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



# Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных

Материалы XII межрегиональной научно-практической конференции
ГОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей
Федерального агентства по здравоохранению
и социальному развитию"

**20 октября 2006 года**

**Пенза - 2006**

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

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

А-43 **Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных**: Материалы XII межрегиональной научно-практической конференции ГОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию": Сб. статей. Пенза, 2006. 333 с.

ISBN 5-94321-077-6

**УДК 616-071-08-036.868**

ББК 53.4/5
А-43

**ISBN 5-94321-077-6** © ГОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию", 2006
Любое воспроизведение данного текста разрешается только с указанием источников

# КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА РУБЕЖЕ XXI ВЕКА

А.И. Кислов

Ректор ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» г. Пенза

Одной из главных причин низкого уровня здоровья населения России остается неэффективность отечественного здравоохранения, которое не отвечает реалиям рыночной экономики. Проблемы в охране здоровья граждан страны накапливались на протяжении многих лет. В значительной мере они связаны с состоянием медицинских кадров.

Данные Федерального регистра свидетельствуют о том, что по состоянию на 01.01.2005 г. в Российской Федерации работало 607,7 тысяч врачей и 1 миллион 351,2 тысяч медицинских работников со средним медицинским образованием. В расчете на 10000 жителей обеспеченность населения специалистами с высшим образованием 42,4, со средним медицинским образованием 95,6, что сопоставимо с европейскими странами.

Однако медицинские кадры неравномерно распределены по субъектам Федерации и внутри административных территорий, в частности, городской и сельской местности. Обеспеченность медицинскими кадрами учреждений здравоохранения населения крупных городов и сельской местности составляет в городе 60, в сельской местности 13,1 на 10000 населения.

Не отвечает современным требованиям соотношение числа врачей и средних медицинских работников. Соотношение «врач – средний медицинский работник» (1:2,2), в развитых зарубежных странах этот показатель составляет 1:4; и более.

Сохраняется диспропорция соотношения числа специалистов лечебного профиля и диагностического блока, а также врачей первичного звена и врачей-специалистов. Дефицит специалистов в системе первичного звена составил 22713 человек. В то же время из 66,9 тысяч человек, работающих в первичном звене, 60% составляют специалисты в возрасте старше 50 лет, а 30% из них – пенсионеры, продолжающие трудовую деятельность.

Отмечается ежегодная убыль врачебного персонала (из города – 1,4%, на селе – 2,9%), в целом за последние пять лет число врачей сократилось на 6,4 тыс. человек, а среднего медицинского персонала в среднем на 5,5-5,8%. Пополнение кадрами вдвое меньше убыли.

Одновременно сохраняется ключевое противоречие между первичным звеном здравоохранения и стационарным этапом. Объем финансирования амбулаторно-поликлинического обслуживания (для 80% заболевших) до настоящего времени не превышает 40% расходов здравоохранения, тогда как стационарный этап (для 20% заболевших) потребляет 60% ассигнований. Данное финансирование ограничивает развитие материально-технической базы первичной медико-санитарной помощи и внедрение ресурсосберегающих технологий.

В результате доступность и качество медицинской помощи уменьшилась для большинства граждан страны.

В Посланиях президента Российской Федерации определена необходимость модернизации отечественного здравоохранения, которая стала основным направлением развития отрасли на ближайшие годы.

«Главная цель модернизации российского здравоохранения – повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения». Гарантии бесплатной медицинской помощи должны быть общеизвестны и понятны.

Результативность и эффективность работы в этом направлении в значительной степени определяется кадровым потенциалом. Вместе с тем, деформация экономического и демографического развития страны, ухудшение материального и снижение культурного уровня значительной части населения нарушило динамику развития кадровых ресурсов.

Важнейшим фактором в улучшении кадровой политики является закрепление молодых специалистов и решение их социально-бытовых проблем, особенно в сельской местности и в трудонедостаточных районах. С 1 января 2006 года Правительством Российской Федерации увеличена заработная плата участковых терапевтов, участковых педиатров и врачей общей практики на 10 тыс. рублей в месяц, а медсестер – на 5 тыс. рублей.

На органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации ложится ответственность за разработку комплекса мер социальной поддержки врачебных кадров первичного звена, работающих или желающих работать в сельском здравоохранении.

О высокой эффективности решения кадровых проблем первичного звена через выполнение социальных обязательств работодателя перед молодыми специалистами свидетельствует опыт Самарской, Оренбургской, Нижегородской, Ленинградской, Новосибирской, Вологодской областей, ряда других субъектов Российской Федерации.

Так, правительством Самарской области с целью внедрения института врача общей практики организуются врачебные офисы, при строительстве которых предусмотрено выделение жилой площади для медицинского персонала, что позволило повысить обеспеченность населения врачами общей практики до 2,0 на 10 тысяч населения (в среднем по Российской Федерации на 01.01.2005 этот показатель составил 0,28).

В настоящее время в этом субъекте Российской Федерации принята целевая программа по оказанию медицинской помощи сельскому населению на 2006-2010 годы, в рамках которой планируется увеличить заработную плату врачей до 17 тысяч рублей, медицинских сестер – до 12 тысяч рублей, построить 145 офисов врачей общей практики, приобрести около 300 единиц автомобилей для врачей общей практики.

В Чувашской Республике молодые семьи (имеющие трех и более детей и проживающие в сельской местности), один из членов которой является молодым специалистом с высшим образованием, заключившим трудовой договор на срок не менее 5 лет, предоставляется полное субсидирование процентных ставок по ипотечным кредитам.

В Ленинградской области реализуется программа строительства коттеджей для медицинских работников, сроятся новые типовые ФАПы и сельские врачебные амбулатории с квартирами для медицинского персонала, установлены ежемесячные доплаты к основным должностным окладам выпускникам высших и средних учебных заведений. Впервые поступающим на работу выплачиваются единовременные денежные пособия: среднему медицинскому персоналу 7500 руб., врачам – 15000 руб., врачам общей практики – 30000 руб. и среднему медицинскому персоналу врачей общей практики – 15000 руб.

В Нижегородской области утверждена программа укомплектования кадрами сельского здравоохранения, основными направлениями которой являются: обеспечение молодых специалистов жильем и личным автотранспортом на условиях льготного кредитования, обеспечение достойного уровня заработной платы, позволяющей обеспечить выплаты по кредитам и необходимый уровень жизни.

В настоящее время областным департаментом здравоохранения совместно с Нижегородской государственной медицинской академией на конкурсной основе проводится отбор первых 280 претендентов из выпускников академии для направления в 2006 году на работу в районы области на вышеуказанных условиях.

При закреплении медицинских кадров необходимо создавать необходимые условия по организации рабочего места специалиста. В этих целях на федеральном уровне проведен конкурс на закупку необходимого

медицинского оборудования и автотранспорта для оснащения медицинских учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Важной составляющей в повышении качества медицинских услуг населения является непрерывное повышение квалификации медицинских работников.

Повышение квалификации и профессиональная переподготовка в системе дополнительного профессионального образования позволяют поддерживать достаточный уровень подготовки специалистов и руководителей всех уровней для решения профессиональных задач.

По данным анкетирования 79 субъектов Российской Федерации, в 2005 году повысили квалификацию 6934 участковых терапевтов, 5011 участковых педиатров, 923 врачей общей практики. Прошли профессиональную переподготовку 1770 человек по специальности «Врач общей практики». Профессиональная переподготовка специалистов наиболее активно проходила в Ростовской области (70 человек), Ставропольском крае (69), Воронежской области (65), Чувашской Республике (116), Свердловской области (127), Ямало-Ненецком АО (77), Самарской области (50), Белгородской области (49), Томской области (42), Саратовской области (41), Республике Татарстан(418), Краснодарском крае (25). В 23 из 79 субъектов Российской Федерации в течение 2005 года через профессиональную переподготовку не подготовлено ни одного врача общей практики.

В 2006 году по данным Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации на базе образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования запланировано 1150 циклов обучения, на которых предусмотрено повышение квалификации и профессиональная переподготовка 15200 специалистов первичного звена. Только за первые два месяца 2006 года повысили квалификацию 1436 участковых терапевтов, 1123 участковых педиатра, 661 врач общей практики.

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» Федеральным агентством по здравоохранению и социальному развитию в феврале 2006 года проведен открытый конкурс среди аккредитованных образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования на подготовку 6318 врачей первичного звена, в том числе 4818 по специальности «терапия» и «педиатрия» и 1500 – по специальности «Врач общей практики». На эти цели выделены дополнительные федеральные средства в объеме 200 млн. рублей.

Государственные контракты между Федеральным агентством по здравоохранению и социальному развитию и образовательными медицинскими учреждениями подписаны 13.03.2006 г. и начато финансирование по реализации выездных циклов повышения квалификации специалистов

первичного звена здравоохранения. К сожалению, сетевой план-график государственных контрактов предусматривает лишь повышение квалификации специалистов первичного звена в объеме 144 часов. На данном этапе этого вполне достаточно для подготовки участковых терапевтов и участковых педиатров.

Подготовка врачей общей практики, по данным анкетирования субъектов Российской Федерации, началась преимущественно с 2004 года, и дальнейшее увеличение их числа можно обеспечить через профессиональную переподготовку других специалистов. Учитывая актуальность проблемы, Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию в начале июля 2006 г. объявило второй конкурс на повышение квалификации и профессиональную переподготовку специалистов первичного звена.

Таким образом, на федеральном, субъектовом и муниципальном уровнях начата большая организационная работа по улучшению доступности и качества медицинских услуг для каждого гражданина страны и созданию достойных условий работы для специалистов здравоохранения.

## ОЦЕНКА МОТИВАЦИЙ НА ЛЕЧЕНИЕ КОДИРОВАНИЕМ ПО МЕТОДУ А.Р. ДОВЖЕНКО У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Р.В. Абрамочкин, С.И. Дегтярь, В.М. Готовщиков, Н.В. Савин

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
Специализированная наркологическая поликлиника «Панацея»,
г. Пенза

Изучение мотиваций у больных с алкогольной зависимостью (АЗ) на лечение и последующий отказ от употребления алкоголя является важной задачей в практической наркологии, так как имеющиеся у пациентов различные терапевтические установки во многом определяют длительность ремиссии (Э.Е. Бехтель, 1986; А.Е. Личко, В.С. Битенский, 1991 и др.).

*Целью* настоящего исследования явилось выявление у больных алкоголизмом мотиваций на лечение кодированием по методу А.Р. Довженко и их оценка.

По своим характеристикам кодирование является одним из вариантов эмоционально-стрессовой психотерапии, задачей которой является усиление суггестии за счет переноса значительного массива информации на уровень подсознания (Э.А. Бабаян, 1984; В.А. Галкин, 2004).

Нами обследовано 100 мужчин, со сформировавшейся АЗ (в соответствии с критериями МКБ-10), проходивших амбулаторное лечение. Возраст составлял в среднем 44±5,3 года (от 25 до 60 лет). Длительность АЗ варьировала от 6 до 27 лет.

Полученные данные позволили выделить 3 группы больных с разными формами мотиваций на лечение кодированием по методу А.Р. Довженко.

I группа – «формальная» – 11человек (11%), самые трудно поддающиеся лечению пациенты. Осознание болезни у них отсутствует. Установка на лечение вынужденная, вызвана страхом потери семьи и работы, определенных социальных благ. Мотивация формальная, не принимаемая личностью больного, не укладывающаяся в его сложившийся алкогольный стереотип. В основе обращения пациента к врачу лежит мотив изменить сложившеюся ситуацию в свою пользу, без изменения алкогольного образа жизни, то есть временное прекращение употребление алкоголя с последующим его возобновлением при более благоприятной для пациента ситуации. Внешне проявления желания лечится у таких больных достаточно искреннее. Поэтому выяснить истинную установку на лечение у них в амбулаторных условиях крайне сложно. Все пациенты этой группы дали рецидивы в течении 3 месяцев.

II группа – «добровольно-формальная» – 77 человек (77%). Такая категория пациентов частично осознает свое пагубное пристрастие к алкоголю, понимает, что во многом причиной их социальных проблем является злоупотребление спиртными напитками. Однако соглашаются на лечение преимущественно под воздействием родственников. Рецидивы заболевания в данной группе возникли у 23 человек (29,9%), причиной которых явились серьезные стрессовые ситуации (утрата имущества, гибель близких и т.п.).

III группа – «добровольная» – 12 человек (12%). Это больные с самым высоким уровнем осознания болезни. В прошлом они самостоятельно пытались бороться с АЗ, но безуспешно. Все пациенты этой группы обратились к врачу по собственному желанию, с решительным намерением покончить с пьянством, это их выбор. Они сразу же включились в процесс формирования трезвого образа жизни при активной помощи врача. Отсюда и высокая эффективность проводимого лечения. Срывов и рецидивов заболевания у больных данной группы не отмечалось.

Таким образом, полученные результаты показывают неоднородность мотиваций на лечение кодированием по методу А.Р. Довженко.

Несомненно, что более подробное выявление установки на лечение дает ориентиры для дифференцированного применения метода кодирова-

ния и последующего динамического наблюдения больного с целью предупреждения рецидивов заболевания.

# ПРИМЕНЕНИЕ ТУТОРОВ ИЗ ПОЛИМЕРНЫХ МАТЕРИАЛОВ ТУРБОКАСТ, ОРТОПЛАСТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ

Д.В. Агафонов, И.В. Елисеев

Областная клиническая детская больница им. Н.Ф. илатова,
ФГУП «Пензенское ПрОП»,
г. Пенза

Врожденная косолапость встречается в 35,8% случаев среди детей, родившихся с патологией опорно-двигательного аппарата (Д.И. Чернес-Заде, 1995). Поэтому проблема эффективного и малотравматичного лечения косолапости остается актуальной до настоящего времени. До конца не решенными остаются вопросы тактики консервативного лечения, сроков и объемов оперативного лечения. Наиболее распространенной методикой является применение в начале лечения с первых месяцев жизни ребенка этапных гипсовых повязок в сочетании с легкой редрессацией или функциональный метод лечения по В.Я. Виленскому, 1971 г. Сроки оперативного лечения, по данным литературы, варьирует от первых недель жизни ребенка до 1-2 лет.

Большинство авторов придерживается мнения, что оперировать детей по поводу врожденной косолапости при неэффективности консервативного лечения необходимо в возрасте 8-11 месяцев. Это диктуется необходимостью закончить все этапы лечения к моменту, когда ребенок начинает самостоятельно ходить. Наибольшее признание у детских ортопедов получила операция по Зацепину на сухожильно-связочном аппарате стопы и голеностопного сустава. Как правило, операция приводит к полной коррекции деформаций, оставшихся после консервативного лечения, проведенного на первом году жизни. Однако для закрепления полученного эффекта всем детям после операции приходится проводить поддерживающее лечение в виде этапного гипсования в течение 4-6 месяцев с последующим применением туторов для фиксации стопы и голени.

При анализе 108 детей, находящихся на диспансерном учете с врожденной косолапостью, нами было отмечено, что у 80% на 2-3 году жизни появляются признаки рецидива заболевания в виде увеличения приведения переднего отдела стопы в пределах 2-5° ограничения разгибания, до 10° по сравнению с ранее достигнутыми результатами, что в дальнейшем служит основой для возникновения рецидива.

Причиной вновь возникающей деформации является дискоординированный рост костей и сухожильно-связочного аппарата стопы и голени. Особенно заметно это происходит в периоды акселерации – в 5-7 лет и 11-

12 лет. С целью поддержания устойчивого хорошего результата и борьбы с возникающей тенденцией к рецидиву косолапости, проводится комплексное лечение, включающее в себя физиотерапию, лечебную физкультуру, массаж, ношение жесткой и ортопедической обуви, использование туторов для фиксации стопы и голени.

Одним из важнейших факторов, препятствующих развитию рецидива деформации стоп при врожденной косолапости, на наш взгляд, является использование туторов, фиксирующих стопу в положении максимального разгибания, супинации и отведения. Недостатком традиционно используемых туторов, изготавливаемых из акрилатов, полиамидов, полиэтилена высокого давления, являются недостаточная прочность, отсутствие хорошей адаптации и последующей коррекции, раздражение кожи. Последние 5 лет для изготовления туторов при лечении косолапости у детей мы стали применять современные материалы: турбокаст и ортопласт. Данные материалы являются термопластичными низкотемпературными полимерами, из которых при нагревании до 80° легко моделируется необходимая форма лонгеты, используемой при лечении косолапости у детей. Преимуществом данных материалов является возможность последующей многократной коррекции и сетчатая нескользящая структура, не вызывающая никакой отрицательной реакции со стороны кожи.

Данный материал был успешно применен при лечении 25 детей с врожденной косолапостью в возрасте от 3-х месяцев до 12 лет как в период этапного гипсования для достижения положения гиперкоррекции стопы, так и на этапах поддержания правильного положения стопы и борьбы с возможными явлениями рецидива деформации. Методика применения заключалась в следующем: при достижении правильного стабильного положения стопы, ребенку изготавливали гипсовую модель стопы и голени, которая являлась шаблоном для изготовления лонгеты из ортопласта или турбокаста. Ребенок пользовался этой лонгетой в период проведения курса ЛФК, массажа, физиотерапии. По результатам проведенного лечения проводилась коррекция лонгеты по вновь изготовленному шаблону. Это давало возможность быстрее достичь положения гиперкоррекции стопы.

Таким образом, применение современных низкотемпературных термопластичных материалов расширяет возможности использования туторов при лечении врожденной косолапости у детей, позволяет шире назначать лечебную физкультуру, массаж, физиотерапию на различных этапах, улучшать результаты лечения.

# ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

Д.И. Алехин, А.А. Фокин, О.А. Михайлова,
Д.Б. Сумная, Б.Г. Яровинский

Челябинский городской центр сердечно-сосудистой хирургии,
Уральская государственная академия дополнительного
медицинского образования,
г. Челябинск

*Цель исследования*

Патогенетически обосновать и предложить комплекс лечения длительно незаживающих венозных трофических язв.

*Обзор*

В настоящее время сохраняется большое количество пациентов с длительно незаживающими или рецидивирующими ранами. Значительную долю из них составляют венозные трофические язвы. Актуален поиск новых методов их лечения.

В патогенетических механизмах формирования трофических язв общей составляющей является формирование патологического порочного круга макро- и микрогемодинамики: хроническое воспаление – аутоиммунные процессы – тканевая ишемия. Наличие тканевой ишемии в зоне трофических расстройств является фактором, объединяющим сам феномен существования трофических язв различного генеза, даже при сохранении магистрального кровотока в пораженной конечности. Разорвать подобный порочный круг без комплексного воздействия на различные его составляющие крайне сложно.

*Материалы и методы*

Критерии включения в исследование – наличие у пациента длительно незаживающих трофических язв (от 3 до 15 лет), с локализацией на любой поверхности голени и размерами от 3 см 2 до циркулярных язв общей площадью более 100 $см^2$.

Все пациенты ранее многократно проходили курсы терапии без достижения эффекта заживления язвы. У всех пациентов сохранена пульсация на обеих артериях стопы.

Сформированы две группы:

I) Пациенты с трофическими язвами при варикозной и постромбофлебитической болезни (хроническая лимфовенозная недостаточность 6 кл по CEAP).

II) Пациенты с трофическими язвами при подтвержденных дермогиподермальных ангиитах с полиморфными проявлениями (системные и кожные васкулиты).

*Методы исследования*

Лазерная доплерфлуометрия (ЛДФ) в стандартизированных точках, измерение площади (планиметрическим способом) и глубины (по объему заполнения гелем) трофических язв, цитологическое исследование отпечатка с поверхности трофической язвы, оценка болевого синдрома в динамике по 10 бальной шкале, биохимические исследование и иммунограмма.

Курс лечения включал введение препарата группы простагландинов Е1 (вазапростан) и иммунокоррегирующую терапию (преднизолон, препараты аминохинолинового ряда). Хирургическое лечение до окончания курса консервативной терапии не проводилось.

*Результаты исследования*

При анализе показателей лазерной доплерофлуометрии выявлена прямая корреляция снижения тканевой перфузии и длительности существования трофических расстройств, как в первой, так и во второй группах.

У всех обследованных пациентов с длительно незаживающими трофическими язвами различного генеза выявлена идентичная тенденция изменений иммунного статуса. Наблюдалась активация как клеточных, так и гуморальных механизмов регуляции; увеличение числа нейтрофилов, повышение их функциональной активности; ЦИК – зависимая реакция иммунной системы; в небольшом числе случаев выраженное подавление иммунной активности; повышение Ig A и Ig G сопровождалось отсутствием достоверного изменения содержания Ig M. При этом существенных различий при анализе иммунного статуса пациентов с разными типами трофических язв не выявлено.

После лечения отмечалось достоверное увеличение тканевой перфузии в сравнении с показателями до лечения, причем в первой группе пациентов после лечения уменьшилась тканевая перфузия в зоне, богатой артериовенозными анастомозами, в сравнении с первоначальными цифрами, что, видимо, свидетельствует об улучшении и нормализации микроциркуляции с коррекцией сброса крови по артерио-венозным анастомозам.

Цитологический анализ показал увеличение числа и активности нейтрофилов на фоне лечения, что свидетельствует о переходе воспаления в области трофической язвы из вялотекущего процесса в более острую форму в процессе лечения.

Во время лечения у всех пациентов наблюдался положительный эффект в виде снижения или полного исчезновения болей, уменьшение отека нижних конечностей и локального отека, очищение поверхности трофиче-

ской язвы, начало пролиферативной фазы, краевая эпителизация раневого дефекта. Полная эпителизация венозной трофической язвы достигнута у 46% пациентов при исходной площади язвы до 10 см$^2$.

*Выводы*

Учитывая имеющуюся прямую корреляцию между длительностью существования венозных трофических язв и степенью уменьшения объемного кровотока в зоне трофической язвы, отсутствие достоверных различий в иммунной статусе больных с трофическими язвами различного генеза и полученные результаты лечения, считаем применение препаратов простагландина Е1 и иммуннокоррегирующей терапии патогенетически обоснованным и клинически эффективным в отношении как венозных, так и иммуннообусловленных трофических язв.

## ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО РАЗВИТИЯ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ ПРИ НЕУСТОЙЧИВОЙ ПСИХОПАТИИ

Ю.А. Антропов, О.Ю. Кононенко

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

Проведено исследование раннего развития и наследственной отягощенности 37 пациентов с патологией личности. Из них – 18 пациентов, страдающих неустойчивой психопатией (основная группа). В контрольной группе: 9 пациентов с шизоидной психопатией, 2 – с ананкастной, 8 –с мозаичной психопатией с преобладанием истероидного радикала.

Проводился анализ отягощенной наследственности психическими заболеваниями, алкоголизмом, случаями завершенного суицида, характерологическими отклонениями, соматической патологией. На основании результата опроса родителей, беседы с пациентами, учитывались данные архивных историй болезни. *Результаты исследования* представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Особенности наследственной отягощенности при расстройствах личности

| Наследственная отягощенность | Основная группа | | **Контрольная группа** | | Психопатии в целом | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | чел. | % | чел. | % | чел. | % |
| Психические заболевания | 2 | 11,1 | 5 | 26 | 7 | 18,9 |
| Алкоголизм | 12 | 66,6 | 8 | 42 | 20 | 54 |
| Характерологические отклонения | 9 | 50 | 4 | 21 | 13 | 35,1 |

*Продолжение таблицы 1*

| Наследственная отягощенность | Основная группа | | **Контрольная группа** | | Психопатии в целом | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | чел. | % | чел. | % | чел. | % |
| Соматическая патология | 8 | 44,4 | 9 | 47,3 | 17 | 45,9 |
| Самоубийства | 0 | 0 | 3 | 15,8 | 3 | 8,1 |

Анализируя данные таблицы 1, можно отметить, что в основной группе ниже уровень наследственной отягощенности психическими заболеваниями. Отягощение соматической патологией распределено равномерно среди всех форм психопатий. Случаи самоубийств встречались только при шизоидной (2 человека) и при ананкастной (1 человек) психопатиях, все в контрольной группе наблюдений. Высокие показатели наследственной отягощенности алкоголизмом и характерологическими отклонениями отмечены при неустойчивой психопатии (66,6% и 50% соответственно), в связи с этим неотягощенная наследственность реже всего встречается у лиц с неустойчивой психопатией (у 3 пациентов – в 16,6%). В контрольной группе неотягощенная наследственность отмечалась у 6 пациентов (31,6%), среди всех психопатий у 9 человек (24,3%). Кроме генетической предиспозиции, наличие психических заболеваний и характерологических отклонений у родственников влияет на атмосферу взаимоотношений в семье, искажает воспитательные приемы в отношении растущего ребенка, и снижает социальный уровень семьи.

Нами проведено изучение особенностей раннего развития лиц, страдающих психопатией. Данные приведены в таблице 2.

Таблица 2 – Особенности раннего развития лиц, страдающих психопатией

| Признаки | Неустойчивая психопатия | | Шизоидная психопатия | | Мозаичная психопатия | | Всего | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | чел | % | чел | % | чел | % | чел | % |
| Отставание в физическом развитии | - | - | 2 | 22,2 | 2 | 20 | 4 | 10,8 |
| Отставание в психическом развитии | - | - | 1 | 11,1 | - | - | 1 | 2,7 |
| Часто болеющий ребенок | 5 | 27,7 | 4 | 44,4 | 4 | 40 | 13 | 35,1 |
| Был слабым | 3 | 16,6 | 8 | 88,8 | 7 | 70 | 18 | 48,6 |
| Энурез | 8 | 44,4 | 1 | 11,1 | - | - | 9 | 24,3 |
| Снохождение | 4 | 22,2 | 1 | 11,1 | 1 | 10 | 6 | 16,2 |
| Судороги | 1 | 5,55 | 1 | 11,1 | - | - | 2 | 5,4 |
| Ночные страхи | 8 | 44,4 | 7 | 77,7 | 5 | 50 | 20 | 54 |
| Заикание | - | - | 1 | 11,1 | - | - | 1 | 2,7 |

*Продолжение таблицы 2*

| Признаки | Неустойчивая психопатия | | Шизоидная психопатия | | Мозаичная психопатия | | Всего | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | чел | % | чел | % | чел | % | чел | % |
| Фобии | 4 | 22,2 | 6 | 66,6 | 4 | 40 | 14 | 37,8 |
| Гиперкинетический синдром | 4 | 22,2 | - | - | 1 | 10 | 5 | 13,5 |
| Аутизм | - | - | 4 | 44,4 | - | - | 4 | 10,8 |
| Истерические реакции | 8 | 44,4 | 2 | 22,2 | 3 | 30 | 13 | 35,1 |
| Агрессивные реакции | 2 | 11,1 | - | - | 2 | 20 | 4 | 10,8 |
| Аутоагрессивные реакции | - | - | 1 | 11,1 | - | - | 1 | 2,7 |

Как видно из таблицы 2, при неустойчивой психопатии чаще, чем при других формах, встречаются энурез, снохождение, гиперкинетический синдром, истерические реакции, реже часто болеющие дети, реже наблюдались судороги, ночные страхи, фобии, агрессивные реакции, не встречались отставание в психическом и физическом развитии, заикание, синдром аутизма, аутоагрессивные реакции.

Таким образом, при неустойчивой психопатии обращают на себя внимание высокие показатели наследственной отягощенности алкоголизмом и характерологическими отклонениями у родителей: в периоде раннего развития ребенка чаще отмечаются энурез, снохождение, гиперкинетический синдром, истерические реакции.

Выявлена корреляция неустойчивой психопатии с алкоголизмом родителей и характерологическими отклонениями. Представляет интерес то обстоятельство, что при неустойчивой психопатии и у потомства больных алкоголизмом в детском возрасте часто наблюдается схожая симптоматика. По данным литературы у потомства больных алкоголизмом описаны невротические нарушения (Ю.А. Антропов, 1985; В.Д. Москаленко, Т.М. Рожнова, 1996), эпилептиформные расстройства (Р.Т. Браун; Ю.А. Антропов, 1985; В.Д. Москаленко, Т.М. Рожнова, 1996; А.С. Тиганов, 1999), энурез (Ю.А. Антропов, В.М. Яворский, 1984; Ю.А. Антропов, 1985), снохождение (Ю.А. Антропов, В.М. Яворский, 1984; Ю.А. Антропов, 1985), синдром гиперактивности и дефицита внимания (Р.Т. Браун; В.Д. Москаленко, Т.М. Рожнова, 1996; А.С. Тиганов, 1999, И.Н. Пятницкая, 2002; Р.А. Баркли, 2006; А.С. Петрухин, Н.Н. Заваденко, 2006), высокая частота страдания детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) расстройствами личности во взрослом состоянии – в 18-25% (В.И. Покровский, 2006), истероформные реакции (Ю.А. Антропов, 1985; Ю.А. Антропов, В.А. Павловский, А.П. Абрамичев, В.М. Яворский; Г.В. Гриба-

нова, 1988). Частота психопатии в потомстве больных алкоголизмом составляет 31,6% (А.А. Гунько, 1992). В 9-12 летнем возрасте среди потомства страдают алкоголизмом выявлены акцентуации характера с радикалом неустойчивости (А.Е. Личко, 1982).

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОКАЗАНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Л.О. Артемьева, И.Ю. Рогашова

Современная гуманитарная академия – Пензенский филиал, г. Пенза

В последнее десятилетие наблюдается рост числа хронических заболеваний среди детей, связанный с неблагоприятными экономическими, политическими, социальными, экологическими факторами. Для современных российских условий характерна широкомасштабная социальная депривация, то есть лишение, ограничение или недостаточность материальных и духовных ресурсов, необходимых для полного развития и социализации детей. Социальная депривация приводит к ухудшению физического, психического, социального здоровья. На сегодняшний день отсутствует единое теоретико-методологическое обоснование для реализации психологической помощи детям с хроническими заболеваниями. Поэтому комплексный подход к оказанию медико-психолого-педагогической и социальной помощи, объединяющий врачей, психологов, социальных работников, педагогов, является важным и востребованным направлением.

*Целью исследования* является разработка комплексной психокоррекционной и психореабилитационной программы для детей с хроническими заболеваниями. В исследовании принимали участие 40 детей в возрасте от 4 до 6 лет с аллергическими, бронхо-легочными заболеваниями, нарушениями опорно-двигательного аппарата (экспериментальная группа) и здоровые дети. У всех испытуемых оценивали психоэмоциональное состояние, уровень тревожности, устойчивость внимания, уровень памяти, мышления.

*Результаты проведенных исследований* показали, что в экспериментальной группе неблагоприятное эмоциональное состояние имеют 80% детей, высокий и средний уровень тревожности (40% и 50%) соответственно, низкую устойчивость внимания – 90%. При этом у 40% испытуемых способность к «выбору аналогии» недостаточно сформирована, а у 10% не сформирована вообще. У 50% детей выявлен низкий уровень запоминания и у 30% – средний. В контрольной группе (здоровые дети) не установлены отклонения в психоэмоциональном здоровье и познавательной сфере. По результатам исследований был проведен корреляционный

анализ между факторами психоэмоциональной и познавательной сферы и выявлены следующие взаимосвязи: уровень тревоги взаимосвязан с устойчивостью внимания (-0,66). Чем выше уровень тревоги, тем ниже устойчивость внимания. Уровень тревоги взаимосвязан с уровнем запоминания (-0,53). Чем выше уровень тревоги, тем ниже устойчивость запоминания. Устойчивость внимания зависит от сформированности мышления (0,65). Чем выше устойчивость внимания, тем выше сформированность мышления. Уровень мышления взаимосвязан с запоминанием (0,51). Чем выше уровень мышления, тем выше уровень запоминания.

На основе выявленных взаимосвязей была разработана комплексная коррекционно-реабилитационная программа, обеспечивающая полноценную адаптацию детей с хроническими заболеваниями. Комплексная программа включала в себя психокоррекцию и психореабилитацию, которая осуществлялась в виде индивидуальных и групповых занятий с испытуемыми. Индивидуальные занятия проводились в виде игровой психотерапии, методов клинической беседы, нервно-мышечной релаксации по Э.Джекобсону, тренинга активации работы правого и левого полушарий и формирования межполушарных связей, упражнений для развития познавательной сферы и дыхательной гимнастики. При проведении групповых занятий были использованы методы развития основ произвольности психической регуляции, игры-драматизации, психогимнастика, коммуникативные упражнения, мимические и пантомимические этюды, психомышечные тренировки, сказкотерапия, кинезеологический комплекс упражнений для снятия стресса, психотоническая тренировка по Мировскому-Шогаму.

После реализации комплексной коррекционно-реабилитационной программы было проведено повторное исследование психоэмоционального состояния и познавательной сферы у детей экспериментальной группы. При этом выявлено повышение уровня психоэмоционального благополучия в 2,5 раза, снижение уровня тревожности до средних и низких показателей (60% и 40%) соответственно, что свидетельствует о достаточной эмоциональной приспособленности ребенка к социальным ситуациям. В результате исследования познавательной сферы выявлена положительная динамика: устойчивость внимания повысилась в 6 раз, повысился уровень запоминания в 3 раза, сформированность мышления соответствовала возрастной норме.

Таким образом, комплексный подход к оказанию психологической помощи детям с хроническими заболеваниями позволяет улучшить психоэмоциональное состояние, повысить уровень запоминания, мышления, устойчивость внимания и в целом обеспечить полноценную адаптацию к социальным условиям.

# ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ОМЕГА-3» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА И ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА У ДЕТЕЙ

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

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

В последние годы появились литературные данные, свидетельствующие о возможности применения препаратов, содержащих полиненасыщенные жирные кислоты в виде рыбьего жира или препаратов типа «Омега-3», в комплексном лечении при различных заболеваниях почек у детей. Результаты исследований противоречивы и однозначного решения об использовании этих препаратов не принято до сих пор. Мета-анализ по публикациям показывает, что данная терапия могла бы быть эффективна при заболеваниях почек, протекающих со склеротическими изменениями в паренхиме, учитывая механизм воздействия данных лекарственных средств.

*Целью* нашего исследования явилось уточнение использования препарата «Омега-3» в качестве нормализующего обменные процессы, обладающего иммуномодулирующим, гипохолестеринемическим и противосклеротическим действиями в лечении больных гломерулонефритом и тубулоинтерстициальным нефритом. Нами использован препарат «Омега-3» Египетской фармацевтической фирмы «Sedico», в 1 капсуле которого 500 мг рыбьего жира с высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот омега 3 (не менее 30%).

Под наблюдением находилось 15 детей с хроническим гломерулонефритом, гематурической формой и 13 – с хроническим тубулоинтерстициальным нефритом в возрасте от 7 до 15 лет. Назначался препарат внутрь детям с 7 до 12 лет по 1 капсуле 3 раза в сутки, старше 12 лет – по 2 капсулы 3 раза в сутки после еды. Курс лечения 3 месяца с учетом рекомендаций фирмы-производителя. Наряду с традиционной терапией препарат применялся как в активную стадию заболевания, так и в период стихания воспалительного процесса в почках. Контрольная группа – 21 ребенок, получавшие только традиционную терапию.

Анализ полученных данных показал, что у 43% детей из основной группы в активную фазу заболевания нормализовались показатели холестерина раньше, у 12 пациентов (42,8%) в 1,2 раза быстрее снизилось содержание белка в моче по сравнению с контрольной группой ($p<0, 05$). При длительном назначении препарата (не менее 3-х месяцев) повысился

аппетит у 35% детей, нормализовалось содержание солей (оксалатов, фосфатов, уратов) в моче (у 37%). Побочных эффектов при назначении «Омега-3» не выявлено.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о целесообразности использования «Омега-3» в комплексной терапии гломерулонефрита и тубулоинтерстициального нефрита у детей, как в активную фазу воспалительного процесса, так и в период стихания, поскольку данный препарат снижает содержание холестерина в крови, препятствует развитию склеротических изменениях в почках и оказывает положительное влияние на нормализацию обменных процессов в организме. Терапевтическая эффективность данного препарата выше при длительном назначении – курс не менее 3-х месяцев. Целесообразно назначение повторных курсов.

## МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ВЫЯВЛЕНИЮ МАРКЕРОВ ДИСГАРМОНОЗА У ЖЕНЩИН ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ АНЕСТЕЗИИ

А.А. Астахов, А.Н. Липский, А.А. Астахов мл

ПНИЛ «Медленноволновые процессы гемодинамики» Южно-Уральского научного центра РАМН,
Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования,
Челябинский государственный институт лазерной хирургии,
г. Челябинск

Известно, что проведение с помощью спектрального анализа вариабельности параметров гемодинамики позволяет оценить активность гормонально-гормонального регулирования. Имеются соображения о том, что воздействие гуморальной регуляции на рецепторы в ЦНС может регулировать ЧСС и АД посредством изменений барорефлекторных реакций. Нами зарегистрировано несколько летальных случаев во время проведения анестезиологического пособия по поводу гистероскопий. Предположительно причиной этого было наличие у пациенток дисгормоноза. Мы проводим комплексные исследования по сопоставлению гормонального профиля, возможности коррекция выявленных нарушений, а также сопоставление данных неинвазивной гемодинамики с привлечением спектрального анализа для выявления регуляторных сдвигов и возможности тестирования в оперативном порядке дисгормоноза.

На базе проблемной научно-исследовательской лаборатории «Медленноволновые процессы гемодинамики» ЮУНЦ РАМН (проф. А.А. Ас-

тахов) были обследованы 24 пациентки фертильного возраста (от 21-го года до 44-х лет), которые страдали эндометриозом и миомой тела матки. У всех женщин был определен повышенный гормональный фон – лютеинизирующий гормон гипофиза, фолликулостимулирующий гормон гипофиза, Эстрадиол Е. У 12-ти пациенток исходно наблюдались повышенные цифры гонадотропинов. Регистрация параметров гемодинамики у них проводилась в первую фазу менструального цикла. Двенадцать оставшихся женщин в качестве монотерапии получали агонист гонадотропин-рилизинг гормонов – Бусерелин, так как у них были низкие цифры гонадотропных гормонов. У них гемодинамика отслеживалась на фоне аменореи, вызванной приемом препарата. В дальнейшем группа именуется опытной. Гемодинамика регистрировалась неинвазивным способом по компьютерной технологии проф. А.А. Астахова. Автоматически параметры регистрировались за 500 ударов сердца, и проводился расчет спектров по Фурье. Проводился расчет вариабельности (спектральная плотность мощности всего спектра) – в виде Power (P) и расчет четырех диапазонов спектра, отражающих метаболическую (P1), гуморальную (P2), симпатическую(P3) и парасимпатическую (P4) регуляции. Определяли середину частоты спектра (качание регуляторов по частоте). Оценивали абсолютные значения и спектральные характеристики АД, ЧСС, УО, МОК, пульсации микрососудов и ряд других. Применялись методики орто- и антиортостаза. Выявлено увеличение диапазона значений УО у пациенток, получавших Бусерелин и имевших подавленную секрецию гонадотропинов гипофизом. Нами высказана гипотеза о том, что этот прирост связан с уменьшением размеров матки и миомы. Заслуживает внимания увеличение процента мощности объемного регулирования. Найденные особенности состояния гемодинамики и объемного регулирования центральных параметров гемодинамики у женщин с подавленным гуморальным фоном при приеме Бусерелина позволяют предположить наличие связи между параметрами центральной гемодинамики и уровнем гонадотропинов и состоянием парасимпатической активности некоторых параметров гемодинамики. Была выявлена отрицательная связь между уровнем фолликулостимулирующего гормона и объемным компонентом регуляции микрососудов пальца. У женщин, получавших Бусерелин в положении Тренделенбурга, регистрируется прирост диапазона значений ударного объема, дисперсии и его общей мощности за счет повышения спектральной плотности в диапазоне объемного регулирования P4 и барорегуляции P3. Увеличение минутного объема крови в положении антиортостаза происходило при возрастании общей мощности спектра за счет гуморально-метаболического компонента P1 и P2. Увеличение притока крови в грудную клетку способствовало возрастанию амплитуды пульсации аорты.

