатии широко используются нейропептиды – нейропротекторы прямого действия. После экзогенного их введения происходит выброс эндогенных регуляторных пептидов, для которых введенный пептид является индуктором. Даже после разрушения первоначального индуктора сохраняется эффект пептидного регуляторного каскада. Олигопептидные биорегуляторы повышают устойчивость клеток к гипоксии, действию токсинов и иных повреждающих факторов, нормализуют обмен веществ в тканях, способствуют выведению продуктов метаболизма.

Цель. Оценить эффективность применения Олигопептида 14, сертификат № РОСС RU АИ 35. В04877, производство НПТЦ (г. Санкт-Петербург), в стабилизации глаукоматозного процесса у больных глаукомой с нормализованным ВГД.

Материал и методы. Исследуемая группа включала 34 больных (62 глаза) первичной открытоугольной глаукомой с развитой или далеко зашедшей стадией с компенсированным ВГД и первоначально нестабилизированным течением заболевания. У всех больных офтальмотонус был нормализован операцией или гипотензивными каплями и не превышал толерантное внутриглазное давление (Балалин С.В., Фокин В. П., 2008). Больные получали лечение: в течение 2-х месяцев ежедневно 1 раз в день Олигопептид 14 наносился на кожу внутренней поверхности предплечья в количестве 12-15 капель и втирался легкими массирующими движениями до полного впитывания согласно прилагаемой к препарату инструкции. Курсы лечения проводились 2-3 раза в год с перерывами 2-3 месяца. Стабилизация процесса оценивалась по полю зрения, определяемому на дуговом проекционном периметре ПРП-60-1, и состоянию диска зрительного нерва методом прямой офтальмоскопии с зарисовкой 1 раз в полгода (Национальное руководство по глаукоме / Под ред. проф. Е. А. Егорова, проф. Ю. С. Астахова, проф. А. Г. Щуко, 2011). Больным также проводилась ультразвуковая доплерография глазничной артерии на аппарате «Multi-Dop» фирмы DWL (Германия) с определением индекса резистентности. Внутриглазное давление определялось тонометром Маклакова, гидродинамика глаза исследовалась тонографом ТНЦ-100. Срок наблюдения за больными составил 2 года.

Результаты. Анализ состояния поля зрения показал сохранение суммарного поля зрения по 8 меридианам в течение 2-х лет у больных с развитой стадией глаукомы в 30 глазах из 37, что составило 81,08%. В 10 глазах (27,02%) суммарное поле зрения даже увеличилось по сравнению с исходным в среднем на $62,1^\circ \pm 5, 87^\circ$. У больных с далеко зашедшей стадией глаукомы стабилизация поля зрения достигнута в 17 глазах из 25 (68,0%) случаев. Улучшения поля зрения в этой группе больных не наблюдалось. Таким образом, амбулаторное лечение Олигопептидом 14 позволило сохранить поле зрения в 75% случаев (47 глаз). Результаты лечения были лучше у пациентов с развитой стадией глаукомы.

Офтальмоскопически увеличения экскавации диска зрительного нерва при стабилизации процесса не отмечалось. Данные ультразвуковой доплерографии показали достоверное снижение индекса резистентности в глазничной артерии. Индекс резистентности снизился на 8,2% (с $0,73 \pm 0,02$ до $0,67 \pm 0,02$).

Анализ состояния больных, у которых продолжалось прогрессирование глаукоматозного процесса (15 глаз), проявилось в ухудшении поля зрения в среднем на $44,28^\circ \pm 9,60^\circ$. У этой группы больных также отмечалось постепенное ухудшение гидродинамики глаза. До лечения среднее истинное внутриглазное давление $P_0 = 17,15 \pm 4,9$ мм рт. ст., через 2 года у этих больных $P_0 = 19,08 \pm 4,3$ мм рт.ст. Коэффициент легкости оттока снизился с $0,21 \pm 0, 05$ мм³/мин · мм рт. ст. до $0,18 \pm 0, 07$ мм³/мин · мм рт. ст. Эти данные показывают, что на пациентов с нестабилизированным течением заболевания при ухудшении оттока внутриглазной жидкости Олигопептид14 положительного действия не оказывает. Пациентам были назначены либо дополнительные гипо-

тензивные капли, либо повторное хирургическое лечение. Следует отметить, что у больных с ухудшением гидродинамики глаза индекс резистентности в глазничной артерии снизился на меньшую величину по сравнению с первой группой – 2,6% (с $0,76 \pm 0,02$ до $0,74 \pm 0,02$).

Аллергических реакций и побочных эффектов при лечении Олигопептидом 14 не отмечалось.

Заключение. Таким образом, при использовании Олигопептида 14 в лечении больных открытоугольной глаукомой с нормализованным внутриглазным давлением и нестабилизированным течением заболевания стабилизация процесса достигнута в 75% случаев. Снижение индекса резистентности в глазничной артерии у больных глаукомой при стабилизации процесса показывает влияние Олигопептида 14 на улучшение гемодинамики глаза. Олигопептид 14 не влияет на гидродинамику глаза. Отсутствие побочных явлений, простота применения позволяют рекомендовать использование препарата в амбулаторной практике.