Диапазон значений фракции выброса левого желудочка имел тенденцию прироста в положении антиортостаза при снижении общей мощности спектра. Мощность колебательной активности ритма сердца выше в положении Фовлера. Описанные изменения характеризуют преобладание объемной регуляции центральных параметров гемодинамики у женщин с низким гуморальным фоном в положении антиортостаза, связанные с повышенным притоком крови в грудную клетку и раздражением рецепторов дуги аорты, что влечет за собой активацию афферентов вагуса. Не исключена роль переднего гипоталамуса, отвечающего за трофотропную активность и особо чувствительного к сдвигам во внутренней среде организма, реагирующего на малейшие колебания в гуморальных показателях. Корреляции между параметрами гемодинамики, а так же между уровнем гормонов и гемодинамическими показателями наблюдались только у женщин с подавленным гормональным фоном. Эти данные следует учитывать при проведении анестезиологического пособия, включая положение тела оперируемой. Выявленные закономерности изменения вариабельности могут служить маркерами состояния дисгармоноза, насторожить анестезиолога и предупредить осложнения.

## ДЮФАЛАК В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

И.В. Балакина

МУЗ Городская больница №2,
г. Пенза

Синдром раздраженного кишечника (СРК) считается одним из самых распространенных заболеваний внутренних органов. В то же время диагноз СРК очень сложен, поскольку требует исключения всех других болезней кишечника. Частым проявлением СРК является хронический запор или запор, чередующийся поносом.

Основным механизмом запора при СРК является усиление непропульсивной моторики в толстой кишке, ведущей к замедлению транзита кала и как следствие, к его дегидратации. Снижение пропульсивной активности сопровождается повышением тонуса сфинктеров и «высыханием» калового столба. Также к причинам запора относятся несоответствие емкости толстой кишки и объема кишечного содержимого, ослабление позывов на дефекацию. Для запора при СРК характерны следующие виды стула: «овечий», «карандашный», «фракционный», «кал в соусе», сухой, комковатый кал со слизью на поверхности. При пальцевом исследовании прямой кишки проктостаз не обнаруживается, так как каловые массы за-

держиваются в сигмовидной кишке ввиду спазма ректосигмовидного сфинктера. Ректороманоскопия и колоноскопия болезненны из-за спазма кишки, при осмотре слизистая оболочка не изменена. Рентгенологически это состояние характеризуется ускоренным пассажем взвеси сульфата бария по тонкой кишке, выраженными спазмами сфинктеров толстой кишки, гипертонусом ее дистальных отделов при неизмененном рельефе слизистой оболочки. Изменения лабораторных данных при СРК не отмечаются. Большинство медикаментозных средств для лечения запоров очень далеко от совершенства, поскольку имеют дозозависимый характер, вызывают развитие дистрофических, воспалительных и атрофических изменений слизистой оболочки и мышечного слоя толстой кишки.

На фоне их регуляторного приема неизбежно прогрессирование обстинации, вплоть до полного отсутствия самостоятельного стула и позывов на дефекацию.

Это обуславливает актуальность активного поиска новых лекарственных препаратов для более продуктивного лечения запоров.

В ряде исследований сообщалось о высокой эффективности дюфалака (лактулозы) – полусинтетического дисахарида. *Целью* данного исследования явилась оценка эффективности дюфалака при 20-ти дневной терапии.

В исследуемой группе (n=30) пациенты принимали лактулозу – дюфалак по 30 мл х 2 р/д в течение 20-ти дней. Критерием включения пациентов в группу являлось установление диагноза хронического функционального запора в соответствии с Римскими II диагностическими критериями.

Через 20 дней после приема дюфалака полная ремиссия наблюдалась у 27 из 30 пациентов (90%), что сопровождалось нормальной частотой дефекаций, отсутствием натуживания во время дефекации, нормальной консистенцией стула, отсутствием абдоминальных болей, вздутия и урчания в животе. У 2 человек наблюдалось на фоне приема дюфалака усиление вздутия, которое купировалось при уменьшении дозировки с 30 мл до 15 мл.

Ни один из пациентов, вошедших в исследование, не прекратил начатое лечение из-за каких-либо побочных эффектов препарата вследствие его хорошей переносимости.

# ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ НА КАФЕДРЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ: ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, ЦЕЛИ И РЕАЛИЗАЦИЯ ЗАДАЧ ОБУЧЕНИЯ

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

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

Инфекционные болезни не утратили своего ведущего влияния на структуру заболеваемости и смертности населения земного шара, а борьба с ними (профилактика, диагностика, лечение) по-прежнему остается актуальной задачей ВОЗ и национальных государственных программ. Иммунизация населения Российской Федерации в рамках национального календаря прививок (в т.ч. против гепатита В, краснухи, полиомиелита); вакцинация против гриппа; профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С; выявление и лечение больных ВИЧ-инфекции признаны приоритетами Национального проекта в сфере здравоохранения. Таким же приоритетным направлением Национального проекта «Здоровье» является подготовка и переподготовка врачей первичного звена медико-санитарной помощи [3].

Известно, что процесс подготовки врачей включает этапы додипломного, последипломного обучения и непрерывного профессионального развития и в этом высшая медицинская школа России не имеет существенных противоречий с положением Болонской декларации. Послевузовское и дополнительное профессиональное образование имеет свою, отечественную историю. В России усовершенствование знаний врачей «как специальное мероприятие» зародилось в 1841 г. и в 1858 г. «оформилось» открытием факультета усовершенствования при Императорской Медико-хирургической академии (С.-Петербург). В XX веке в стране была структурирована система последипломной подготовки врачебных кадров (институты/академии последипломного образования, усовершенствования, повышения квалификации; ФУВы) [1,5]. В 1977 г. открыт Государственный институт усовершенствования врачей в г. Пензе (в настоящее время ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»).

Кафедра инфекционных болезней ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава (в соответствии с лицензией) реализует 4 образовательные программы послевузовского и дополнительного профессионального образования по специальности «инфекционные болезни», в том числе по программам интерна-

туры, клинической ординатуры, аспирантуры и повышения квалификации. Цель обучения – подготовка квалифицированных специалистов для работы в здравоохранении, углубление и приобретение современных теоретических знаний, совершенствование практических навыков и умений по специальности «инфекционные болезни» в соответствии с характером занимаемой должности врача, квалификационной характеристикой, унифицированными программами и образовательными стандартами, а также подготовка научно-педагогических кадров.

Образовательная деятельность осуществляется в рамках 6 учебных программ (в т.ч. 5 унифицированных): УП «Инфекционные болезни» (Москва, 1993), УП «Инфекционные болезни у детей и подростков» (Москва, 2002), типовой план подготовки в интернатуре (Москва, 1999), типовой план подготовки в клинической ординатуре (Москва, 1999), типовой план подготовки в аспирантуре и программы, разработанные сотрудниками кафедры (6 циклов). В настоящее время кафедра инфекционных болезней проводит 20 различных по наименованию циклов ПК.

Содержание программ включает введение, перечень разделов, дисциплин и тем, наименование видов знаний по каждой теме, библиографический список, перечень проводимых циклов, учебные и учебно-методические планы к ним, составленные в соответствии с приказом Минобразования РФ №1221 [4], перечень практических навыков, список тем рефератов, расписание циклов, график индивидуальных консультаций, перечень экзаменационных вопросов и тестовых заданий (включая 954 теста, подготовленные сотрудниками кафедры, и 672 Федеральных квалификационных теста), перечень приказов и инструктивных документов Минздравсоцразвития РФ по специальности «инфекционные болезни», перечень учебных пособий и методических рекомендаций (20 их которых подготовлены преподавателями кафедры и внедрены как в учебный процесс, так и в практику здравоохранения), а также другая учебно-методическая документация.

Повышение квалификации специалистов осуществляется на циклах ПК, в том числе на циклах ОУ, ТУ, СУ, продолжительностью от 72 до 432 часов. Слушатели, выполнившие все требования учебного плана сертификационного цикла и сдавшие итоговый экзамен, по решению аттестационной (квалификационной) комиссии института получают сертификат специалиста и свидетельство о повышении квалификации; а при завершении цикла ТУ – свидетельство о повышении квалификации или удостоверение. За 10 лет существования кафедры (1995-2005 гг.) проведены 102 цикла, повысили квалификацию 1341 врач, сдали квалификационный экзамен и получили сертификат по специальности «инфекционные болезни» 196 врачей.

Качественный состав профессорско-преподавательских кадров кафедры соответствует лицензионным и аккредитационным требованиям; все сотрудники, участвующие в образовательном процессе, имеют ученые степени/звания. При реализации программ послевузовского и дополнительного профессионального образования ППС использует современные образовательные технологии в принципах обучения (модульность, интегративность, вариативность сроков обучения в зависимости от уровня подготовки врачей, индивидуализация), средствах обучения (мультимедийные презентации, компьютерные технологии, учебные видеофильмы, банк учебных диагностических и лечебно-профилактических таблиц, банк ситуационных задач), формах и методах обучения, методах контроля и управления образовательным процессом, а также в содержании обучения (внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения инфекционных болезней, в том числе – результатов научно-исследовательской работы кафедры).

Изложенная формула организационного, структурного, информационно-методического обеспечения и алгоритм реализации программ послевузовского и дополнительного профессионального образования, в том числе по специальности «инфекционные болезни» на кафедре инфекционных болезней, отражены в ответе института на запрос Федерального агентства по образованию от 4.10.2005 г. №05-55-316/12-16.

Содержание образовательных программ, использование учебных ресурсов, структура подготовки специалистов, организация и управление учебным процессом, научно-исследовательская и научно-методическая деятельность ППС, лечебная и совместная деятельность с здравоохранением позволили сотрудникам кафедры реализовать положение приказа МЗ РФ №220 «О мерах по развитию и совершенствованию инфекционной службы в Российской Федерации» (1993) в части требований к повышению квалификации врачей различных специальностей. Учитывая междисциплинарное значение инфекционной патологии, роль инфекционного фактора в развитии заболеваний, с которыми часто встречаются не только врачи-инфекционисты, но и врачи других специальностей, кафедра инфекционных болезней проводит циклы тематического усовершенствования для инфекционистов, педиатров, терапевтов, акушеров-гинекологов, неонатологов, неврологов, офтальмологов, отоларингологов, дерматологов, хирургов, врачей общей практики (семейная медицина) и др. специалистов.

Организационно-правовое обеспечение образовательной деятельности, содержание обучения слушателей, интернов, ординаторов, аспирантов, соответствие профессиональных образовательных программ и учебно-методических материалов требованиям нормативных документов, организация образовательного процесса, совершенствование форм и мето-

дов обучения, организация самостоятельной работы слушателей, использование информационных технологий, вычислительной техники, мультимедийных обучающих материалов, кадровое обеспечение образовательного процесса, качество контроля знаний слушателей, итоговой аттестации и системы кафедрального и внутриинститутского мониторинга, качество учебно-методического, информационного и библиотечного обеспечения, научно-исследовательская и научно-методическая работа (научное направление, количество публикаций, количество статей в центральных изданиях и реферируемых научных журналах, внедрения в учебный процесс и практику здравоохранения и др.), результативность совместной работы с учреждениями практического здравоохранения на клинических базах кафедры инфекционных болезней (ГУЗ «Пензенский областной центр специализированных видов медицинской помощи» на 270 коек, ГУЗ ОДКД им. Н.Ф. Филатова с инфекционным корпусом на 120 коек), развитие материально-технической базы – все это направлено на повышение эффективности решения врачами своих профессиональных задач, непрерывную подготовку квалифицированных медицинских кадров, а, следовательно, на благо пациента, своевременную профилактику и диагностику инфекционных заболеваний, адекватное лечение больных.

Поэтому, клинический вектор в подготовке и повышении квалификации врачей (клиническая подготовка), курация больных, клинические разборы, ситуационное обучение, клиническая практика с освоением практических навыков (основанная на современных научно-теоретических знаниях и на принципах доказательной медицины), проблемно-ориентированная организация решений клинических проблем, стимуляция активности обучающихся и адаптация врачей при обучении к возможным (вероятным) изменениям структуры медобслуживания остаются основополагающими факторами, методами и формами образовательного процесса.

В свою очередь, интегрированность образовательных ресурсов (лекционные курсы, семинары, практические занятия, видеофильмы, кейс-технологии, интернет-ресурсы, демонстрационная аппаратура, мультимедийные обучающие материалы, программы для самостоятельного чтения, тестовый контроль знаний и др.), способствует оптимизации обучения, а также творческой, коммуникативной, исполнительной, коллегиальной и профессиональной деятельности врачей.

В то же время, необходимость материально-технического «оснащения» клинических баз и кафедры инфекционных болезней современной, высокотехнологичной, лечебно-диагностической, вычислительной и демонстрационной аппаратурой, а также необходимость в обеспечении автоматизированными информационными системами, электронными вер-

сиями прикладных информационных программ и интернет-технологиями [2] становятся все более очевидными.

*Литература*

1. Белогрудова В.А.. Научная организация учебного процесса. – М., 2005. – 296 с.
2. Гельман В.Я. с соавтр. Интернет в медицине. – М., 2005. – 288 с.
3. «О задачах по реализации приоритетного проекта в сфере здравоохранеия», Материалы к расширенной коллегии по вопросу Минздравсоцразвития РФ, 14 октября 2005 г.
4. «Об утверждении требований к содержанию дополнительных профессиональных программ» Приказ Минобразования Российской Федерации № 1221 от 18.06.1997 г., Москва
5. Пальцев М.А. с соавтр. Высшая медицинская школа России и Болонский процесс. Выпуск III. – М., 2005. – 249 с.

## СИНДРОМ РЕЯ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

И.П. Баранова, О.А. Коннова, О.Ю. Костромина,
Л.А. Шишкова, О.И. Симонова

ГУО ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Пенза

Синдром Рея представляет собой острое заболевание, проявляющееся острой невоспалительной энцефалопатией и сопровождающееся жировой дегенерацией внутренних органов, преимущественно печени и почек. Причиной заболевания являются сложные биохимические процессы, в центре которых находится снижение уровня Acetyl-Co A в митохондриях, что приводит к ингибированию окислительного фосфорилирования, нарушению b-окисления длиноцепочных жирных кислот и полному нарушению митохондриальной активности. Это приводит к накоплению жирных кислот в ткани печени, формированию микровезикулярного стеатоза, и образованию жировых включений в гепатоцитах. При повреждении митохондрий печени запасы глюкозы в форме гликогена значительно уменьшаются, вследствие чего развивается гипогликемия. Митохондрии ответственны также за детоксикацию нитрогенных шлаков, их дисфункция приводит к накоплению аммиака. Кроме печени особенно страдает головной мозг, поскольку он содержит больше митохондрий, чем другие органы. Таким образом, при синдроме Рея отмечается высокий уровень жирных кислот, жировая дистрофия печени, отек головного мозга, гипог-

ликемия, гипераммонимия, повышение мочевины в сыворотке крови при нормальном уровне билирубина [1,3].

Известно, что к числу инфекций предшествующих синдрому Рея, относятся грипп, парагрипп, ветряная оспа, герпетическая инфекция, инфекционный мононуклеоз, энтеровирусная инфекция (Коксаки, ЭСНО), риновирусная и инфекция, вызванная гемофильной палочкой. Отмечено также возникновение заболевания и в связи с приемом ацетилсалициловой кислоты, других салицилатов, тетрациклинов, препаратов висмута, антигистаминных, противосудорожных средств. Наконец, развитие синдрома Рея связывают и с врожденными и приобретенными нарушениями обмена веществ, в частности метаболизма аммиака. Не исключается связь развития синдрома Рея с проведением профилактических прививок. Смертность при синдроме Рея по литературным данным может достигать 80% [2].

*Цель* настоящего сообщения: обратить внимание врачей на синдром Рея – редкое, крайне тяжелое и прогностические неблагоприятное заболевание, развившийся у ребенка раннего возраста.

Под наблюдением находилась девочка в возрасте 7 месяцев, у которой в стационаре диагностирован синдром Рея. Врачом скорой медицинской помощи больная в крайне тяжелом состоянии клинической смерти с отсутствием самостоятельного дыхания и сердцебиения доставлена в ОРИТ Областной инфекционной больницы, где проведены реанимационные мероприятия, начата искусственная вентиляция легких и инфузионная терапия. Из анамнеза: девочка родилась от 2 беременности, протекавшей с гестозом второй половины и артериальной гипертензией, от вторых преждевременных родов в сроке 36 недель, с весом 1760 г., с оценкой по шкале Апгар 7/7 балов, с рождения ей диагностирована церебральная ишемия, травма шейного отдела позвоночника, синдром гипервозбудимости, субклинический гипотиреоз, ЗВУР по гипотрофическому типу, недоношенность 1 ст., не исключалась внутриутробная инфекция (титр антител в ИФА к герпетической инфекции 1:800). Ребенок в течение 1 мес. находился на лечении в ОДБ им. Н.Ф. Филатова, после чего был выписан в удовлетворительном состоянии с весом 2330 г. В последующие месяцы девочка развивалась неравномерно, прибавляя в массе по 1000-600 г., но в течение последнего месяца не прибавила ни грамма. В возрасте 4,5 мес. зарегистрирован эпизод рвоты и разжиженного стула – амблуаторно принимала биопрепараты, имела место положительная динамика. Прививки получила в соответствие с возрастом, последняя – за 3 недели до развития критического состояния. В течение последнего месяца жизни появилось изменение в поведении и самочувствии ребенка: девочка перестала прибавлять в весе, отмечались сниженный аппетит и срыгивание. В день госпитализации на плановом приеме у врача зафиксировано удовлетворитель-

ное состояние, но в связи с выше отмеченными жалобами педиатром рекомендованы бактисубтил, смекта, мезим-форте. В 15 часов этого же дня у ребенка повысилась температура до 37,5 появилась резкая слабость, отказ от еды, сонливость, а в 20 часов в связи с остро развившимся угнетением сознания девочка госпитализирована в стационар.

Клиническая картина заболевания характеризовалась также неуправляемой гипогликемией, картиной отека мозга (угнетение сознания, нарушение ритма дыхания и сердцебиения, судороги), а также выраженной гепатомегалией (до +10-12 см из-под края реберной дуги, плотная, гладкая, небугристая). При проведении лабораторного исследования установлено резко выраженная гипогликемия до 1,7 ммоль/л, умеренное повышение креатинина до 165 мкмоль/л., нормальные показатели билирубина, трансаминаз, выражена анемия (эритроциты 2,5 млн., гемоглобин 83-88 г/л). Комплексная интенсивная терапия не смогла восстановить функции жизненно важных органов и нарушенный гомеостаз. Учитывая характерную клиническую картину и упорную гипогликемию, повышение креатинина диагностирован синдром Рея (жировой гепатоз, отек головного мозга, гипогликемия). Несмотря на проводимую терапию на вторые сутки пребывания в стационаре произошла остановка сердечной деятельности, проведенные реанимационные мероприятия оказались неэффективны, зафиксирована биологическая смерть.

При патолого-анатомическом исследовании клинический диагноз был подтвержден и установлен «Синдром Рея: жировая дистрофия печени, сердца, почек, резко выраженный отек головного мозга с деструктуризацией ткани мозга и вклинением миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие», кроме того, как сопутствующее заболевание диагностирован «цитомегалический» сиалоаденит (рисунок 1).

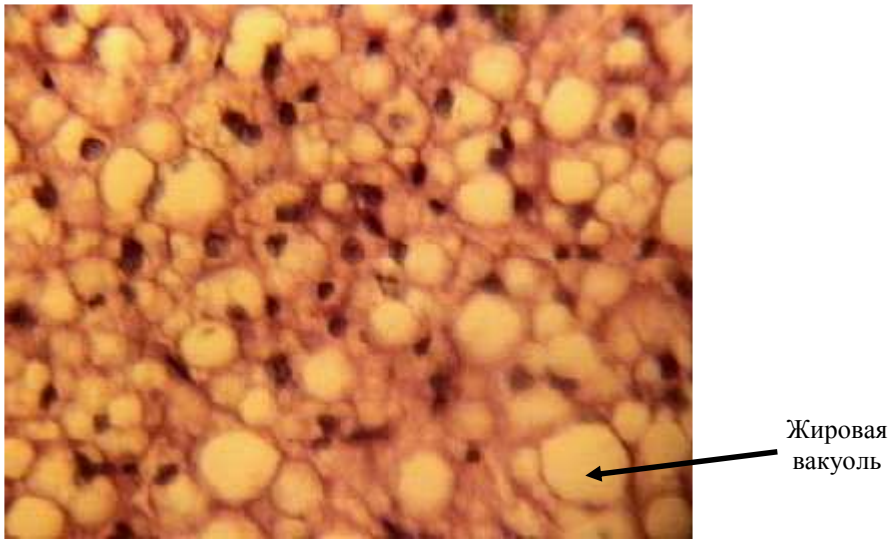



*Рис. 1 Синдром Рея (возраст ребенка 7 мес.). Жировая дистрофия печени (гистологическое исследование).*

Таким образом, в данном случае развитию синдрома Рея способствовал неблагополучный фон – обменно-эндокринная незрелость, неустойчивость метаболического гомеостаза и генерализованная митохондриальная дисфункция; а к провоцирующим факторам следует отнести внутриутробную микст-инфекцию (герпетическая в сочетании с цитомегаловирусной) и , возможно, вакцинацию. Недоношенность, внутриутробная гипотрофия, субклинический гипотиреоз, внутриутробная микст-инфекция, а также натальная травма шейного отдела позвоночника и церебральная ишемия перинатального генеза явились факторами риска острых нарушений метаболизма и особой уязвимости жизненно важных органов и систем.

Неуправляемая гипогликемия, отек головного мозга, клинические (и морфологические) признаки жировой дистрофии печени и внутренних органов (а также гипераммонимия) остаются достоверными диагностическими признаками (критериями) синдрома Рея.

*Литература*

1. Запруднов А.М. // Medical Market, международный медицинский журнал. – №28, (1, 1998)

2. Дидковский Н.А., Малашенкова И.К., Танасова А.Н. // Русский медицинский журнал. – 2004. – том 12, №4.

3. Дидковский Н.А., Танасова А.Н. // Русский медицинский журнал – 2003. – том 11, №4.

## ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Л.Ф. Бартош, А.В. Крылова, Т.Н. Кузнецова, И.В. Дорогова, Л.А. Косарева, Н.И. Магдеева, Е.А. Сапрыкина

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Министерство здравоохранения и социального развития Пензенской области, Областная детская клиническая больница им. Н.Ф.Филатова, г. Пенза

Артериальная гипертензия (АГ) встречается у 4-8% беременных. Она может быть обусловлена различными клинико-патогенетическими состояниями (гипертоническая болезнь, симптоматические гипертензии, гестоз). В настоящее время нет общепринятой классификации гипертензии при беременности, она является предметом дискуссий, так как нет единых критериев, классификационных признаков АГ при гестации, а также единой терминологии.

*Цель исследования*:

Изучить какие формулировки диагнозов гипертензивных состояний у беременных наиболее часто используются врачами Пензенской области.

*Материал и методы исследования*:

Для достижения поставленной цели было проведено анкетирование 94 врачей: из них 32 терапевта, 30 акушеров-гинекологов, 32 кардиолога. Использовались анкеты, разработанные ВНОК, дополненные нашими вопросами. В вопроснике предусмотрены различные гипертензивные состояния (случаи №1, 2, 3, 4) и варианты ответов.

*Результаты и их обсуждение*:

В случае №1 (АГ, диагносцируемая после 20 недель беременности с протеинурией или без нее, сохраняющаяся через 12 недель после родов) 42% врачей поставили диагноз гестационная АГ, 30% – гестоз, диагнозы поздний токсикоз и АГ в рамках гестоза – в 14% и 12% соответственно (рисунок 1).

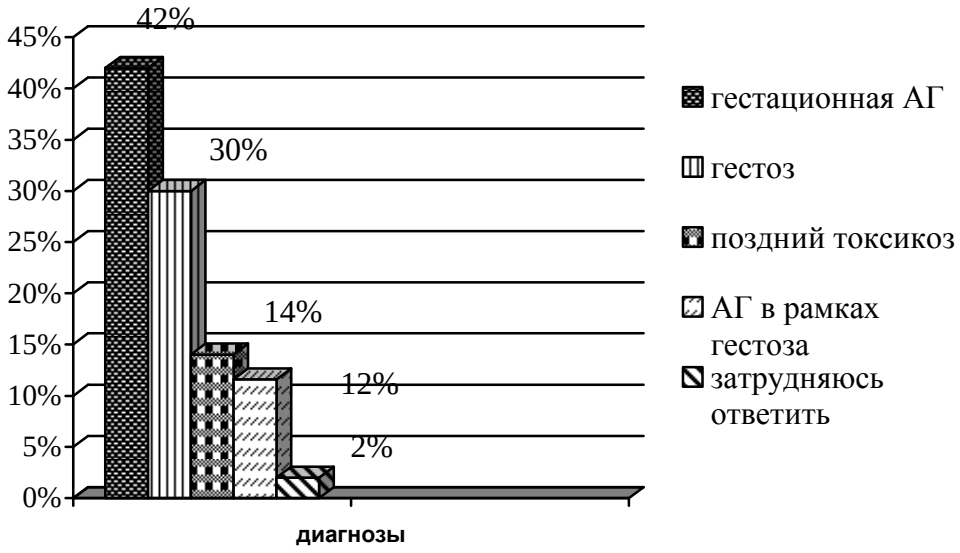



*Рис.1 Распределение диагнозов в случае №1*

В случае №2 (АГ, присутствовавшая до беременности, или впервые диагносцируемая до 20 недель беременности (с протеинурией или без нее), сохраняющаяся через 12 недель после родов) более половины врачей считали, что это гипертоническая болезнь, 21% поставили диагноз хроническая АГ (ХАГ), остальные ответы распределились между эсенциальной гипертензией и нейроциркуляторная дистония (НЦД) по гипертоническому типу (рисунок 2).

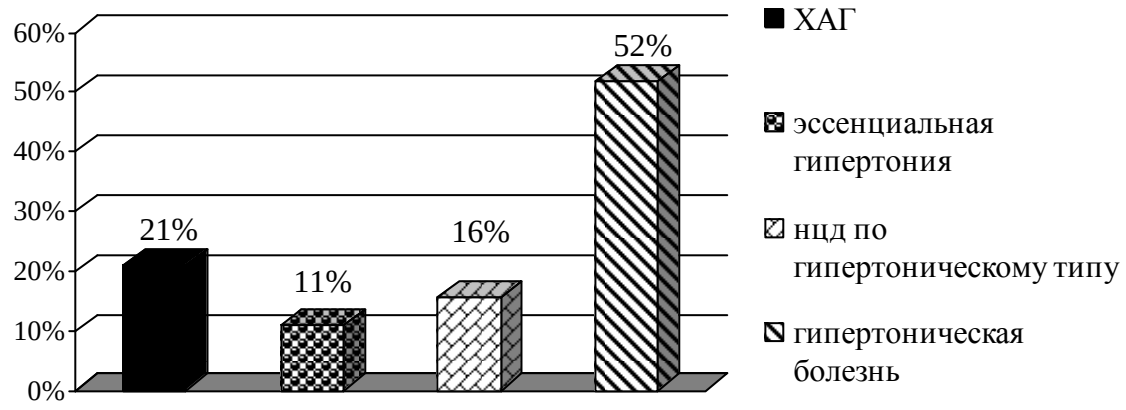



*Рис.2 Распределение диагнозов в случае №2*

В предлагаемом клиническом случае №3 (АГ, диагностируемая после 20 недель беременности, в сочетании с протеинурией) получено почти одинаковое распределение между гестозом и нефропатией (38% и 37%) и 23% врачей склонялись в пользу диагноза преэклампсии.

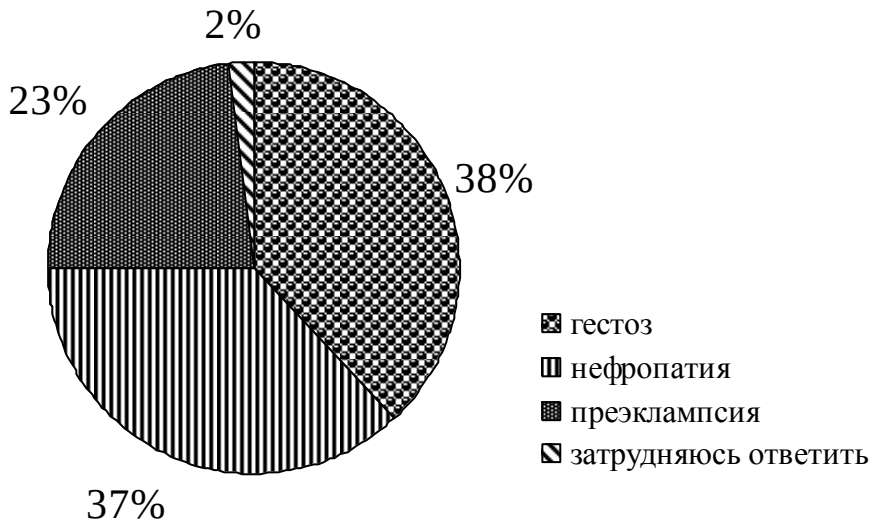



*Рис.3 Соотношение диагнозов в случае №3*

В ситуации №4 (АГ, присутствовавшая до беременности, или впервые диагностируемая до 20 недель беременности, с последующим присоединением или резким увеличением уровня протеинурии) максимальное количество ответов соответствовало сочетанному гестозу (58%), гестоз, наложившийся на ХАГ был поставлен в 24% и преэклампсия, наложившаяся на ХАГ в 14% (рисунок 4).

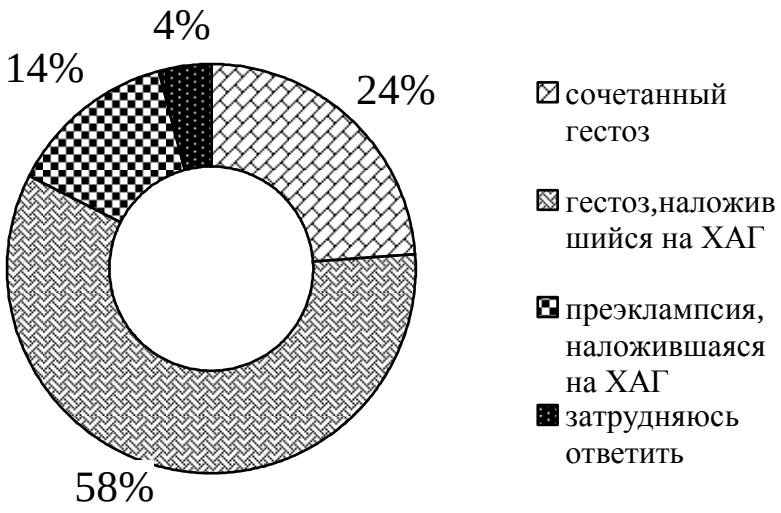



*Рис.4 Соотношение диагнозов в случае №3*

Был также проведен анализ частоты применяемых формулировок того или иного диагноза врачами разных специальностей. В первом случае акушеры-гинекологи с одинаковой частотой ставили диагноз гестационная АГ и гестоз – по 36%, кардиологи – в 78% гестационная АГ, терапевты – гестоз в 46%. Во втором случае диагноз гипертоническая болезнь ставился акушерами-гинекологами в 60%, кардиологами – в 52%, терапевтами – в 45%, а диагноз хроническая гипертензия лишь в 21%, 24% и 20% соответственно. В третьем случае самый частый диагноз был гестоз, акушеры-гинекологи поставили его в 58%, кардиологи – в 42%, терапевты интепретировали это состояние как нефропатия в 46%. В случае №4 врачи всех указанных специальностей отдали предпочтение диагнозу: гестоз, наслоившийся на ХАГ (акушеры-гинекологи – 45%, кардиологи – 58%, терапевты – 80%).

Обращает на себя внимание то, что в формулировках диагнозов довольно часто (от 11 до 15%) звучало устаревшее название «поздний токсикоз», от 2% до 4% врачей разных специальностей затруднялись ответить.

*Выводы*

Проведенный анализ показал, что при постановке диагнозов врачи акушеры-гинекологи, кардиологи, терапевты используют различные классификации, причем, даже среди акушеров-гинекологов нет единого мнения. Одни и те же гипертензивные состояния у беременных интерпретируются по-разному, что ведет к выбору различной тактики. В связи с этим проблема АГ при гестации далека от своего разрешения, прежде всего, необходимы единые критерии и классификация.

# ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

А.А. Баулин, Н.А. Баулин, В.А. Андреев,
В.А. Николашин, А.В. Белоусов

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина,
г. Пенза

В настоящее время значительно возрос интерес хирургов к лечению грыжевой болезни. Это связано с появлением новой технологии и подходов к грыжесечению в условиях долго сохраняющейся, по данным литературы, частоты рецидивов при паховых грыжах от 7 до 25%. Актуальность проблемы связана и с тем, что среди многократно рецидивирующих стали встречаться сложные формы паховых грыж. До периода 1997 года в хирургической клинике (зав. кафедрой профессор Н.А. Баулин) ПГКБ СМП им. Г.А. Захарьина г. Пензы применялись в основном две методики пластики паховых грыж: Жирара-Спасокукоцкого со швами Кимбаровского и Постемпского. Пластика передней стенки пахового канала проводилась у молодых пациентов с косыми грыжами. Грыжесечение по Постемпскому – у более пожилых больных, с прямыми, двусторонними и рецидивными паховыми грыжами.

При анализе историй болезни, причинами рецидивов при пластике передней стенки оказались неверно выбранная методика операции, сложные анатомические разрушения с повреждением окружающих тканей, нарушение техники пластики, повлекшие за собой развитие воспаления в ране. Наиболее часто встречающиеся дефекты при рецидивах грыж, выполненных по методике Постемпского, связаны с нарушением взаимоотношений семенного канатика с отверстием выхода его из глубокого пахового кольца. Наличие скользящего компонента канатика в межоболочечной и межфасциальной областях приводит к феномену цилиндров телескопа. В данной группе больных обнаружился наибольший процент сопутствующей патологии, предрасполагающей к повышению внутрибрюшного давления (аденома простаты, запоры и др.). Несмотря на индивидуальный подход в лечении грыжевой болезни, частота рецидивов здесь встречалась у 5,6% оперированных больных. Неудовлетворенность достигнутыми результатами заставило внедрить в практику новые методы в лечении грыжевой болезни.

С 1997 года с развитием эндоскопической технологии освоена операция эндоскопической герниопластики. Несомненным преимуществом

данной методики явилось укрепление задней стенки пахового канала, что патогенетически обосновано, косметичность операции: отсутствие грубых рубцов на передней брюшной стенке. Недостатком метода оказалась его дороговизна, и что оперативное вмешательство приходится проводить под общим обезболиванием (ИВЛ). До 2005 года оперировано 110 пациентов (5,3%) – рецидивов не отмечено.

Среди натяжных методик, направленных на укрепление задней стенки пахового канала, операция Постемпского в модификации Горелика-Воскресенского приобрела ведущее значение.

С 1998 года, с целью профилактики смещения оболочек и структур семенного канатика, и тем самым возможного рецидива грыжи, методика Постемпского дополнена П-образным швом, который накладывается между медиальной и латеральной стенками вновь сформированного глубокого пахового кольца с захватом оболочек семенного канатика в бессосудистой части, как бы разделяя его на 3 равных отрезка. Узел завязывается без натяжения. У 108 (29,4%) из 367, оперированных до 2005 года, рецидивов не выявлено.

С 2003 года в клиническую практику внедрена операция с укреплением задней стенки пахового канала: натяжная методика Шолдиса и безнатяжная – Лихтенштейна. Популярность этих двух операций связана с тем, что происходит защита элементов семенного канатика апоневрозом наружной косой мышцы живота, чего не может обеспечить операция Постемпского. Метод Лихтенштейна позволяет воссоздать заднюю стенку пахового канала при ее полном разрушении у пациентов с гигантскими, сложными и рецидивными паховыми грыжами. По данным методикам за период 2003-2005 гг. оперировано 67 (8,4%). Рецидивов у данной группы пациентов не зафиксировано. Сроки наблюдения 1,5-2 года.

С 2004 года выполнялась модифицированная нами операция Лихтенштейна, суть которой заключается в расположении и фиксации полипропиленовой сетки, а также выкраивании в ней просвета для элементов семенного канатика. Как альтернатива операции Лихтенштейна, при выраженной мышце, поднимающей яичко, проводилось укрепление задней стенки пахового канала предварительно выкроенной m.cremaster. Технология операции сочетается с элементами модификации Шолдиса. Оперировано 28 пациентов (5,2%). Рецидивов в данной группе пациентов не выявлено.

*Вывод*: Индивидуальный подход в лечении грыжевой болезни позволяет надеяться на снижение частоты рецидивов заболевания.

# МЕСТО ОСЛОЖНЕНИЙ, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, МАТЕРИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И СПОСОБА ОПЕРАЦИИ В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОИ БОЛЕЗНИ

Н.А. Баулин., И.В. Сергеев, М.И. Зайцева, Ю.Н. Беляков

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина,
г. Пенза

Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки является самым распространенным гастроэнтерологическим заболеванием. Она — своеобразная мрачная спутница всех общественных катаклизмов и невзгод. Сегодняшнее состояние лечения язвенной болезни в России имеет определенные особенности. Во-первых, частота ЯБ по указанной выше причине возрастает. В то же время, в силу скудности и ограниченности лечебно-профилактических ресурсов ЛПУ, отсутствия, порой, каких-либо элементов прежней диспансеризации, создается впечатление о снижении частоты язвенной болезни, по крайней мере, по данным официальной статистики. Однако, истинная заболеваемость язвенной болезнью значительно выше, т.к. повсеместно отмечается увеличение частоты осложненных форм заболевания, требующих выполнения экстренной операции.

Во-вторых, возлагаемые совсем недавно большие надежды на суперэффективные современные противоязвенные препараты, – не оправдались. Эти препараты существенно не влияют на частоту осложнений язвенной болезни и недоступны в полном объеме большинству пациентов по экономическим причинам.

В-третьих, сегодняшние операции при язвенной болезни характеризуются расширением объема и травматичности самого вмешательства, т. к. часто хирург имеет дело с пенетрирующими язвами и стенозированием пилородуоденального перехода. Это касается как плановых, так и экстренных вмешательств. К тому же, последние часто предпринимаются при кровотечении из язвы, когда необходимо выполнение резекции желудка, причем не «для выключения». Все это диктует необходимость совершенствования на сегодняшнем этапе не только технических, но и, особенно, тактических мероприятий.

Кафедра хирургии ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, располагающаяся на базе Пензенской городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина, на протяжении многих лет традиционно занимает-

ся проблемой хирургического лечения язвенной болезни. Особенностью оперативного лечения язвенной болезни в клинике является разработка строго дифференцированного подхода к выбору метода и способа оперативного лечения у каждого конкретного больного путем изучения секреторной и моторно-эвакуаторной функций желудка и ДПК. Все больные оперировались после обследования в гастроэнтерологической лаборатории больницы. Обследование включало: эндоскопию, R-скопию желудка и ДПК (в том числе зондовую дуоденографию), поэтажную манометрию, ультрасоно-графию, pH-метрию, изучение кислотопродукции аспирационным методом и др. – всего 14 параметров, детально характеризующих особенности самой язвы, кислотопродукцию, наличие или отсутствие хронической дуоденальной непроходимости – ХДН. Последнюю считали определяющей в выборе метода операции, т.е. с сохранением или исключением дуоденального пассажа. Принципиальными требованиями к коллегиально обсужденному варианту операции были также индивидуальность и снижение до минимума травматизма самого вмешательства. Кроме того, стремились в какой-то мере усовершенствовать уже известные или разработать принципиально новые варианты вмешательств, способствующих улучшению результатов лечения язвенной болезни. По этому поводу получено 12 удостоверений на рац. предложения и 2 Патента РФ на изобретение. Все вышеуказанное способствовало получению следующих, вполне понятных, положительных результатов. На 502 операции, выполненных в клинике за период 1987-1996 гг. было только 9,8% послеоперационных осложнений и 0,2% послеоперационной летальности (умерла одна больная с тяжелой сопутствующей патологией). В последующие 9 лет (1997-2005 гг.), в силу известных экономических причин, прекратила работу гастроэнтерологическая лаборатория, снизилось число плановых операций при язвенной болезни, значительно утяжелился контингент больных, изменился состав оперирующих хирургов, не всегда могли соблюдаться, по тем же обстоятельствам, принципы, которые способствовали достижению указанных ранее результатов. В этот период оперировано только 201 больной: с язвенной болезнью (199) и с постгастрорезекционными синдромами (2). Из 201 оперированного умерло 5 пациентов. Все они погибли в результате несостоятельности дуоденальной культи (4) и энтероэнтероанастомоза (1), т.е. от причин, над которыми упорно работал коллектив клиники. Летальные исходы пришлись на 2000 г. (3), 2001 г. (1) и 2003 г. (1). Летальность в этот период (1997-2005 гг.) возросла до 2,48%.

Таким образом, оперативное лечение язвенной болезни на современном этапе по-прежнему требует неукоснительного соблюдения рациональных тактико-технических установок, направленных на оптимизацию объема и вида оперативного вмешательства, особенно в условиях опреде-

ленного утяжеления контингента больных и недостаточного экономического обеспечения диагностики и лечения.

## АВТОМАТИЗИРОВАННОЕ РАБОЧЕЕ МЕСТО РЕАНИМАТОЛОГА «АРМ-РЕА»

В.А. Бегунов, А.И. Сафронов, Т.В. Чернова, А.В. Аракчеев

Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина,
ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Пенза

В настоящее время известно большое количество информационных систем, предназначенных для информатизации лечебно-диагностического процесса в отделениях интенсивной терапии и реанимации. В частности, в 2004 г. Институтом программных систем РАН разработана технология создания медицинских информационных систем «Интерин PROMIS», которая может быть использована в любом лечебно-профилактическом учреждении. Система обеспечивает информационную поддержку всех служб медицинского учреждения от документооборота и финансового учета до ведения клинических записей о пациенте, интеграции с медицинским оборудованием и поддержки принятия решений. Безусловно, такие системы будут распространены в недалеком будущем, однако в настоящее время в силу ряда причин мы их не имеем, что заставляет нас использовать другие, более простые и дешевые системы.

В течение последних 17 лет в работе отделения реанимации и интенсивной терапии Пензенской городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина используется компьютерная программа «АРМ-РЕА», разработанная сотрудниками отделения совместно с инженерами-программистами в 1988 г. АРМ-РЕА позволяет вести электронную историю болезни, а также дает возможность осуществлять целый ряд справочных функций. Базы данных АРМ-РЕА в настоящий момент содержат клиническую информацию о 14725 пациентах, пролеченных в отделении реанимации.

Анализ имеющихся данных в первую очередь позволяет получать отчеты самых различных направлений для оперативного управления отделением реанимации. Отчеты касаются как состава больных, так и используемых методик и медикаментов за любой интересующий промежуток времени. Пример одного из таких отчетов, представлен в таблице 1.

Таблица 1 – требуемые мероприятия ПГКБСМП ОРИТ (период: 01.01.1989-12.05.2006)

| Профиль больных | Колич. больных | % от всех больных | Из них умерло | Летальность (%) | Средний к/день |
|---|---|---|---|---|---|
| Реанимационные | 9314 | 63,19 | 2048 | 21,99 | 5,4 |
| Интенс. терапия | 5324 | 36,12 | 289 | 5,43 | 4,1 |
| Интенс. наблюдение | 79 | 0,54 | 0 | 0,00 | 2,3 |
| Всего | 14717 | 100,00 | 2337 | 15,88 | 5,3 |

Помимо статистического анализа мы используем базы данных АРМ-РЕА для формирования различных выборок для проведения научных исследований, а также для педагогического процесса при повышении квалификации анестезиологов-реаниматологов.

Нами изучена эффективность использования АРМ-РЕА в клинике. Показано, что летальность больных гнойно-септическими заболеваниями при использовании АРМ-РЕА (192 больных) составила 21,6%, в то время как в контрольной подгруппе (84 больных, проходивших интенсивную терапию без использования АРМ-РЕА) она составляла 28,6%. Такое снижение летальности произошло преимущественно за счет того, что, имея под рукой объективную информацию, реаниматологи более обоснованно и целенаправленно использовали различные методики хирургической детоксикации.

## ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРАВОВЫХ ПРОБЛЕМИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ОБЩЕРОССИЙСКОЙ СТАТИСТИКИ «ВРАЧЕБНЫХ» ДЕЛ

М.В. Беляев, В.Б. Мысяков

Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина,
ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Пенза

Российская судебная статистика последних лет свидетельствует о значительном росте количества так называемых «врачебных» дел.

*Целью* настоящего исследования было определение возможных путей решения данной проблемы применительно к Пензенской области, на основе количественного и качественного анализа общероссийской судебной статистики и судебных дел.

Учитывая складывающуюся ситуацию, практически повсеместное поверхностное знание врачами нормативно-правовой базы, регламентирующей оказание медицинской помощи гражданам, необходимость глубокой эрудиции в основных отраслях медицинских знаний и отсутствие структур, защищающих права врачей и ЛПУ (в отличии от уже множества созданных для защиты прав пациентов), необходимо заблаговременное принятие комплекса мер с целью предвосхищения негативных последствий в будущем.

Повышение правовой грамотности медицинских работников:

- создание на основе нормативно-правовых актов, регулирующих профессиональную деятельность врача, единых алгоритмов по обследованию, ведению и лечению больных по каждой из нозологий на уровне отделений или лечебных учреждений;
- точное знание врачом своих служебных (должностных) обязанностей и точное им следование.

Создание юридических или медико-правовых консультаций для осуществления права на своевременную и квалифицированную защиту врачей и ЛПУ.

Страхование профессиональной ответственности врачей при принесении ими вреда жизни и здоровью пациента.

Ч. 1 ст. 56 ГПК РФ предусматривает, что в качестве доказательств по делу судом могут быть признаны следующие НПА: постановления, приказы, инструкции, методические указания и рекомендации, информационные и инструктивные письма Правительства, Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Российской академии медицинских наук и др. ведомств.

В качестве обычаев делового оборота или иных предъявляемых требований могут быть представлены различные источники медицинских знаний, в том числе учебники, монографии, руководства для врачей, справочники по отдельным медицинским дисциплинам, а также данные современной медицинской науки в форме журнальных статей, тезисов докладов ведущих ученых, резолюций и постановлений съездов, совещаний, симпозиумов и научно-практических конференций ученых и врачей по различным видам медицинской деятельности (однако, в случае журнальных публикаций о применении нового метода лечения заболевания необходима ссылка авторов о разрешении на проведение таковых экспериментов, ибо при ее отсутствии указанный метод считается судом неразрешенным).

Учитывая вышеописанное, предлагается создание на основе вышеперечисленных источников единых алгоритмов по обследованию, ведению и лечению больных по каждой из нозологий на уровне отделений или

лечебных учреждений, когда каждое действие врача будет носить научно-обоснованный, а значит и юридически закрепленный характер.

Также необходимым моментом является точное знание врачом своих служебных (должностных) обязанностей и точное им следование, т.к. даже при «благополучном» для здоровья пациента исходе, но при имеющемся нарушении служебных обязанностей, оно (нарушение) в случае судебного разбирательства может негативно трактоваться в отношении врача и лечебного учреждения.

Деятельность врача в каждой из специальностей регулируется огромным количеством нормативно-правовых актов (НПА) не только перечисление, но и тем более, полное содержание которых ни один из врачей знать не в силах.

Для осуществления права на своевременную и квалифицированную защиту врачей и ЛПУ необходимо создание юридических или медико-правовых консультаций, целями работы которых видится следующее:

- правовое обучение медицинских работников в их сфере деятельности и обеспечение их необходимыми нормативными документами;
- участие в разборе жалоб к врачам или лечебному учреждению и юридическое консультирование при ответе на них;
- участие в судебных заседаниях, привлечение экспертов и т.д.;
- ведение юридической статистики лечебного учреждения и подготовка на ее основе выводов и заключений по оптимизации врачебной деятельности и прогнозирование ситуации на будущее.

Страхование профессиональной ответственности врачей при принесении ими вреда жизни и здоровью пациента позволяет, с одной стороны, избежать врачам и ЛПУ огромных материальных выплат по судебным искам, а с другой, – воспользоваться услугами врачей-экспертов.

# ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРАВОВЫХ ПРОБЛЕМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ОБЩЕРОССИЙСКОЙ СУДЕБНОЙ СТАТИСТИКИ

М.В. Беляев, В.Б. Мысяков

Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина,
ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Пенза

Общероссийская судебная статистика последнего десятилетия свидетельствует о значительном увеличении количества так называемых «врачебных» дел.

*Целью работы* было изучение количественных и качественных характеристик «врачебных» дел, на основе анализа общероссийской судебной статистики и судебных дел, прогнозирование развития данной ситуации и поиск оптимальных путей решения данной проблемы применительно к Пензенской области.

На примере судебной статистики крупных городов России (Москва, Санкт-Петербург) можно условно выделить несколько этапов (периодов) развития данного процесса:

- на первом этапе количество судебных дел единично, в основе их возникновения лежат действительно тяжелые последствия для пациентов (смерть, потеря здоровья и т.д.) в результате неправильных врачебных действий, очевидных даже для простого обывателя;
- на втором этапе количество судебных дел возрастает примерно в 10 раз, поводом для возникновения которых служат те же тяжелые последствия для здоровья, но уже вне зависимости от вины врачей;
- на третьем этапе количество судебных дел возрастает еще на порядок, и они носят характер «по любому поводу».

Характер претензий к врачам тоже имеет схожий многоступенчатый характер и полностью перекликается с вышеописанным: если на первых этапах во главу претензий ставится желание именно наказать врачей, а возмещение морального вреда (которое носит естественно материальное воплощение) носит второстепенный и не очень значительный характер; то на последних этапах – требования больших материальных компенсаций по любому поводу становится основным, в то время как требование о наказании врачей становится второстепенным, а порой и перестает фигури-

ровать в претензиях по судебному делу, преследуя единственную цель быстрого обогащения.

Хотелось бы, конечно выделить и четвертый период – период, на котором комплекс мер – грамотная юридическая защита врачей и лечебных учреждений, сама правовая и профессиональная грамотность врачей и т.д., позволят значительно снизить количество необоснованных судебных исков. Но в реалиях сегодняшнего времени данный этап представляется более желаемым, чем возможным.

Длительность первых двух из вышеуказанных периодов составляет в среднем по 2-3 года на каждый.

В настоящее время центральные города России (Москва, Санкт-Петербург) находятся в третьем означенном выше периоде, крупные города Поволжья (Самара, Саратов и т.д.) – во втором, Пензенская область – в конце первого - начале второго периодов.

Учитывая это, можно предположить, что через несколько лет в Пензе следует ожидать огромное количество «врачебных» судебных дел. Даже если их разделить пропорционально между всеми лечебными учреждениями, и теоретически предположить их последовательное рассмотрение (т.е. одно за другим, а не несколько сразу) по отношению к каждому лечебному учреждению, то можно предположить, что каждая из больниц или поликлиник будет постоянно находиться в состоянии судебного разбирательства по какому-нибудь из дел, а впоследствии и по нескольким сразу.

В качестве *выводов*, следует отметить, что, учитывая складывающуюся ситуацию, необходимо заблаговременное принятие комплекса мер с целью предвосхищения негативных последствий в будущем:

1. Страхование профессиональной ответственности врачей при принесении ими вреда жизни и здоровью пациента.
2. Создание юридических или медико-правовых консультаций (на уровне ЛПУ, городских или областных отделов здравоохранения) для осуществления права на своевременную и квалифицированную защиту врачей и ЛПУ.
3. Повышение правовой грамотности медицинских работников:
   - создание на основе нормативно-правовых актов, регулирующих профессиональную деятельность врача, единых алгоритмов по обследованию, ведению и лечению больных по каждой из нозологий на уровне отделений или лечебных учреждений;
   - точное знание врачом своих служебных (должностных) обязанностей и точное им следование.

# ВЛИЯНИЕ СУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ЭУТИРЕОИДНОГО ЗОБА ЛЕВОТИРОКСИНОМ НА ЧАСТОТУ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС

Ю.Б. Беляева, Ф.К. Рахматуллов, А.М. Бибарсова

Медицинский институт Пензенского государственного университета, г. Пенза

По мере увеличения продолжительности жизни людей в йоддефицитных регионах высока вероятность сочетания ИБС с эутиреоидным зобом. На фоне эутиреоидного зоба отмечается ряд изменений, в частности, компенсаторное относительное увеличение уровня трийодтиронина, которые могут оказывать неблагоприятное влияние на течение фибрилляции предсердий.

*Цель* данного исследования состояла в оценке влияния супрессивной терапии эутиреоидного зоба левотироксином на гемодинамические и электрофизиологические показатели сердца, частоту пароксизмов фибрилляции предсердий (ПФП) у больных ИБС.

*Материалы и методы*

Обследованы 38 человек (20 женщин и 18 мужчин, средний возраст 52,3±9,6 года) с ПФП на фоне сочетания ИБС с эутиреоидным зобом. Всем больным проводилось чреспищеводное электрофизиологическое исследование по методике учащающей и программированной стимуляции при синусовом ритме, эхокардиография, УЗИ щитовидной железы, определение уровней ТТГ, тироксина и трийодтиронина в крови, по показаниям – тонкоигольная пункционная аспирационная биопсия щитовидной железы. Учитывая редкий характер ПФП (в среднем, 6,3±3,8 раз в год), профилактическое лечение антиаритмическими средствами не проводилось. Супрессивную терапию эутиреоидного зоба левотироксином начинали с дозы 6,25-12,5-25 мкг/сут в зависимости от клинической ситуации, затем, при удовлетворительной переносимости препарата, каждые 4-6 недель дозу увеличивали на 25 мкг. Лечение продолжали на протяжении 6-12 мес.

*Результаты*

Переносимая супрессивная доза левотироксина составила в среднем, 52,6±2,8 мкг в сутки. Проведенный корреляционный анализ показал прямую зависимость частоты ПФП от объема щитовидной железы ($r = 0,85$, $p<0,01$) и количества узловых образований ($r = 0,87$, $p<0,01$). После шестимесячной терапии левотироксином шестеро больных были исключены из наблюдения в связи с прекращением ПФП и отказом от дальнейшего лечения. После девятимесячной терапии левотироксином выявлено уменьшение среднего объема щитовидной железы и количества узловых

образований, уменьшение дилятации левого предсердия, увеличение $V_E/V_A$ и эффективного рефрактерного периода левого предсердия ($ЭРП_{ЛП}$). При корреляционном анализе выявлена прямая зависимость диаметра левого предсердия от объема щитовидной железы ($r = 0,36$, $p<0,05$) и обратная – между $ЭРП_{ЛП}$, $V_E/V_A$ и объемом щитовидной железы ($r = -0,40$, $p<0,02$), ($r = -0,42$, $p<0,01$). По нашим данным, ПФП прекратились у 3 (9,4%) больных, стали реже – у 9 (28,1%), повторялись с прежней частотой – у 18 (56,2%) и участились – у 2 (6,3%). Таким образом, суммарный косвенный антиаритмический эффект девятимесячной супрессивной терапии левотироксином составил 37,5%.

*Заключение*

Полученные данные свидетельствуют о том, что положительная динамика объемно-структурных показателей щитовидной железы на фоне супрессивной терапии эутиреоидного зоба левотироксином сопровождается количественной регрессией предикторов фибрилляции предсердий, таких, как, передне-задний размер левого предсердия и $ЭРП_{ЛП}$, а также уменьшением частоты и продолжительности ПФП. Восстановление объема и структуры щитовидной железы на фоне супрессивной терапии эутиреоидного зоба левотироксином, возможно, посредством гуморальных влияний, создает благоприятный гемодинамический и электрофизиологический фон для регрессии предикторов фибрилляции предсердий, что положительно влияет на течение ПФП.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ АБЛАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ И ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

И.Ю. Береснева, Г.В. Шевченко

Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина,
г. Пенза

Лечение гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) остается одной из самых актуальных проблем в гинекологии. Последние годы наибольший прирост заболеваемости отмечен у молодых женщин. Актуальность проблемы связана не только с нарушением здоровья, но и с возможностью злокачественной трансформации гиперплазии эндометрия, риск которой при некоторых вариантах достигает 25-50%. Постоянно продолжается поиск новых методов, разработка рациональных схем лечения ГПЭ.

Наиболее часто с этой целью применяются гормональные препараты. Однако у женщин позднего репродуктивного, пре- и постменопау-

зального возраста, в связи с высокой частотой сопутствующей патологии, применение гормонотерапии ограничено. У этих пациентов методом выбора является радикальное хирургическое лечение – гистерэктомия, после которой у 50% больных развиваются вегето-сосудистые и психоневротические расстройства. Альтернативным хирургическому методу, является деструкция эндометрия, что позволяет добиться облитерации полости матки и тем самым аменореи.

*Цель исследования*

Изучить отдаленные результаты лечения рецидивирующих ГПЭ методом аблации в сравнении с пациентками, получившими гормональную терапию.

Нами проанализированы результаты лечения 124 пациенток в возрасте 27-56 лет, из них:50 (40,3%) пациенток находились в репродуктивном возрасте, 74 (59,7%) – в перименопаузальном.

Выделено две группы: I группа – 54 пациентки с рецидивирующими ГПЭ в возрасте 27-55 лет, которым была произведена аблация эндометрия. II группа – состояла из 70 пациенток с рецидивирующими ГПЭ в возрасте 30-56 лет, пролеченных гормональными препаратами (прогестагенами и антигонадотропинами на протяжении 6 месяцев).

В I группе 28 (51,8%) пациенток страдали артериальной гипертензией, 32 (59,2%) – ожирением, 15 (27,7%) – заболеваниями ЖКТ, 5 (9,2%) – ИБС. Во II группе 36 (51,4%) пациенток страдали артериальной гипертензией, 23 (47,1%) имели заболевания ЖКТ, 39 (55,7%) страдали ожирением, 7 (10%) – ИБС.

Основным видом нарушений менструального цикла была менометроррагия, которая встречалась у 21 (39,6%) пациентки I группы и у 30 (42,9%) пациенток II группы, олигоменорреей с менометроррагией страдали 11 (20%) пациенток I группы и 15 (21,4%) пациенток II группы, метроррагией – 15 (28%) и 21 (30%) пациенток обеих групп соответственно.

При гистологическом исследовании материала из полости матки получены следующие *результаты*:

У больных I группы железистая ГЭ обнаружена у 17 пациенток (31,5%), железисто-кистозная ГЭ – у 14 (25,9%), полипы эндометрия – у 19 (35,2%), атипическая ГЭ – у 4 (7,4%). У больных II группы железистая и железисто-кистозная ГЭ выявлена у 24 (34,3%) и у 24 (34,3%)соответственно, полипы эндометрия обнаружен у 14 (20%), атипическая гиперплазия у 8 (11,4%) пациенток.

Как видно из представленного материала достоверных различий в группах не выявлено.

Период наблюдения за пациентками составил 5 и более лет. Динамическое наблюдение производилось каждые 6 месяцев. С целью опреде-

ления эффективности аблации эндометрия оценивали менструальную функцию, данные УЗИ и данные гистологии после контрольной гистероскопии (ГС).

При достижении аменореи и гипоменструального синдрома результат расценивался как положительный, при сохранении меноррагий результат считался неудовлетворительным.

Через 2 года у пациенток I группы аменорея достигнута у 28 (51,9%), гипоменорея – у 22 (40,7%). Меноррагия сохранилась у 4 (7%) пациенток, 3 из них по настойчивому желанию выполнена гистерэктомия, рецидив ГПЭ по данным послеоперационного гистологического исследования выявлен у двух из них.

В I группе, независимо от наличия аменореи и гипоменореи, в 15 (27,7%) случаях при контрольной ГС выявлены участки регенерировавшего эндометрия. Им произведена повторная аблация эндометрия. По данным гистологического исследования рецидив ГПЭ выявлен у 8 пациенток. В последующем ни у одной из этих пациенток рецидива ГПЭ не было.

Для проведения гормональной терапии во II группе использовались прогестагены и антигодотропины в течение 6 месяцев. Пациентки, принимающие норколут и оргаметрил отмечали регулярные умеренные менструации. У 25 пациенток, получавших Депо Провера и неместран, достигнута аменорея, у 6 пациенток отмечалась гипоменорея, у 4 – ациклические кровянистые выделения.

По истечению двух лет наблюдения менометроррагия возобновилась у 20 (28,6%) пациенток, у 18 (25,7%) из них после выскабливания матки установлен рецидив ГПЭ.

За период от 2-х до 5-и лет наблюдения менометроррагия возобновилась еще у 29 пациенток, рецидив ГПЭ после выскабливания матки обнаружен у 25 пациенток.

По II группе радикальные операции произвели 27 (38,5%) пациенткам, причем процент оперативных вмешательств увеличивался по мере увеличения периода наблюдения, в I группе – 3 (5,5%) и все операции выполнены за двухлетний период наблюдения.

По истечению 5 лет наблюдения рецидив ГПЭ произошел у 10 (18,5%) пациенток, перенесших аблацию эндометрия, и у 43 (61,4%) больных, получавших гормонотерапию.

В целом, эффективность аблации эндометрия составила 81,5%, эффективность гормонотерапии – 38,6%.

*Выводы*

1. ГПЭ возникают на фоне выраженных метаболических нарушений в организме и гиперпластических процессах в яичниках.
2. На этом фоне преобладающими являются простая ГЭ и полипы эндометрия.
3. При аблации эндометрия частота рецидивов при увеличении срока наблюдения уменьшается, в группе с гормонотерапией.
4. В радикальном хирургическом лечении после гормонотерапии пациенты нуждались в 6 раз чаще, чем после аблации эндометрия.
5. Аблация эндометрия электрохирургическим методом является предпочтительней в сравнении с гормонотерапией при лечении рецидивирующих ГПЭ.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ «ДЮФАСТОНА» В ЛЕЧЕНИИ УГРОЖАЮЩЕГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Н.Н. Бисерова, Л.В. Фатеева, Н.В. Еремина, С.В. Зыков

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
МУЗ Городской родильный дом №1,
г. Пенза

В течение беременности I триместр имеет особое значение, поскольку в этот период происходит эмбриогенез, формирование плаценты и сложных взаимоотношений между плодом и матерью. Основным патогенетическим механизмом невынашивания беременности в это время является прогестероновая недостаточность. В связи с этим лечение угрожающего выкидыша должно быть направлено, прежде всего, на восполнение недостатка прогестерона. Следует отметить, что не все гормональные препараты безвредны для плода. Это обуславливает необходимость поиска новых безопасных аналогов прогестерона. В последние годы широко используется агонист прогестерона-дидрогестерона – «дюфастон» при лечении угрожающего аборта.

«Дюфастон» является мощным пероральным активным прогестагеном, который по молекулярной структуре и фармакологическому действию сходен с эндогенным прогестероном. В отличии от других прогестагенов «дюфастон» не обладает эстрогенной, андрогенной, анаболической и другой нежелательной активностью.

По прогестагенной активности в 10 раз более активен, чем пероральный прогестерон. Существенно не влияет на свертываемость крови.

Не требует внутримышечных инъекций, легко дозируется, безопасен для плода и матери.

*Целью* данного исследования явилась оценка клинической эффективности «дюфастона» в лечении угрожающего выкидыша в сроке 4-16 недель беременности.

В исследование включены 32 беременные возрасте от 16 до 34 лет.

Беременные были разделены на 2 группы: с угрозой прерывания беременности в сроке 4-8 недель – 18 (I гр), в сроке 8-16 недель – 14 (II гр).

С жалобами на ноющие боли внизу живота обратились 10 беременных (55%), на кровянистые выделения из половых путей 8 (44%) из 1 группы. Во II группе боли внизу живота отмечали 9 (64%), кровянистые выделения из половых путей – 5 (37,5%) пациенток.

При анализе анамнестических данных выявлено, что в I и II группе экстрагенитальные заболевания существенно не отличались по нозологическим единицам и составляли 50% (32 случая). Из них наиболее часто встречались хронический тонзиллит 5 (15,6%), хронический пиелонефрит 4 (12,5%), ВСД по смешанному типу 4 (12,5%), гипертоническая болезнь 3 (9,3%).

Среди гинекологических заболеваний наиболее часто встречались воспалительные заболевания – 9 (28,1%).

Большинство пациенток были первобеременные – 65,7% (21), повторнобеременные составили – 34,3% (11 женщин).

У 4 (22,2%) беременных в анамнезе имелась замершая беременность, самопроизвольные выкидыши в сроки до 12 недель беременности были у 5 (28,8%).

Всем пациенткам I и II группы проводилось полное клинико-лабораторное обследование. Общий анализ крови и мочи, биохимия крови, микроскопия мазков, бакпосев из цервикального канала.

Выявлен кольпит у 10 (31,2%) пациенток. Другие показатели в пределах физиологической нормы.

Лечение угрозы прерывания беременности проводилось по общепринятым стандартам:

1. Создание лечебно-охранительного режима;
2. Назначение спазмолитических, седативных, витаминных препаратов;
3. Санация влагалища при кольпитах.

«Дюфастон» назначали в дозе 20-30 мг в сутки при болях внизу живота и в пояснице в I и II группе. При кровянистых выделениях из половых путей «дюфастон» применяли по 40 мг в первой разовой дозе, затем по 5-10 мг каждые 8 часов до достижения гемостаза. После достижения эффекта лечение продолжали 5-7 дней в дозе 30 мг 3 таб/сутки, а затем

постепенно снижали дозировку. Данная схема лечения применялась у 4-х больных в I группе и у 1-й во II группе.

У остальных пациенток с «мажущими» кровянистыми выделениями в I и II группе «дюфастон» применяли по 20 мг в сутки до 16 недель беременности, т.е. до срока окончания формирования плаценты.

Клинические наблюдения показали, что улучшение самочувствия пациенток с исчезновением болевого синдрома отмечалось в I группе уже через 4-5 дней у 9 беременных, что составило 90%, и только у одной больной болевой синдром сохранился до конца 2-й недели лечения.

Во II группе болевой синдром исчез у всех 9 пациенток к концу 1-й недели применения «дюфастона».

Прекращение кровянистых выделений на фоне лечения в I группе наблюдалось у 7 женщин (87,5%) на 3-4 сутки после начала применения «дюфастона». Во II группе у 4-х пациенток (80%), кровянистые выделения прекратились на 6-7 сутки. У одной беременной кровянистые выделения продолжались в течение 2-х недель, еще у одной пациентки произошел самопроизвольный выкидыш в сроке 9 недель, который был обусловлен инфекционным фактором. При обследовании на ИППП у беременной обнаружена смешанная генитальная инфекция (уреаплазмоз, кандидоз).

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать *вывод* о высокой эффективности «дюфастона» в лечении угрожающего прерывания беременности в сроке от 4 до 16 недель, но эффект более быстрый наступает при меньшем сроке беременности. Несомненным достоинством препарата является его хорошая переносимость. На протяжении всего курса терапии не наблюдалось каких-либо побочных эффектов, требующих отмены препарата.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Л.А. Бондаренко, Л.Е. Рудакова, Ф.К. Рахматуллов, Л.А. Морозова

Медицинский институт Пензенского государственного университета,
Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина,
г. Пенза

Клинические симптомы гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП) неспецифичны. Диапазон клинических проявлений велик: от бессимптомных до неуклонно прогрессирующих форм, плохо поддающихся медикаментозной терапии. Нередко первым проявлением может стать внезапная смерть.

*Цель исследования*: улучшение диагностики ГКМП на основе сравнительного изучения особенностей клинической картины заболевания и инструментальных данных.

Обследовано стационарно 22 пациента с ГКМП на базе кардиологических отделений ЦГБ № 6 за период времени 2004-2005 годы, в возрасте от 35 до 69 лет. Из них 15 мужчин и 7 женщин. Средний возраст пациентов составил 52,1±1,8 лет.

*Методы исследования* включали общеклиническое обследование больных, ЭКГ, ультразвуковое исследование сердца по методике 2х-мерной допплер-ЭхоКГ на аппарате «Hewlett Packard Sonos 100 CF». Определяли толщину межжелудочковой перегородки, задней стенки левого желудочка (ЛЖ), размеры полостей сердца, фракцию выброса, время изоволюметрической релаксации ЛЖ, отношение $V_E|V_A$, скорость кровотока в выносящем тракте ЛЖ, внутрижелудочковый градиент. Для постановки диагноза ГКМП использовали общепринятые критерии диагностики данного заболевания.

При анализе результатов исследования выявлено, что ГКМП составляет 0,4% от общей структуры больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. При ЭхоКГ исследовании обструктивная форма ГКМП (ОГКМП) выявлена у 8 (36%), необструктивная (НГКМП) – у 14 (64%) больных.

Жалобы у обследованных нами пациентов были следующие: боли в области сердца редкие колющие, не связанные с физической нагрузкой, и типичные стенокардитические выявлены у 16 (73%) больных. Возникновение стенокардитических болей объясняется ишемией миокарда вследствие неадекватной перфузии резко гипертрофированной стенки ЛЖ. Ангинозный характер болей явился причиной того, что у 12 (54,5%) больных при поступлении в стационар ставился диагноз стенокардии, а при наличии изменений на ЭКГ – инфаркта миокарда.

По данным различных авторов, около 40% больных ГКМП не предъявляют жалоб со стороны сердца, и заболевание выявляется случайно. Такие результаты, по-видимому, получены при исследовании неселективных популяционных групп. По нашим данным, бессимптомное течение отмечалось только у 3 (13,6%) пациентов.

Одышка, усиливающаяся при физической нагрузке, отмечена у 11 больных (50%). Ее возникновение обусловлено нарушением диастолической функции ЛЖ с развитием венозного застоя в малом круге кровообращения. Головокружение и синкопальные состояния наблюдались у 3 (13%) больных с ОГКМП, возникали в вертикальном положении, провоцировались физической активностью. В развитии этих симптомов боль-

шую роль, как известно, играет снижение сердечного выброса, приводящее к развитию церебральной ишемии.

При физикальном обследовании больных ГКМП смещение влево верхушечного толчка, левой границы относительной сердечной тупости, систолический шум по левому краю грудины обнаружены у 8 больных (36%). У всех пациентов выявлены различные изменения на ЭКГ: признаки гипертрофии ЛЖ и левого предсердия (ЛП) у 88%, депрессия сегмента ST 1 мм и более, отрицательный зубец Т в I, AVL, $V_5$-$V_6$ у 58% и 35% соответственно, нарушение внутрижелудочковой проводимости – у 25% пациентов.

Нарушения ритма сердца у 11 (50%) больных были представлены фибрилляцией и трепетанием предсердий, желудочковой экстрасистолией. Впервые возникшая пароксизмальная фибрилляция и трепетание предсердий были выявлены у 5 и 2 пациентов соответственно, рецидивирующие пароксизмы – у 2 и постоянная форма – у 2 больных.

Сравнительное изучение основных клинико-инструментальных данных ОГКМП и НГКМП показало, что тяжесть клинических проявлений более выражена при обструктивной форме. Значительно чаще в клинической картине ГКМП обструктивной формы отмечалось сочетание нескольких клинических симптомов. Признаки ХСН II-IV Ф.К. выявлены у 100% пациентов ОГКМП, по сравнению с 25% в группе НГКМП.

Достоверных различий в толщине МЖП, размерах ЛП и ЛЖ у пациентов с различной степенью тяжести клинического течения заболевания не отмечено.

Депрессия сегмента ST в отведениях I, AVL, $V_{5-6}$ выявлена у 100% пациентов с ОГКМП, а также у всех больных с признаками ХСН. Следует отметить, что депрессия сегмента ST у обследованных нами больных ассоциировалась с более тяжелым течением заболевания.

Признаки ХСН сочетались у 45% пациентов с нарушениями сердечного ритма и присоединившейся в течение времени к ГКМП артериальной гипертензией – у 72%.

Таким образом, клинические симптомы ГКМП неспецифичны. Тем не менее, выявление жалоб со стороны сердца у пациентов с отягощенным анамнезом по внезапной смерти, синкопальным состояниям, изменениями на ЭКГ должно послужить основанием для проведения ЭхоКГ с целью исключения ГКМП. Присоединение нарушений сердечного ритма, артериальной гипертензии делают течение заболевания более тяжелым, способствуя прогрессированию сердечной недостаточности.

# ДВУХФАЗНЫЙ РЕЖИМ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У РЕЦИПИЕНТОВ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК

Н. Босая, Я. Хурейби, В. Маринчев, С. Шарджаби

Госпиталь им. Революции,
г. Сана, Йеменская республика

У пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН) определяются значительные электролитные нарушения и повышенная чувствительность к водной нагрузке при общих нестабильных взаимоотношениях между гипо- и гиперволемией.

В то же время интенсивная интраоперационная гидратация необходима для быстрого включения трансплантата в кровоток, так как существует закономерность, что отсроченное начало функционирования трансплантата определяет лишь 20-40% его приживаемости.

Используются различные режимы гидратации при трансплантации почки с использованием различных типов кристаллоидов, коллоидов или их сочетания в комбинации с маннитолом и петлевыми диуретиками при тщательном мониторировании пика расширения внутрисосудистого объема.

0,9% физиологический раствор оказывается наиболее приемлемым кристаллоидом для инфузионной терапии, так как позволяет избежать опасности гиперкалиемии и связанных с этим потенциально опасных аритмий.

В то же время необходимо учитывать тот факт, что при расширении и восстановлении объема плазмы растворами кристаллоидов лишь 20% инфузированных жидкостей задерживаются в сосудистом русле в течение, примерно тридцати минут, остальные 80% уходят в периваскулярное пространство.

Поэтому фактор перераспределения водной нагрузки по времени оказывается важным для обеспечения пика расширения внутрисосудистого объема непосредственно перед включением трансплантата в кровоток.

Это гарантирует раннее начало функционирования трансплантата, достаточные объемы интраоперационного и послеоперацинного диуреза, избежание послеоперационного гемодиализа.

*Материалы и методы*

В уронефрологиечском центре нашего госпиталя 20 взрослым пациентом с ХПН была произведена пересадка почки от живых доноров-родственников. Все реципиенты были произвольно разделены на две равные группы, в которых осуществлялись два разных режима гидратации.

В первой группе применяли обычный режим гидратации реципиента 0,9% физиологическим раствором со скоростью инфузии

0,15-0,2 мл/кг/мин от начала операции до момента завершения анастомозов почечных сосудов.

В другой группе режим гидратации проводился двухфазно.

В первую фазу от начала операции (длительностью около трех часов) 0,9% физиологический раствор вводился очень медленно (0,04-0,045 мл/кг/мин) под контролем прямого электронного наблюдения ЦВД ≤ 5 мм.рт.ст.

Во вторую фазу примерно за тридцать минут до подключения донорской почки к реципиенту начиналась агрессивная управляемая гидратация физиологическим раствором (со скоростью 1,1-1,15 мл/кг/мин) до достижении ЦВД ≥ 15 мм.рт.ст.

Всем пациентам проводился инвазивный (артериальное давление и ЦВД) и неинвазивный (ЭКГ, пульс, АД, температура тела, SpO-2, etCO-2, концентрация ингаляционных средств, параметры ИВЛ) мониторинг аппаратом SC7000 «Siemens»-KION. Инфузионная терапия проводилась через трехпросветные катетеры (внутренняя яремная вена) и канюли большого диаметра (G14), введенные в периферические вены.

Подобный подход обеспечивал кратковременную гиперволемию и гемодилюцию, поддержание высокого тургора донорской почки и как результат более быстрое включение ее в функциональный режим.

В течение пяти последующих дней после операции проводился строгий контроль гемодинамики, баланса жидкостей, клинических, лабораторных и функциональных показателей в обеих группах пациентов.

*Результаты*

К моменту окончания почечной ишемии и включения трансплантата в кровоток в обеих группах пациентов были перелиты примерно равные объемы физиологического раствора (около 40 мл/кг), но в первой группе это было равномерное введение раствора, а во второй группе это осуществлялось двухфазно, наибольший объем инфузионной терапии приходился на этап непосредственно перед подключением донорской почки в кровоток.

Двухфазный режим гидратации обеспечил наивысший пик расширения внутрисосудистого объема со значительным подъемом ЦВД и созданием оптимальных условий перфузии трансплантата. В этой группе пациентов наблюдались лучшие функциональные показатели пересаженных почек с наименьшей потребностью в применении вазопрессоров, диуретиков и значительно меньшими проявлениями послеоперационного отека тканей.