СОДЕРЖАНИЕ

ГОСУДАРСТВЕННОМУ БЮДЖЕТНОМУ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ПЕНЗЕНСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ – 35 ЛЕТ <i>А.И.Кислов, В.А.Типикин</i>	5
СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК С ОЖИРЕНИЕМ <i>С.В.Абрамова, Е.С.Самошкина, А.В.Федоров, А.В.Балыкова, Н.В.Ивянская</i>	11
АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИКЕ АЛКОГОЛИЗМА У ЛИЦ С НЕУСТОЙЧИВЫМИ ЧЕРТАМИ ХАРАКТЕРА В ПРЕМОРБИДЕ <i>А.Д.Абрамочкина</i>	13
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА И СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРМСКОМ КРАЕ <i>Т.Ю.Агафонова, В.А.Тарасов, Б.В.Головской, А.А.Баталова</i>	14
СОСТОЯНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ <i>Н.И.Алешина, И.И.Кухтевич</i>	16
ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «ГАБРИГЛОБИНА» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АУТОИММУННОЙ КРАПИВНИЦЫ <i>В.А.Алешкин, Б.А.Молотилов, Е.А.Орлова, Е.А.Болыц, А.Г.Лютков, Л.И.Новикова</i>	20
О НЕОБХОДИМОСТИ СВОЕВРЕМЕННОГО ИНФОРМИРОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ О РАДИОАКТИВНОМ ЗАГРЯЗНЕНИИ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ПРОФИЛАКТИКА ОБЛУЧЕНИЯ <i>В.Ф.Алфёров, А.Е.Болванович, О.Н.Букаев, Е.Н.Еремеева, М.И.Софронова</i>	22
НАРУШЕНИЕ КОНТУРОВ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>В.А.Андреев, А.С.Ивачёв</i>	24

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАННЕГО РАЗВИТИЯ И ДЕВИАНТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С НАСЛЕДСТВЕННО ОТЯГОЩЕННЫМ И НАСЛЕДСТВЕННО НЕОТЯГОЩЕННЫМ АЛКОГОЛИЗМОМ <i>А.Ю. Антропов</i>	25
К ВОПРОСУ О НОЗОЛОГИЧЕСКОМ РАНЖИРОВАНИИ СИМПТОМОВ <i>Ю.А. Антропов</i>	26
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ В ФОРМАТЕ ЛИНГВОСТРАНОВЕДЕНИЯ <i>Н.В. Антропова, И.А. Иващенко</i>	27
РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>А.Н. Астафьева, В.И. Струков, Г.В. Долгушкина, Р.Т. Галеева, Н.В. Агеева, О.А. Жеворченкова, Ю.Г. Катюшина</i>	29
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ЦЕЛЕВОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Н.В. Афонина, Л.Л. Рыжкина, Л.Л. Бейлинсон, Е.Р. Кулюцина</i>	30
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С <i>Л.Н. Афтаева, И.П. Баранова, М.В. Никольская, Л.И. Краснова</i>	34
НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К НАТИВНОЙ ДНК КАК ОДИН ИЗ МЕХАНИЗМОВ ПАТОГЕНЕЗА АУТОИММУННОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ КРАПИВНИЦЫ <i>Л.А. Ащина, Н.И. Баранова, Е.А. Орлова</i>	35
ОЦЕНКА СПОНТАННОЙ И ИНДУЦИРОВАННОЙ ПРОДУКЦИИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С АУТОИММУННОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ КРАПИВНИЦЕЙ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ ГАБРИГЛОБИН <i>Л.А. Ащина, Н.И. Баранова, Е.А. Орлова</i>	37
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ L-КАРНИТИНА (ЭЛЬКАР) В ДЕТСКОЙ СПОРТИВНОЙ КАРДИОЛОГИИ <i>Л.А. Балыкова, С.А. Ивянский, А.Н. Урзьева, Н.В. Щёкина</i>	38

НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГИПОТИРЕОЗОМ <i>Г.А.Баранова</i>	40
ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ <i>И.П.Баранова, Ж.Н.Керимова, О.Н.Лесина, О.А.Коннова, М.В.Никольская, Л.И.Краснова, О.А.Зыкова, Д.Ю.Курмаева, Н.В.Свистунова</i>	42
ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>И.П.Баранова, М.В.Никольская, Л.И.Краснова, О.А.Зыкова, О.А.Коннова, О.Н.Лесина, Ж.Н.Керимова, Л.Н.Афтаева, Л.А.Мусатова</i>	46
ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК ОДНА ИЗ СОВРЕМЕННЫХ ФОРМ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ <i>И.П.Баранова, М.В.Никольская, О.Н.Лесина, О.А.Коннова, Л.И.Краснова, О.А.Зыкова, Ж.Н.Керимова, Н.В.Семакова</i>	49
ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ОТВЕТА ПРИ ГРИППЕ <i>И.П.Баранова, Н.В.Свистунова, О.А.Левашова</i>	51
КЛАССИФИКАЦИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАРДИИ И НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАТОГЕНЕЗ И ЛЕЧЕНИЕ ГЭРБ И ГПОД <i>А.А.Баулин, В.А.Баулин, В.А.Стародубцев, Н.С.Лотникова, О.А.Косенко, В.Д.Креймер, А.И.Перетрухин</i>	53
СЛУЧАЙ ОДНОВРЕМЕННОГО ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ СЕТЧАТКИ ПРАВОГО ГЛАЗА И ЗАТЫЛОЧНОЙ ДОЛЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА СЛЕВА С БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ <i>Г.Н.Баулина, П.Ю.Татарченко, А.В.Чуракова</i>	55
ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ЛАКТАТА И АКТИВНОСТИ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ <i>Н.В.Безручко, В.Г.Васильков, Г.К.Рубцов, Н.Б.Ганяева, Д.В.Осинькин</i>	57