*Выводы*

Двухфазный режим гидратации реципиентов при пересадке почек демонстрирует успешное клиническое применение кристаллоидов (0,9% физиологического раствора), вводимых по принципу управляемой агрессивной инфузии в строго определенный этап операции.

# ВЛИЯНИЕ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ Г. СЕРДОБСКА

В.П. Бровкин, Р.П. Савченко, Н.С. Карташова

Сердобская центральная районная больница,
г. Сердобск Пензенской области
ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социального развития»,
г. Пенза

Загрязнение атмосферного воздуха селитебных территорий продолжает оставаться одним из приоритетных факторов риска для здоровья детей.

На территории Пензенской области в 1999 г. насчитывалось 12884 стационарных источников выбросов загрязняющих веществ, около 200 тыс. единиц автотранспорта. В 2003 году по области насчитывается 10208 единиц источников выбросов загрязняющих веществ в атмосферу, в том числе организованных – 3206.

Количество загрязняющих веществ отходящих от источников выделения всего 54284 т, в т.ч. выбрасывается без очистки 17083 т, на очистные сооружения поступает 37201 т, уловлено и обезврежено 35840 (96%) к поступившим, из них утилизировано 32047 т (89%) к уловленным.

Наибольшее количество выбросов приходится на предприятия электроэнергетики 4,1 тыс. тонн, машиностроения и металлообработки, деревообрабатывающей и целлюлозно-бумажной промышленности – 2,4 тыс. тонн, а также пищевой промышленности – 2,3 тыс. тонн. Высокого уровня загрязнения атмосферного воздуха в городах и районах области не отмечалось.

Около 70% выбросов от общеобластного загрязнения атмосферы составляет автотранспорт. Городской и междугородний общественный транспорт крайне изношены и исчерпали все свои ресурсы. Частные лица приобретают автотранспорт из стран ближнего и дальнего зарубежья, который был уже в эксплуатации.

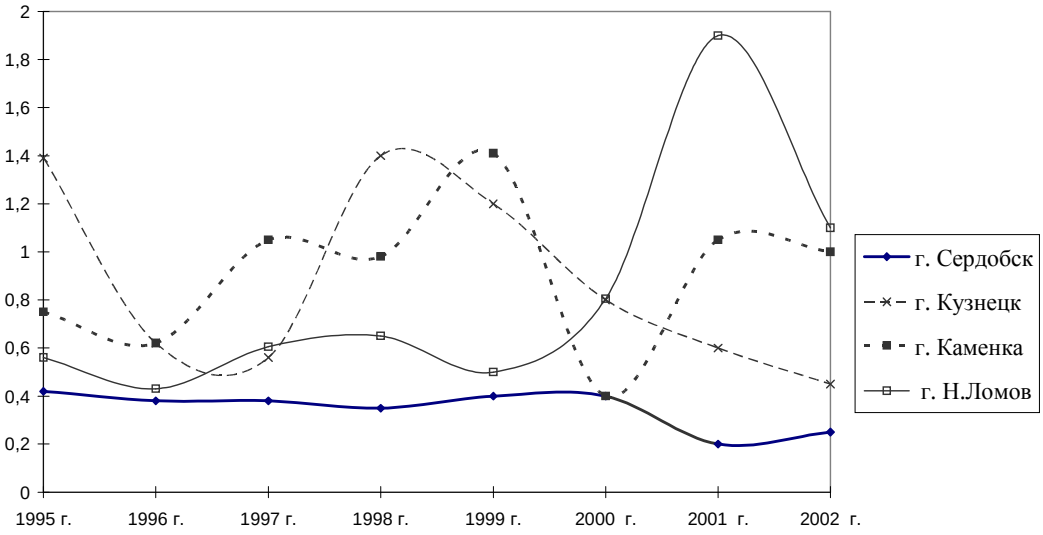



*Рис. 1 Объем выбросов в атмосферу промышленных предприятий крупных городов области за последние годы*

Как показано на рисунке 1 объем промышленных выбросов в атмосферу в г. Сердобске значительно ниже, чем в остальных городах области и имеет тенденцию к снижению. Это связано с прекращением деятельности многих промышленных предприятий города. Таким образом, атмосфера в г. Сердобске значительно чище, чем в остальных регионах области.

Анализ за 5 лет показывает, что в целом наметилась тенденция к снижению уровня загрязнения.

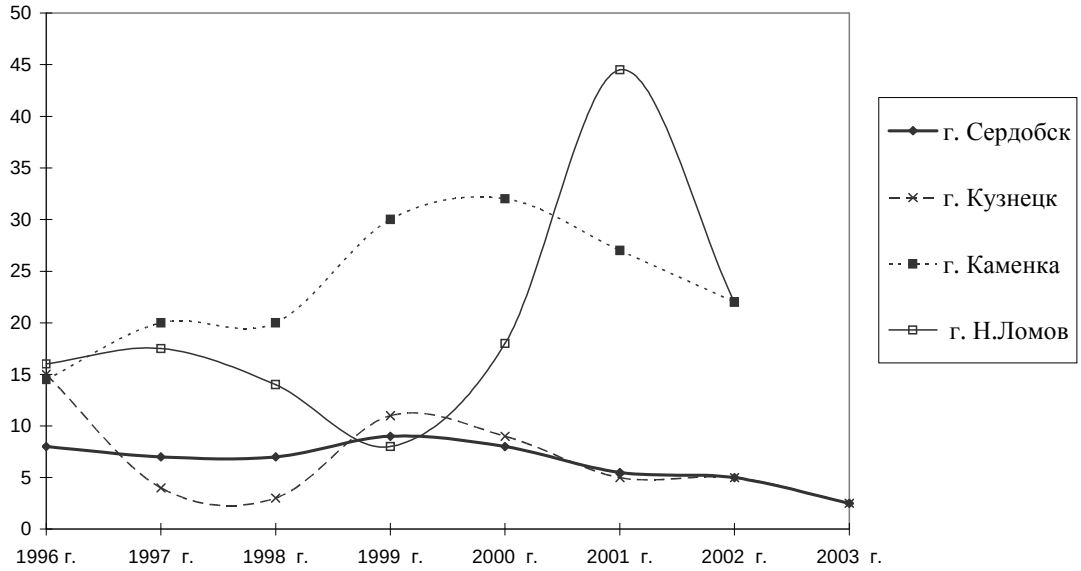


*Рис.2 Суммарный выброс химических веществ от стационарных источников в атмосферу на 1 жителя крупных городов области (кг)*

Как показано на рисунке 2 в г. Сердобске на протяжении последних лет отмечается стабильно низкие значения выбросов химических веществ в атмосферу. Как и в предыдущие годы, наибольшее загрязнение атмосферного воздуха испытывали жители гг. Каменки и Н-Ломова.

Основными стационарными источниками загрязнения атмосферного воздуха Сердобского района являются предприятия энергетики, на долю которых приходится 38,7% общего валового выброса, что согласовывается с данными других регионов. Ведущая роль принадлежит г. Сердобску – 87% всех выбросов. Последующие места занимают предприятия машиностроения (Сердобский машиностроительный завод) 7% от суммарного выброса, предприятия пищевой промышленности (14,14%).

Около 67% объема воздушных выбросов в атмосферу обусловлено промышленными предприятиями шести городов области, в которых сосредоточено более 60% всех предприятий региона.

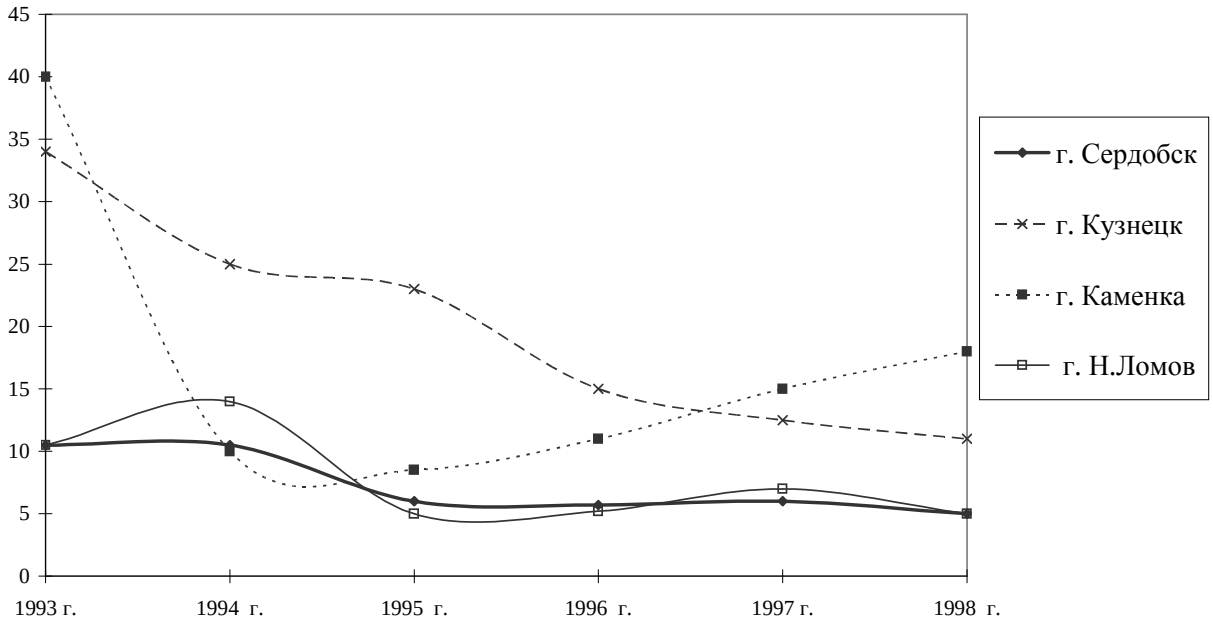



*Рис.3 Индекс загрязнения атмосферного воздуха промышленных центров области*

Как показано на рисунке 3 индекс загрязненности атмосферного воздуха г. Сердобска остается на протяжении последних лет одним из самых низких среди крупных промышленных городов области.

В атмосферный воздух населенных пунктов области поступает около 30 химических веществ от стационарных источников выбросов. Основную массу составляют, так называемые, общие загрязнители: диоксид серы, оксид азота и углерода, сумма углеводородов и пыль, доля которых по

годам в пределах 60-95%, а также специфические загрязнители, прежде всего пары аммиака, формальдегид, сероуглерод, сероводород, соединения фтора и хлора, соли тяжелых металлов (Zn, Pb, Ni, Mn, Fe, Cr) и органические растворители (ацетон, метанол и др.). Наиболее массивные загрязнители – соединения серы и азота, удельный вес, которых в сумме газообразных веществ достигает 60%. Многолетний анализ проб атмосферного воздуха на стационарных постах в различных населенных пунктах области на основные химические вещества показал, что с 1993 по 2000 гг. идет постепенное снижение удельного веса проб, превышающие ПДК с 17,8% до 1,41% соответственно.

Анализируя многолетнюю динамику качественного состава воздушного бассейна в Пензенской области, начиная с 1997 г., наблюдается стабильное снижение загрязнения атмосферного воздуха. Так, если в 1997 г. процент проб атмосферного воздуха с превышением ПДК составлял 13,6%, то в 2000 г. – 1,4%.

При оценке возможного влияния факторов окружающей природной среды на состояние здоровья детского населения г. Сердобска с использованием корреляционного анализа установлено, что состояния, возникающие в перинатальном периоде, имеют высокую корреляционную связь с загрязнением атмосферного воздуха различного рода веществами.

К состояниям, возникающих в перинатальном периоде, относится значительная группа заболеваний среди которых: замедление роста и недостаточность питания, родовая травма, внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах, дыхательные нарушения, гемолитическая болезнь плода, конъюгационная желтуха, перинатальная энцефалопатия и другие. По полученным данным у 50% детей, имеющих заболевания из этой группы, регистрируется конъюгационная желтуха, у 70% детей перинатальная энцефалопатия. Эти заболеваний во многом обусловлены недостаточностью со стороны эндокринной и ферментной систем.

Таблица 1 – Коэффициенты корреляции загрязнения атмосферного воздуха и состояниями, возникающими в перинатальном периоде

| Показатели | Коэффициент корреляции (r) | Достоверность коэффициента корреляции (t) |
|---|---|---|
| Выбросы на 1-ого жителя | 0,97 | 8,73 |
| Индекс загрязнения атмосферы | 0,86 | 3,76 |
| Выбросы всех загрязняющих веществ | 0,97 | 8,96 |
| Выбросы твердых веществ (сумма) | 0,96 | 7,58 |
| Выбросы газообразных и жидких веществ | 0,96 | 7,40 |
| Выбросы ксилола | 0,81 | 3,12 |
| Выбросы толуола | 0,96 | 7,79 |
| Выбросы бутилацетата | 0,90 | 4,62 |

| | | |
|---|---|---|
| Выбросы этилацетата | 0,87 | 3,96 |
| Выбросы сернистого ангидрида | 0,93 | 5,69 |
| Выбросы СО | 0,94 | 6,13 |
| Выбросы окислов азота | 0,93 | 5,61 |
| Выбросы свинца | 0,93 | 5,89 |

Таким образом, масштабы антропогенного воздействия на атмосферный воздух значительны и приобрели актуальность с точки зрения изменений в среде обитания человека и экологических последствий не только для крупных промышленных центров, но и для малых городов.

## ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОГО МОЗГА У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Н.Б. Булиева, Г.Х. Каюмова

Ульяновский государственный университет,
Институт медицины, экологии и физической культуры,
г. Ульяновск

ВИЧ – повсеместно распространенная инфекция. Медико-социальная проблема эпидемии ВИЧ/СПИДа актуальная во всем мире.

Исследовательская работа проводилась на базе гематологического отделения Ульяновской Областной Клинической больницы, где были обследованы 15 ВИЧ инфицированных пациентов на III стадии течения болезни, из которых 7 пациентов с IIIА, 8 пациентов с IIIБ. В исследование не включены пациенты с сопутствующим диагнозом вирусный гепатит. Выявлены клинико-лабораторные особенности течения заболевания на стадиях IIIА и IIIБ.

Стадия IIIА характеризовалась синдромом: анемии, а также интоксикационными и гиперпластическими (у 4 пациентов отмечалась лимфоаденопатия периферических лимфатических узлов) синдромами. В периферической крови у больных выявлены анемия легкой и средней степени тяжести, тромбоцитопения (тромбоциты в крови 80-100х10/л, клинических проявлений не отмечалось), умеренный лейкоцитоз (лейкоциты крови 12-15х10/л). Показатели биохимического анализа крови были в пределах нормы. Исследование костного мозга не проводилось в виду отсутствия показаний и по деонтологическим причинам.

Стадия IIIБ характеризовалась синдромами: анемии (у 6 пациентов анемия средней степени тяжести, у 2 пациентов анемия тяжелой степени тяжести); геморрагическим синдромом в виде кожных геморрагий, экхимозов, у 2 пациентов наблюдались рецидивирующие носовые кровотечения; синдромом лимфоаденопатии (увеличение лимфатических узлов всех

групп до 2-3 см, безболезненные, эластичные, не спаянные с окружающей подкожной жировой клетчаткой). В периферической крови у больных выявлены анемия средней степени тяжести, у 2 пациентов анемия тяжелой степени тяжести (гемоглобин менее 60 г/л, при этом, у одного пациента гемоглобин при поступлении – 45 г/л, у другого – 57 г/л); тромбоцитопения (тромбоциты крови ниже 50х10/л); лейкопения (лейкоциты крови 2,0-3,0х10/л), ускорение СОЭ до 50 мм/ч. По данным биохимического анализа крови повышение лактатдегидрогеназы, гаммаглютамилтранспептидазы; у 3 пациентов гиперпротеинемия с М-градиентом 30-60%. При исследовании костного мозга лимфоцитоз и плазмоцитоз: у 8 пациентов выявлен плазмоцитоз костного мозга до 6%. У 5 пациентов с ВИЧ инфекцией плазмоцитоз составил 6%, у 3 пациентов 10-12%.

У 3 пациентов с выраженным плазмоцитозом в костном мозге, в периферической крови отмечалась гиперпарапротеинемия с М-градиентом, который составил 30-60%. В связи с этим возникла необходимость проведения дифференциальной диагностики с парапротеинемическими гемобластозами. Больные были консультированы в ГНЦ РАМН. Электрофоретическое исследование белков сыворотки крови показало диффузное усиление бета, гамма зон. Патологический градиент не выявлен. Количественное исследование белков сыворотки крови показало увеличение IgG и IgA, что характерно для ВИЧ инфекции. Электрофоретическое исследование белков концентрированной мочи – следы альбумина, ИЭФ поликлональные L – цепи обоих типов. Белок Бенс-Джонса не выявлен. Таким образом, диагноз миеломной болезни был исключен и подтвержден основной диагноз ВИЧ-инфекция.

Лечение пациентов на первом этапе заключалось в проведении симптоматической терапии. После того, как были купированы анемический и геморрагический синдромы, пациенты переведены в СПИД центр для дальнейшего лечения.

На основании полученных данных были сделаны следующие *выводы*:

1. Изменения в периферической крови находятся в прямой зависимости от стадии заболевания (чем выше стадия, тем ярче клинико-лабораторные данные).

2. При ВИЧ-инфекции часто поражается костный мозг в виде лимфоцитоза и плазмоцитоза (по литературным данным до 80% случаев)

3. У пациентов с ВИЧ-инфекцией наблюдается гипергаммаглобулинемия, что не противоречит литературным данным.

# КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОБУСЛОВЛЕННЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ, С ПОМОЩЬЮ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Л.В. Васильева, И.А. Гранкина

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

*Введение*

Одной из актуальных проблем, в настоящее время, является увеличение заболеваний обусловленных атеросклерозом. Первые липидные отложения выявляются уже у детей. В последующем их количество нарастает, что не редко приводит к появлению клинических симптомов таких заболеваний как гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца (ИБС), а смертность от таких заболеваний как инфаркт миокарда и ишемический инсульт, занимает первое место среди всех осложнений атеросклероза.

Наиболее часто наблюдающейся формой ишемической болезни сердца является стабильная стенокардия напряжения, которая нередко приводит больных к временной и стойкой потере трудоспособности. Поэтому изучение новых методов ее терапии является одной из основных проблем в кардиологии. В настоящее время для лечения ишемической болезни сердца применяются различные методы, в том числе и немедикаментозные. Перспективным в этом отношении является низкоинтенсивная лазеротерапия.

Если до середины 80-х годов активно изучали и применяли в клинической практике красные гелий – неоновые лазеры (длина волны излучения 0,63 мкм), то сейчас все шире используют красные (длина волны 0,63-0,67 мкм) и инфракрасные (длина волны 0,83-1,3 мкм) полупроводниковые лазеры, имеющие ряд преимуществ по параметрам излучения и по техническим достоинствам. Установлено, что лазерное излучение усиливает обмен в тканях и регенерацию, повышает потребление кислорода и окислительно-восстановительный потенциал, изменяет проницаемость сосудов, гемодинамику и микроциркуляцию, стимулирует иммунную систему. Указанные изменения способствуют анальгезирующему, спазмолитическому, иммунокоррегирующему, противовоспалительному и другим эффектам на фоне активации или нормализации крово- и лимфообращения, проницаемости биологических мембран, обмена веществ, функций нервной и иммунной систем.

*Цель работы*

Повышение эффективности лечения больных ишемической болезнью сердца с помощью низкоинтенсивного лазерного излучения.

*Материалы и методы исследования*

Исследование проводилось на базе кардиологического отделения ГКБ №20. Обследовано 86 больных, в возрасте от 30 до 74 лет, из них 30 женщин и 56 мужчин, находившихся на стационарном лечении, с диагнозом ишемическая болезнь сердца: стабильная стенокардия напряжения II, Н 1-2. Все больные были разделены на 2 группы. 1 группу составили 43 человека, получавших в комплексном лечении лазеротерапию. 2 группа, контрольная, составила также 43 человека, больные получали традиционную медикаментозную терапию. Лазеротерапия проводилась с помощью красного лазерного излучения с помощью аппарата «Мустанг 2000», путем накожного воздействия на поля, по 2 минуты на поле, всего 10 минут, ежедневно в течение 14 дней (с выходным в воскресенье).

Поля воздействия: середина левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы; 2 межреберье справа от грудины; 2 межреберье слева у грудины; 4 межреберье по левой среднеключичной линии; паравертебрально слева и справа на уровне Th 3.

На фоне лечения достоверно раньше уменьшились следующие симптомы ИБС: боли за грудиной на 5,8±1,52 дня ($p<0,05$), перебои в работе сердца на 4,9±1,1 дня ($p<0,05$), одышка на 5,5±0,6 ($p<0,05$), приступы учащенного сердцебиения на 4,4±1,3 дня ($p<0,05$),отеки 3,9±0,8 дня ($p<0,05$) по сравнению с контрольной группой. Динамика биохимических показателей крови у больных ИБС доказывает, что достоверно раньше улучшились такие показатели крови как холестерин на 2,6±0,9 ммоль/л ($p<0,05$), В-липопротеиды на 1,4±0,4 г/л ($p<0,05$), триглицериды на 1,9±0,2 моль/л ($p<0,05$), общие липиды на 1,4±0,2 г/л ($p<0,05$). Продолжительность заболевания у больных, получавших в комплексном лечении низкоинтенсивное лазерное излучение, составила 11,6±0,4 дня, что достоверно короче на 2,0±0,1 дня ($p<0,05$), чем в группе больных получавших традиционную медикаментозную терапию, где продолжительность заболевания составила 14,0±0,9 дней.

*Выводы*

Таким образом, полученные данные доказывают, что применение низкоинтенсивного лазерного излучения в лечении больных ИБС способствует улучшению клинико-лабораторных признаков заболевания и сокращает сроки пребывания больных в стационаре.

# ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОЧЕТАНИЯ СЫВОРОТОЧНЫХ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ КРОВИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, СВЯЗАННЫХ С РАЗВИТИЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Л.В. Васильева, Е.Ю. Суслова

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

*Введение*

На сегодняшний день, причина ухода из жизни каждого второго человека – заболевания сердца и сосудов. Атеросклероз – широко распространенный процесс среди населения, который лежит в основе большинства заболеваний сердечно-сосудистой системы (Р.Г. Оганов, 1995). Смертность от таких осложнений атеросклероза, как инфаркт миокарда и ишемический инсульт, занимает первое место в общей структуре смертности в любой развитой стране (Д.Н. Аронов и соавт. 1995). В результате этого актуальность приобретают исследования, посвященные анализу факторов риска атеросклероза, создание научных основ его профилактики, а именно выявление лиц с высокой степенью риска его развития.

*Материалы и методы исследования*

Мы изучали частоту встречаемости отдельных фенотипов гаптоглобина (Hp), трансферрина (Tf), группы крови (ABO), резус-фактор (Rh) среди больных с заболеваниями, связанные с развитием атеросклероза и попытались выяснить возможную взаимосвязь между сочетанием сывороточных генетических маркеров крови и клиническими особенностями течения, исходом заболевания с использованием анамнестических данных. Обследовано 115 больных (в возрасте от 35 до 78 лет, 50 мужчин и 65 женщин). Все больные были распределены на группы. Первую группу составили 28 больных с ИБС: стабильная стенокардия напряжения ФК 1. Вторую группу 32 больных с ИБС ФК II, из них у 16 мерцательная аритмия (у 10 постоянная, а у 6 пароксизмальная). Третью группу 30 больных с ИБС, из них 18 с ФК II, а 12 с ФК III. У всех больных данной группы в анамнезе инфаркт миокарда. Четвертую группу составили 25 больных с гипертонической болезнью III стадии, в анамнезе которых острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК).

Были получены сведения о заболеваниях сердечно-сосудистой системы у родителей больных. У 72 больных родители страдали ИБС, из них у 35 в анамнезе инфаркт миокарда, а у 23 ОНМК. Пятую группу – группу контроля составили лица из 30-ти человек для определения распространения фенотипов среди здоровых людей.

В исследование не включались больные с выраженной сердечной и почечной недостаточностью, сахарным диабетом и тяжелыми хроническими заболеваниями.

Исследования фенотипов белков в сыворотке крови (гаптоглобина и трансферрина) проводили с применением метода электрофореза в ПААГ (полиакриламидном геле) с последующим гистохимическим окрашиванием электрофореграмм 0.1% бензидином в 10% уксусной кислоте на основе методики H. Harris и соавт. (1976): гаптоглобина по методу Божко и соавт. (1983), трансферрина по методу Л.С. Рафикова (1977).

Эритроцитарные антигены определяли реакцией агглютинации с помощью стандартных сывороток.

Оценку полученных результатов провели, сравнивая процентное количество определенных групп крови ABO, Rh, фенотипов гаптоглобина и трансферрина в группах больных и здоровых.

*Результаты и их обсуждение*

Установили, что среди обследуемых больных, в анамнезе которых имеется инфаркт миокарда и ОНМК нарастает частота встречаемости фенотипа Hp 2-2, резус-фактор Rh-, A(II) группы крови.

Также, мы установили, что возможен риск развития осложнений атеросклероза у больных с (фенотипом Hp 2-2, резус-фактор Rh, AB (IV) группой крови).

У больных с (фенотипом Hp 1-1, резус-фактор Rh+, O(1) группой крови) не наблюдалось прогрессирования заболевания и развития осложнений.

Значительных различий частоты встречаемости типов трансферрина Tr(CC и CB) среди больных и здоровых не обнаружено.

*Выводы*

Таким образом, полученные данные позволяют рассматривать сочетание сывороточных генетических маркеров крови (фенотипа Hp 2-2, резус-фактор Rh-, A(II) группы крови), как важный прогностический фактор высокого риска развития атеросклероза и его осложнений (инфаркт миокарда и ОНМК).

Это дает возможность формировать группы риска лиц с повышенной предрасположенностью развития атеросклероза и его осложнений.

# НАПРАВЛЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА

В.А. Васильков

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

В соответствии с современными представлениями перитонит является системной воспалительной реакцией организма в ответ на развитие первоначально деструктивного процесса в органах брюшной полости или забрюшинного пространства. Помимо уточнения сущности перитонита происходит переосмысление наших знаний в отношении патофизиологии полиорганной недостаточности, которая все более представляется не как недостаточность нескольких (двух или более) органов, а как несостоятельность в целом мультиорганной системы организма.

Наши исследования и данные литературы свидетельствуют о том, что современный перитонит развивается на фоне явной или скрытой белковой недостаточности, иммунодефицита и нарастающей полиорганной дисфункции, обусловливающих высокую летальность.

Несмотря на постоянно пополняемый арсенал антибиотиков и иммунокорректоров, проблема повышения эффективности интенсивной терапии больных перитонитом остается такой же острой, как и 20 лет назад.

Основное направление научных исследований кафедры анестезиологии и реаниматологии Пензенского института усовершенствования врачей – интенсивная терапия и реанимация больных с гнойно-септическими заболеваниями. По этой проблеме сотрудниками кафедры опубликовано более 200 научных работ, выпущено 3 монографии, защищено 14 диссертаций, 3 из них – докторские.

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

Наши клинические исследования согласуются с данными литературы и свидетельствуют о том, что применение антибиотиков, к сожалению, не решило проблему лечения гнойно-септических заболеваний в том числе – разлитого перитонита. При этом возникла масса новых медицинских проблем: появление антибиотикоустойчивых форм микрофлоры; всплеск гра-

мотрицательной, грибковой и вирусной инфекции; распространение ранее мало актуальных форм микроорганизмов (хламидии, клостридии и др.). В настоящее время летальность при многих гнойно-септических заболеваниях, в том числе – при перитоните, не только вновь достигла доантибактериального уровня (30-40 годы прошлого столетия), но нередко даже и превысила его. Тем не менее, лечение разлитого перитонита без применения антибиотиков в настоящее время невозможно.

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

Анализ летальности больных разлитым перитонитом за 20 лет работы нашей клиники свидетельствует о существенном и положительном влиянии принятых нами методологических подходов – летальность при перитоните в отделении реанимации ЦГБ №6 г. Пензы в 1983 г. (до перехода кафедры на эту клиническую базу) составляла 34%. В последующем нам удалось поддерживать ее в пределах 26,2-10,6% (в среднем – 16,8%).

При этом включение в методику общепринятой терапии перитонита (инфузионно-трансфузионная терапия, комплексная антибактериальная терапия, ИВЛ) локальной абдоминальной гипотермии на фоне совершенствования общепринятой терапии способствовало снижению летальности с 34% до 18,9% (1983-1985 гг.).

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

Совершенствование диагностических, лечебных и дезинтоксикационных мероприятий с мотивированным использованием современных методов эфферентной терапии, широкое внедрение информационных технологий позволило в период с 1992 по 2005 гг. поддерживать летальность при перитоните на цифрах 10,5-21,1% (в среднем 14,9%).

Таким образом, несмотря на достижения современной медицины, проблема повышения эффективности лечения больных перитонитом оста-

ется такой же острой, как и 20 лет назад. Это свидетельствует о том, что решение этой проблемы должно быть системным, поскольку на уровне тактических решений ситуация не меняется. В этой связи направления приоритетного национального проекта «Здоровье» вселяют определенный оптимизм и в отношении интенсивной терапии больных перитонитом.

## ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИЙ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

В.Г. Васильков, С.С. Лиманский, С.И. Николаева

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина,
г. Пенза

Вопрос анестезиологического обеспечения операций в оториноларингологии остается до конца нерешенным и в настоящее время.

В последние годы в этой области общая анестезия все более успешно конкурирует с местной. Количество анестезий при лор-операциях составляет 6-9% от общего числа анестезий. Это 400-500 операций в год по данным нашей клиники.

Особенности лор-операций, с которыми сталкивается анестезиолог, следующие:

- операции в зоне дыхательных путей, что требует защиты от аспирации;
- вмешательства в обильно кровоснабжаемой области: нос, глотка, что требует снижения кровопотери;
- вмешательства в рефлексогенных областях, где требуется нейровегетативная защита;
- операции слухосохраняющие, эндоназальные, где операционное поле очень мало;
- вмешательства на лице затрудняют анестезиологу осуществлять контроль за состоянием больного и глубиной наркоза по клиническим данным.

*Цель работы*: оптимизация результатов анестезий и оперативного лечения при лор-операциях.

Все лор-операции мы условно разделили на следующие группы:

- операции на околоносовых пазухах (самая многочисленная группа операций);
- операции на среднем ухе;
- вмешательства в области шеи (ларингофиссура и трахеостомия, на голосовых складках, биопсии);
- пластические операции (подслизистая резекция носовой перегородки и пластика наружного носа, пластика ушных раковин);
- другие операции на голосовых складках, биопсии.

Схема анестезии следующая: премедикация – атропин и промедол.

При операциях в полости носа, на носовой перегородке предпочтение отдается местной анестезии лидокаином или ультракаином с элементами НЛА и атаралгезией.

При операции ларингофиссура – используется общая анестезия.

Вводный наркоз осуществляется реланиумом и 1% раствором тиопентала натрия. Интубация трахеи в наших случаях осуществлялась через трахеостому после орошения аэрозолем лидокаина и введения листенона. Поддержание анестезии – небольшие дозы тиопентала натрия, закись азота, фентанил. Присутствие эндотрахеальной трубки небольших размеров не закрывает хирургического поля, однако обеспечивает проходимость дыхательных путей, а раздувная манжетка препятствует аспирации крови.

При операциях на внутреннем ухе и барабанной перепонке часто возникает тошнота и рвота, поэтому рекомендуется использовать дроперидол, который угнетает рвотный центр.

Если при тимпанопластике и радикальной операции на ухе требуется сохранение сознания больного, используется местная анестезия с НЛА.

Наркоз показан у детей, у особо возбудимых больных, отказывающихся от местной анестезии, или в случаях непереносимости местных анестетиков.

*Результаты*. За последние 5 лет проведено 2181 анестезиологическое пособие при лор-операциях, из них 31 – под эндотрахеальным наркозом, а остальные – под местной анестезией с внутривенной седацией. Присутствие анестезиолога в операционной обеспечивает безопасность больного, так как фиксированы случаи анафилактического шока и остановки дыхания на местные анестетики, когда своевременные действия анестезиологической бригады предотвратили неприятные последствия.

Таким образом, основным методом обезболивания в нашей оториноларингологической клинике остается местная анестезия с внутривенной седацией, которая создает пациенту психологический комфорт и потенцирует действие местных анестетиков. При наиболее тяжелых травматичных

и длительных вмешательствах целесообразно использовать комбинированный эндотрахеальный наркоз.

## КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

М.А. Визе-Хрипунова, О.В. Нагаева, И.В. Тухтарова,
Л.И. Плетинь, Л.Н. Мангушева

Ульяновский государственный университет,
г. Ульяновск

Синдром раздраженного кишечника (СРК) относится к одной из наиболее часто встречающихся патологий желудочно-кишечного тракта, представляя собой наиболее распространенную форму психосоматических расстройств (А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, В.Н. Козырев и др., 1999) Распространенность СРК среди пациентов оценивается в 8-19%, тогда как среди пациентов, обращающихся к гастроэнтерологу, этот показатель еще выше и достигает 20-50% (D.A. Drossman; 1994).

*Цель исследования*

Изучить особенности течения, структуру и личностные особенности у больных с синдромом раздраженного кишечника при его различных формах.

*Материалы и методы исследования*

Обследовано 84 больных с СРК, проходивших лечение в гастроэнтерологическом отделении УОКБ №1 в период 2003-2005 годы. Группа контроля составила 24 человека. Диагноз СРК ставили в строгом соответствии с Римскими критериями II, при исключении органических заболеваний ЖКТ. Основными методами исследования были клинико-катамнестический и экспериментально-психологический: тест САН (самочувствие, активность, настроение), шкалу реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина; самооценочную шкалу депрессии Зунга, тест индекс жизненного стиля, оценка вегетативных реакций – индекс Кердо.

*Результаты и обсуждения*

Среди больных СРК достоверно преобладали женщины (78,6%). Средний возраст пациентов составил 44,03±12,04 года, варьируя от 18 до 62 лет. При этом 55,9% больных приходилось на самый трудоспособный возраст от 30 до 50 лет. Давность заболевания была от 3-х месяцев до 22 лет. Жители города составили – 54,8%, села – 45,2%. Наиболее часто наблюдалась болевая форма СРК (42,8%), несколько реже – СРК с диареей (31%), 26,2% составили больные с запорами. Сопутствующие заболевания имели 64,3% больных СРК. У 13,6% больных в ходе обследования

были выявлены аномалии развития кишечника, о которых больные ранее не знали (дивертикулы, долихосигма, мегаколон и др.). При этом в более чем 1/3 наблюдались функциональные заболевания ЖКТ: ДЖВП (15,5%), недостаточность баугиниевой заслонки (13,1%), ГЭРБ (7,1%). Также 1/3 больных имела нарушение микробиоценоза кишечника, подтвержденных бактериологически.

Ведущей личностной особенностью больных СРК являлась тревожность, определяемая тестом Спилбергера-Ханина. В целом, реактивная тревожность больных СРК составила 47,85±10,84 балла и соответствовала умеренному уровню. Еще более высокими оказались показатели личностной тревожности (66,37±6,99), что свидетельствовало о склонности пациента воспринимать большинство ситуаций как угрожающие Выраженные явления реактивной и личностной тревожности по сравнению с группой контроля были высоко достоверны $p<0,001$ и $<0,012$ соответственно.

Оценивая активность, самочувствие и настроение больных СРК, следует отметить их достаточно низкий уровень (3,57±1,34; 3,54±1,38; 3,24±1,56 соответственно при максимально возможной 7 баллов). При сравнении с контрольной группой разница самочувствия и настроения больных были высоко достоверны $p<0,02$ и $p<0,008$. Оценивая уровень депрессии в целом по группе, следует расценить его как пограничный между нормой и легкой депрессией – 42,65±6,3, что существенно отличалось от показателей контрольной группы (34,86±5,33). Это создает предпосылки для формирования низкой стрессоустойчивости и последующего развития депрессивного синдрома.

Согласно методике «индекс жизненного стиля» выделяют 8 типов реагирования. Нашим пациентам наиболее частым типом реагирования соответствовал тип «проекция», в основе которого лежит желание пациента свои личностные негативные качества проецировать и приписывать другим людям, например: агрессивность наших пациентов, которая проявлялась в невербальном поведении (сарказм, ирония и т.д.) приписывается окружающим, родственникам, врачам, чтобы оправдать свою собственную агрессивность или недоброжелательность к самому себе. В меньшей степени для наших пациентов присущ механизм компенсации, когда человек присваивает себе положительные, отсутствующие в себе качества.

Большинство обследованных нами больных оказались ваготониками, индекс Кердо составил (-0,11±0,02). Это свидетельствует о выраженном изменении вегетативного статуса больных с преобладанием парасимпатичаских реакций.

На основании всего выше сказанного можно сделать следующие *выводы*:

1. Особенность структуры больных СРК являлось преобладание женщин средней возрастной категории от 30 до 50 лет, жителей города, с преобладанием болевой формы и до 35%, имеющие сопутствующую функциональную патологию ЖКТ.

2. Особенностями психологического состояния больных СРК являются умеренная реактивная и высокая личностная тревожность, значительное снижение показателей самочувствия и настроения и пограничные показатели депрессии, преобладание в структуре механизмов психологической защиты «проекции».

3. У больных СРК наблюдались изменения вегетативного статуса, выражавшего в преобладании парасимпатических реакций.

В общий план обследования больных СРК рекомендовано включить:

- психологическое тестирование с целью выявления;
- психокоррекционных и психотерапевтических мишеней, что может;
- повысить эффективность лечения.

## РОЛЬ СЕЛЕНА В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА

О.П. Виноградова, Л.В. Фатеева

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

В настоящее время во всех странах мира отмечается повышение частоты воспалительных заболеваний придатков матки. Этим заболеваниям свойственно протекать с развитием синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ), что представляет собой генерализацию патологического процесса, в котором участвуют органы естественной детоксикации и экскреции, системы иммунной защиты и резистентности, что приводит к значительному накоплению патологических метаболитов, нарушающих целостность организма и важнейших систем жизнеобеспечения. В работах, по изучению роли селена доказана связь этого микроэлемента с природой некоторых эндемических, онкологических, кардиологических и инфекционных заболеваний. Отмечено изменение гомеостаза селена при анемии, облучении, СПИДе, но нет данных о роли селена в развитии СЭИ при ГВЗ в гинекологии.

*Цель исследования*

Оптимизация клинико-лабораторной диагностики синдрома эндогенной интоксикации у пациенток с обострением хронического сальпингоофориа, выяснение роли селена в развитии, течении и прогнозе этого синдрома.

*Материалы и методы*

Нами было обследовано 44 пациентки, средний возраст 26,6±9,3 лет, с диагнозом: обострение хронического сальпингоофорита. У этого контингента было проведено проспективное исследование с запланированным вмешательством в естественный ход событий.

В качестве контроля оценки клинико-лабораторных показателей развития СЭИ обследована группа контроля - 40 здоровых женщин, жительниц города Пензы, средний возраст - 28,3±5,75 лет.

Клиническое исследование проводилось с использованием метода независимой выборки больных между группами таким образом, что исследуемые группы параллельно подвергались одинаковым воздействиям с отличием в характере проводимой терапии (базисная терапия, базисная + витаминсодержащее плацебо и базисная + «Селен ЕС»). В нашем исследовании в качестве антиоксидантной защиты использовался препарат «СеленЕС», содержащий органический селен (селенопиран) и витамины С и Е (свидетельство № 002803Р643.03.2001).

Для обследования больных использовался лабораторный комплекс включаюший:

1. Клеточное звено иммунитета: подсчет количества лейкоцитов, лейкоформулы, показателя токсической зернистости нейтрофильных лейкоцитов, интегральные показатели (лейкоцитарный индекс интоксикации и индекс инфицирования)

2. Тяжесть эндогенной интоксикации: уровень средних молекул (по Габриэлян Н.И.) с подсчетом индекса распределения: $СМ_{280}/СМ_{254}$; концентрация СРБ иммунотурбидиметрическим методом.

3. Для выявления связи уровня селена с уровнем эндогенной интоксикации проведено исследование флюориметрическим методом в модификации В.А. Тутельяна, С.А. Хотимченко, Н.А. Голубкиной с использованием флюориметра «Флюорат-02-2М»

*Результаты и их обсуждение*

При исследовании группы доноров содержание селена составило 81,2±14,26 мкг/л, что говорит об умеренном дефиците селена (норма – 120 мкг/л).

В ходе проведенного исследования введение «Селен ЕС» в схему базисной терапии у больных обострением хронического сальпингоофорита оказало более выраженное влияние на клеточное звено эндотоксикоза.

«Селен ЕС» при включении в базисную терапию ведет к восстановлению клеточного пула и нормализации условно-специфических показателей эндотоксикоза, а так же приводит к снижению процессов накопления специфических маркеров эндотоксикоза с одновременным уменьшением тяжести эндогенной интоксикации организма. При исследовании изучаемого нами показателя, уровня селена в сыворотке крови отмечено его повышение во всех группах относительно исходного уровня. Изменение данного показателя в группе, получавшей базисную терапию составило 13%. Это составило повышение с 64,96±7,45 мкг/л до 74,7±6,6 мкг/л. В плацебоконтролируемой группе – 18% (от 66,04±7,7 мкг/л до 76,07±6,7 мкг/л), а в группе пациенток, принимавших «Селен ЕС», уровень селена увеличился на 36%, что составило повышение исследуемого показателя с 66,4±7,9 мкг/л от начала терапии до 101,9±16,9 мкг/л и был выше контрольного значения на 30% .Полученные данные позволяют судить о влиянии уровня селена в сыворотке крови на течение эндотоксикоза у больных с обострением хронического сальпингоофорита. Больные, принимавшие базисную терапию, находились на лечении 21,3±1,2 дня, плацебоконтролируемая группа лечилась 20,8±1,1 дней, а больные получавшие «Селен ЕС» дополнительно к базисной терапии выздоравливали на 16,5±1,1 день. Таким образом, отмечено снижение пребывания больных принимавших «Селен ЕС» в стационаре на 22% по сравнению с группой принимавшей базисную терапию на 20% у больных плацебоконтролируемой группы.

*Выводы*

1. Информативно-прогностически значимым лабораторным тестом, как один из критериев оценки тяжести эндогенной интоксикации, является уровень селена в сыворотке крови.

2. Целесообразно рекомендовать определение уровня селена в сыворотке крови как один из показателей оценки изменений СЭИ.

3. Включение препарата «СеленЕС» в комплексную терапию обострения хронического сальпингоофорита сопровождается более выраженной стабилизацией показателей клеточного звена иммунитета, уменьшением величин показателей, характеризующих эндотоксикоз, а так же более быстрым исчезновением клинических проявлений заболевания, что проявляется укорочением пребывания пациенток в стационаре, приводя к повышению медико-экономического эффекта лечебно-диагностического процесса.

# ВАРИАНТЫ ПЕРВИЧНОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С ВОЗБУДИМЫМИ ЧЕРТАМИ ЛИЧНОСТИ В ПРЕМОРБИДЕ

Е.В. Волкова

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

Алкоголизм является сложной социально-биологической проблемой, для решения которой необходимо длительное изучение клинических проявлений заболевания, коррелирующих с особенностями личности больных. Это является важной предпосылкой для осуществления ранней диагностики алкоголизма и для создания дифференцированных высокоэффективных программ терапии больных.

Одним из ранних и стойких проявлений алкоголизма является первичное патологическое влечение к алкоголю (ПВА), представляющее собой облигатный и стержневой симптом (И.В. Стрельчук, 1973; Г.В. Морозов, В.Б. Альтшулер, 1984, 1994; Н.Н. Иванец. 2005). До настоящего времени нет единой, общепринятой типологической схемы клинических вариантов ПВА, не описана его клинико-психопатологическая структура при различных преморбидных личностных особенностей больных алкоголизмом. И, в частности, не изучены клинические особенности ПВА у лиц с возбудимыми чертами в преморбиде.

Нами были исследованы 120 больных мужчин хроническим алкоголизмом с возбудимыми чертами в преморбиде в возрасте от 18 до 50 лет. Соматически благополучные. Клинико-психопатологические исследования ПВА показало, что его выраженность в динамике алкоголизма проявляется в различной степени при аффективных, поведенческих, вегетативных и идеаторном компонентах. Было отмечено, что сила патологического влечения коррелирует преимущественно с выраженностью аффективных (тревожно-депрессивных, дисфорических, эксплозивных) расстройств. Этот факт был положен в основу подразделения больных на три синдромологических подгруппы. В первой наибольшей подгруппе – 56 больных (46,7%) на первый план выступал дисфорический симптомокомплекс. Во второй группе у 47 больных (39,2%) депрессивная симптоматика. В третьей подгруппе у 17 больных (14,1%) истеро-эксплозивная симптоматика. В первой подгруппе аффективный компонент ПВА включает нерезкие субдепрессивные расстройства, довольно выраженную тревогу и преобладающий аффект – дисфорию. Поведенческий компонент в большей степени прояв-

лялся в формировании алкогольного поведенческого стереотипа. У каждого пятого больного поведение определялось алкогольной доминантой.

Во второй подгруппе аффективный компонент ПВА включает выраженную субдепрессию и тревогу. Эмоциональная лабильность и дисфория были нерезко выражены. Поведенческий компонент проявлялся доминированием поведенческого стереотипа. Проявление алкогольной доминанты, признаков деградации в поведении были меньше выражены.

В третьей подгруппе в аффективном компоненте ПВА наиболее выражены были дисфория и эмоциональная лабильность. Поведенческий компонент ПВА в двух третьих случаев характеризовался алкогольным поведенческим стереотипом.

Во всех трех подгруппах вегетативный и идеаторный компоненты были мало выражены.

Таким образом, психопатологическая структура ПВА у больных с возбудимыми чертами в преморбиде неоднородна, что следует учитывать при разработке психофармакотерапевтических программ.

## КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВЫХ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ СИНДРОМОВ

Н.С. Горбатовская, А.П. Тузлуков

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

Миофасциальные болевые синдромы (МБС) считаются в настоящее время основным источником мышечно-скелетных болей у людей любого возраста, в том числе и у детей (Тревелл, Симонс, 1989, 2005). Почти каждый человек в тот или иной период жизни страдает этой патологией. Боль при МБС носит обычно глубинный характер, а ее интенсивность варьирует от ощущения дискомфорта до жестоких и мучительных болей. Основным объективным критерием МБС является наличие стойких болезненных, чаще тяжеобразных, уплотнений не только в мышцах (чаще в местах их прикрепления к костным выступам), но и в фасциях, над грудиной, по белой линии живота, в надостных связках, а иногда в жировой клетчатке. Уплотнения имеют стереотипное для каждой области тела расположение и совпадают по локализации с болевым синдромом. В связи с этим они могут быть легко обнаружены при пальпаторном исследовании. При пальпации уплотнений в большинстве случаев отмечается характерный хруст, иногда слышимый на расстоянии. При осмотре у значительной части больных (63,5% случаев) в местах локализации болевых синдромов от-

мечаются локальные отеки, которые подтверждаются при пальпации (утолщенная болезненная кожная складка).

Проведенные нами морфологические исследования уплотнений покровных тканей дают основание считать структурной основой МБС грубую патологию соединительной ткани дистрофического характера (фиброз, гиалиноз) с механической компрессией нервных образований (ноцицепторов). Регрессия уплотнений под влиянием локальной инъекционной терапии по разработанной нами методике сопровождалась стойкой ремиссией болевого синдрома. Без адекватной терапии уплотнения сохраняются десятилетиями и даже посмертно (Шаде, 1919; Тревелл, Симонс, 1989, 2005).

Симптоматика МБС не ограничивается только болевым синдромом различной локализации. Участки уплотнений покровных тканей не могут не являться хроническим, обширным источником патологической импульсации, способствующим дисфункции надсегментарных структур мозга, а также сегментарно связанных с ними органов (моторно-висцеральные рефлексы).

По нашим данным компрессия нервных структур в уплотнениях в покровных тканях у пациентов с МБС может быть причиной разнообразных проявлений, включающих:

- *местные симптомы* – боль, парестезии, скованность, локальные отеки в местах расположения уплотнений, хруст при пальпации уплотнений, кардиалгия, головные боли напряжения, синдром беспокойных ног;
- *сегментарные расстройства* – синдром раздраженного кишечника и раздраженного мочевого пузыря, предменструальный синдром;
- *нарушения функции ЦНС* – утомляемость, расстройства сна, вестибулярные и психологические нарушения, панические атаки, нарушение регуляции артериального давления, нарушения терморегуляции.

Подтверждением этого является стойкая ремиссия всей указанной симптоматики после регрессии уплотнений под влиянием локальной терапии.

В части случаев ведущими в клинической картине были обусловленные МБС (уплотнениями) либо надсегментарные, либо сегментарные расстройства.

Разработанная нами методика инъекционной терапии МБС заключалась в повторных инфильтрациях болезненных уплотнений с использованием малых доз суспензии гидрокортизона ацетата (12,5-25 мг на процедуру) в смеси с 70-80 мл 0,25% новокаина. На каждую инъекцию использовали 1-1,5 мл смеси. Объем смеси, вводимой за процедуру, зависел от

количества уплотнений. Курс лечения состоял из 4-6 инфильтраций, проводимых через 5-7 дней.

Регрессия болезненных уплотнений затылочно-воротниковой зоны под влиянием повторных новокаиново-гидрокортизоновых инфильтраций сопровождалась стойким исчезновением многолетних болей, повышенной утомляемости, устранением скованности, психологических нарушений, нормализацией сна. Клинический эффект терапии подтверждался достоверной положительной динамикой показателей физической работоспособности по данным велоэргометрии, а также положительной динамикой показателей многостороннего исследования личности (тест MMPJ). Повторные новокаиново-гидрокортизоновые инфильтрации болезненных уплотнений в покровных тканях передней брюшной стенки и поясничной области у больных МБС с синдромами раздраженной кишки, раздраженного желудка, раздраженного мочевого пузыря, предменструальным синдромом сопровождались исчезновением болевых ощущений и стойкой нормализацией функции соответствующих органов. Механизм эффективности гидрокортизона при данной патологии покровных тканей связан, по-видимому, с его антифиброзным действием.

Приведенные данные позволяют считать наиболее значимым и объективным критерием болевых миофасциальных синдромов наличие стойких болезненных уплотнений в покровных тканях в местах локализации болей. Их пальпаторная диагностика является наиболее адекватной, доступной для клинической практики и позволяет объективизировать жалобы больных данной категории. Свойственные данной патологии уплотнения покровных тканей помимо болевых синдромов могут вызывать различные нарушения функции сегментарно связанных с ними органов, а также надсегментарных структур мозга. Локальная инъекционная терапия с использованием малых доз гидрокортизона патогенетически обоснована при миофасциальных болевых синдромах и позволяет достичь длительной их ремиссии.

## ПРИМЕНЕНИЕ ХРОМОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Л.Г. Гриднева, А.В. Никитин

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Гипертоническая болезнь (ГБ) представляет собой одну из серьезных проблем современной медицины, актуальность которой определяется ее распространенностью, влиянием на состояние здоровья, работоспособ-

ность, творческую активность и долголетие. При этом ГБ является гетерогенным заболеванием, со своим патогенетическим механизмом у каждого больного. Расширение пользования немедикаментозных физических методов – насущная потребность для профилактики, лечения и медицинской реабилитации больных. Одним из перспективных направлений является сочетанное использование фармакологических и немедикаментозных методов лечения с учетом хронобиологических аспектов.

Фототерапия является наиболее древним методом лечения. Нами проводится исследование действия синего света в комплексном лечении больных гипертонической болезнью I-II стадии на этапе стационарного лечения. Действие синего света на организм многогранно. Оценивается повышение качества жизни и результатов лечения больных ГБ, за счет использования седативных и спазмолитических эффектов синего света, его способности снижать вязкость крови, улучшать микроциркуляцию.

Используется лазерный аппарат «Мустанг 042» с синей светодиодной излучающей головкой МСО 6, с длиной волны 0,47 мкм. Воздействие накожное, контактное, в импульсном режиме по четырем зонам: шейно – воротниковая, синокаротидная, надключичные области на уровне середины ключицы, область проекции верхушечного толчка сердца. Частота – 80 Гц, мощность – 15-20 мВт, время воздействия – 13 минут. Курс состоит из 10 процедур в утренние часы. Режим облучения на шейно-воротниковую зону – сканирующий – 4 мин., на другие зоны – компрессионный – по 1 мин.

Измерение артериального давления (АД) осуществлялось по общепринятым правилам, трижды: до процедуры (10мин. покоя), сразу после светолечения и через 10 мин. Нормальным считали значение АД меньше 140 и 90 мм.рт.ст. Больные разделены на 2 группы. 1-я группа получила курс хромотерапии, пациентам 2-ой группы проводилась имитация лазерного облучения.

Результаты лечения оцениваются в начале и в конце курса по следующим параметрам: качество жизни (опросник SF-36, анкета больных артериальной гипертонией), динамика систолического и диастолического давления, общий анализ крови, общий анализ мочи, реологические свойства крови, электрокардиограмма.

Гипотензивный эффект хороший, если достигается стойкое снижение АД до 140/90 мм.рт.ст. и ниже; удовлетворительный, если диастолическое АД снижалось более чем на 10 мм.рт.ст., но оставалось выше 95 мм.рт.ст.; отсутствие эффекта, когда после курса хромотерапии, адекватная коррекция АД не была достигнута.

Полученные результаты показывают высокую эффективность хромотерапии: цифры АД снижаются уже после первой процедуры в среднем на 5 мм.рт.ст., а к пятой процедуре на 17,5 мм.рт.ст. – систолическое и

10,1 мм.рт.ст. – диастолическое, и эта тенденция сохранялась до конца курса терапии. Больные отмечали улучшение самочувствия, уменьшение головных болей, головокружения, нормализацию сна. В конце курса снижение АД от исходного составило 25-39%.

## ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА У ДЕТЕЙ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.В. Гринкевич, Р.П. Савченко

Детская областная клиническая больница им. Н.Ф. Филатова,
ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социального развитию»,
г. Пенза

Среди факторов, от которых зависит состояние здоровья человека, ВОЗ выделяет наряду с уровнем развития медицины, наследственностью такие, как образ жизни и экологические воздействия. Причем на последний фактор в настоящее время стали обращать все больше внимания, поскольку именно влиянием на организм неблагоприятных экологических факторов, так называемых антропогенных загрязнителей, отходов научно-технического прогресса, объясняют наблюдаемое снижение качества здоровья, структуру заболеваемости населения в последние десятилетия. Выявляются существенные изменения биологического статуса человека на уровне резервных возможностей основных физиологических биосистем. Организм человека является открытой биологической системой, поэтому индивидуальное здоровье, как и состояние биосферы, правомерно рассматривать в комплексе как здоровье единого организма. При этом учитывать, что все изменения, происходящие в природе, самым непосредственным образом отражаются на состоянии человека, качестве его жизни.

Наблюдения показывают, что в последние годы чувствительность организма к воздействиям биосферы резко возросла, и порой даже самые минимальные изменения в биосфере вызывают неблагоприятные сдвиги в организме. Причиной является снижение резервных возможностей соответствующих систем, структурно-функциональное напряжение на клеточном уровне, что в первую очередь является результатом накопления в межклеточной жидкости различных чужеродных для биологии человека веществ, антропогенных загрязнителей различной природы.

Изменения образа жизни современного человека носят абиологический характер. Это резкое снижение привычной двигательной активности (гипокинезия), уменьшение доли мышечных усилий (гиподинамия) на фо-

не высоких нервно-эмоциональных нагрузок, нарушения в системе питания, режиме труда и отдыха, систематическое использование лекарственных препаратов химической природы для поддержания жизненного тонуса и т.п. Это в совокупности приводит к физической деградации организма ребенка, нарушению гармонии между функциональным состоянием скелетной мускулатуры и висцеральными органами и делает ребенка уязвимым к влиянию экологических вредностей. При этом у ребенка изменяется характер проявления и протекания многих известных заболеваний, появление новых, на фоне повышенной аллергизации, снижения (искажения) иммунитета, в генезе которых четко прослеживается влияние экологических факторов, эндоэкологическая напряженность организма.

Отсюда вытекает требование постоянного анализа конкретной экологической ситуации при решении задач практического здравоохранения, особенно при диспансеризации детей.

На базе кафедры клинической лабораторной диагностики ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава проведено исследование, определяющее роль наследственных факторов и среды в формировании генотипа Пензенской области.

При анализе карты спектрометрической аэросъемки области установлено, что высокая плотность загрязнения радионуклеидами 1-5 кюри/км$^2$ (Чернобыльская авария) охватывает следующие густонаселенные районы: Башмаковский, Земетчинский, Бессоновский, Лунинский, Пензенский. Обращаемость на медико-генетическое консультирование высока из Пензенского, Городищенского, Каменского, Сердобского и Кузнецкого районов.

Отмечается неуклонный рост эндокринной патологии среди детского населения Пензенской области, в том числе сахарного диабета I типа (СД), в патогенезе которого, несомненно, огромную роль играют экологические условия окружающей среды. Уровень заболеваемости года детей СД на период 2005 года по Пензенской области составляет 8,8 на 100 тыс. детского населения, что относится к средним показателям по России и в мире в целом. Распространенность данного заболевания составляет 84,2 случаев на 100 тыс. детского населения, что превышает таковую по России в 1,5 раза.

Среди районов Пензенской области отмечается неоднородность в показателях распространенности СД у детей. Наибольшая распространенность отмечается в Вадинском (173 случая на 100 тыс. детского населения), Пензенском (125 случая на 100 тыс. детского населения), Беднодемьяновском (123 случая на 100 тыс. детского населения), Бессоновском (153 случая на 100 тыс. детского населения), Каменском (113,7 случая на 100 тыс. детского населения), Нижнеломовском (98,8 случая на 100 тыс. детского населения) районах.

Среди районов с наиболее благоприятными показателями следует отметить Лунинский, Башмаковский и Белинский районы.

Четкой зависимости показателей распространенности СД у детей от уровня радиоактивной зараженности по Пензенской области не выявлено, поскольку среди районов со значительной плотностью заражения радионуклеидами наблюдаются как высокие показатели распространенности СД (Пензенский, Бессоновский районы), так и низкие (Башмаковский, Земетчинский, Лунинский). В то время как встречаются районы с низким радиационным фоном, но с высокой распространенностью (Вадинский, Беднодемьяновский, Каменский, Нижнеломовский).

Очевидна необходимость дальнейшего изучения воздействия факторов окружающей среды на организм человека, как одного из важнейших триггеров при возникновении сахарного диабета I типа.

## ВИД АНЕСТЕЗИИ И ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ АНЕМИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

В.В. Дубровская

МУЗ Городской родильный дом № 1,
г. Пенза

Анемия является серьезной экстрагенитальной патологией акушерской практики. Распространенность железодефицитной анемии среди беременных в развивающихся и развитых странах составляет 35-75% и 18% соответственно. В России в 2003 году анемия диагностирована у 41,8% беременных женщин. Истинная анемия в отличие от анемии разведения (физиологической гемодилюции беременных) вызывает тканевую гипоксию матери и плода и приводит к патологии беременности, родов и послеродового периода: развитию гестоза, внутриутробной задержке развития плода, нарушению сократительной деятельности матки в родах, увеличению частоты инфекционных осложнений дородового и послеродового периода, снижению репарационных способностей тканей после малых и больших акушерских операций, угнетению активности всех органов роженицы, в том числе ментальной функции, нарушению выраженности мотивационного материнства.

Проведен анализ частоты развития анемии после 252 операций кесарева сечения, выполненных в родильном доме в течение года в условиях комбинированной спинально-эпидуральной анестезии (КСЭА) и многокомпонентного эндотрахеального наркоза с искусственной вентиляцией легких (ЭН). Изученные клинические случаи были однородны по срокам родоразрешения, показаниям к операции и ее методу, а также по характе-

ру патологии беременности и сопутствующим заболеваниям. Критерием анемии служило определение ВОЗ, согласно которому анемия диагностируется при значениях гемоглобина ниже 110 г/л во время беременности и ниже 100 г/л в первую неделю послеродового периода. Выявленные изменения отражены в таблице 1.

Таблица 1 – Показатели развития и усугубления анемии после операций кесарева сечения в зависимости от вида анестезии

| Вид анестезии | Наличие исходной анемии | Исходный уровень гемоглобина Me (25%; 75%) | Конечный уровень гемоглобина Me (25%; 75%) | Утрата гемоглобина, % Me (25%; 75%) | Частота развития анемии | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Абс. | % |
| Комбинированная спинально-эпидуральная | Отсутствие исходной анемии | 119(115; 120) | 93 (89; 98) | 20 (18; 22) | 4 из 82 | 4,9 |
| Эндотрахеальный наркоз | | 117(110; 120) | 92 (88; 97) | 21 (15; 25) | 15 из 132 | 11,4 |
| Комбинированная спинально-эпидуральная | Наличие исходной анемии | 99 (94; 103) | 87 (83; 90) | 12 (12; 13) | 2 из 13 | 15,4 |
| Эндотрахеальный наркоз | | 105(102; 108) | 90 (85; 95) | 14 (9; 19) | 5 из 25 | 20,0 |

Из таблицы 1 видно, что при отсутствии и наличии исходной анемии частота развития и усугубления анемии после операций кесарева сечения, выполненных в условиях КСЭА ниже, чем выполненных в условиях ЭН: 4,9% против 11,4% и 15,4% против 20,0% соответственно.

Предполагают следующие причины анемии раннего послеродового периода: 1) утрата объема циркулирующих эритроцитов в результате а) кровопотери, б) стимуляции апоптоза эритроцитов медиаторами воспаления; 2) снижение продукции эритроцитов в результате а) недостаточности пластического материала для кроветворения (железо, белки, ферменты) из-за его исходного дефицита, неадекватного алиментарного поступления, кровопотери в родах, послеоперационного катаболизма, б) блокады компонентов эритропоэза (железо, эритропоэтин) медиаторами воспаления.

Регионарная анестезия сопровождается расширением периферических артерий и вен в области действия блока, что проявляется более низким, чем при общей анестезии, средним артериальным давлением, центральным и периферическим венозным давлением и, следовательно, более низкой кровоточивостью. Искусственная вентиляция легких при общей анестезии в отличие от самостоятельного дыхания при регионарной ане-

стезии, увеличивая внутригрудное и центральное венозное давление, снижает венозный возврат и повышает периферическое венозное давление, способствуя увеличению кровопотери. Кроме того, для акушерской практики имеет значение релаксирующее влияние ингаляционных анестетиков на маточный тонус, в результате чего нарушается остановка кровотечения из сосудов плацентарной площадки.

Регионарная анестезия, являясь методом упреждающей анальгезии, способна в большей степени, чем общая анестезия ослабить ответ на ноцицептивную информацию с очага повреждения ткани, снизив тем самым боль, гипердинамические реакции сердечно-сосудистой системы, уровень острофазовых белков, выраженность катаболического метаболизма.

*Вывод*. Можно предположить, что меньшая частота развития анемии в послеоперационном периоде после операций кесарева сечения, выполненных в условиях комбинированной спинально-эпидуральной анестезии по сравнению с многокомпонентным эндотрахеальным наркозом с искусственной вентиляцией легких, объясняется: 1) меньшей кровопотерей; 2) более адекватным уровнем обезболивания и антиноцицепции, снижающим агрессивность послеоперационного воспаления.

## ВАРИАНТ КОМБИНИРОВАННОЙ СПИНАЛЬНО-ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

В.В. Дубровская, Н.Н. Гумельник

МУЗ Городской родильный дом № 1,
г. Пенза

Многократное увеличение частоты абдоминального родоразрешения во всем мире оставляет актуальной проблему поиска наиболее оптимальных методов обезболивания при операции кесарева сечения. В России традиционной методикой является общий многокомпонентный наркоз с искусственной вентиляцией легких. В США, Великобритании наибольшей популярностью пользуются методы регионарной анестезии. В ряде клинических центров России (Петрозаводск, Саратов) в настоящее время стандартом анестезиологического пособия при операции кесарева сечения является методика спинальной анестезии.

*Цель исследования* состояла в разработке приемлемой для конкретного родильного дома методики спинальной анестезии. Разработанная и применяющаяся в нашем родильном доме методика комбинированной спинально-эпидуральной анестезии (КСЭА) состоит из следующих компонентов:

1. Премедикация традиционная с обязательным включение холинолитика;

2. Собственно КСЭА производится двусегментарным доступом в положении пациентки на левом боку. Пункция эпидурального пространства проводится на уровне ThXI-LII иглой Tuohy G 18, последовательно с интервалом в 5 минут вводится 2 мл 2% раствора лидокаина в качестве тест-дозы и 0,4 мл 1% раствора морфина гидрохлорида с целью послеоперационного обезболивания. Пункция субарахноидального пространства проводится на уровне LII-III – LIII-IV иглой Crawford G22-27, с целью интраоперационного обезболивания вводится анальгетическая смесь, приготовляемая ex tempore в асептических условиях из 0,5-0,7 мл 10% раствора лидокаина, 0,3-0,5 мл 0,005% раствора фентанила, 1,2-1,8 мл физиологического раствора. Общий объем анальгетической смеси, 2,0-3,0 мл, определяется длиной позвоночного столба, т.е. ростом пациентки;

3. Седация и парентеральное потенцирование регионарной анестезии с целью профилактики позиционного дискомфорта и рефлексогенных вагусных реакций на этапах ревизии брюшной полости и ушивания брюшины проводится внутривенным введением остатков наркотических анальгетиков и диазепама;

4. Профилактика гипотензии и краниального распространения анальгетической смеси осуществляется следующими методами: 1. Поднятие головного конца операционного стола после поворота пациентки на спину; 2. Ротация операционного стола или подкладывание валика под правую поясничную область пациентки; 3. Проведение инфузионной терапии, достигающей объема 800 мл к моменту извлечения плода. 4. Болюсное введение 0,5 мл 0,01% раствора мезатона в общей дозе, обычно не превышающей 0,2 мг;

5. Послеоперационное обезболивание проводится ненаркотическими анальгетиками в общетерапевтических дозах.

Очевидными преимуществами описываемого метода комбинированной спинально-эпидуральной анестезии по сравнению с общим многокомпонентным наркозом с искусственной вентиляцией легких при операции кесарева сечения являются:

1. Меньшая медикаментозная агрессия на мать и дитя;
2. Сохраненное самостоятельное (физиологическое) дыхание;
3. Сохраненное сознание пациентки – фактор, определяющий возможность тактильного, вербального, эмоционального контакта мать-дитя сразу после извлечения плода;
4. Физическая и психо-эмоциональная удовлетворенность пациентки;
5. Ранняя активизация пациентки в послеоперационном периоде;

6. Меньшее количество использующихся в периоперационном периоде наркотических анальгетиков;
7. Меньшая стоимость;
8. Меньшая загруженность персонала.

## ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II ТИПА В АНАЛИЗЕ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Е.А. Дудукина, И.П. Татарченко, Н.В. Позднякова

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

Сахарный диабет (СД) является независимым фактором риска ишемической болезни сердца (ИБС), при этом Американская кардиологическая ассоциация с учетом высокого риска сосудистых осложнений при СД типа II причисляет его к сердечно-сосудистым заболеваниям. Нарушение функционального состояния эндотелия рассматривается как важнейший самостоятельный фактор риска развития хронической коронарной недостаточности (ХКН). Дисфункция эндотелия является ключевым моментом в развитии некоторых проявлений сахарного диабета (СД) и главной причиной сопутствующих сосудистых осложнений данного заболевания.

*Цель исследования* заключалась в изучении функциональных особенностей эндотелия и определении значимости дисфункции эндотелия в анализе эпизодов ишемии у больных сахарным диабетом II типа.

*Материал и методы*

В исследование включено: I группа – 35 больных с ИБС и СД, II группа – 35 человек с ИБС без признаков нарушения углеводного обмена (группа сравнения). Комплекс обследования включал клинико-лабораторные исследования, электрокардиографию, велоэргометрию, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), эхокардиографию. Функциональное состояние эндотелия определялось с помощью дуплексного сканирования плечевой артерии во время пробы с активной гиперемией.

*Результаты*

По данным ХМ ЭКГ эпизоды депрессии ST сегмента зарегистрированы у 32 больных I группы (ИБС+СД). У 15 из 32 больных отмечены сочетание болевых эпизодов ишемии миокарда (БЭИМ) и периодов безболевой ишемии миокарда (БИМ). У 8 из 32 больных выявлены в соответствие с дневниковой записью только эпизоды БИМ, суточная продолжительность периодов БИМ у данной категории пациентов составила – 40,6±10,4 мин при среднем количестве эпизодов за сутки – 4,5±1,2. Во II

группе (больные с ИБС) эпизоды БИМ регистрировались у 12 пациентов, в 9 случаях из которых периоды БИМ сочетались с ЭБИМ.

В группе больных ИБС+СД исходный диаметр плечевой артерии составил 4,2±0,18 мм, после теста с реактивной гиперемией у 25 пациентов прирост диаметра плечевой артерии не превысил 6%, что значимо ниже в сравнении с аналогичным показателем группы контроля (больные с ИБС): исходное значение – 4,36±0,18 мм, после теста с реактивной гиперемией – 5,2±0,12 мм, $p<0,05$. У 9 из 25 пациентов I группы (ИБС+СД) разница диаметра плечевой артерии во время пробы не более 4%, у всех пациентов регистрировались эпизоды БИМ, причем в 6 случаях только эпизоды БИМ, 3 – сочетания БИМ и БЭИМ. У больных с признаками эндотелиальной дисфункции чаще регистрировались эпизоды БИМ – 4,6±1,1 в сравнении с пациентами с сохраненной вазомоторной функцией эндотелия (0,9±0,5), $p<0,05$, более выражена суточная продолжительность периодов БИМ – 42,8±11,9 мм и 12,2±4,3 мин.

Таким образом, данные наших исследований показывают, что у больных ИБС и сахарным диабетом снижена эндотелийзависимая вазодилататорная реакция, нарушение функционального состояния эндотелия сосудов коррелирует с частотой регистрации и продолжительностью эпизодов безболевой ишемии миокарда.

## ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ФЛЮОРОЗОМ ПРЕПАРАТОМ «КАЛЬЦИЙ Д3»

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

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

Флюороз является системным заболеванием, при котором отмечается не только поражение зубов, но и нарушение минеральной плотности костной ткани.

С целью выявления характера костной патологии и разработки методов ее лечения нами было проведено исследование минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у 180 школьников с флюорозом зубов. Исследование проводили с использованием рентгеновского абсорбционного денситометра DTX-100 (Osteometr, Дания).

*Целью исследования* являлось выявление зависимости между диетой, употреблением препаратов кальция и витамина Д у детей с различными формами дентального флюороза и характером костной патологии. Разра-

ботка на основе полученных результатов методов профилактики и лечения остеопений при флюорозе.

Все обследуемые были выделены в 3 группы: к группе 1 (систематически получавших кальций и витамин Д в дозе 400-500МЕ/сут) были отнесены те дети, в рационе которых ежедневно присутствовало молоко – не менее 400 мл, а также другие виды молочных продуктов. Школьники, которым была проведена профилактика рахита в детстве с использованием витамина Д, и которые получали его в последующие годы жизни (в комплексе с препаратами кальция). У школьников этой группы по данным остеометрии регистрировалась нормальная (0,6%) или увеличенная минеральная плотность костной ткани (10,6%) (МПКТ). При этом у всех детей данной группы флюороз зубов проявлялся в очень слабой и слабой формах.

В группу 2 (не регулярно получавшие кальций и витамин Д) вошли подростки, в рационе питания которых молочные продукты появлялись лишь эпизодически (несколько раз в неделю). Им была проведена профилактика рахита в детстве. Они получали минералосодержащие поливитамины с периодичностью 1 раз в 2-3 года. По данным денситометрии у детей этой группы чаще всего отмечались нормальные или пониженные показатели МПКТ. Дентальный флюороз протекал чаще в очень слабой, слабой (нормальные показатели МПКТ у 23,8% подростков, уменьшение МПКТ у 1,7% школьников) и умеренной (нормальные показатели МПКТ у 10,6%, остеопения у 22,2%) формах.

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

С целью лечения остеопении детям 3 группы был назначен препарат «Кальций $Д_3$».

Прием данного препарата продолжался регулярно месячными курсами с последующим месячным перерывом на протяжении шестидвенадцати месяцев, после чего всем школьникам было повторно проведено денситометрическое исследование костной ткани.

В результате исследования было выявлено увеличение МПКТ после назначения препарата «Кальций Д3».До лечения МПКТ составила 85,8±5,0%, после лечения 96,0±2,0% ($p<0,05$).

*Выводы*

1. Прием препарата «Кальций Д3» при остеопении способствуют нормализации МПКТ.

2. Поступление в организм ребенка, проживающего в местности с повышенным содержанием фтора, оптимальных количеств кальция и витамина Д предотвращает развитие более тяжелых форм дентального флюороза.

## АУРИКУЛЯРНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАННИХ СТАДИЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

В.С. Животощук, О.К. Командирова, Р.Х. Ильясов, Е.В. Кондратьева

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

Артериальная гипертензия (АГ) и ожирение являются патогенетически связанными проблемами. Сочетание артериальной гипертензии с избыточной массой тела находится в центре внимания современной медицины, так как по данным Всемирной организации здравоохранения у 30% жителей планеты имеется избыточный вес. В России избыточный вес имеют 60% населения, а 2% страдают от ожирения (Е.И. Чазов, А.А. Мартынова и др., 2005).

АГ при ожирении встречается в 6 раз чаще, чем у лиц с нормальной массой тела. Результаты исследований последних лет показывают, что увеличение индекса Кетле является не только фактором риска развития АГ, ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, но и мозгового инсульта. Увеличение массы жировой ткани на 10% приводит к среднему увеличению артериального давления (АД) на 6,4 мм.рт.ст. В настоящее время, клинически доказанным является тот факт, что снижение массы тела, в среднем, на 4,5 кг может сопровождаться снижением систолического артериального давления (САД) на 9,1 мм.рт.ст., а диастолического артериального давления (ДАД) — на 8,6 мм.рт.ст. (В.С. Моисеев, И.Е. Чазова и др., 2005).

*Целю настоящей работы явилось*:

Изучить возможности аурикулярной рефлексотерапии в комплексном лечении ранних стадий артериальной гипертензии у больных с избыточным весом.

*Материалы и методы исследования*

Было обследовано 72 больных АГ легкой и умеренной степени тяжести (согласно классификации АГ ВОЗ/МОАГ, 1999) с избыточной массой тела (46 женщин и 26 мужчин в возрасте от 19 до 46 лет). Стаж заболевания у обследуемых больных был от 3 до 5 лет. Избыточный вес у пациентов оценивался по значениям индекса массы тела (индекс Кетле) и находился у данной группы больных в пределах от 28,2 до 34,3 кг/м$^2$, при нормальных значениях ИМТ от 18,5 до 25 кг/м$^2$.

К первой степени артериальной гипертензии были отнесены 29 (40,3%) больных без клинически значимых поражений органов-«мишеней». Цифры АД у больных этой группы колебались в пределах 140-159 мм.рт.ст. на 90-99 мм.рт.ст.

Во вторую группу со второй степенью АГ были включены 43 (59,7%) больных с признаками поражения органов-«мишеней»: гипертрофия левого желудочка, ангиопатия сосудов глазного дна и бульбарной коньюнктивы, периодическая микроальбуминурия и креатинурия. До лечения АД у этих больных было стойко повышенным и соответствовало 160-179 мм.рт.ст. на 100-109 мм.рт.ст.

Обследование больных проводилось по специальной программе. В нее вошли: общепринятое клиническое исследование, антропометрическое обследования больных (с определением индекса массы тела по Кетле), специальное анкетирование по программе обследования больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (РКНПК, 2000), ежедневный трехкратный мониторинг АД. Кроме того, у всех больных исследовалось состояние основных классических меридианов по методу Накатани в динамике на компьютерном комплексе ДИАКОМС-7. Именно этот вид исследования состояния всех классических меридианов позволил выявить скрытые формы отклонений в биоэнергетике меридианов, регулирующих функции основных жизненно важных систем организма, ранее всего поражаемых при АГ еще задолго до клинической манифестации самого заболевания.

Общепризнанной методикой лечения избыточного веса в рефлексотерапии является аурикулярная рефлексотерапия, при которой используется не более 3-5 акупунктурных точек (55,84,87,98,18 и др.). По предложенной нами методике, с помощью функциональных проб у обследуемых больных определялось доминантное полушарие и производился инструментальный дифференцированный отбор акупунктурных точек ушной раковины из числа наиболее часто используемых при лечении этого вида патологии. Аурикулярные точки для иглорефлексотерапии были разделены на две группы: ключевые БАТ – 55, 17, 18, 22, 82, 28, 95, 98, 87 и точки вспомогательной коррекции – 34, 84, 13, 29 и др. (в соответствии с Международной классификацией).

Лечение больных ранних стадий АГ с избыточным весом методом корпоральной иглорефлексотерапии (КИРТ) проводилось один раз в день в течение 5 сеансов с ежедневным подкреплением аурикулярной микропролотерапии на дому с помощью микроигл. После 5-7 сеансов акупунктуры лечение проводили через день до 12 сеансов. Аурикулярная микроиглотерапия проводилась под контролем доминантных тригерных точек, которые являлись точками выбора с наиболее полным клиническим эффектом. Включение в сеанс лечения корпоральной рефлексотерапии преследовало своей целью воздействие на БАТ меридианов с наибольшим отклонением в системе Риодораку с тем, чтобы смягчить симптомы вегетативной дисфункции висцеральных органов: чувство голода, дискомфорта в нижних этажах живота, усиленной перистальтики, метеоризма, нарушение сна, снятие тревоги и др. Аурикулярные акупунктурные точки второго плана подключались для ИРТ в соответствии с динамикой основных жалоб больного, сопутствующих течению АГ. Больные обучались программе подкрепления режима воздействия микроигл на дому и осуществляли ее самостоятельно.