АНТИОКСИДАНТНАЯ КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
НАРУШЕНИЙ СЕРДЦА ПРИ ОСТРОМ ОБТУРАЦИОННОМ
ХОЛЕСТАЗЕ

А.Н.Беляев, М.Н.Якурина, С.В.Костин 59

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В
ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

А.Н.Беляев, А.Г.Павелкин, А.Н.Родин 61

БЕССИМПТОМНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИБС У АМБУЛАТОРНЫХ
БОЛЬНЫХ И ИХ ДИАГНОСТИКА

А.М.Бибарсова, Ф.К.Рахматуллов 62

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С
АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

К.В.Блашенцев, Е.И.Шмидт, М.В.Манжос, Т.И.Каганова 63

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО
ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМИ ТРОФИЧЕСКИМИ
ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

М.С.Богомолов, Л.Н.Макарова, В.В.Слободянюк 64

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕЗАГРЕГАНТНЫХ И
МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С
ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

М.С.Богомолов, Л.Н.Макарова, В.В.Слободянюк 66

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЙСТВИЯ
НЕКОТОРЫХ КОМПЛЕКСОВ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ ПРИ
АСИММЕТРИЧНОЙ ОСАНКЕ И СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ I-II
СТЕПЕНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*А.Е.Болванович, Н.А.Аширова, А.О.Гусельникова, О.Ю.Попова, В.С.Ганченкова,
И.Н.Кокорева, Н.А.Калабкин 69*

ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС ПОСРЕДСТВОМ МЕТАЛИЗЕ У
БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКРАДА

*Л.А.Бондаренко, Л.Е.Рудакова, Т.П.Кострикова, И.И.Капустина, О.Н.Донис,
Л.С.Кукушкина, Ф.К.Рахматуллов 70*

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВИЗУАЛИЗАЦИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ <i>Л.П.Бородина</i>	72
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ МЕТОДАМИ ВЫСОКОТОНОВОЙ ТЕРАПИИ И НИЗКОЧАСТОТНОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ <i>М.С.Бочарова</i>	75
ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ <i>Ю.В.Бочкарева, О.А.Гречишкина, С.Ю.Никишина, О.В.Гуреева, А.А.Илюхина, Л.А.Косарева</i>	78
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В Г. ПЕНЗЕ <i>Ю.В.Бочкарева, А.В.Федин</i>	80
ОСОБЕННОСТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ <i>О.В.Брызгунова, Д.Б.Казанцева</i>	81
АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ ДИГИДРОПИРИДИНОВОГО РЯДА И БЛОКАТОРЫ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ <i>Л.Ф.Бурмистрова, Ф.К.Рахматуллов, Т.М.Шибаета, А.А.Карелина, О.Н.Сисина</i>	83
ВОСПРИЯТИЕ РИСКА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЕМ <i>Е.В.Васильев, В.В.Васильев</i>	85
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ <i>В.В.Васильев, Е.В.Васильев</i>	87
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ <i>В.В.Васильев, А.П.Дмитриев, И.А.Кудряшова, Е.В.Васильев</i>	89

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УЧЕБНОЙ, НАУЧНОЙ И
ЛЕЧЕБНОЙ РАБОТЕ НА КАФЕДРЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-
РЕАНИМАТОЛОГИИ И СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ВКЛАД
В СОЗДАНИЕ ИМИДЖА ИНСТИТУТА

*В.Г.Васильков, А.И.Сафронов, М.Ф.Купцова, В.Н.Маринчев, Л.А.Филиппова,
Д.В.Осинькин..... 92*

МОРФОГЕНЕЗ ПЕРВИЧНОГО УЗЛА КАРЦИНОМЫ ЛЬЮИСА ПРИ
КОРРЕКЦИИ АНТИОКСИДАНТАМИ

И.М.Вашуркина, Н.А.Плотникова, С.П.Кемайкин, Т.В.Харитонова..... 94

СЫВОРОТОЧНОЕ ЖЕЛЕЗО В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ПАЦИЕНТОК С
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

О.П.Виноградова, Г.П.Гладилин, М.Н.Кузнецова, О.А.Советкина 96

ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У БОЛЬНЫХ С
ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
ЛИЧНОСТИ

Е.В.Волкова 98

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У РАБОТАЮЩИХ В
УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ВИБРАЦИИ

О.А.Воронова, Н.С.Шаповал, Л.И.Шингарева 100

ФОРЛАКС В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ С
ЗАПОРАМИ У ДЕТЕЙ

Р.Т.Галеева, Ю.Е.Алленова, А.Н.Астафьева, Г.В.Долгушкина..... 102

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ
МОНО - И ПОЛИТРАВМОЙ

А.В.Гатин, В.А.Моисеенко, Е.Р.Кулюцина, А.В.Салаев..... 103

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЛИОКСИДОНИЯ
У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

*Н.Г.Герасимова, В.А.Горбатов, Н.А.Васькова, Ю.В.Шувалова, Е.Н.Коваленко,
Л.В.Зотова 106*

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ НУТРИЛОН
ПЕПТИ ТСЦ ПРИ КИШЕЧНЫХ РАССТРОЙСТВАХ НА ФОНЕ ОРВИ У
ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

*М.Н.Гербель, В.И.Струков, Л.Г.Радченко, М.Н.Максимова, С.В.Станина,
Е.В.Филиппова..... 108*

ЛЕЧЕНИЕ ПОЛЛИНОЗОВ У ДЕТЕЙ

В.А.Горбатов, М.В.Горбатова, Н.Г.Герасимова, Л.И.Дзюбич, Т.Е.Чашина.... 109

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА
СЛУЖБЫ КРОВИ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