Так как основным фактором, приводящим к формированию избыточного веса в организме человека, является изменение пищевого поведения, обследуемым больным дополнительно давались рекомендации по соблюдению низкокалорийной диеты, изменения пищевых привычек, посещения занятий лечебной гимнастики с увеличением дневной физической нагрузки.

Проведенное исследование показало, что уже в течение первой недели лечения у абсолютного большинства обследуемых больных было отмечено снижение уровня САД в среднем на 15-20 мм.рт.ст. В течение второй недели САД снизилось только на 5-7 мм.рт.ст. В течение третьей недели у некоторых больных (15%) отмечалось снижение САД на 10-15 мм.рт.ст. Динамика ДАД была более ригидной. ДАД начало снижаться на 3-6 мм.рт.ст. только со второй половины второй недели лечения (у 76% больных). У 24% больных ДАД оставалось без изменений в течение всего курса лечения. Обращает на себя внимание тот факт, что снижение веса у больных за 2 недели лечения обычно не превышало, в среднем, 10% от исходного уровня. Окончательная оценка результатов лечения проводилась в конце 1 месяца, через 3 месяца и спустя 6 месяцев после проведения 3-х курсов комплексной рефлексотерапии.

Таким образом, проведенное исследование показало, что дифференцированный выбор биологически активных точек для проведения курса рефлексотерапии с целью снижения АД или его нормализации, позволяет уже в течение 1-2 недели добиться его снижения в среднем на

12% от исходного уровня у абсолютного большинства больных АГ с избыточным весом.

При этом больные легко переносят ограничения в приеме пищи и соблюдение низкокалорийной диеты. На фоне проведенного лечения, у обследованных больных улучшилось психоэмоциональное состояние: улучшилось общее самочувствие, уменьшилась тревожность, повысилась работоспособность, улучшились сон и адаптация к внешним раздражителям и др. Уменьшились или ушли основные клинические проявления заболевания: головная боль, головокружение, расстройства зрения и слуха, уменьшились приступы кардиалгий, аритмий, одышки и др.

## РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ СНА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

В.С. Животощук, О.К. Командирова, И.В. Животощук,
Г.И. Жарков, Н.Ю. Левкова

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Пенза

Гипертоническая болезнь (ГБ) является одним из самых распространенных заболеваний жителей России. Этим заболеванием страдают до 30% населения, что составляет примерно 42 млн. человек (И.Е. Чазова, 2002; Ю.Н. Беленков, Р.Г. Оганов, 2004; S.Winner, 2001). ГБ у лиц моложе 45 лет протекает с ранним вовлечением в процесс органов, имеющих прямое отношение к сердечно-сосудистой системе, что определяет развитие осложнений и неблагоприятный прогноз заболевания. Несмотря на достигнутые успехи в лечении этого заболевания, риск развития тяжелых сердечно-сосудистых осложнений все еще остается достаточно высоким, а эффективность лечения – по-прежнему низкой (Г.А. Рогачев, 2001; Н.В. Дуруда, 2002; В.А. Разин, 2004; J. Flack et al., 1995; WHO-MONICA Project, 1997 и др.).

Среди причин неэффективного лечения ГБ еще в прошлом столетии большое значение придавалось различным видам нарушения сна – инсомниям. В ходе эпидемиологического исследования нарушений сна в России было показано, что около 53% больных ГБ имеют те или иные виды инсомний (В.В. Константинов, 1994; С.П. Миронов, О.П. Щепин, 1998). Кроме того, в настоящее время имеются данные, что ряд гипотензивных препаратов, принимаемые больными ГБ, могут неблагоприятно воздействовать на соотношение процессов сна и бодрствования (I.M. Anderson, R. Collins, Mac Mahon S., 1994; C. Bardage, 2000). А.Б. Смулевич (2000), Е.

Paran (2000) у больных ГБ констатировали побочные эффекты, оказываемые на ЦНС ß-адреноблокаторами, в виде бессонницы, быстрой утомляемости, общей усталости, депрессии и др.

*Цель данной работы*: используя методы немедикаментозной терапии ГБ (корпоральную и аурикулярную иглорефлексотерапию), попытаться создать акупунктурную рецептуру лечения наиболее часто встречающихся форм нарушений сна, исключив прием больными фармакологических средств.

*Материалы исследования*. Нами проведено комплексное обследование 125 больных (91 женщина и 34 мужчины) с легкой и умеренной степенью артериальной гипертонией, согласно классификации ВОЗ/МОАГ, 1999. Возраст обследованных больных был от 18 до 45 лет со стажем заболевания ГБ – от 3-х до 5-и лет. К первой степени ГБ были отнесены 72 больных без клинически значимых поражений органов-«мишеней». Со второй степенью ГБ наблюдались 53 человека с признаками поражения органов-«мишеней»: гипертрофия левого желудочка, ангиопатия сосудов глазного дна и коньюктивы, микроальбуминурия и креатинурия.

Специальное обследование выявило, что у 52% больных на самых ранних этапах развития гипертонической болезни имелись жалобы на расстройства сна, при чем у 34,4% пациентов из их числа расстройства сна отмечались еще до развития ГБ. Нами были выделены три основных вида инсомний у больных ГБ: трудности засыпания, сон с пробуждениями и сон с тревожными сновидениями, которые обычно оставляли после себя дискомфорт в течение всего дня. Кроме того, наутро обследованные больные обычно испытывали раздражительность, разбитость и подавленное настроение; в течение рабочего дня самочувствие больных несколько улучшалось, но к вечеру утомляемость и раздражительность вновь усиливались. Среди факторов, отмечаемых пациентами, в качестве ведущих причин в возникновении нарушений сна, были: жизненные трудности (32%), стресс (28%), различные заболевания (24%), храп (8%), избыточная двигательная активность во сне (5%) и другие причины (3%).

Обследование больных ГБ проводилось по специальной программе. В нее вошли: общепринятое клиническое обследование больных, специальное анкетирование с анализом нарушений сна по программе обследования больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, ежедневный трехкратный мониторинг АД, компьютерное исследование основных классических меридианов по методу Накатани в динамике на компьютерных комплексах ДИАКОМС-7 и ДИАБАТ 2000, термо- и электрометрия биологически активных точек ушной раковины. Именно этот вид исследования позволил выявить скрытые формы отклонений в биоэнергетике классических мери-

дианов, прямо или косвенно влияющих на регуляцию функциональных расстройств сердечно-сосудистой системы с нарушением сна.

С целью выявления основных форм инсомний у обследованных больных использовалась анкета оценки субъективных характеристик качества сна, разработанная в Московском сомнологическом центре (А.М. Вейн, Я.И. Левин, 1998). Анкета включала в себя 16 вопросов, относящихся к различным фазам ночного сна (от периода засыпания до утреннего пробуждения) и варианты ответов на них. Ответы оценивались по балльной системе: 22 и более балла свидетельствовали об отсутствии нарушений сна, 19-21 балл – пограничное состояние, 19 баллов и ниже оценивались как стационарная инсомния.

Исследование классических меридианов у больных ГБ по Накатани выявило наиболее частые отклонения в электрометрических показателях следующих меридианов: мочевого пузыря (V), желчного пузыря (VB), перикарда (MC), меридиана сердца (C), меридиана легких (P), почек (R); реже – тонкой кишки (Jg), поджелудочной железы и селезенки (RP), печени (F), тройного обогревателя (TR) и др.

Ориентируясь на данные традиционного обследования меридианов и отклонения по Риодораку, составлялась рецептура акупунктурного воздействия на биологически активные точки (БАТ) по локально-сегментарному принципу. Со 2-3 сеанса лечения в схему корпоральной иглорефлексотерапии (КИРТ) включалась пролонгированная аурикулярная микроиглотерапия с обучением больных ГБ самостоятельному методу подкрепляющего воздействия на БАТ за 15-20 мин до сна.

Ключевыми акупунктурными точками (АПТ) для лечения больных ГБ с трудностями при засыпании (1-я группа больных) были: RP4, RP5, C5, C7, P5, P7, R4, R7, MC6, F2; вспомогательными АПТ: J3, J4, J6, T14, T20, PC3, PN62; точками общего действия: E36, GI4, VB34. Использовались аурикулярные точки (АТ): AT13, AT19, AT25, AT34, AT55, AT59, AT95, AT105. У больных ГБ с частыми пробуждениями (2-я группа) в качестве ключевых АПТ применялись: Jg7, Jg8, TR5, TR10, V13, V15, V62, VB14, VB40, VB41, E40, E42; вспомогательные АПТ: T14, T20, T24, J12, J16, J17, PC2, PC7, PN78; точки общего действия: Jg4, TR5, V60, VB54, E36; аурикулярные БАТ: AT12, AT21, AT28, AT35, AT45, AT51, AT59, AT87, AT100. В 3-й группе больных ГБ с нарушениями сна (сон с тревожными сновидениями) использовались следующие ключевые АПТ: V58, V62, VB39, VB41, E15, E40, E42, F2, F5, F14, P5, P7; R2, R7, RP5, RP6, RP21, MC2, MC7, C3, C5; вспомогательные АПТ: J4, J6, J14, T12, T14, T18, PC3, PC137, PC170; точки общего действия: RP6, C7, E36, R6, F3, MC6, VB34; аурикулярные БАТ: AT19, AT22, AT23, AT28, AT32, AT35, AT51, AT55, AT82, AT100.

Как отмечают все обследованные больные, уже с 3-го сеанса КИРТ качество сна у них улучшилось по следующим показателям: у больных 1-й группы длительность сна увеличилась, в среднем, на 1-1,5 часа; количество просыпаний у больных 2-й группы сократилось до 1-2 раз, в основном, к утру; быстрота засыпания и полное исчезновение симптомов у больных 3-й группы были отмечены у 27,2%, у остальных больных эти симптомы были более стойкими, но их влияние на качество жизни в течение дня значительно уменьшилось. К 7-й процедуре сны сохранились лишь у 6,4% больных, но они носили менее тревожный характер и практически не беспокоили больных.

После проведения 2-х недельного курса лечения инсомний комбинированной рефлексотерапией (12 сеансов), у некоторых обследуемых больных лечебный эффект был не достаточно стойким (19,2% от общего числа больных). Этим больным назначалась поддерживающая аурикулярная пролонгированная микроиглотерапия с самостоятельным подкреплением по индивидуально разработанным рецептам акупунктурного воздействия в амбулаторном режиме сроком на 4-5 недель с посещением врача 1 раз в неделю.

Проведенное лечение показало, что использование методов рефлексотерапии (РТ) позволяет достаточно быстро улучшить качество сна у большинства обследованных больных ГБ (86,4%). Кроме того, РТ позволяет избавить больных от необходимости каждодневного приема снотворных средств, которые в большинстве случаев оказывают неблагоприятное воздействие на трудовую деятельность в течение дня, снижают жизненный тонус, внимание и настроение. Рациональное сочетание точек, используемых для лечения сна, и акупунктурная коррекции 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.

Нарушение сна 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 обусловливает актуальность поиска новых путей немедикаментозной терапии нарушений сна у больных гипертонической болезнью.

# К ВОПРОСУ О РИНОСИНУСОГЕННЫХ ВЕРТЕБРАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ

Ю.И. Заика

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

В свете современных представлений позвоночник рассматривается вместе с иннервирующими его центральной и периферической нервной и сосудистой системами как единая функциональная биологическая система (Я.Ю. Попелянский, 1989, 1997; В.П. Веселовский, 1991; И.Р. Шмидт, 1992; Г.А. Иваничев, 1997; Ф.А. Хабиров, 2001 и др.). Значение хронического риносинусита (ХРС), как достаточно часто встречающегося заболевания (Г.М. Микина, Г.Г. Горюнов, 1996; В.В. Елистратов и соавт., 1996; Y. Hamaguchi et. al., 1982 и др.) и имеюшего тенденцию к росту частоты встречаемости (С.З. Пискунов и соавт., 1995; Т.С. Полякова и соавт., 1997 и др.), в патологии позвоночника – проблема пока не изученная, хотя определенные указания на актуальность вопроса, имеются. Среди теорий этиологии остеохондроза позвоночника отмечается инфекционно-аллергическая (В.П. Веселовский, 1991; Ф.А. Хабиров, 2001 и др.). Я.Ю. Попелянский (1997) обнаружил, что среди больных с поражением верхнешейного отдела позвоночника до 70% случаев в анамнезе или в статусе имеется хронический тонзиллит.

Нами ранее отмечено, что ХРС является актуальным патогенирующим фактором в генезе у взрослых позвоночного остеохондроза и спондилоартроза (Ю.И. Заика, 2003, 2005). Под воздействием этого фактора первоначально поражается шейный отдел позвоночника. У детей под влиянием ХРС нами отмечалось блокирование верхнешейного отдела позвоночника (Ю.И. Заика, 2003). Однако при дальнейшем изучении вопроса оказалось, что данный перечень поражений не исчерпывается вышеупомянутым. С этой целью нами обследовано группа детей (29 пациентов) в возрасте от 4 до 15 лет, которые были направлены на консультацию по поводу гипермобильности шейного отдела позвоночника. Из актуальных причин у 19 (12 мальчиков и 7 девочек) из обследуемых оториноларингологом был выставлен ХРС, а у 5 из них в сочетании с хроническим тонзиллитом. Верификация поражений позвоночника проводилась на основании анамнеза, данных вертеброневрологического статуса и результатов рентгенологического исследования. Функциональные биомеханические нарушения определялись с помощью мануальной диагностики (В.П. Веселовский, 1991; К. Левит и соавт., 1993; Г.А. Иваничев, 1997 и др.). Она

включала в себя оценку положения частей тела и позвоночника с учетом физиологических изгибов, активных и пассивных движений, пальпации, для определения тонуса мышц, наличия уплотнений и триггерных пунктов, положения выступающих частей позвонков и др. Оценку биомеханики осуществляли, в положении больных стоя, сидя и лежа. При рентгенологическом исследовании осуществляли обзорную рентгенограмму, в том числе и верхнешейного отдела позвоночника, и функциональные пробы в положении максимального сгибания и разгибания.

При клиническом обследовании оказалось, что боли в области позвоночника выявлены у всех пациентов. Пальпаторно алгии в шее выявлены на стороне ХРС у 52,6% и с двух сторон у 47,4% пациентов. У 21,1% исследуемых отмечалась болезненность в грудном и у 38,8% в поясничном отделах позвоночника.

В шейном отделе позвоночника биомеханические нарушения определены у всех пациентов. На верхне- или среднешейном уровнях, отмечалась гипермобильность которая сопровождалась блокированием в смежном отделе. В 100% случаев болезненность и двигательные нарушения отмечались в краниоцервикальных суставах. На средне- и нижнешейном уровнях болезненность межпозвонковых суставов наблюдалась реже (9 случаев) и еще меньше остистых отростков. У части пациентов отмечалось наблюдалось напряжение и болезненность нижней косой мышцы головы, а также точек позвоночной артерии, алгии и тоническое напряжение передней лестничной мышцы и др. В зонах блоков паравертебрально отмечалась гипестезия или гиперестезия и другие симптомы. Характерна, хотя и в меньшем числе наблюдений, болезненность остистых отростков и паравертебральных структур в грудном и поясничном отделах. Практически у всех больных выявлены триггерные точки, располагающиеся в паравертебральных мышцах, межпозвонковых суставах, связках.

Клинически в 36,8% случаях отмечался цервикокраниалгический синдром. Краниалгии носили пароксизмальный и перманентно-пароксизмальный характер течения. Такого рода нарушения, вероятнее всего, генерировались как вертеброгенной, так и риногенной патологий. У части пациентов отмечались признаки синдрома нижней косой мышцы головы, передней лестничной мышцы и некоторые другие рефлекторные синдромы. В 2 наблюдениях выявлены боли в височно-нижнечелюстном суставе.

Механизмов, лежащих в основе исследуемой проблемы нам видится несколько. Имеют существенное значение иммунные и аллергические нарушения. Слизистая оболочка полости носа и околоносовых пазух, по литературным данным, играет значимую роль в состоянии иммунного статуса и аллергических реакций организма (Н.А. Арефьева и соавт., 1999; Т.П.

Маркова и соавт., 1999). При ХРС описаны разнообразные нарушения иммунитета и возникновение аллергии и обращается внимание на необходимость коррекции их (Е.М. Зеленкин и соавт., 2000; Л.Ф. Азнабаева и соавт., 2001 и др.).

Не умаляя значения вышеотмеченных моментов, следует обратить внимание на второй, не менее важный – рефлекторный механизм. Многочисленные литературные источники свидетельствуют, о том, что слизистая носа и его придаточных пазух является значительной рефлексогенной зоной, оказывающей существенное влияние на деятельность головного мозга и многих других органов и систем (Д.Г. Шеффер, 1971; В.А. Спокойная, 1978, 1988; П.А. Тимошенко и соавт., 1987; Н.С. Благовещенская, 1990; Ю.И. Заика, 1990; Е.Г. Дубенко, 1991 и др.).

Возникающие нарушения деятельности нервной системы под воздействием патологической афферентации, могут сказаться неблагоприятно также и на позвоночнике. Под ее воздействием возникает изменение мышечного тонуса. Возникшая мышечная гипотония является одним из факторов, влияющих на деятельность опорно-двигательного аппарата. В частности возникают изменения подвижности в позвоночнике, суставах, вертебральные деформации и др. В зависимости от степени выраженности, локализации, распространенности эти изменения могут проявляться от едва заметных до ярких. Сама по себе афферентация особенно значима в случаях, когда имеется определенная предуготованность, неполноценность ЦНС, опорно-двигательного аппарата, систем, ведающих трофическими процессами в организме. Вероятно, в этих случаях регуляторная несостоятельность ЦНС является доминирующим фактором. Не случайно В.П. Веселовский (1991) отмечал, что у пациентов с мышечно-тоническими симптомами остеохондроза позвоночника до 80% имеются в анамнезе перенесенные заболевания ЦНС.

Таким образом, ХРС, являясь актуальным фактором в генезе вертебральной патологии. В результате у детей вызывает не только блокирование но и гипермобильность в шейном отделе позвоночника, которые сопровождаются вертеброневрологической симптоматикой. Совершенно очевидно, что данная проблема нуждается в дальнейшем изучении.

# АЛГОРИТМ ПИТАНИЯ ПЛОДА И РЕБЕНКА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА И УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА

А.И. Зивенко, Н.С. Карташева, С.Л. Тузов,
А.В. Котовский, Л.А. Мусатова

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Пенза

В педиатрии нет более важной проблемы, чем питание плода и вскармливание ребенка грудью. Этот процесс является подсистемой мать-плод-ребенок. Базисом такого заключения являются наши знания о единстве формирования двух организмов – матери и ребенка. Именно физиологически протекающая беременность обеспечивает нормальное питание плода, созревание его многих систем и тем самым гарантирует безболезненный постнатальный период.

Профилактическая направленность практики семейного врача и участкового педиатра в рамках реформирования здравоохранения обосновывает серьезный подход к вскармливанию детей, особенно первого года жизни. Кафедра поликлинической педиатрии впервые систематизировала фактическое положение питания плода и ребенка. Систематизация дает основание с одной стороны рассматривать систему питания как единое целое, а с другой – практическому врачу видеть целый комплекс профилактических направлений по сохранению физиологического питания ребенка на радость родителей.

Предложенный вариант систематизации представляем в данном сообщении.

А. Внутриутробное, оно же гемолимфотрофное питание. По функциональной активности в нем следует выделять:

1. Гипогемолимфотрофное питание, причинами которого могут быть, например, недостаточное маточно-плацентарное кровоснабжение (узлы пуповины, пороки сердца и сосудов, низкое ее местоположение и др.).

2. Изогемолимфотрофное – при физиологически протекающей беременности

3. Извращенное гемолимфотрофное (гестозы, нефропатии беременных).

Каждая функциональная характеристика системы внутриутробного питания может иметь качественную сторону: а) без парциального дефицита нутриентов и б) с парциальным дефицитом веществ, а также связанных с ферментами газов.

После рождения ребенок переходит на новый вид питания – лактотрофное. В связи с этим в практике врача следует выделять:

Б. 1. Энтеральное питание доношенного и недоношенного ребенка грудным молоком (естественное вскармливание). Однако при этом могут быть следующие возможные варианты: гиполактия, изолактия и гиперлактия. Каждый вариант требует соответствующей оценки врача во время диспансерного наблюдения за ребенком.

2. Смешанное вскармливание, т.е. сочетание лактотрофного с гетеролактотрофным или адаптированными искусственными смесями.

3. Искусственное, при котором имеет место: а) гетеролактотрофное (коровье, козье молоко, кисло-молочные смеси) и б) вскармливание детей адаптированными смесями, проблема которого состоит в качестве и количестве употребляемой смеси: гипо-, изо- и гиперволюмия.

Энтеральное питание, также как внутриутробное может быть парциально-дефицитным, но в большей степени оно носит характер полидефицитнопарциального.

В настоящее время в литературе появилось понятие о функциональном питании. Функциональное питание включает в себя антиоксиданты, каротиноиды, пищеварительные ферменты, йогурты, молочные продукты.

И последнее, парэнтеральное питание. Оно может быть белковым, белковоуглеводным, солевым и углеводным.

Систематизация питания ребенка, как нам кажется, упорядочивает представление о сложном процессе взаимосвязи матери, плода и ребенка с его окружающей средой. Мы видим важные проблемы этого сложного процесса и, прежде всего, в формировании здоровья.

## ВЕНТРАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ – ВЗГЛЯД ОНКОЛОГА НА ПРОБЛЕМУ

Ю.И. Зимин, А.Г. Кавайкин, Р.Р. Магдеев

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

Несмотря на длительную историю теории и практики герниологии данная проблема не только не приобретает законченные черты, но и ставит новые вопросы. Большая часть работ, посвященная данному вопросу, направлена на решение проблемы у больных, не имеющих злокачествен-

ных заболеваний. Лишь единичные работы посвящены состоянию проблемы у больных со злокачественными новообразованиями.

На первый взгляд, казалось бы, можно провести параллель между этими группами больных. Однако специфика заболевания и применяемые специфические методы лечения не позволяют подходить к данной проблеме стандартизированно.

Занимаясь целенаправленно данным вопросом, с 1996 г. мы прооперировали 319 больных со злокачественными новообразованиями с различными клиническими моделями состояния передней брюшной стенки и с различными клиническими онкологическими вариантами. Некоторые ситуации можно отнести к вопросам казуистики (2 случая ущемленной вентральной грыжи на фоне 6 и 14 курсов полихимиотерапии по поводу острого лейкоза), другие к стандартным (вентропластика после онкологических операций).

Из всех типов операций мы используем преимущественно метод Сапежко в модификации профессора Н.А. Баулина (2 ряда П-образных швов с третьим рядом подкрепляющим). Наша многолетняя практика убедила нас в надежности данного метода как базового. В ряде случаев в зависимости от состояния соединительной ткани (после лучевой терапии, химиотерапии, обширных резекций органов пищеварительной системы) данный вид подкрепляли аутодермальным шнуром (модификация метода В.Н. Янова).

Разработка данной проблемы поставило на вид следующие вопросы. В частности какой вид пластики применим при первичных онкологических операциях с наличием вентральной грыжи (в условиях дефицита времени и усталости хирургической бригады), при пара- и перикологостомических грыжах, у больных со злокачественными заболеваниями органов кроветворения, у больных с ранее выполненной пластикой.

Высокий риск развития гнойных раневых осложнений потребовал применения специфических мер профилактики наряду со стандартными, в частности применения колониестимулирующего фактора «Граноцит».

При анализе как ближайших, так и отдаленных результатов получены положительные результаты.

Таким образом, наша практика показывает целесообразность как реабилитации больных с данными нозологическими формами, так и концентрации подобного рода больных в специализированном учреждении со своей спецификой лечения, реабилитации и прогноза.

# ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГЕПАТИТА А ПРИ ВОДНОЙ ВСПЫШКЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

О.А. Зыкова

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

В последние годы отмечается всеобщая, не зависимо от возраста, восприимчивость к гепатиту А. Если раньше ГА считали преимущественно детской инфекцией, то сейчас изменяется возрастной состав больных: доля лиц молодого и среднего возраста увеличивается, а детей, напротив, уменьшается [1]. В детском возрасте клинически манифестные формы проявляются реже, чем у взрослых [2].У подростков, в силу анатомо-функциональных особенностей, возможно неблагоприятное течение гепатита А [3]. У взрослых лиц в настоящее время протекает с более выраженными клиническими и биохимическими изменениями [4].

*Цель исследования*: определить особенности клинических проявлений гепатита А в различных возрастных группах пациентов при водной вспышке заболевания.

Под наблюдением находился 61 больной (30 женщин и 31 мужчина) с типичной желтушно-цитолитической формой гепатита А (HAV-инфекция), лечившихся в инфекционном стационаре во время водной вспышки. Диагноз устанавливался на основании клинических, унифицированных биохимических и иммунологических исследований. Серологическую верификацию гепатитов проводили методом ИФА.

Все обследуемые больные были разделены на 4 возрастные группы: до 14 лет – 1 группа, 15-19 лет – 2 группа, 20-29 лет – 3 группа, 30-50 лет – 4 группа.

Обнаружено, что большинство заболевших было в группе 30-50 лет – 34,5% и в возрасте 20-29 лет – 32,8%. Удельный вес пациентов в возрасте 15-19 лет составил 29,5%, а детей до 14 лет – лишь 3,2%, что оказалось достоверно меньше чем в других группах больных.

Все пациенты в возрасте до 14 лет (1 группа) перенесли легкую форму заболевания (100%). Больные 15-19 лет (2 группа) достоверно чаще болели среднетяжелой формой болезни (77,8%), легкая отмечена у 16,7%, а тяжелая в 5,5% случаев ($p<0,05$). Среди пациентов в возрасте 20-29 лет (3 группа) чаще встречалась среднетяжелая форма болезни (60%), легкую перенесли 30%, кроме того, в 10% отмечена тяжелая форма заболевания ($p<0,05$). В 4 группе больных (в возрасте 30-50 лет) также преобладала

среднетяжелая форма HAV-инфекции (85,7%), легкая зарегистрирована у 14,3% обследованных ($p<0,05$).

Средняя длительность продромального периода достоверно не отличалась у пациентов различных возрастных групп: до 14 лет – 3±1,2 дня; 15-19 лет – 4,5±0,38 дня; 20-29 лет – 4,5±0,4 дня; 30-50 лет – 4,9±0,5 дней (при $p>0,05$).

Течение преджелтушного периода характеризовалось преобладанием диспепсического варианта продромы во всех возрастных группах, кроме детей до 14 лет (в 100% смешанный вариант).

Продолжительность синдрома интоксикации у пациентов в возрасте до 14 лет составила 5,5±1,89 дней, а у больных 2-й, 3-й и 4-й групп была почти в 2 раза длиннее, мало различалась по длительности между собой и составляла 9,8±0,71дней, 8,7±0,48 дней, 9,61±0,53 дней соответственно (при $p>0,05$).

Длительность желтушного периода у пациентов 1 группы была 7±2,5 дней, что достоверно короче, чем у больных 2-й (15,2±1,1 дней), 3-й (13,65±0,97 дней) и 4-й (15,9±0,9 дней) групп.

В разгар заболевания концентрация билирубина у пациентов в возрасте до 14 лет была достоверно ниже (46,1±12,5 ммоль\л), чем у больных 15-19 лет (151,3±20,0 ммоль\л), 20-29 лет (128,6±13,1 ммоль\л) и 30-50 лет (151,4±8,8 ммоль\л). Показатель тимоловой пробы у больных 1-й группы также был достоверно меньше (6,0±0,01 Ед), чем у пациентов 2-й группы (9,45±0,77 Ед), 3-й (9,06±0,53 Ед) и 4-й (11,8±0,59 Ед) группы. Среди обследованных групп больных синдром цитолиза был достоверно более выражен у пациентов 2-й группы (1,01±0,04 мккат\л), чем у пациентов 1-й группы (0,58±0,27 мккат\л), 3-й группы (0,79±0,05 мккат\л) и не отличался от уровня АлАТ у больных 4-й группы (0,96±0,03 мккат\л).

Длительность пребывания больных в стационаре в группе пациентов в возрасте до 14 лет составила 18,5±0,57 дней, в возрасте 15-19 лет – 20,9±1,1 дней, 20-29 лет – 18,9±1,3 дней, 30-50 лет – 18,9±0,7 дней (при $p>0,05$) и зависела от выраженности и продолжительности синдромов цитолиза и мезенхимального воспаления.

Таким образом, выявлены следующие возрастные особенности гепатита А при водных вспышках заболевания:

1. Низкая частота заболевания у детей в возрасте до 14 лет и преимущественное поражение лиц в возрасте 15-50 лет, развитие болезни в основном у трудоспособного населения

2. Степень тяжести заболевания зависит от возраста пациентов: легкие формы развиваются в основном у детей до 14 лет (100%) и у пациентов 20-29 лет (30%), а удельный вес тяжелых форм заболевания увеличивается с возрастом больных и регистрируется в основном у больных 15-29 лет

3. Длительность преджелтушного периода не зависит от возраста больных и характеризуется преобладанием диспепсического варианта продромы

4. Продолжительность интоксикационного синдрома и желтушного периода у детей в возрасте до 14 лет в 2 раза короче, а уровень билирубинемии в 2,8-3,3 раза меньше, чем у пациентов старших возрастных групп

5. Выраженность синдрома мезенхимального воспаления увеличивается в 1,5-2 раза с возрастом больных, а интенсивность цитолитического синдрома выше в 1,2-1,7 раза у пациентов подросткового и у больных в возрасте 30-50 лет

*Литература*

1. Онищенко Г.Г., Дементьева Л.А. // Микробиология – 2003.– №4. – с.93-99

2. Каретный Ю.В., Каганов Б.С. ВГА: состояние проблемы // Вопросы современной педиатрии. – 2002. – т.1, №1. – с.83-92

3. Бондаренко А.Л. Вирусные гепатиты у подростков. – Киров, 2002. – С.152

4. Галицина Л.Е. Клинико-биохимическая характеристика ВГА у взрослых. // Тезисы Материалов 6 Российского съезда врачей-инфекционистов. – 2004. – С.84

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БЕСПЛОДИЕМ

О.Г. Измайлова, Р.П. Савченко, Т.А. Евсеева

Областной консультативно-диагностический центр,
ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
Областной центр планирования семьи и репродукции,
г. Пенза

Неблагоприятные демографические показатели в России характеризуются устойчивым отрицательным коэффициентом естественного прироста населения, заставляют специалистов обратиться к анализу факторов, влияющих на рождаемость, среди которых не последнее место занимает бесплодный брак.

Показатель частоты бесплодных браков в значительной степени отражает не только состояние здоровья населения репродуктивного возраста, но и уровень оказания медицинской помощи. По данным различных авторов частота бесплодных браков в России колеблется от 9 до 18%.

Уменьшение частоты бесплодных браков можно рассматривать как один из резервов повышения рождаемости. Важным итогом многоцелевых международных научных исследований явились рекомендации, касающиеся наиболее оптимальных временных параметров терапии бесплодия в браке, которые не должны превышать 2-3 года от момента установления диагноза. В этот период времени должны быть применены все возможные формы лечения в зависимости, от клинической формы заболевания, включая вспомогательные репродуктивные технологии.

Центр планирования семьи и репродукции является основным структурным звеном Областной службы планирования семьи. Служба создана в 1994 году и имеет в своем составе 40 кабинетов планирования семьи организованных в ЛПУ города и области и проводит организационно-методические и лечебно-профилактические мероприятия. Основным направлением работы Центра планирования семьи и репродукции являются мероприятия по улучшению демографической ситуации в Пензенской области.

В Центре планирования семьи и репродукции проводятся следующие методы обследования для установления диагноза.

1. Спермограмма.
2. Посткоитальный тест – его целью является определение числа активных сперматозоидов в цервикальной слизи и оценка выживаемости и поведения сперматозоидов спустя много часов после полового сношения.
3. Проба Курцрокка-Миллера – это детальное изучение взаимодействия сперматозоидов с цервикальной слизью.
4. Исследование антиспермальных антител методом ИФА для диагностики иммунологического бесплодия.

А также проводится вспомогательная репродуктивная технология – инсеминация спермой мужа.

Метод центрифугирования – флотации, который основан на обработке спермы в целях удаления семенной плазмы и получения максимально полноценной фракции прогрессивно подвижных сперматозоидов.

За период с 1994 года наблюдалось по поводу супружеского бесплодия в Центре планирования семьи и репродукции 5250 супружеских пар эффективность восстановления репродуктивной функции 22,8% т.е. беременность наступила у 1200 женщин. Инсеминация спермой мужа, проведена 720 женщинам, беременность наступила у 140 женщин – это 20% что приближается к средне-российским данным.

На 1 января 2003 года состояло на диспансерном учете по поводу женского бесплодия 1009 человек по поводу мужского бесплодия 624 человека. В 2003 году было взято на диспансерное наблюдение 329 человек по поводу женского бесплодия и 111 человек по поводу мужского беспло-

дия. Снято с диспансерного учета в 2003 году 836 женщин и 594 мужчины. В 2004 году взято на диспансерное наблюдение 322 человека по поводу женского бесплодия и 137 человек по поводу мужского бесплодия. Снято с диспансерного учета в 2004 году 112 женщин и 5 мужчин. В 2005 году взято на диспансерное наблюдение 748 человек по поводу женского бесплодия и 331 человек по поводу мужского бесплодия. Снято с диспансерного учета в 2005 году 302 женщин и 46 мужчин. На 1 января 2006 года в Областном центре планирования семьи и репродукции состоят на диспансерном наблюдении 420 человек по поводу женского бесплодия и 198 человек по поводу мужского бесплодия.

В 2003 году было проведено 34 инсеминации 18 женщинам, из них беременность наступила у 3 женщин.

В 2004 году было проведено 55 инсеминаций 35 женщинам, беременность наступила у 6 женщин.

В 2005 году было проведено 52 инсеминации 38 женщинам, беременность наступила у 8 женщин.

В настоящее время идет подготовка и закупка оборудования для проведения в Центре планирования семьи и репродукции инсеминации спермой донора В. перспективе создание банка донорской спермы.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДАННЫХ УЗДГИ РОСТО-ВЕСОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ

Д.С. Ирышков, В.Ю. Тишин

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) является важнейшей проблемой современной перинатологии. Основными проявлениями фетоплацентарной недостаточности являются гипоксия и внутриутробная задержка роста плода, которые ведут к нарушению развития или повреждению его центральной нервной системы, сопровождаются снижением адаптации в раннем неонатальном периоде, а в последующем приводят к нарушению психомоторного и интеллектуального развития детей. Интенсивно развивающаяся в последние годы допплерометрия кровотока фетоплацентарной системы является безопасным, относительно простым и одновременно высокоинформативным методом оценки. Чаще всего исследуют кровоток в маточных, спиральных артериях, артерии пуповины и ее терминальных ветвях, средней мозговой артерии и аорте плода.

*Цель исследования*: оценка изменений росто-весовых показателей новорожденных в зависимости от нарушений маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока.

*Материал и методы исследования*: нами был проведен ретроспективный комплексный анализ 51 историй родов беременных высокого риска по развитию фетоплацентарной недостаточности.

Критериями отбора явились проведенные методы диагностики фетоплацентарной недостаточности: ультразвуковая доплерография в III триместре беременности с использованием цветного картирования (Алока-1700); проведение ультразвукового исследования по триместрам беременности, проведение гистологического обследования плаценты после родов – как ключевой показатель проявления фетоплацентарной недостаточности.

Все беременные, согласно классификации предложенной А.Н. Стрижаковым и соавт., 1991, были разделены на 5 групп:

1) беременные, у которых на момент осмотра нарушения кровотока выявлено не было (n=8). Эту группу мы взяли как контрольную;
2) беременные с нарушением кровотока I А степени (n=16);
3) беременные с нарушением кровотока I Б степени (n=19);
4) беременные с нарушением кровотока II и III степени (n=8).

Обсуждение:

Из осложнений гестации на первое место выходит во всех группах гестоз.

На 2-м месте были инфекционные проявления, кроме 3-й группы, где была угроза преждевременных родов. В контрольной группе второе и третье место раздели угроза преждевременных родов и инфекционные проявления гестации.

Экстрагенитальная патология была в наибольшей степени выражена во 2 (68,75%) и 3 (52%) группах.

При гистологическом исследовании плаценты было выявлено, что проявления ФПН в компенсированной степени было максимальное в контрольной группе 75% , во 2й группе было 62,5%, в 3-й группе – 63% , и в 4 – 57%.

Субкомпенсированная степень была в 4-й группе максимально – 25%, во 2-й группе – 18,75%, в 3-й – 10,5%. В контрольной группе ФПН в субкомпенсированной степени выявлено не было.

При УЗИ ФПН была диагностирована в 4-й группе в 50% случаев, ВЗРП I ст. в 42% и ВЗРП III ст. в 12,5% случаев. Признаки ФПН по данным УЗИ во 2-й группе 18,75%, 3-й 37%, в 1-й 12,5%.

Росто-весовые показатели новорожденных прогрессивно снижаются от 1-й группы до 4-й.

В 1-й группе, где на момент обследования не были выявлены нарушения кровообращения в фетоплацентарной системе, масса плода была максимальной и в среднем составила 3268±94 грамм. В остальных группах масса плода уменьшается и составила в среднем во 2-й группе – 3190±114 грамм, в 3-й группе – 3052±84 грамм, и в 4-й группе – 2850±163 грамм.

Рост плода в группах снижался аналогичным образом: в контрольной группе 51,1±0,2 см., во 2-й группе – 50,6±0,18 см., в 3-й группе – 50,4±0,5 см., и в 4-й группе – 48,25±0,9 см.

*Выводы*: Росто-весовые показатели уменьшаются в зависимости от степени нарушения кровотока.

Прослеживается взаимосвязь между тяжестью ФПН, гистологическими изменениями в плаценте и росто-весовыми показателями новорожденных.

Для диагностики фетоплацентарной недостаточности метод УЗДГ должен являться одним из основных. Тяжесть нарушения фетоплацентарного комплекса более точно проявляется при комплексной оценке с помощью методов УЗДГ и УЗИ.

## СВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ, СТРУКТУРЫ СОСУДОВ И СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Б.Г. Искендеров, Т.В. Лохина, Л.Ф. Бурмистрова,
Н.Н. Ермолаева, Г.Н. Абрамова

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Пенза

Неблагоприятные последствия артериальной гипертонии (АГ) в виде возникновения фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений обусловлены прогрессирующими структурно-функциональными изменениями сердца и сосудов. С большой степенью вероятности можно предположить, что существует взаимосвязь между развитием гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и утолщением стенок, нарушением эндотелиальной функции сосудов при АГ, и нормализация АД на фоне гипотензивной терапии может привести к регрессии изменений сердца и сосудов.

*Цель работы*: изучение взаимосвязи структурно-функциональных изменений сердца и сосудов – показателей эндотелийзависимой вазодилатации сосудов, ГЛЖ и толщины комплекса интима-медиа (КИМ) плечевой артерии у пациентов с АГ.

*Материал и методы*: В исследование были включены 10 больных – 7 женщин и 3 мужчин, страдающих артериальной гипертонией II степени (по классификации ЕОК/ЕОАГ, 2003). Средний возраст пациентов составил 59,2±10,5 лет.

Ультразвуковое исследование сердца и сосудов проводили с помощью аппарата ALOKA 1700 SSD, с использованием датчика 3,5 МГц и линейного датчика 7,0 МГц соответственно. Измерение параметров левого желудочка (ЛЖ) проводилась в В- и М-режимах согласно ASE-конвенции. Масса миокарда ЛЖ рассчитывалась по формуле R.Devereux. Признаками ГЛЖ считали следующие показатели: индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) более 110 г/м$^2$ для женщин и более 134 г/м$^2$ для мужчин (по R. Devereux). С учетом величин ИММЛЖ и относительной толщины стенок (ОТС) левого желудочка определяли типы ремоделирования сердца.

Эндотелийзависимую (ЭЗВД) и эндотелийнезависимую вазодилатацию (ЭНЗВД) исследовали с использованием проб потокозависимой вазодилатации и нитроглицериновой по методу, предложенному D.S. Celemajer et al. (1992). Плечевую артерию (ПА) лоцировали на 2-10 см выше локтевого сгиба. В допплеровском режиме оценивали изменения скоростных показателей кровотока до и во время пробы с реактивной гиперемией и на фоне приема 500 мкг нитроглицерина. Изменения (в процентах к исходной величине) диаметра плечевой артерии и показателей кровотока оценивали через 30 и 90 сек. после декомпрессии во время пробы с реактивной гиперемией и через каждую минуту в течение 5 мин при нитроглицериновой пробе. Во всех случаях диаметром плечевой артерии и скоростными показателями кровотока считали среднюю величину, вычисленную по трем сердечным циклам.

Измерение толщины КИМ плечевой артерии проводили в продольном сечении, величину КИМ рассчитывали как среднюю по 3 сердечным циклам.

*Результаты и их обсуждение*. Величина ИММЛЖ в среднем составил 153,40±20,24 г/м$^2$, причем у мужчин этот показатель был выше и составил 165,67±23,16 г/м$^2$, у женщин – 146,33±16,86 г/м$^2$. Концентрический тип ГЛЖ диагностирован у двух пациентов и эксцентрический тип – у 8.

Диаметр ПА составил от 0,37 до 0,50 см (0,43±0,04 см), линейная скорость – 0,65±0,04 м/с и толщина КИМ – от 0,80 до 1,03 мм (0,88±0,06 мм). Исследование ЭЗВД в ответ на реактивную гиперемию у всех пациентов выявило наличие эндотелиальной дисфункции различной степени выраженности. Так, прирост диаметра ПА составил от 2,1 до 7,9% и в среднем – 5,1±2,9%. Величина ЭНЗВД у всех пациентов соответствовала нормативным показателям: прирост диаметра ПА при нитроглицериновой пробе

составил в среднем 19,25±1,02%. Это подтверждает наличие нарушений релаксации сосудистой стенки на уровне эндотелия.

С помощью однофакторного корреляционного анализа выявлена прямая корреляционная связь между ИММЛЖ и толщиной КИМ плечевой артерии ($r = 0,60$; $p<0,002$) и обратная корреляция – между показателями прироста диаметра плечевой артерии при ЭЗВД и ИММЛЖ ($r = -0,54$; $p<0,01$). Показатели относительной толщины стенок левого желудочка и ЭЗВД коррелировали недостоверно. Также не выявлено корреляции ЭНЗВД с ИММЛЖ и ОТС. Кроме того, отмечена отрицательная корреляция между показателем ЭЗВД и диаметром ПА ($r = -0,46$; $p<0,05$).

Таким образом, выявлены достоверные корреляционные связи между гипертрофией левого желудочка и структурным ремоделированием сосудистой стенки, а также эндотелиальной функцией плечевой артерии у больных с эссенциальной артериальной гипертонией. Поэтому считаем, что целью антигипертензивной терапии должно являться не только регресс ГЛЖ, но и ремоделирование сосудистой стенки, которая может оказаться эффективным способом профилактики сосудистых осложнений АГ.

## ИЗУЧЕНИЕ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ ИНТРАГАСТРАЛЬНОЙ КИСЛОТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ВЛИЯНИЯ НА НЕГО РЯДА ФАКТОРОВ

Н.В. Ищенко, А.В. Никитин, В.И. Мордасова,
Л.В. Струкова, Л.И. Тимченко

ГУЗ Воронежская областная клиническая больница №1,
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Одним из широко распространенных в настоящее время заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта является хронический гастрит. По данным большинства исследователей хроническим гастритом страдают до 50-80% всего населения. На его долю приходится 85% всех заболеваний желудка.

Значение хронического гастрита определяется не только степенью его распространения, но и связью его с такими заболеваниями, как язвенная болезнь и рак желудка.

Для точной диагностики и эффективной терапии кислотозависимых заболеваний, к числу которых относится и хронический гастрит, необходима объективная оценка характера и степени функциональных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта.

Методом, позволяющим получить нужные сведения, в определенной степени является компьютерная внутрижелудочная pH-метрия.

В основе метода внутрижелудочной pH-метрии лежит определение концентрации свободных водородных ионов в желудочном содержимом, что позволяет сделать заключение о кислотообразовательной функции желудка. Современные ацидогастрометры с компьютерной обработкой полученных данных позволяют осуществлять длительное мониторирование внутрипищеводного и внутрижелудочного pH, получить чрезвычайно важные данные о характере и степени выраженности моторных нарушений верхних отделов пищеварительного тракта.

Современная компьютерная техника также дает возможность получать и обрабатывать информацию о состоянии кислотопродуцирующей функции желудка и характере моторных нарушений практически непрерывно и, что чрезвычайно важно, на протяжении длительного времени. На этом основании интрагастральная и внутрипищеводная pH-метрия с компьютерной обработкой полученных данных стала основным методом функциональной диагностики пищевода и желудка.

Усовершенствованная методика внутрижелудочной pH-метрии позволяет осуществить 24-х часовое мониторирование pH желудка. Одновременно появилась возможность получить информацию не только о состоянии кислотообразующей функции желудка, но и связать наличие болевого синдрома с показателями кислотности желудочного сока. А по динамике внутрижелудочного pH объективно оценить эффективность различных антацидных и антисекреторных препаратов.

По данным суточной внутрижелудочной pH-метрии можно получить сведения о суточном профиле кислотности при различных кислотозависимых заболеваниях, что позволяет внести вклад в изучение механизмов патогенеза разных форм хронического гастрита.

*Целью* нашей работы являлось определение суточного профиля интрагастральной кислотности у больных хроническим гастритом, оценка влияния на него лечебного питания, курения, возраста, пола.

*Материалы и методы*: с помощью аппарата для интрагастральной pH-метрии «Гастроскан-24», снабженного компьютерной программой обработки данных, полученных в результате проведения внутрижелудочной 24-часовой pH-метрии, обследовано 34 пациента гастроэнтерологического отделения, которым на основании данных эзофагогастродуоденоскопии был поставлен диагноз хронического гастрита. Из них мужчин 19, женщин 15. Средний возраст 51,5г. За время наблюдения выделялись следующие периоды: день с $8^{00}$ до $20^{00}$, вечер с $20^{00}$ до $00^{00}$, ночь с $00^{00}$ до $4^{00}$, раннее утро с $4^{00}$ до $8^{00}$, еда – время приема пищи, пищеварительный период – еда и 1 час после приема пищи, межпищеварительный период –

общее время дня за исключением приема пищи. Предварительная оценка кислотообразующей функции желудка проводилась аппаратом для pH-метрии «Гастроскан-5М».

*Результаты*: после предварительной оценки у всех пациентов установлено гиперацидное состояние кислотообразующей функции желудка. Анализ результатов исследования суточной интрагастральной кислотности показал, что у больных хроническим гастритом в целом отмечаются более низкие значения pH по сравнению со здоровыми людьми, пик кислотности приходится на период с 00 до 4 часов, обозначаемый как ночь, при этом pH = 0,8-0,9. Отмечено буферное действие пищи, соответствующей столу №1, причем у большинства больных данный эффект был достаточным (pH = 5,5-6,3). Зависимости значений pH от пола и возраста выявлено не было. Курение после приема пищи не оказывало существенного влияния на pH. Курение натощак вызывало повышение кислотности с последующим восстановлением показателей, видимо, за счет повышенной саливации, а также усиленной перистальтики, что в свою очередь может быть связано с дуодено-гастральным рефлюксом.

*Выводы*: выявлено более значимое повышение уровня кислотности в ночные часы по сравнению с дневными, буферное действие пищи оказалось достаточным, в целом значения pH суточного профиля кислотности при хроническом гастрите были более низкими, чем у здоровых. Курение натощак является фактором, провоцирующим повышение кислотности и усиление моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

## ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ЕГО НАРУШЕНИЯ У ТЕЛЕУТОВ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.В. Калашникова, О.И. Хвостова, Е.Н. Лобыкина

ГОУ ДПО «Новокузнецкий институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Новокузнецк

Питание является неотъемлемой частью жизнедеятельности человека и одним из важнейших факторов, оказывающих влияние на здоровье (В.А. Тутельян, В.А. Княжев, 2000; А.В. Васильев, Ю.В. Хрущева, 2004). Характер питания человека зависит от большого числа факторов, таких как материальное положение, выбор продуктов, привычки, традиции, особенности питания в семье и др. Эти факторы формируют определенный тип пищевого поведения (ПП).

Под адекватным пищевым поведением понимается такое пищевое поведение человека, когда потребление пищевых веществ по составу, ко-

личеству, форме, способу употребления и приготовления соответствует пищевой потребности организма в питательных веществах и энергии в зависимости от состояния ферментных систем, энергозатрат, биоритмов, особенностей пищевой мотивации; повышения двигательной активности (Е.С. Креславский, В.И. Лойко, 1984). Пищевое поведение должно быть таким, чтобы обеспечивалось поступление всех необходимых пищевых веществ для поддержания энергетического, пластического баланса и сохранения здоровья.

Известно 3 типа нарушения пищевого поведения (НПП): эмоциогенный, экстернальный и ограничительный (А.В. Вахмистров, Т.Г. Вознесенская, С.И. Посохов, 2001).

Эмоциогенное ПП может быть представлено пароксизмальной формой (компульсивное пищевое поведение) либо перееданием с нарушением суточного ритма приема пищи (синдром ночной еды). При нем человек принимает пищу не потому, что голоден, а потому что неспокоен, тревожен, раздражен, у него плохое настроение, он удручен, подавлен, обижен и т.д. Другими словами стимулом к приему пищи является не голод, а эмоциональный дискомфорт. Человек заедает свои горести и несчастья.

Ограничительное пищевое поведение характеризуется избыточными пищевыми самоограничениями и бессистемными слишком строгими диетами, к которым время от времени прибегают все больные ожирением. Периоды ограничительного ПП сменяются периодами переедания с новым интенсивным набором веса, которые ведут к декомпенсации в психической и вегетативной сферах.

Экстернальный тип пищевого поведения проявляется повышенной реакцией не на внутренние, гомеостатические стимулы к приему пищи (уровень глюкозы и свободных жирных кислот в крови, наполненность желудка, его моторика и т.д.), а на внешние стимулы, такие как накрытый стол, реклама пищевых продуктов, принимающий пищу человек и т.д. Тучные люди с экстернальным типом пищевого поведения едят вне зависимости от того, когда они в последний раз принимали пищу. Именно эта особенность лежит в основе переедания «за компанию», перекусов на улице, избыточного приема пищи в гостях, покупки излишнего количества продуктов. Основой повышенного реагирования на внешние стимулы приема пищи является не столько повышенный аппетит, сколько сниженная насыщаемость. Насыщение (сытость) – это отсутствие желания есть, вызванное приемом пищи. По сути, оно противоположно ощущению аппетита и голода. Насыщение – это нечто большее, чем исчезновение голода. Оно сопровождается чувством удовольствия и ощущением полноты желудка. Выделяют два вида насыщения – раннее, или полное (до всасывания и усвоения пищи), и позднее, или полное (после усвоения съеден-

ной пищи). Прекращение приема пищи при раннем насыщении является идеальным физиологическим моментом питания.

*Цель*: изучить пищевое поведение (ПП) и распространенность ожирения среди телеутов – коренного населения Кемеровской области.

*Материалы и методы*: исследование выполнено в рамках региональной программы «Кузбасс – экология человека межгорных котловин среднегорья Сибири, присущая зоне экологического неблагополучия и являющаяся особо суровой (экстремальной) для жизни и трудовой деятельности в регионе». «Медико-экологическая оценка популяционного здоровья коренного населения – телеутов и шорцев». Обследовано 284 коренных жителя – (95 мужчин и 189 женщин) телеутов, проживающих в Кемеровской области. Предметом изучения явились специально разработанные анкеты. Ожирение определяли по индексу Кетле, анализ пищевого поведения (ПП) – с помощью опросника DEBQ.

*Результаты*. Средний показатель индекса Кетле у телеутов составил – 24,8 кг/м$^2$. Избыточная масса тела (ИМТ) выявлена в 30,3% случаев; ожирение 1 ст.– в 10,2%, ожирение 2 ст. – в 2,8%, ожирение 3 ст. – в 0,4% случаев. У 4,9% телеутов – дефицит массы тела. У женщин ИМТ и ожирение наблюдались в 2,7% раза чаще. Нарушение ПП выявлено в 32% случаев: у 20,1% – эмоциогенный, у 11,3% – экстернальный, у 0,6% – ограничительный тип. У женщин нарушение ПП встречалось в 1,7 раза чаще (в 43,6% случаев). Среди мужчин и женщин преобладал эмоциогенный тип нарушения ПП. При нормальной массе тела экстернальный тип ПП встречался у 4,2%, эмоциогенный – у 6,7%, ограничительный – у 0,4% телеутов. При ИМТ – экстернальный, эмоциогенный и ограничительный тип ПП встречался в 3,9%, 7,4% и 0,4% случаев соответственно.

*Выводы*: 1). У телеутов Кемеровской области распространенность ожирения составляет 13,4%, ИМТ – 30,3%. 2). Нарушение ПП у телеутов выявлено в 32% случаев. 3). ИМТ и ожирение у телеутов не сопровождается увеличением частоты нарушений ПП. 4). Нарушения ПП у телеутов представлены эмоциогенным и ограничительным типом ПП.

Одновременно с диетотерапией, медикаментозным лечением должна проводиться коррекция нарушений пищевого поведения методами психотерапии.

# ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ КРОВИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ

М.С. Камнев, И.Г. Пащенко, И.К. Скоробогатова,
С.А. Тагашева, Е.С. Шишеня

Ульяновский государственный университет,
г. Ульяновск

Исследования проведены у 33 больных пневмониями, из которых у 23 диагностировалась вентиляционно-ассоциированная нозокомиальная пневмония (ВАНП), развившаяся на фоне черепно-мозговой травмы (ЧМТ) и искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Группой сравнения служили 10 больных с внебольничной пневмонией, поступившие на стационарное лечение в пульмонологическое отделение. Возраст больных обеих групп преимущественно молодой и средний, преобладающим был мужской пол. По тяжести течения пневмонии были среднетяжелыми и тяжелыми.

Наряду с этим исследования также проведены у 39 больных хроническими вирусными заболеваниями печени (ХЗП), из которых у 20 диагностировались хронические гепатиты С и В умеренной и минимальной активности и у 19 больных циррозами печени (ЦП) суб- и декомпенсированным течением.

Диагноз исследуемых больных ставился на основании результатов общепринятых стандартов обследования и лечения больных.

Функциональное состояние лейкоцитов крови исследовалось по методике Т.Ф. Шевченко и А.Б. Пескова (1991), основанной на определении величины энергии таксиса лейкоцитов (ЭТЛ), измеряемой в джоулях (Дж).

У больных пневмониями результаты исследования величины ЭТЛ сопоставлялись с тяжестью течения болезни, лейкоцитозом, СОЭ, содержанием фибриногена, СРБ. У больных ХЗП – с активностью трансаминаз, глютамилтранспептидазой, щелочной фосфатазой, содержанием билирубина, тимоловой пробой.

Контрольную группу составили 120 здоровых лиц (доноров) различных возрастов, у которых ЭТЛ составила $3{,}33\pm0{,}33*10^{-14}$ Дж.

Результаты исследований показали, что у больных пневмониями и в меньшей степени больных ХЗП величина ЭТЛ заметно увеличивалась.

Так, у больных ЧМТ, поступивших в ОРИТ и подключенных к ИВЛ величина ЭТЛ была такой же, как у практически здоровых лиц $3{,}53\pm0{,}37*10^{-14}$ Дж. Однако анализ индивидуальных значений величины ЭТЛ у исследуемых больных выявил выраженную их неоднородность. В частности, из 23 больных с ЧМТ в предпневмонический период у 13 вели-

чины ЭТЛ находились ниже среднестатического показателя (минимальное значение $0,8*10^{-14}$ Дж, максимальное – $2,6*10^{-14}$ Дж). У остальных больных величина ЭТЛ колебалась в диапазоне от $3,5*10^{-14}$ Дж до $11,0*10^{-14}$ Дж.

Низкая величина ЭТЛ у значительной части больных объясняется угнетающим влиянием ЧМТ на показатели клеточного и гуморального звеньев иммунитета и неспецифическую сопротивляемость организма (В.И. Горбунов).

На 3-5 день при присоединении пневмонии величина ЭТЛ увеличилась почти в 10 раз и составила $32,0\pm4,3*10^{-14}$ Дж ($p<0,001$) и осталась высокой в течение всего периода наблюдения за этой группой больных ($37,4\pm6,8*10^{-14}$ Дж).

В группе больных с внебольничной пневмонией уже при первом исследовании на 2-3 день после поступления в стационар величина ЭТЛ увеличилась по сравнению с лицами контрольной группы более, чем в 5 раз и составила $16,2\pm2,8*10^{-14}$ Дж ($p<0,001$).

При повторном исследовании на фоне положительной клинико-рентгенологической динамики заболевания величина ЭТЛ у этих больных не только не уменьшилась, а, наоборот, увеличилась до $21,6\pm3,7*10^{-14}$ Дж, что, по нашему мнению, свидетельствует о еще достаточно высокой активности патологического процесса в легких. Тем не менее, величина ЭТЛ слабо коррелировала с общепринятыми показателями воспаления.

У больных ХЗП без каких-либо инфекционных осложнений так же, как у больных пневмониями наблюдалось повышение ЭТЛ.

Так, у больных ХГ HCV и HBV среднестатистическая величина ЭТЛ составила $7,5\pm0,31*10^{-14}$ Дж ($p<0,001$). У больных ЦП величина ЭТЛ была несколько меньшей, чем у больных ХГ и составила $5,12\pm2,1*10^{-14}$ Дж ($p<0,05$).

После проведенного лечения преимущественно метаболическими средствами на фоне умеренно выраженной положительной субъективной, клинико-лабораторной динамики заболеваний отмечалось уменьшение величины ЭТЛ у больных ХГ до $5,45\pm2,1*10^{-14}$ Дж и ЦП $3,1\pm0,1*10^{-14}$ Дж.

Анализ индивидуальных значений величины ЭТЛ у больных ХЗП позволил отметить, что у большей части больных она уменьшилась, у ряда больных ЭТЛ наоборот, повысилась или была без динамики.

Так же, как у больных пневмониями, величина ЭТЛ не коррелировала с показателями активности воспаления, холестаза, печеночно-клеточной недостаточности.

И, тем не менее, величина ЭТЛ при воспалительных реакциях различной этиологии отражает, по нашему мнению, активность воспалительного процесса, является более чувствительным показателем воспаления,

чем общепринятые в клинической практике критерии оценки воспалительного процесса.

Кроме того, величина ЭТЛ отражает метаболизм фагоцитирующих клеток, который, в свою очередь, определяет активность хемотаксиса, захвата, инактивации инертных частиц и микроорганизмов. Не случайно, поэтому степень активности ЭТЛ и показатели фагоцитарной активности лейкоцитов при воспалительных заболеваниях во многих случаях совпадают, о чем свидетельствуют проведенные нами (И.Г. Пащенко) исследования фагоцитарной активности нейтрофилов у больных пневмониями и хроническими заболеваниями печени.

## АНАЛИЗ ПЕРЕВОДА НА ИНСУЛИНОТЕРАПИЮ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В Г. НОВОКУЗНЕЦКЕ

Е.П. Каширина, С.М. Брызгалина, И.В. Шупенко, В.И. Пантелеева, Н.П. Шахворост, О.В. Вылегжанина, Я.А. Кан

ГОУ ДПО «Новокузнецкий институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», МЛПУ ГКБ №1, г. Новокузнецк

За последнее десятилетие инсулинотерапия в лечении диабета 2 типа заняла должное место. Если в 80-е годы единичные больные были на инсулинотерапии, то на сегодняшний день этот вид лечения получают до 20% больных диабетом 2 типа. По данным международного диабетологического конгресса (Мюнхен, 2004), в случае отсутствия компенсации диабета при приеме пероральных препаратов в течение года, показана инсулинотерапия.

*Цель исследования*: Проанализировать частоту и причины перевода на инсулинотерапию больных диабетом 2 типа, установить факторы, влияющие на выбор данного вида лечения в нашем регионе и сравнить с литературными данными.

*Материалы и методы*: Обследовано 119 больных сахарным диабетом 2 типа, госпитализированных в отделение диабетологии МКБ №1 на протяжении 2005 года с целью перевода на инсулинотерапию в возрасте от 40 до 78 лет, из них мужчин 17 человек (14,3%), женщин – 102 (85,7%). Ожирение разной степени имели 79,8% больных (ИМТ 32,8+6,4), нормальный вес – 20,2% (ИМТ 24,5+5,0). Всем пациентам проводилось полное общеклиническое, биохимическое, инструментальное обследование. Использованы данные Государственного Регистра диабета на 01.01.06 г.

*Результаты исследования*: 11% больных диабетом 2 типа получают инсулинотерапию, за 2005 год переведены на инсулин 1,4% пациентов, основной причиной перевода явилась декомпенсация заболевания (НвА1с 13,6+3,3%). Длительность диабета 2 типа не является фактором, определяющим перевод на инсулинотерапию, поскольку одинаково часто подлежали переводу пациенты со стажем диабета как от 1 до 5 лет, так и более 15 лет. Из числа больных с вновь выявленным диабетом 2 типа лишь 1% пациентов назначена инсулинотерапия, показанием явились цирроз печени, обострение язвенной болезни.

*Выводы*: В г. Новокузнецке невысок процент больных диабетом 2 типа, получающих инсулинотерапию. Необходимо шире использовать назначение инсулина у пациентов с длительно декомпенсированным диабетом 2 типа.

## ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА В Г. НОВОКУЗНЕЦКЕ

Е.П. Каширина, С.М. Брызгалина, И.В. Шупенко, В.И. Пантелеева, Н.П. Шахворост, О.В. Вылегжанина, Я.А. Кан

ГОУ ДПО «Новокузнецкий институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
МЛПУ ГКБ №1,
г. Новокузнецк

*Цель исследования*: Проанализировать структуру лечения, частоту и причины перевода на инсулинотерапию больных диабетом II типа, установить факторы, влияющие на выбор данного вида лечения в нашем городе.

*Материалы и методы*: Проведен анализ структуры лечения больных сахарным диабетом 2 типа по данным городского Государственного Регистра диабета на 01.01.06 г. Полное общеклиническое, биохимическое, инструментальное обследование проведено в условиях стационара диабетологического отделения МКБ №1. 119 больным сахарным диабетом 2 типа. Возраст пациентов от 40 до 78 лет, из них мужчин 17 человек (14,3%), женщин – 102 (85,7%). Ожирение разной степени имели 79,8% больных.

*Результаты исследования*: На учете 8095 пациентов сахарным диабетом 2 типа, что составило 92,3% от общего числа больных диабетом. Инсулинотерапию получают 883 человека (10,9%), из них за 2005 год переведены на инсулин 119 пациентов (1,4% от состоящих на учете). Основная причина перевода – декомпенсация заболевания (НвА1с

13,6+3,3%). Монотерапию продленным инсулином получили 25,2% больных, базисно-болюсную – 5%, инсулиновые смеси (Новомикс) – 18,4%, комбинацию продленного инсулина с пероральными сахароснижающими препаратами – 51,4% пациентов.

За 2005 год впервые выявлено 579 случаев сахарного диабета 2 типа, из них инсулинотерапия назначена в 1% случаев (6 человек). Показанием явились цирроз печени, обострение язвенной болезни.

*Выводы*: Инсулинотерапию получают 10,9% больных диабетом 2 типа, в 51,4% случаев назначается комбинация продленного инсулина с пероральными сахароснижающими препаратами. В течение года на инсулинотерапию переведены 1,4% больных диабетом 2 типа. Основным показанием к назначению инсулинотерапии при 2 типе диабета является декомпенсация заболевания.

## ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Ж.Н. Керимова

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

Известно, что цитомегаловирус является наиболее частой причиной внутриутробной инфекции, при этом нередко развиваются поражения центральной нервной системы, паренхиматозных органов, может возникнуть атрофия зрительного нерва и нейросенсорная тугоухость.

*Целью* нашей работы явилось изучение особенностей висцеральных поражений при внутриутробной цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста. Под наблюдением находились 70 детей первого года жизни, среди которых было 37 девочек и 33 мальчика. Диагноз верифицирован с помощью ИФА (анти-CMV-IgM, анти-CMV-IgG с определением авидности), ПЦР (ДНК CMV), цитоскопических методов.

В результате исследования выявлено поражение центральной нервной системы различной степени выраженности в 100% случаев. У большинства больных диагностированы также изменения внутренних органов и систем, в частности: патология печени обнаружена у 65 детей (93%), сердечно-сосудистой системы – у 36 (51,4%), органов дыхания – у 35 (50%), слюнных желез – у 31 (44,2%), мочевыделительной системы – у 25 (35,6%), органов пищеварения – у 16 (22,8%), систем гемостаза – у 7 (10%) и кроветворения – у 24 (32,4%). Среди поражений печени (65 детей) отмечалось развитие гепатомегалии у 37 (52,8%) и гепатоспленомегалии – у 24 (34,2%)

детей, острого гепатита – у 3 (4,2%), синдрома холестаза – у 2 (2,8%), атрезии желчных ходов – у 1 (1,4%) пациента. Кроме того, затяжная гипербилирубинемия на фоне конъюгационной желтухи отмечена в 17 (24,3%) случаев. Со стороны сердечно-сосудистой системы нарушения отмечены у 36 (51,4%) детей, причем в большинстве они носили функциональный характер – 20 (28,5%) случаев. Среди других поражений сердечно-сосудистой системы: врожденный пороки сердца диагностированы у 10 (14,2%), аритмия – у 4 (5,7%), миокардит – у 1 (1,4%), токсическая кардиопатия – у 4 (5,7%), перикардит – у 2 (2,8%), миокардиодистрофия – у 1 (1,4%), кардит – у 1 (1,4%) детей, причем в ряде случаев имела место сочетанная патология. Патология дыхательной системы установлена у 35 (50%) детей: острая пневмония – у 23 (32,8%), острый бронхит – у 4 (5,7%), острый ринит – у 2 (2,8%), острый ринофарингит – у 4 (5,7%), пневмопатия – у 1 (1,4%). Заболевания органов мочевыделения выявлены у 25 (35,7%) детей: инфекция мочевыводящих путей – у 3 (4,2%), пиелонефрит – у 3 (4,2%), транзиторная микрогематурия, лейкоцитурия и протеинурия как проявление очагового тубуло-интерстициального нефрита – у 18 (25,7%), ОПН – у 1 (1,4%),. Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) отмечены у 16 (22,8%) детей: острый энтероколит развился в 2 (2,8%), дисбактериоз – в 12 (17,1%), вторичная ферментопатия – в 2 (2,8%) случаях. Тромбоцитопения выявлена у 7 (10%) детей, причем у 5 (7,1%) наблюдался клинически выраженный геморрагический синдром в виде геморрагической сыпи, кровоизлияний и кровотечений из ЖКТ. Анемия диагностирована у 24 (34,2%) больных со снижением уровня гемоглобина от 60 до 110 г\л, полицитемический синдром – у 5 (7,1%) больных. Кроме того, патология со стороны эндокринной системы диагностирована в 35 (50%) случаях, в том числе: гипотиреоз у 26 (37,1%), тимомегалия – у 9 (12,8%) пациентов. Поражение слюнных желез проявилось цитомегаловирусным сиалоаденитом у 31 (44,2%) ребенка. Нарушения обмена веществ характеризовались также гипотрофией I-II степени у 12 (17,1%) детей, рахитом – у 9 (12,8%), малые стигмы дисэмбриогенеза обнаружены у 3 (4,2%) и гемангиомы – у 4 (5,7%) пациентов. В 17 случаях (24,3%) у детей с цитомегаловирусной инфекцией развивались бактериальные гнойно-воспалительные осложнения в виде омфалита у 1 ребенка (1,4%), флебита пупочной вены – у 2 (2,8), везикулопустулеза – у 1 (1,4%), гнойного конъюнктивита – у 5 (7,1%), дакриоцистита – у 2 (2,8%), менингита – у 4 (5,7%), у 1 ребенка (1,4%) развился генерализованный бактериальный септический процесс. Среди других поражений выявлены: врожденная ихтиоформная эритродермия Брока – у 1 (1,4%) и адипозонекроз – у 1 (1,4%) больного.

Таким образом, манифестная форма внутриутробной цитомегаловирусной инфекции у детей первого года жизни характеризуется полиорган-

ностью клинических проявлений, развитием не только неврологических, но и висцеральных форм болезни (что связано с политропностью возбудителя), сочетанным поражением органов и систем, высокой частотой вторичных бактериальных осложнений и обменно-эндокринных нарушений.

## ЛАЗЕРОМАГНИТОТЕРАПИЯ В ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Т.М. Кислова, А.А. Цагаева, С.Б. Чернышова

Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина,
г. Пенза

Лазерное излучение – электромагнитное излучение оптического диапазона, обладающее такими свойствами, как когерентность, поляризованность и направленность, что позволяет создать большую концентрацию энергии. Глубина проникновения зависит от длины электромагнитной волны. Поглощение лазерного излучения зависит от свойств биологических тканей. Под действием лазера на клеточном уровне происходит достоверное увеличение биосинтеза нуклеиновых кислот (ДНК, РНК), а также увеличения митохондрий и рибосом. Стимуляция биоэнергетических ферментов приводит к увеличению содержания в тканях АТФ, увеличению митотической активности клеток. На органном уровне наблюдается: понижение рецепторной чувствительности, уменьшение длительности фаз воспаления, уменьшение интерстициального отека и напряжения тканей, увеличение поглощения тканями кислорода, повышение скорости кровотока, увеличение количества новых сосудистых коллатералей, активизация транспорта веществ через сосудистую стенку. Клинические эффекты: противовоспалительный, обезболивающий, противоотечный, регенераторный, десенсибилизирующий, иммунокоррегирующий, улучшение регионарного кровообращения, гипохолестеринемический, бактериоцидный и бактериостатический, гипокоагулирующий.

В настоящее время номенклатура терапевтических лазерных аппаратов разнообразна: гелий-неоновые, полупроводниковые в непрерывном режиме и импульсном режиме.

В отделении реабилитации метод лазеромагнитотерапии используется с 1995 года. Отпущено более 41 тысячи процедур при различной патологии. Использовались многофункциональные лазеромагнитные аппараты: «Милта», «Витязь», «Альфа-1М». Учитывали, что доза воздействия за одну процедуру не превышала 40 Дж, суммарная площадь облучения за одну процедуру не больше 400 см². Курс лечения не превышал 10-15 про-

цедур. Суммарное время за одну процедуру не больше 30 минут, а на рефлекторные точки – до 20 секунд по возбуждающей методике и до 60 секунд по тормозящей методике. Для импульсных лазерных аппаратов общее время за одну процедуру не превышало 20 минут. Как правило, процедура назначалась 1 раз в день. Чем выраженнее воспалительный процесс, тем выше назначалась частота импульса, но меньше время экспозиции. По мере стихания воспалительного процесса, уменьшали частоту, но увеличивали время лазерного излучения.

В отделении наблюдалось 57 гинекологических больных с диагнозами: неспецифические сальпингиты и сальпингоофориты, кольпиты, эндоцервициты, нарушения менструального цикла, различные воспалительные осложнения после операций. Лазерное лечение целесообразно начинать на 5 день менструального цикла. Лечение назначали индивидуально по отработанным методикам. В результате проведенного лечения отмечено противовоспалительное, ранозаживляющее, обезболивающее, рассасывающее действие. К концу курса лечения наступало выздоровление, что подтверждалось лечащими врачами-гинекологами, анализами, данными УЗИ.

Лазеромагнитотерапию применяли у 115 больных при лор-патологии: острые и хронические риниты, отиты, тонзиллиты, гаймориты, вазомоторные риниты, хронические ларинго-трахеиты. Процедуры отпускались по отработанным методикам, время воздействия на одно поле 1-5 минут, общее время за процедуру 10 минут с частотой 5 Гц, курс 10 процедур. У всех лечившихся больных через 3-5 процедур наблюдалось улучшение в общем состоянии: исчезала заложенность носа, боль в горле, уменьшались или исчезали воспалительные процессы в носоглотке, восстанавливался слух, наступало клиническое улучшение больных отомикозом.

Лазеромагнитотерапию использовали также при другой хирургической патологии: послеоперационные инфильтраты, ушибы, гематомы, маститы, кокцигодении, раны, мокнущий пупок, геморрой, спаечная болезнь (58 человек). Процедуры отпускали по отработанным методикам 5-50 Гц, время 3-5 минут на поле. Общее время 15-20 минут. К концу курса лечения отмечали улучшение, исчезали отеки, рассасывались гематомы, послеоперационные инфильтраты, уменьшались или исчезали боли и воспалительный процесс.

Учитывая преимущество глубокого проникновения в биологические ткани лазерного воздействия в импульсном режиме (до 12 см) последний применяли у 39 пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы. К концу курса лечения у всех больных значительно уменьшались или исчезали боли, диспептические явления, нормализовались показатели крови, улучшались данные фиброгастроскопии.

У 75 пациентов лазерное излучение применяли с заболеваниями опоры и движения: артрозы, артриты, тендовагиниты, остеохондрозы позвоночника, переломы, пяточные шпоры. Воздействию подвергалась конкретная анатомическая зона. В лечение придерживались следующих принципов:

- излучение направляли по ходу суставной щели;
- обязательно подвергали воздействию болевые точки;
- при необходимости добавляли воздействие на сегментную зону.

Однако улучшение наблюдали только у 54 пациентов (70%). Исчезали или уменьшались отеки суставов, боли, восстанавливались нарушенные функции органов и систем, улучшалось общее самочувствие. В 30% случаях больные нуждались в продолжение лечения с использованием других физиотерапевтических средств.

Таким образом, лазеромагнитотерапия является эффективным методом в комплексном лечении больных с воспалительными процессами различных органов и систем, и в меньшей степени при выраженных дегенеративно-дистрофических изменениях опорно-двигательного аппарата.

## НЕВРОГЕННАЯ ДИСФАГИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА, ДИАНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Е.А. Кнолль, Г.Н. Бельская, Е.А. Деревянных,
Л.Г. Крылова, Л.Д. Макарова

ГОУ ДПО «Уральская государственная медицинская академия дополнительного медицинского образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Челябинск

Нарушения мозгового кровообращения являются одной из наиболее частых причин инвалидизации и смертности населения. Нарушения глотания, нередко осложняющие течение инсульта, последнее время привлекают широкое внимание клиницистов.

Инсульты – это заболевания, которые наиболее часто (25% среди всех неврологических заболеваний) приводят к неврогенной дисфагии (НД), при этом ведущее место по частоте занимают инфаркты головного мозга (около 80%). Примерно у половины пациентов в течение первых 2-х недель после инсульта отмечаются симптомы дисфагии, и ее клинические проявления зависят от формы, размера и локализации поражения.

К НД чаще всего приводят стволовые инфаркты, при которых более чем у 60% пациентов можно наблюдать аспирацию. Инфаркты больших полушарий ведут к дисфагии почти у 50% больных. Дисфагия при полу-

шарном инсульте изначально носит тяжелый характер, что часто связано с опасностью для жизни, но имеет тенденцию к обратному развитию в течение нескольких недель или месяцев. Следует отметить, что при поражении левого полушария доминируют нарушения оральной фазы глотания, тогда как поражения правого полушария сопровождаются гораздо чаще фарингеальной недостаточностью и аспирацией. Двухсторонние инсульты могут вести к тяжелейшим дисфагиям, особенно тогда, когда поражения затрагивают так называемые кортикальные центры глотания и кортикобульбарные пути.

Лакунарные инфаркты также являются причиной НД. Лакуны возникают, как правило, перивентрикульрно и/или в области ствола мозга, часто многочисленные, билатеральные. Субарахноидальные кровоизлияния могут сопровождаться дисфагией при развитии осложнений (паренхиматозно – субарахноидальная геморрагия или отсроченный вазоспазм с последующим формированием инфаркта головного мозга).

НД приводит, с одной стороны, к дегидратации, неполноценному питанию и потере веса, а, с другой стороны, к опасному для жизни осложнению в виде аспирационной пневмонии.

Аспирационная пневмония развивается, по данным различных авторов, у 30-48% больных. Более 2/3 аспираций являются немыми («silent aspirations»), протекают клинически незамечено и манифестируют в форме аспирационных пневмоний.

Также, пациенты с НД испытывают затруднение при прохождении пищи, поперхивание при еде, приступы кашля, страдают от вынужденной изоляции, депрессии, что в итоге приводит к социальной дезадаптации и снижению качества жизни. В связи с этим, необходима своевременная диагностика и лечение дисфагии.

Золотым стандартом функциональной диагностики НД в Европе является гибкая трансназальная фиброскопия, которая с 1968 года применяется для ларингологической диагностики и только с 1988 года используется для функциональной оценки акта глотания. Эта методика получила название FEES (Fiberoptic Endoscopic Ewaluation of Swallowing).

По данным риноларингоскопии, которые позволяют визуализировать аспирацию, нарушения глотания клинически диагностируются гораздо реже (клинически 51%, FEES 64%). У 10-20% пациентов, а по некоторым данным, до 50%, в течение первого года после инсульта встречаются одна или несколько аспирационных пневмоний.