*И.В.Гордюшина, Н.В.Сопина, П.Л.Кукушкин, С.С.Козак, С.В.Железнякова,
Н.М.Иваногло 111*

ОРГАНИЗАЦИЯ И ВНЕДРЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В
СЛУЖБЕ КРОВИ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

*И.В.Гордюшина, Н.В.Сопина, П.Л.Кукушкин, С.С.Козак, С.В.Железнякова,
Н.М.Иваногло 113*

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИОКСИДОНИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ
РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ
ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ ГОРОДА КАЗАНИ

А.П.Горшенина, О.Ю.Кузнецова 115

ВЫБОР ЭФФЕКТИВНЫХ КОМБИНАЦИЙ ИНДАПАМИДА С
РАЗЛИЧНЫМИ ПРОИЗВОДНЫМИ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ У
БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Е.В.Гриднева, Б.Г.Искендеров, О.Н.Сисина, Т.Н.Белугина 116

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И НАРУШЕНИЕ
ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Е.Е.Гришаева, К.В.Черезов..... 118

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С
РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ

В.Ю.Гудошников, О.В.Афонин, В.Н.Лесин 120

ТОПИЧЕСКАЯ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ НАРУЖНЫХ
ОТИТОВ

Т.Ф.Демирова 122

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННЫХ
ОСЛОЖНЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

С.Л.Дземешкевич, А.И.Черепанин, О.Н.Антонов, А.В.Рыбальченко 124

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭНТЕРАЛЬНОГО ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ СТЕНОЗОМ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (СВОЖ и ДПК) <i>С.Л.Дземешкевич, А.С.Шкода, А.В.Пугаев, В.В.Соболев, М.Г.Негребов, О.Н.Антонов</i>	125
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОСТОЯНИЕ ТРОФИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ЯЗВАМИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ <i>С.Л.Дземешкевич, А.С.Шкода, А.В.Пугаев, М.Г.Негребов, С.В.Калачев, О.Н.Антонов, Л.В.Александров, Я.М.Коротенков, М.Р.Ба, И.А.Логинов, Н.В.Харькова</i>	127
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ <i>Л.И.Дзюбич., Е.В.Макаркина, Г.П.Бикейкина, Т.И.Раздолькина, В.А.Горбатов</i>	128
ЗНАЧЕНИЕ ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА <i>О.В.Дикова, Ю.И.Качаева</i>	130
ЗНАЧЕНИЕ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАЗА <i>О.В.Дикова, М.В.Тимошкина</i>	132
ПРЕИМУЩЕСТВА КОРРЕКЦИИ АСТИГМАТИЗМА МЯГКИМИ КОНТАКТНЫМИ ЛИНЗАМИ С ДИЗАЙНОМ УСКОРЕННОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ <i>Л.В.Долматова</i>	134
ДИАГНОСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>И.В.Дорогова, М.И.Катаева</i>	135
ПРИНЦИПЫ ПОДГОТОВКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ К ОБТУРАЦИИ <i>Н.В.Еремина, Л.Д.Романовская, Т.В.Посметная, Н.А.Вирясова, В.Д.Ноздрина</i>	139
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВОССТАНОВЛЕНИЮ ФУНКЦИИ МЫШЦ ЛИЦА ПРИ НЕВРИТАХ ЛИЦЕВОГО НЕРВА МЕТОДОМ АКУПУНКТУРНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ <i>В.С.Животоцук, В.Г.Страхов</i>	141

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ У ТОРАКАЛЬНЫХ ОНКОБОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ <i>Л.А. Журавлева, С.В. Кротова, Е.В. Ильина</i>	143
ВРЕМЕННАЯ УТРАТА ТРУДОСПОСОБНОСТИ И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ УЩЕРБ ПРИ РЕАКТИВНОМ АРТРИТЕ <i>М.О. Журавлева, Г.Г. Багирова</i>	145
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМОФИЛИИ И БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА <i>Л.А. Журавлева, И.Н. Чечерина</i>	147
ПОВЫШЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ВНЕДРЕНИИ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ <i>Е.А. Злодеева, И.Е. Панькова, Н.В. Смолягина</i>	149
КОРРЕКЦИЯ НЕКОТОРЫХ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С <i>О.А. Зыкова, И.П. Баранова, М.В. Никольская, Л.Н. Афтаева, О.Ю. Костромина</i>	150
ХАРАКТЕР ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ КРОВОТОЧАЩИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ <i>А.С. Ивачёв, А.А. Скоморин</i>	152
ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>А.С. Ивачёв, Л.В. Хитрова, О.В. Щербина</i>	154
ВЛИЯНИЕ ПАРАПАПИЛЯРНЫХ ДИВЕРТИКУЛОВ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛОСФИНКТЕРОТОМИИ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ <i>А.С. Ивачёв, Г.К. Шокаров</i>	156
ВИЗАННА И ЕЁ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ <i>Д.С. Ирышков</i>	157
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И РАСШИРЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДИАПАЗОНА ПРИМЕНЕНИЯ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Б.Г. Искендеров, Т.В. Лохина, Е.В. Гриднева, Н.В. Беренштейн, С.В. Саушкина</i> .	159

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В РЕЗУЛЬТАТЕ
ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Д.Б.Казанцева, О.В.Брызгунова 161

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭНДОФОРМНЫХ
РЕАКТИВНЫХ ПСИХОЗОВ

В.Б.Калистратов, О.В.Плотникова 164

К ВОПРОСУ О «МОРФОЛОГИЧЕСКИХ НАХОДКАХ» ПРИ
КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ
ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Т.А.Карасева, Д.А.Карасева 165

ПРИМЕНЕНИЕ РЕГИОНАРНЫХ МЕТОДОВ АНЕСТЕЗИИ ПРИ
АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ ПУТЁМ ОПЕРАЦИИ
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

В.Ю.Кашаев, Г.В.Кольдин, И.Е.Ременик, О.Н.Суконников, В.И.Сычёв 168

ПРИМЕНЕНИЕ РЕГИОНАРНЫХ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ
РОДАХ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ

В.Ю.Кашаев, Г.В.Кольдин, И.Е.Ременик, О.Н.Суконников, В.И.Сычёв 169

К НОЗОЛОГИИ ИПОХОНДРИЧЕСКОЙ ПСИХОПАТИИ

О.Е.Кибиткина 170

ГИПОТИРЕОЗ. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ

Е.А.Кирякина, Р.С.Бородина, Л.В.Курашвили, Ю.В.Булавкин 172

ТОКСОКАРОЗ. СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛЬ
ЛЕЧЕНИЯ

Е.А.Кирякина, Е.Н.Зайцева, Л.В.Курашвили 174

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И КЛИНИКИ
ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО И
ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЕЙ

А.И.Кислов, Е.В.Волкова 176

ОСНОВЫ ПРОГРЕССИВНЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ
ПОСТДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КАДРОВ

С.И.Коврыгин, Д.Б.Казанцева 178

ОЦЕНКА КОРРЕЛЯТИВНЫХ СВЯЗЕЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМНОГО И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АСИТ ПЕРОРАЛЬНЫМИ ГРИБКОВЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ <i>А.И.Козина, Т.А.Дружинина</i>	180
КОМПЛЕКСНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ ПОСЛЕ СТРЕССА <i>О.К.Командирова, В.С.Животоцук</i>	181
ТРУДНОСТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ БОТУЛИЗМА <i>О.А.Коннова, Т.Ф.Чернова, О.Ю.Костромина, И.Г.Карташова, Ю.В.Салманова</i>	184
СИСТЕМНОЕ УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ОБУЧЕНИЯ <i>Ю.С. Коновалова</i>	188
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ <i>Ю.С.Коновалова</i>	191
ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАПСОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ <i>Е.Д.Короткова, А.Ш.Сагандыкова, Н.А.Сазонова, А.В.Жукова, Л.В.Тришина, А.А.Клестова, К.Г.Шокаров</i>	195
СТРАТЕГИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГАНГРЕНОЗНЫМИ АБСЦЕССАМИ ЛЕГКИХ <i>Е.А.Корымасов, С.Ю.Пушкин, А.С.Бенян, А.А.Ткачев</i>	197
ВОСТРЕБОВАННОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ БЛИЗОРУКОСТЬЮ <i>С.Н.Косарев</i>	198
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ НА ФОНЕ ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛЕСТАЗА И ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ДЕКОМПРЕССИИ ХОЛЕДОХА <i>С.В.Костин, Н.А.Цыганова, Д.Ю.Сапарин</i>	200
РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ <i>Е.М.Костина, О.В.Левашова, Б.А.Молотилов, М.В.Осипова</i>	202

СТРУКТУРА НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В СВЯЗИ С НОЗОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В РЕАНИМАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА <i>О.Ю.Костромина, И.П.Баранова, О.А.Зыкова, С.Б.Рыбалкин</i>	204
ФИБРОЗ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С <i>Л.И.Краснова</i>	206
СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ОБЩЕГО ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ НА ФОНЕ ОТРАВЛЕНИЯ ВЕЩЕСТВАМИ ПСИХОТРОПНОГО ДЕЙСТВИЯ <i>Д.В.Кременицкий, К.В.Мельников</i>	207
ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДОВ ГИРУДОТЕРАПИИ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС <i>Р.П.Крымская, Е.В.Крымская</i>	209
ЧАСТОТА ВТОРИЧНОЙ КАТАРАКТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРАМЕТРОВ КАПСУЛЬНОГО МЕШКА ХРУСТАЛИКА ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ ИОЛ С ПЛОСКОСТНОЙ ГАПТИКОЙ <i>С.Л.Кузнецов</i>	211
ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ <i>М.Н.Кузнецова, Г.С.Хасанишин, А.Б.Бижанов, В.И.Кафтайкин, Л.В.Тришина, Д.Б.Гиллер, А.В.Устинов</i>	213
ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ БЛИЗОРУКОСТИ У СТУДЕНТОВ <i>М.П.Куликова, С.В.Аксенова</i>	215
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ» КАК СОВРЕМЕННАЯ ФОРМА НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОСЛЕВУЗОВСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ <i>Е.Р.Кулюцина, О.А.Левашова</i>	217
ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ <i>Е.Р.Кулюцина, А.А.Прибытков, О.А.Глебова, В.П.Савельев, Л.А.Сорокина, Л.В.Белюсова, Л.И.Ефремова</i>	220

**НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ МОНИТОРИГ
КРИТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ**

М.Ф.Купцова, В.Г.Васильков, Л.А.Филиппова 222

**ДОНОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У
ДЕТЕЙ ПЕНЗЕНСКОГО РАЙОНА**

Л.В.Курашвили, А.Н.Лавров, Ю.В.Булавкин, Е.А.Кирякина 225

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ**

Д.Ю.Курмаева 227

**ДИНАМИКА РЕАКТИВНОСТИ МОЗГОВЫХ СОСУДОВ И
НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ
ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ
ЦЕРЕТОН (ХОЛИНА АЛЬФОСЦЕРАТ)**

И.И.Кухтевич, Н.И.Алешина, О.А.Левашова 229

АНАЛИЗ УРОВНЯ ОБЩЕГО IgE У БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

О.А.Левашова, Т.А.Дружинина, Н.С.Рябин 231

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

М.Ю.Левков, Р.Х.Ильясов, И.Г.Жарков 232

**СУ-ДЖОК-ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВЫХ
СИНДРОМОВ ВЕРТЕБРОГЕННОГО ГЕНЕЗА**

М.Ю.Левков, Р.Х.Ильясов, В.Г.Страхов 233

**ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
ПРОКАЛЬЦИТОНИНА У ДЕТЕЙ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ
ПНЕВМОНИЕЙ**

*О.Н.Лесина, И.П.Баранова, Н.Л.Кондратюк, Ж.Н.Керимова, О.В.Кондрахина
..... 235*

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У
ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОГО
СТАЦИОНАРА**

*О.Н.Лесина, Н.Л.Кондратюк, Е.О.Шишова, Т.В.Крылова, Л.Р.Искандерова,
Н.С.Мартынова, Е.Г.Колесникова 237*

**ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТОНКОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С
ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ**

*М.И.Литюшкина, Н.Т.Морозов, О.А.Строкова, И.В.Герасименко, С.И.Зверева
..... 240*

- ВЛИЯНИЕ ЧЕТВЕРТИЧНЫХ ПРОИЗВОДНЫХ АНАПРИЛИНА И АТЕНОЛОЛА НА РАЗМЕРЫ ЗОН НЕКРОЗА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА
Ю.А.Макарова, Е.С.Станкевич, А.А.Усанова, Л.А.Белова, О.Г.Агеносова..... 242
- ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИИ К АЛЛЕРГЕНАМ НАТУРАЛЬНОГО ЛАТЕКСА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
Е.В.Макова 244
- ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
М.Н.Максимова, В.И.Струков, Л.Г.Радченко, С.Ф.Лысев, А.В.Митрофанова, Л.И.Щетинина, Н.В.Агеева..... 246
- СЛУЧАЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ (МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА, ВНУТРИУТРОБНОЙ ПНЕВМОНИИ) У НОВОРОЖДЁННОГО ГБУЗ «ПЕНЗЕНСКИЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ» (ГЛАВНЫЙ ВРАЧ – ТАКТАЕВ А.П.)
М.Н.Максимова, М.Н.Зайцева, И.Н.Жидова, Е.В.Дурманова, И.В.Юрьева, С.И.Субботина, Н.П.Киреева, М.В.Шлыкова, О.А.Сапожникова..... 248
- ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ГРИПП У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ (СТРУКТУРА И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА)
И.А.Малова, О.С.Балакирева, И.П.Баранова..... 250
- ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ИНСУЛЬТОВ С РАЗНЫМИ ИСХОДАМИ
Г.И.Мартынова, Н.В.Пронина, Р.М.Моисеев, М.И.Белоус, И.Ш.Кушаева, Ш.А.Таймазов, Ю.А.Морозова, Г.Г.Страхов 251
- ИЗМЕНЕНИЯ ВНУТРИПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА ПРИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Л.В.Мельникова..... 253
- КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ ТЕЛА И ГОСПИТАЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
М.В.Мензоров, А.М.Шутов, Е.В.Михайлова, И.В.Морозова, А.С.Цормутян ... 255

ПРИРОДНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В КУРОРТНОЙ ТЕРАПИИ
ПОЛИОРГАНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

И.У.Меркулова, И.Ю.Учаева 256

РЕЗУЛЬТАТЫ СЕРОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ЗА
ЗООНОЗНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В НЕВЕРКИНСКОМ РАЙОНЕ
В 2008-2010 ГГ

С.Д.Миннигалева, В.А.Калинкина, Л.Н.Итяева 257

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО
СТРОЕНИЯ И СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ОПУХОЛИ

Э.А.Митрофанова, Л.Л.Рыжкина, О.В.Семисаженова, Ю.С.Симонова 261

ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И ЛИМФОИДНЫХ
ОРГАНАХ МЫШЕЙ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ КСЕНОБИОТИКОВ

И.В.Михайлова 263

35-ЛЕТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАФЕДРЫ ТРАВМАТОЛОГИИ И
ОРТОПЕДИИ ГБОУ ДПО ПИУВ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

В.А.Моисеенко, А.И.Кислов, А.В.Салаев, А.В.Гатин, М.А.Щербаков 265

35-ЛЕТНИЙ ЭКСКУРС РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПОВРЕЖДЕНИЙ
ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА НА КАФЕДРЕ
ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ ГБОУ ДПО ПИУВ
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

В.А.Моисеенко, А.И.Кислов, А.В.Салаев, А.В.Гатин 268

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ НАСЛЕДСТВЕННОГО
АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА (НАО)

Б.А.Молотилев 270

ВАЗОМОТОРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ АРТЕРИЙ ПРИ
САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-го ТИПА: КЛИНИЧЕСКАЯ И
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

А.Г.Мордовина, Н.В.Позднякова, И.П.Татарченко 272

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ САРТАНОВ ПЕРВОГО И ВТОРОГО
ПОКОЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ И
МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

А.Г.Мордовина, И.П.Татарченко, Н.В.Позднякова 274

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОРЛАКСА В КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ

Л.А.Мусатова, С.Л.Тузов, Н.С.Карташева, А.В.Котовский..... 282

ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В
КЛИНИКЕ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ

В.М.Николаев, Е.В.Петрова, Ю.Б.Баженова..... 284

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В СТОМАТОЛОГИИ. ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ
АППАРАТА «МУСТАНГ»

*В.Д.Ноздрина, Л.Д.Романовская, Н.В.Еремина, Т.В.Посметная, Н.А.Вирясова,
Н.А.Крючкова*..... 285

ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ СУБСТАНЦИИ P У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ
ПСИХОГЕННОЙ КРАПИВНИЦЕЙ

*Е.А.Орлова, О.А.Левашова, И.Ю.Учаева, Л.И.Бирюзова, Л.В.Варганова,
Л.А.Ащина*..... 287

ДИНАМИКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ
БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПЕЦИАЛЬНОСТИ ВРАЧА

Е.С.Панина 288

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНЫХ ТРЕВОЖНЫХ
РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
И ИМПЛАНТИРУЕМЫМ ИСКУССТВЕННЫМ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА

Е.В.Петрова, Б.Г.Искендеров, Т.Н.Вакина, О.А.Петров..... 291

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ С ИСКУССТВЕННЫМ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА СЕРДЦА И
СОПУТСТВУЮЩИМИ ТРЕВОЖНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Е.В.Петрова, Б.Г.Искендеров, Т.Н.Вакина, О.А.Петров..... 293

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИИ
ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ КАК ОСНОВА
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Т.Т.Полякова, Г.И.Мартынова, И.И.Кухтевич, А.В.Чуракова..... 295

В-КЛЕТОЧНЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НЕХОДЖКИНСКИЕ
ЛИМФОМЫ И МЕТОДЫ ИХ ДИАГНОСТИКИ

Е.Е.Пономарева, Н.А.Круглякова, Н.В.Афоница, Т.В.Чагорова..... 297

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ 14 ЛЕТ <i>Л.А.Потапова, А.В.Котовский, С.Л.Тузов, Н.С.Карташева, Л.А.Мусатова ...</i>	298
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ РИНОСИНУСИТОВ <i>Н.К.Починина, Р.П.Крымская, А.В.Федин, В.Г.Цыганков, В.И.Терешин, Е.В.Исинская</i>	300
ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Н.К.Починина, Н.А.Шкурова.....</i>	302
К ВОПРОСУ О СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ <i>А.А.Прибытков, А.В.Сумская, О.В.Плотникова, Э.М.Вилкова</i>	303
ОПАСНОСТЬ МОЛОЧНЫХ СМЕСЕЙ ДЛЯ ВСКАРМЛИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ <i>И.А.Прокофьев, Е.А.Захарченко, О.В.Решетникова, О.С. Погребняк, Ю.Г.Катюшин</i>	306
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ УРСОДЕОКСИХОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ В ТЕРАПИИ ЗАТЯЖНЫХ КОНЬЮГАЦИОННЫХ ЖЕЛТУХ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ <i>Л.Г.Радченко, В.И.Струков, М.Н.Максимова, М.Н.Гербель, Г.П.Дерябина, Л.В.Камардина, А.В.Митрофанова, Л.И.Щетинина, Н.В.Агеева, Е.В.Логинова</i>	308
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Ф.К.Рахматуллов, С.А.Пчелинцева, А.Ф.Рахматуллова, Ю.Н.Грачева</i>	310
ВЛИЯНИЕ РЕГИОНАРНОЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА ПРОЦЕССЫ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО- НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА <i>А.Н.Родин</i>	311
ДИНАМИКА ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ КАРНИТИНА ХЛОРИДА В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО- НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА <i>А.Н.Родин</i>	313

- «ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ» - ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ
Е.В.Рублева, О.И.Морозова, Е.А.Койкова, И.П.Татарченко 315
- ТРОМБОЛИЗИС И РАЗРЫВЫ СЕРДЦА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ
ИНФАРКТА МИОКАРДА
*Л.Е.Рудакова, Л.А.Бондаренко, А.В.Казанцев, С.В.Ушакова, Ю.А.Малашина,
Л.Г.Киселева..... 317*
- ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВА ПОВЫШЕНИЯ ВНУТРИГЛАЗНОГО
ДАВЛЕНИЯ ПОСЛЕ НЕПРОНИКАЮЩЕЙ ГЛУБОКОЙ
СКЛЕРЭКТОМИИ
Н.Ф.Румянцева..... 319
- ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО КОЖНОГО ТЕСТА «ДИАСКИНТЕСТА®» ДЛЯ
ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ
ДЫХАНИЯ У ВЗРОСЛЫХ
*А.Ш.Сагандыков, Е.Д.Короткова, В.П.Сергеева, Л.В.Тришина, А.В.Жукова,
Н.А.Сазонова, И.И.Бахтеев..... 321*
- ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ (ОМС) В СИСТЕМЕ МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ НА
ПРИМЕРЕ ПЕНЗЕНСКОГО РЕГИОНА
Г.А.Саксонова, Н.В.Сопина, А.А.Чванов, А.А.Капитонов..... 325
- МОДИФИКАЦИЯ ВНЕОЧАГОВОГО ЧРЕСКОСТНОГО
ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ
АВТОДОРОЖНОЙ ТРАВМЕ
А.В.Салаев, В.А.Моисеенко, А.И.Кислов, В.Г.Кулаков, А.В.Гатин..... 327
- СОСТОЯНИЕ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ И ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ
У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ
Е.С.Самошкина, О.Г.Козлова, Е.И.Науменко, С.А.Ивянский, О.М.Солдатов.. 328
- КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
В.Н.Сгибов, А.С.Ялдыгина, П.Н.Кочерганов, И.Л.Лан, К.В.Бобро 330
- СКРИНИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО
НАСЕЛЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ
В.П.Сергеева, И.Ю.Коротин..... 333

ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ <i>Н.П.Сергутова, Т.В.Горячева, Н.В.Малкина</i>	334
ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕСТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ОТКЛОНЕНИЯМИ СОДЕРЖАНИЯ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ МАРКЕРНЫХ БЕЛКОВ ВО II ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Р.С.Синюта, Л.В.Фатеева</i>	336
КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С УДАЛЕННЫМ ТИМУСОМ <i>А.И.Смолягин, А.Л.Фроленко, Е.А.Злодеева, А.В.Роженцева</i>	337
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Н.В.Сопина</i>	339
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА <i>В.И.Струков, Д.Г.Елистратов, Т.В.Крылова, Г.П.Дерябина, Л.В.Камардина, О.С.Погребняк, Ю.Ю.Мамонова, О.И.Артемова</i>	341
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА <i>В.И.Струков, Л.Г.Радченко, М.Н.Максимова, О.С.Погребняк, К.Г.Серскова, Ю.Г.Катюшкина</i>	344
БОЛЕВАЯ И БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА: ЗНАЧИМОСТЬ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА <i>И.П.Татарченко, Н.В.Позднякова, А.Г.Мордовина, И.А.Петрушин</i>	346
ЦИСТИЦЕРК В СТЕКЛОВИДНОМ ТЕЛЕ ПРАВОГО ГЛАЗА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ <i>П.Ю.Татарченко, Н.Б.Шурупова, Н.В.Лепешева, Н.Н.Гостева</i>	348
ЗДОРОВЬЕ И РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ, РОЖДЕННЫХ ОТ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРОТЕКАВШЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>С.Л.Туззов, Н.С.Карташева, А.В.Котовский, Л.А.Мусатова, Т.Н.Калинкина, О.В.Кисарова</i>	350
НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ Г. ПЕНЗЫ <i>С.Л.Туззов, Н.С.Карташева, А.В.Котовский, Л.А.Мусатова, С.Н.Яблочкина</i> ..	351

СПОСОБНОСТЬ ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ E.COLI К ПЛЕНКООБРАЗОВАНИЮ <i>В.Ю.Ульянов В.Ю., С.П.Бажанов, Е.В.Ульянова, В.В.Щуковский</i>	353
ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ, ВЫЗВАННЫХ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИМИ АКТАМИ <i>В.К.Усов</i>	354
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ БЕЛКОВ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Л.В.Фатеева, Р.С.Синюта</i>	358
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ У СПОРТСМЕНОВ-ПЛОВЦОВ <i>А.В.Федин, Н.К.Починина</i>	359
ОТОГЕННОЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ У БЕРЕМЕННОЙ <i>А.В.Федин</i>	361
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ <i>В.В.Федотов</i>	363
О ПОКАЗАТЕЛЯХ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА СТАЦИОНАРНЫХ ДЕТЕЙ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ <i>О.В.Филиппова, В.С.Иванова, Т.В.Крылова, Л.В.Ланцова, О.В.Кондрахина</i>	364
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В НЕОПЛАЗИЯХ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО КАНЦЕРОГЕНЕЗА <i>С.В.Харитонов, А.В.Ховряков</i>	366
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ПЦР ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДНК МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К РИФАМПИЦИНУ <i>Г.С.Хасанишин, И.В.Кондратьева, Л.В.Тришина</i>	368
ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ВЫНУЖДЕННЫЕ РЕЛАПАРОТОМИИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ <i>Л.В.Хитрова, А.С.Ивачёв, О.В.Щербина, В.В.Солдатов</i>	370
ПОНЯТИЕ «КАЧЕСТВО» И «КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ <i>В.И.Цокуренко</i>	371

СЛУЧАЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДИКРОЦЕЛИОЗОМ

А.А. Чванов, А.А. Капитонов, Н.В. Семенкин, Е.В. Жарикова 373

ОПЫТ И РЕЗУЛЬТАТЫ МЕРОПРИЯТИЙ ПО РЕОРГАНИЗАЦИИ
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ
ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

О.В. Чижова, В.Б. Мысяков, Н.В. Сопина 374

СЛУЧАЙ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЁННОГО ПРИ
СИНДРОМЕ МАРФАНА

М.В. Шлыкова, Е.Б. Мусатова 376

ВЛИЯНИЕ ОЛИГОПЕПТИДА 14 ДЛЯ ГЛАЗ НА СТАБИЛИЗАЦИЮ
ГЛАУКОМАТОЗНОГО ПРОЦЕССА

Н.Б. Шурупова, П.Ю. Татарченко, Е.Н. Воронина, И.А. Болдырева 378

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Пензенский институт усовершенствования врачей»
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации**

**А-43 Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации
больных:** Материалы XVI юбилейной межрегиональной научно-практической
конференции ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России

Под редакцией А. И. Кислова
Редактор В. А. Типикин
Корректор М. В. Емелина

Оригинал-макет изготовлен в научном отделе ГБОУ ДПО ПИУВ Мин-
здравсоцразвития России

Подписано в печать 14.05.2012 г. Формат 60x84/16. Бумага офсетная.
Гарнитура "Латинская". Печать офсетная. Уч.-изд. Л. 23,8. Усл. печ. л. 25
Тираж 250 экз.
ИП Типография Тугушева, 440000, г. Пенза, ул. Московская, 74, оф. 220