Риноларингоскоп представляет собой тонкий зонд с подвижной во всех направлениях маленькой камерой на конце. После местной анестезии зонд вводится через нижний носовой ход, при достижении нижней трети которого можно наблюдать небную занавеску и одновременно оценивать

ее функцию (при фонации) и, в заключение, продвигается до уровня надгортанника и голосовых связок. Из этой позиции можно хорошо наблюдать основание языка, боковые и задние стенки глотки, гортаноглотку и гортань с голосовыми связками. При исследовании также оценивается состояние и функция гортаноглотки, проводятся глотательные пробы с пищевым болюсом различных консистенций.

К счастью, более 50% больных после компетентной диагностики и терапии нарушений глотания могут вернуться к нормальному приему пищи. Так, утверждение при дисфагии «здесь ничего нельзя сделать, вы должны с этим жить» из уст врачей является некорректным. На сегодняшний день разработана и успешно применяются функциональная терапия глотания – различные стимулирующие методики и моторные упражнения, направленные на восстановление физиологического акта глотания. Компенсирующие стратегии обеспечивают облегчение приема пищи при неполноценном акте глотания. Возможно обучение пациента различным техникам глотания, очистительным приемам и т.д. Также существует целая наука по подбору диет. С учетом данных риноларингоскопии определяются также показания для наложения назогастрального зонда или гастростомы.

Таким образом, при наличии неврогенной дисфагии в остром периоде инсульта, и особенно при подозрении на аспирацию, необходимо как можно раньше проводить дополнительные аппаратные методы исследования (риноларингоскопию) для диагностики НД и выработки индивидуального плана реабилитационных мероприятий.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЕРЛИТИОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСТАЛЬНЫХ ПОЛИНЕЙРОПАТИЙ

И.В. Коваль

Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина,
г. Пенза

Окислительный стресс является одним из наиболее значимых факторов патогенеза неврологических заболеваний.

Берлитион (Берлин-Хеми) – препарат альфа-липоевой кислоты - антиоксидант, ингибитор свободных радикалов, мембранопротектор. Препарат уменьшает активацию перекисного окисления липидов, повышает активность антиоксидантной системы, участвует в регуляции липидного и углеводного обмена, оказывает гепатопротективное, детоксикационное действие, улучшает трофику нейронов.

Под наблюдением находились 40 чел. в возрасте 35-66 лет: 20 чел. с дистальной полинейропатией на фоне сахарного диабета второго типа и 20 чел. с алкогольной полинейропатией. Всем больным проводилось комплексное патогенетическое лечение, включающее микроциркулянты. (Кавинтон), витамины группы В, физиолечение. Больные были разделены на 2-е группы: 1-ой группе больных назначался Берлитион в дозе 300 мг внутривенно капельно в течение десяти дней, вторая – являлась группой контроля. Критериями оценки служили характеристика эффективности лечения по субъективному отчету больных, уменьшение выраженности клинических симптомов заболевания: жжения, онемения, парестезий на дистальных отделах конечностей. У больных, получающих Берлитион отмечалось статистически достоверное уменьшение клинических симптомов к моменту окончания курса лечения ($p<0,05$), у больных, не получавших Берлитион, также отмечалась положительная динамика, однако менее выраженная.

Сравнивая эффективность лечения в двух группах больных, можно отметить значительное и последовательное уменьшение клинических симптомов болезни у лиц, получавших Берлитион. Побочных явлений и осложнений во время и после окончания терапии не было отмечено.

Таким образом, Берлитион можно рассматривать как эффективный и безопасный препарат в лечении дистальных полинейропатий.

## СОЧЕТАНИЕ КОРПОРАЛЬНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И ГИРУДОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАННИХ СТАДИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

О.К. Командирова, В.С. Животощук, И.В. Животощук, О.А. Копачева

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

Артериальная гипертония (АГ) представляет собой одну из важнейших проблем современной медицины. Не смотря на всестороннее внимание медиков всего мира к профилактике, своевременной диагностике и лечению АГ, распространение этого заболевания в нашей стране неумолимо растет. По данным Е.И. Чазова, 2005, 44 млн. жителей России имеют повышенное артериальное давление (АД), значительно повышая риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, какими являются ишемическая болезнь сердца и мозговой инсульт, приводящие к ранней инвалидности населения. Актуальность проблемы определяется не только большой распространенностью АГ среди лиц сравнительно молодого возраста, темпом

роста этого заболевания в нашей стране. За последние два года сердечно-сосудистые заболевания вышли на первое место по смертности в России.

На ранних стадиях развития АГ все большее внимание уделяется немедикаментозным методам лечения, среди которых одно из первых мест занимает традиционная корпоральная иглорефлексотерапия (КИРТ). В последние 10 лет отмечается повышенный интерес к использованию гирудотерапии (ГТ) в лечении больных с АГ.

*Цель работы*: оценить эффективность сочетания традиционной КИРТ и гирудотерапии и их возможности в комплексном лечении больных с АГ на ранних стадиях развития заболевания.

*Материал и методы исследования*. Нами проведено комплексное обследование 68 больным (45 женщин и 23 мужчины) легкой и умеренной степенью АГ, согласно классификации АГ ВОЗ/МОАГ, 1999. К первой степени заболевания были отнесены 52 больных без клинически значимых поражений органов-«мишеней». Во вторую группу со второй степенью АГ включены 16 больных с признаками поражения органов-«мишеней»: гипертрофия левого желудочка, ангиопатия сосудов глазного дна и коньюктивы, микроальбуминурия и креатинурия. Возраст обследованных больных был от 18 до 45 лет, стаж заболевания АГ до трех лет.

Обследование больных проводилось по специальной программе. В нее вошли: общепринятое клиническое обследование больных, специальное анкетирование по программе обследования больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, ежедневный трехкратный мониторинг АД, компьютерное исследование основных классических меридианов по методу Накатани в динамике на компьютерном комплексе ДИАКОМС-7 и ДИАБАТ 2000, термо- и электрометрия биологически активных точек (БАТ) в зонах Захарьина-Геда и точек ушной раковины. Именно этот вид исследования состояния всех классических меридианов позволил выявить скрытые формы отклонений в биоэнергетике классических меридианов, прямо или косвенно участвующих в регуляции функций сердечно-сосудистой системы. Ими оказались: меридиан сердца (C), желчного пузыря (VB), мочевого пузыря (V), почек (R) и перикарда (MC); и более редко – тонкой кишки (Jg), поджелудочной железы и селезенки (RP), тройного обогревателя (TR). В результате обследования больных нами были выделены условно 3 клинические группы больных АГ: с кардиальной формой АГ – 29 больных, с почечной формой АГ – 24 больных и с церебральной формой АГ – 15 больных.

С учетом полученных результатов обследования всем больным проводилась корпоральная иглорефлексотерапия, в среднем, 10 дней. Рецепт акупунктурного лечения составлялся индивидуально с учетом изменения электропроводности в БАТ заинтересованных меридианов. Использовался

локально-сегментарный метод составления рецептуры акупунктурного воздействия на БАТ пострадавших меридианов с учетом клинической формы АГ. Кроме корпоральных точек основных меридианов, в рецептуру включались «неконкурентные» БАТ и точки общего действия с других меридианов и аурикулярные точки.

Воздействие медицинскими пиявками осуществлялось в БАТ, расположенные в зонах, традиционно используемых гирудотерапевтами для лечения гипертонической болезни: околоушная область (VB12, VB20), шейно-воротниковая зона (VB21, TR14,15), поясничная и крестцовая области (V21-34, V51-54, VB26-30). Курс лечения состоял из 3-5 сеансов гирудотерапии частотой два раза в неделю при хорошей переносимости больными ГТ и 1 раз в неделю при высокой вегетативной реакции организма на сеанс лечения. Считается, что лечебный эффект ГТ обусловлен действием секрета слюнных желез медицинской пиявки, содержащего гирудин, гиалуронидазу, дистабилазный комплекс, гистаминоподобное вещество, псевдогирудин, эглины, бделины и другие биологически активные вещества (БАВ). Установлено, что эти БАВ активно влияют на реологические свойства крови и оказывают следующие клинически выраженные эффекты: антиагрегационный, тромболитический, антисвертывающий, гипотензивный, антигипоксический, антиатеросклеротический, аналгезирующий, противоотечный, иммуностимулирующий и другие, столь важные для лечения больных АГ.

Сочетание акупунктурной гирудотерапии и корпоральной иглорефлексотерапии сопровождалось стабилизацией АД и значительным улучшением самочувствия больных. С целью закрепления полученного лечебного эффекта и профилактики рецидива повышения АД после 5-го сеанса корпоральной иглорефлексотерапии подключалась аурикулярная микроиглотерапия со специальным контролем доминантных тригерных точек, в которые вводились микроиглы пролонгированного действия. Больные обучались программе подкрепления режима воздействия микроигл на дому и осуществляли ее самостоятельно в течение 1-1,5 месяцев, посещая врача 1 раз в неделю.

В результате лечения больных по нашей методике были получены клинические эффекты в виде пролонгированного снижения АД или его стабилизации. При этом было отмечено улучшение психоэмоционального состояния больных: улучшение общего самочувствия, уменьшение тревожности, улучшение сна и адаптации к внешним раздражителям и др. Уменьшились или ушли основные клинические проявления заболевания. При церебральной форме АГ: головная боль, головокружение, расстройства зрения и слуха, повысилась работоспособность, внимание, улучшилось настроение и сон. При кардиальной форме АГ:

уменьшились или купировались приступы кардиалгии, ощущения аритмии, одышки, дискомфорт в левой половине грудной клетки, метеотропность и др. При почечной форме АГ: уменьшился болевой синдром в поясничной области, нормализовался диурез, улучшились биохимические анализы мочи, нормализовался сон.

Можно полагать, что дифференцированная корпоральная иглорефлексотерапия способствует быстрому получению акупунктурного клинического эффекта в форме снижения АД и его стабилизации. Акупунктурная гирудотерапия, улучшая реологические свойства крови, способствует удлинению срока ремиссии на значительный промежуток времени. Аурикулярная иглорефлексотерапия закрепляет полученный рефлекторный эффект путем включения основных меридианов в режим вновь сформированных условий для обеспечения гомеостаза в основных жизненных системах организма.

## ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

О.Ю. Кононенко

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

Расстройство личности – феномен распространенный достаточно широко в странах с различным социально-экономическим строем. Так, по данным В.В. Горинова и Б.А. Нохурова (2004), в 2000 году в Российской Федерации расстройства зрелой личности и поведения у взрослых составили 4,7%. Согласно данным D. Lykken (1995) личностные расстройства обнаруживаются у 10-12% американского населения. G. de Girolamo и J. H. Reich (1995) указывают, что распространенность расстройств личности в населении варьирует от 10,3 до 13,5%; по данным Г. Каплан и Б. Седок (1998) – от 6 до 9%.

Социальная дезадаптация пациентов с расстройством личности наблюдается с молодого возраста, проявляется в профессиональной и в личной жизни. А.А. Бесчасный (1992) отмечает, что психопатические личности чаще, чем лица с психопатоподобным поведением имеют низкие показатели социального функционирования: трудовую квалификацию, образовательный уровень и др. По данным N.J. Lavik (1982), исследования больных г. Осло показали, что в группе пациентов с личностной патологией отмечен максимальный процент лиц, никогда не состоявших в браке.

Нами проведено исследование 37 пациентов, страдающих расстройствами личности астенического круга. Среди них у 18 диагностирована неустойчивая, у 9 человек шизоидная, у 2 ананкастная и у 8 мозаичная психопатия с преобладанием истероидного радикала. В группе юношеского возраста (18-21год) наблюдалось 13 мужчин, 2 женщины, в группе пациентов молодого возраста (22-35лет) – 14 мужчин, 5 женщин, в группе пациентов зрелого возраста (36-55лет) – 1 мужчина, 2 женщины.

Среди обследованных пациентов 26 человек (70,3%) выросло в городе, 11 человек (29,7%) – в сельской местности. Среди шизоидных психопатов различия в месте проживания минимальны: 5 человек (55,5%) – городских, 4 человека (44,4%) – сельских, среди неустойчивых 14 человек (77,7%) выросло в городе, 4 человека (22,2%) – в сельской местности.

Состав родительской семьи в 66,6% шизоидной психопатии был полным, в 33,3% – неполный, без отца. При неустойчивой психопатии в 27,7% состав родительской семьи был полным, неполным – в 61,1%, без отца воспитывалось 55,5%, без матери – 5,5%, с отчимом – 22,2%, с мачехой – 11,1%, в детском доме воспитывался 1 пациент (что составляет 5,5%). Характер взаимоотношений в родительской семье у 12 пациентов теплый, спокойный, у 5 – формальный. У 20 пациентов (в 54% случаев) в родительской семье отмечались конфликтные отношения. Этот показатель значительно выше при шизоидной психопатии – 77,7%, при неустойчивой психопатии он составляет 44,4%. Теплые отношения в родительской семье отмечались у 22,2% шизоидных психопатов и у 33,3% неустойчивых.

Характер воспитательных приемов при шизоидной психопатии в 44,4% был систематическим, в 33,3% – спокойным, доверительным. При неустойчивой психопатии в 61% случаев отмечено эпизодическое воспитание, гипоопека или безнадзорность, в 38,8% – систематическое воспитание.

По образовательному уровню: 12 человек (32,4%) имеют низшее образование, 2 человека (5,4%) – среднее, 15 человек (40,5%) – средне-специальное, 7 человек (18,9%) – незаконченное высшее, 1 человек (2,7%) – высшее образование. Данные показатели отличны при разных вариантах расстройств личности. Так, при шизоидной психопатии 88,8% больных имеют средне-специальное и незаконченное высшее образование. При этом не работающими являются 66,6%. При неустойчивой психопатии 50% больных имеют низшее образование. Не работающих пациентов 44,4%. При ананкастном расстройстве личности оба исследованных пациента работающие, причем стаж одного составляет около 10 лет, второй пациент совмещает работу и учебу.

Профессии у шизоидных психопатов: техник по авиационному оборудованию, учитель (смог работать в течение нескольких месяцев), стро-

пальщик, грузчик, разнорабочий, сторож. Часты увольнения в связи с невозможностью формировать отношения в коллективе и с высокими для пациентов астенического круга нагрузками. Среди неустойчивых психопатов: подсобные рабочие, грузчик, а также продавцы, хоровой дирижер, рабочий по корпусной мебели, бармен, тракторист, экспедитор (то есть больший удельный вес занимают профессии, требующие активного общения и установления контактов с людьми). В этой группе пациентов также часты увольнения, смена работы, но основными причинами являются конфликты вследствие невыполнения пациентами своих обязанностей в должном объеме, склонность к алкоголизации, «надоедание работы».

Из всех 37 наблюдаемых 7 пациентов (18,9%) имеют детей, 27 пациентов (72,9%) холосты, 3 пациентов (8,2%) образовали семью, но бездетны. У пациентов шизоидной психопатией 2 человек (22,2%) имеют детей, 7 человек (77,8%) холосты. При неустойчивой психопатии 1 пациент (5,55%) имеет детей, 7 человек (38,88%) холосты, 10 пациентов (55,55%) образовали семью, но бездетны, при неустойчивой психопатии чаще встречаются гражданские браки.

Таким образом, по данным наших исследований, для всей исследованной группы характерно снижение социальной адаптации в родительской семье (неполный состав, высокий процент конфликтных отношений), невысокий образовательный уровень пациентов, частые увольнения и смена мест работы, высокий процент холостых, проживающих с родителями лиц, снижение детородной функции. Среди лиц с неустойчивой психопатией преобладают жители города, характерно эпизодическое воспитание в семье, гипоопека, безнадзорность. Среди шизоидных психопатов высокий процент безработных. Наиболее высоие показатели трудоспособности у ананкастных психопатов.

## ПРОФИЛАКТИКА КАК ОСНОВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Т.А. Костюченко

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Пенза

«… больных я буду предохранять от всякого вреда и порока»
Из клятвы врачей Древней Греции

Постановлением Правительства РФ от 05.11.97г. № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в РФ»

была одобрена «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в РФ». Ее приоритетными направлениями являются:

- увеличение объема мероприятий медицинской профилактики в деятельности всех структур здравоохранения;
- обеспечение поэтапного перехода на работу по принципу врача общей практики с разработкой национальной программы по семейной медицине;
- кардинальное повышение эффективности сельского здравоохранения;
- проведение реформ в сфере дородового и перинатального ухода, здорового материнства и репродуктивного здоровья;
- оптимальная реставрация системы государственного заказа и распределение выпускников медицинских учебных заведений страны;
- качественное преобразование всей системы подготовки среднего медицинского персонала, повышение роли и значимости фельдшерского института в структуре специалистов среднего звена;
- разработка и внедрение более совершенной системы оплаты труда медицинских работников, поощрений и признания профессиональных заслуг;
- создание информационной системы управления для стимуляции внедрения ресурсосберегающих технологий и повышения качества медицинской помощи.

Как видим, медицинская профилактика в этом перечне стоит на первом месте.

О приоритете профилактических мер в области охраны здоровья граждан говорится и в статье 2 «Основные принципы охраны здоровья граждан» «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» 1993 года.

Что же такое профилактика?

Профилактика в медицине (от греч. prophilacticos – предохранение, предупреждение) – это широкая и разносторонняя сфера деятельности, относящаяся к выявлению причин заболеваний и повреждений, их искоренению или ослаблению среди отдельных людей, их групп и всего населения.

Выделяют индивидуальную (личную) и общественную профилактику, а в зависимости от характера объекта приложения профилактических мер, говорят о первичной, вторичной и третичной профилактике.

Первичная профилактика – это совокупность мер (деятельность) преимущественно социального характера и массовых масштабов по развитию и усилению влияния благотворных для здоровья факторов и ограничению и устранению неблагоприятных для здоровья факторов.

Вторичная профилактика – это совокупность медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направлен-

ных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижение трудоспособности, в том числе инвалидизации и преждевременной смертности.

Третичная профилактика – это совокупность мер по предупреждению обострения уже развившегося заболевания, его перехода в хроническую форму, появления нетрудоспособности и инвалидности.

Меры этих видов профилактики весьма разнообразны: медицинские, психологические, биологические, гигиенические (вакцинация, соблюдение режима труда, отдыха, правил рационального питания, физической активности, преодоление вредных привычек и многое другое), социальные, социально-экономические и политические.

Профилактическое направление охватывает разностороннюю деятельность во всей социальной сфере жизни населения. В таком широком аспекте профилактика выходит за пределы медицины и системы здравоохранения, превращается в социально-профилактическое направление в деле охраны и улучшения здоровья народа, включающее в себя не только специфические меры системы здравоохранения, но и мероприятия, проводимые всем обществом, всем государственным аппаратом, его органами и учреждениями. Такое направление как ведущая линия социальной политики в охране и укреплении здоровья населения становится его стратегическим направлением.

Социально-профилактическое направление, таким образом, означает осуществление комплекса социально-экономических и медицинских мер, обращенных прежде всего на предотвращение и искоренение причин возникновении и развития заболеваний, создание наиболее благоприятных условий для охраны здоровья, для воспитания физических и духовно крепких развитых поколений. Следовательно, основными задачами совершенствования профилактической помощи больным должны быть:

- организационное обеспечение санитарно-просветительной работы в области профилактики заболеваний;
- организация целевых профилактических осмотров для выявления патологии и лиц с факторами риска развития заболеваний;
- проведение диспансерных осмотров;
- консультация специалистов при наличии соответствующей патологии;
- контроль эффективности диспансеризации больных;
- внедрение метода самоконтроля за состоянием пациента;
- обеспечение центров (отделений, кабинетов) медицинской профилактики информацией по профилактике заболеваний.

# НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ОТДЕЛЕНИЕ РЕСПИРАТОРНО-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Л.И. Краснова, О.Н. Лесина, Г.Н. Рубцова,
Н.Л. Кондратюк, Л.О. Краснова

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
Областная детская клиническая больница им. Н.Ф.Филатова,
г. Пенза

В России среднестатистические показатели заболеваемости пневмонией составляют 4-17 на 1000 детей в возрасте 1 мес-15 лет (за рубежом от 5-9,7‰ до 20-80‰) [2, 3]. Внебольничная пневмония характеризуется серьезным прогнозом и по данным ВОЗ она занимает 4-е место в структуре причин смертности. У амбулаторных больных внебольничной пневмонией летальность обычно не превышает 1%, в то же время у госпитализированных больных она возрастает до 5-12%, а у больных, требующих интенсивной терапии – до 20-30%. Прогноз при внебольничной пневмонии определяется возрастом пациентов, характером и тяжестью сопутствующей патологии, а так же адекватной и своевременной терапией [1, 2]. Умение своевременно диагностировать и правильно лечить внебольничную пневмонию принципиально важно в плане улучшения прогноза заболевания. *Цель* настоящего исследования – провести анализ нозологической структуры госпитализированных больных за период 2004-2005 гг. в отделение респираторно-вирусной инфекции ОКДБ им. Н.Ф. Филатова.

В 12 боксированное отделение ОКДБ им. Н.Ф. Филатова (отделение респираторно-вирусной инфекции) в 2004 г. было госпитализировано 1190, в 2005 г. – 1474 пациента. Отделение рассчитано на 40 коек. Средняя длительность пребывания больного в стационаре составила 7,98 в 2004 г. и 7,6 койко-дней в 2005 г. Структура нозологических форм заболеваний у всех поступивших больных в 2004-2005 гг. отражена в таблице 1.

Таблица 1 – Структура нозологических форм заболеваний у пользованных больных в 2004-2005 гг.

| № п/п | Нозологическая структура | Всего | | Из них до 1 года | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Абс | % | Абс | % |
| 1 | Заболевания органов дыхания | 2438 | 92 | 571 | 97 |
| 2 | Воспалительные заболевания ЦНС | 14 | 0,5 | 2 | 0,3 |

*Продолжение таблицы 1*

| № п/п | Нозологическая структура | Всего | | Из них до 1 года | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Абс | % | Абс | % |
| 3 | Инфекционные заболевания (коклюш, энтероколит, инфекционный мононуклеоз, герпетическая инфекция, менингококковая инфекция, аденовирусная инфекция, сепсис) | 25 | 0,9 | 1 | 0,2 |
| 4 | Болезни нервной системы (ВСД, эписиндром, эпилепсия, ДЦП, церебральная ишемия) | 17 | 0,6 | 1 | 0,2 |
| 5 | Болезни системы кровообращения (ВПС, анемия, васкулит, функциональная кардиопатия, миокардиодистрофия) | 17 | 0,6 | 3 | 0,5 |
| 6 | Болезни мочевой системы | 46 | 1,7 | 4 | 0,7 |
| 7 | Болезни органов пищеварения | 73 | 2,7 | 4 | 0,7 |
| 8 | Воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки | 16 | 0,6 | 1 | 0,2 |
| 9 | Болезни эндокринной системы (сахарный диабет) | 2 | 0,08 | – | – |
| 10 | Прочие (отит, реакция на прививку, о.лейкоз, отравление угарным газом, крипторхизм, уход за подкидышем) | 15 | 0,6 | 1 | 0,2 |
| Всего | | 2664 | 100 | 588 | 100 |

В таблице 2 представлена структура нозологических форм заболеваний органов дыхания у госпитализированных детей (2004-2005 гг.). Из представленных данных (таблица 1-2) видно, что за 2004-2005 гг. пролечено 2438 детей с заболеваниями органов дыхания (92% от общего числа госпитализированных), детей до года среди них было 23% (571 пациент).

Таблица 2 – Нозологическая структура заболеваний органов дыхания

| № п/п | Нозологическая структура | Всего | | Из них до 1 года | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Абс | % | Абс | % |
| 1 | Ринофарингит | 298 | 12 | 70 | 12 |
| 2 | Фарингит | 607 | 25 | 117 | 20 |
| 3 | Трахеит | 59 | 2 | 6 | 1 |
| 4 | Ангина | 4 | 0,2 | – | – |
| 5 | Риносинусит | 2 | 0,1 | – | – |
| 6 | ОРВИ | 1 | 0,04 | – | – |
| 7 | Грипп | 67 | 3 | 19 | 3 |
| 8 | Гриппозная пневмония | 3 | 0,1 | 1 | 0,2 |
| 9 | Хламидийная пневмония | 2 | 0,1 | 1 | 0,2 |
| 10 | Пневмококковая пневмония | 1 | 0,04 | – | – |
| 11 | Плевропневмония | 8 | 0,3 | – | – |
| 12 | 2-сторонняя пневмония с обструктивным синдромом | 1 | 0,04 | – | – |
| 13 | Пневмония | 416 | 17 | 62 | 11 |

*Продолжение таблицы 2*

| № п/п | Нозологическая структура | Всего | | Из них до 1 года | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Абс | % | Абс | % |
| 14 | Пневмония на фоне ВПС | 2 | 0,1 | 2 | 0,4 |
| 15 | Бронхит | 906 | 37 | 292 | 51 |
| 16 | Бронхиальная астма | 37 | 1,5 | – | – |
| 17 | Астматический бронхит | 21 | 0,9 | – | – |
| 18 | ХНЗЛ | 1 | 0,04 | – | – |
| 19 | Герпетическая ангина | 2 | 0,1 | 1 | 0,2 |
| Всего | | 2438 | 100 | 571 | 100 |

Из них: 428 пациентов (18%) перенесли пневмонию, 906 пациентов (37%) – бронхит, 1107 детей (45%) другие респираторно-вирусные заболевания (ринофарингит, фарингит, синусит, трахеит, ОРВИ, грипп, бронхиальная астма, астматический бронхит, ХНЗЛ).

В сравнении с 2003г. наблюдается рост числа госпитализированных больных бронхолегочными инфекциями в 2 раза: пневмонией 2003 г. – 120 чел; 2004 г. – 166 чел; 2005 г. – 262 чел; бронхитом в 2003 г. – 304 чел; 2004 г. – 329 чел; 2005 г. – 577 чел.

За период 2004-2005 гг. умерло 5 детей, причиной смерти которых были следующие заболевания: пахилептоменингит, пневмония (ребенок в возрасте 2 мес. 2 дн.); множественные врожденные пороки развития (хромосомная патология) (ребенок в возрасте 6 мес.); генерализованная ЦМВИ, пневмония, кардит (ребенок в возрасте 3мес. 20 дн.); пневмония (ребенок в возрасте 8 мес.); прогрессирующая спинальная амиотрофия (ребенок в возрасте 2г 1 мес.).

Летальность составила 0,13%-0,2%. У 60% умерших детей отмечалось воспаление легких, сопровождающееся выраженной реакцией системного воспаления.

В отделение реанимации и интенсивной терапии было госпитализировано в 2004г. 53 пациента из числа 1190 поступивших больных (4,5%), а в 2005г. 59 пациентов (4%) от 1474 поступивших в стационар (таблица 3).

Таблица 3 – Удельный вес больных, находившихся в ОРИТ

| № п\п | | 2004 г. | | 2005 г. | | Всего | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| 1 | Всего пролеченных больных в 12 отд. | 1190 | 100 | 1474 | 100 | 2664 | 100 |
| 2 | Переведены или первично госпитализированы в ОРИТ | 53 | 4,5 | 59 | 4 | 112 | 4,2 |

Из числа 53 больных, поступивших в ОРИТ в 2004 г. (таблица 4), 66% (35 чел.) имели бронхолегочную патологию (пневмонию – 57% или 20 чел, бронхит – 43% или 15 чел). В 2005 г. из числа 59 человек, посту-

пивших в ОРИТ, пневмония диагностирована у 64% (28 чел) и бронхит у 36% (16 чел).

Таблица 4 – Структура бронхолегочных заболеваний у детей, госпитализированных в ОРИТ

| № п\п | Нозология | 2004 г. | | 2005 г. | | Всего | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| 1 | Бронхит | 15 | 43 | 16 | 36 | 31 | 39 |
| 2 | Пневмония | 20 | 57 | 28 | 64 | 48 | 61 |
| 3 | Всего | 35 | 100 | 44 | 100 | 79 | 100 |

Следовательно, из общего числа (2664) госпитализированных больных с бронхолегочной патологией 112 пациентов (4,2%) имели угрожающие для жизни состояния и нуждались в неотложных мероприятиях в ОРИТ. 79 пациентов (71%) из числа 112 детей, находившихся в ОРИТ, госпитализировались с инфекциями нижних дыхательных путей, в том числе с пневмониями 48 больных (61%) и с бронхитом 31 (39%).

*Выводы*

1. В течение последних 2 лет (в сравнении с 2003 г.) удельный вес бронхолегочной патологии у госпитализированных детей увеличился в 2 раза.
2. В структуре заболеваний органов дыхания среди госпитализированных детей лидирующее место занимают: бронхит (37%), фарингит (25%), пневмония (18%).
3. Состояние 4,2% госпитализированных детей с респираторной патологией (61% – пневмония и 39% – бронхит) требует неотложной терапии в ОРИТ.
4. Роль пневмонии как основного заболевания в танатогенезе у пациентов, умерших в стационаре, составляет 17%.
5. Анализ нозологической структуры, клинических форм болезни, степени тяжести заболевания, определение основных синдромов, требующих интенсивной терапии или реанимационных мероприятий у госпитализированных больных, позволит планировать и определять потребность в объемах и качестве медикаментозного и диагностического обеспечения отделений.

*Литература*

1. Яковлев С.В. Антибактериальная терапия осложнений пневмонии // Журнал «Consilium medicum» – 2005. – том 7, №4. – с.273-280.

2. «Пневмония» в кн. «Педиатрия. Клинические рекомендации. 2005-2006» – Москва: ГЭОТАР-МЕДИА, 2005. – С.125-155. (Под ред. А.А. Бареева).

3. «Внебольничная пневмония» в кн. «Пульмонология. Клинические рекомендации. 2005-2006» – Москва: ГЭОТАР-МЕДИА, 2005. – С.50-73. (Под ред. А.Г. Чучалина).

## КОРРЕКЦИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МОЗГА

Л.Г. Крылова, Г.Н. Бельская, Е.А. Кнолль,
Е.А. Деревянных, Л.Д. Макарова

ГОУ ДПО «Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Челябинск

В области сосудистых поражений мозга постоянное внимание исследователей привлекает проблема своевременной клинической диагностики нарушений на разных стадиях развития болезни и разработка соответствующих активных терапевтических мероприятий с учетом изменений, выявляемых на разных уровнях функционирования биологических систем организма.

В нашей статье представлен опыт лечения больных инфарктом мозга легкой и средней степени тяжести с включением в терапевтический комплекс цитопротективного препарата Милдронат, оказывающего влияние на микроциркуляцию крови.

Обследовано 30 пациентов в остром периоде инфаркта мозга легкой и средней степени тяжести в возрасте 50-60 лет (средний возраст 55,1±4,65). Милдронат был включен в состав комплексной терапии у данной категории больных в инъекционной форме в виде 10% раствора по 5,0 мл, внутривенно, затем в таблетированной форме по 250 мг 3 раза в день в течение 6 недель. Этиологическими факторами развития инфаркта мозга явились: атеросклероз, артериальная гипертензия и их сочетание. Диагноз устанавливали на основании клинических, параклинических и инструментальных методов обследования. Группу сравнения составили 20 больных с аналогичным диагнозом, возрастной категорией, которые не получали Милдронат. Кроме того, нами была обследована группа контроля из 20 практически здоровых людей и сопоставима с группами больных по полу и возрасту.

Состояние микроциркуляторного русла изучали методом биомикроскопии сосудов бульбарной конъюнктивы с помощью щелевой лампы «ЩЛТ-56», фотоаппарата, импульсного осветителя. Количественный учет данных проводили по шкале С.А. Селезнева и соавт. (1985). Изуча-

лись и анализировались внутрисосудистые, сосудистые и внесосудистые изменения.

При оценке микроциркуляторных расстройств учитывались периваскулярные изменения (плазморрагии, геморрагии); сосудистые – в виде изменения формы сосудов (неравномерность калибра, извитость, наличие сосудистых клубочков, артериовенулярных анастомозов); внутрисосудистые изменения (сладж – феномены в артериолах, венулах, капиллярах, замедление скорости кровотока, остановка кровотока).

Кроме общего (КИО) конъюктивального индекса, который представляет сумму всех признаков, определялись парциальные КИ1 – периваскулярный; КИ2 – сосудистый; КИЗ – внутрисосудистый конъюнктивальные индексы. Определение парциальных и общего конъюнктивальных индексов позволяет отразить динамику микроциркуляторных расстройств до и после лечения препаратом Милдронат у больных инфарктом мозга.

Исследования микроциркуляции путем биомикроскопии сосудов бульбарной конъюнктивы показали достоверное увеличение как общего КИО ($p<0,001$), так и парциальных конъюнктивальных индексов КИ1 ($p<0,05$); КИ2, КИЗ ($p<0,001$) в исследуемых группах до лечения Милдронатом по сравнению с группой контроля, что свидетельствует о значительных нарушениях микроциркуляции у этих пациентов.

Изменения в системе микроциркуляции нами отмечены у больных с инфарктом мозга на всех трех уровнях: увеличение общего конъюнктивального индекса (КИО 18,73±1,32); периваскулярные изменения (КИ1 2,14±0,35), сосудистые изменения (КИ2 10,58±0,34); внутрисосудистые изменения (КИЗ 7,23±0,54). Нами были выявлены и качественные микроциркуляторные расстройства в виде периваскулярного отека у 9 пациентов, микрогеморрагии у 2 пациентов; сосудистые изменения в виде извитости у 24 пациентов, неравномерности калибра у 18 пациентов и артериовенулярных анастомозов у 9 пациентов; внутрисосудистые изменения отмечались в виде сладж-феномена у 16 пациентов, замедление кровотока с тенденцией к остановке кровотока у 13 пациентов.

Анализ полученных данных позволил нам прийти к следующим *выводам*: после проведенного курса лечения с включением Милдроната нами выявлено, что все показатели микроциркуляции были значительно улучшены по сравнению с группой больных, не получающих данный препарат. Достоверное улучшение в системе микроциркуляторного русла отмечены в виде уменьшения изменений внутрисосудистого характера и общего конъюнктивального индекса: КИО снижался в среднем до 7,23±0,64, но не достигал значений, наблюдаемых у пациентов, не получающих Милдронат КИО до 13,09±0,74 и, тем более, у здоровых лиц КИО 4,01±0,54.

У пациентов, не получающих цитопротективную терапию выявлено незначительное уменьшение как общего конъюнктивального индекса, так и сосудистого индекса, что, по-видимому, связано со стойкостью сосудистых сдвигов, хотя нами отмечены улучшения в качественных показателях микроциркуляции в виде регресса периваскулярного отека, менее выраженной извитости сосудов и улучшения кровотока в микрососудах бульбарной конъюнктивы.

Таким образом, проведенные исследования показали, что у больных инфарктом мозга легкой и средней степени тяжести имеются выраженные нарушения микроциркуляции, проявляющиеся достоверным увеличением, прежде всего сосудистых и внутрисосудистых показателей, несколько меньше – периваскулярных. Включение в традиционный терапевтический комплекс цитопротектора Милдронат, приводило к достоверному улучшению показателей микроциркуляции, что позволяет назначать его в острый период заболевания для улучшения микроциркуляторных расстройств.

Приведенные данные свидетельствуют об актуальности изучения различных функциональных уровней системы микроциркуляции для адекватной терапевтической коррекции.

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГИРУДОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА

Р.П. Крымская, С.С. Лиманский, И.В. Крымская, С.А. Усанова, Л.А. Журавлева, А.И. Грачев

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина,
ВМС Управления ФСБ России по Пензенской области,
г. Пенза

На современном этапе развития ринологии возросли перспективы применения традиционных методов лечения, в частности гирудотерапии (ГТ). Однако возможности использования ГТ в ринологической практике мало изучены. Исследованиями М.А. Арефьевой (1997), О.В. Марева, В.В. Шкрабова (2001) выявлены у больных вазомоторным ринитом (ВМР) выраженные нарушения микроциркуляции в нижних носовых раковинах, латентная гиперкоагуляция.

Между тем, противотромбическое, антиагрегантное, тромболитическое, антиатерогенное, иммуностимулирующее, противовоспалительное,

бактериостатическое, анальгезирующее, деконгестивное и регенерирующее свойства пиявки не оставляет сомнений в обоснованности и целесообразности применения метода ГТ в ринологии.

*Цель* нашего исследования состояла в клинико-лабораторном обосновании применения ГТ в лечении ВМР.

Под нашим наблюдением находилось 115 больных ВМР в возрасте от 18 до 82 лет.

Клинико-лабораторное обследование проведено 65 больным. Перед лечением исследовали функциональное состояние гемостаза по данным биохимического метода и электрокоагулографии (алгоритмический метод, разработанный Саратовским НИИТО, 1999). С оценкой начала коагуляции ($T_1$), конца ($T_2$), времени образования сгустка (Т), фибринолитической активности (Fa), уровень фибриногена по показателю ($A_0$) и величину гематокрита (Ht) по максимальной амплитуде электрокоагулограммы цитратной крови. Показатели, характеризующие процесс свертывания, определяли в цитратной крови и плазме.

Оценку эффективности ГТ осуществляли на основании результатов клинического и лабораторного *методов исследования*. Кровь забиралась натощак в пробирку с цитратом (1:9) самотеком, а затем через час после ГТ. Истекающую кровь из места присасывания пиявки взять без сгустков не удавалось.

Исследования повторяли через сутки и к концу лечения. По разработанной нами методике больным проведено от 2 до 6 процедур эндоназальной ГТ с интервалом между ними 2-3 дня.

В качестве лечебного средства при нативной гирудотерапии использовали медицинские пиявки Hirudo medicinalis officinalis, выращенные в условиях биофабрики ООО «Гирудо-мед» (г. Люберцы, Московской области) в соответствии с принятыми стандартами и имеющие сертификат соответствия № РОСС RU ФМ02 Ф 415 63 Госгосфармакопеи РФ. Регистрационное удостоверение МЗ РФ: Р №002223/01-2003. Соответствует нормативным документам ФСП 42-03/2-1473-01, торговое название: Пиявка медицинская. Лекарственная форма: Пиявка медицинская. Фармакотерапевтическая группа: Антикоагуляет прямой. Код АТС: В01 АВ. Фармакологическое действие – согласно инструкции по медицинскому применению препарата «Пиявка медицинская (Hirudo medicinalis)», утвержденной Департаментом государственного контроля лекарственных средств и медицинской техника МЗ РФ 23 марта 2003 г., одобренной Фармакологическим Комитетом МЗ РФ 31 октября 2002 г, протокол №7П, представляет собой живых особей пиявок вида Hirudo medicinalis (пиявка медицинская) массой 0,5-3 г., голодавших не менее 3 месяцев.

У больных ВМР в исходном состоянии имела место активация сосудисто-тромбоцитарного гемостаза и коагуляционного гемостаза по внешнему и внутреннему механизмам. О сосудисто-тромбоцитарном гемостазе судили на основании общего количества тромбоцитов ($395\pm50x10^9$/л). При подсчете тромбоцитограмм преобладали активные тромбоциты, образующие агрегаты по 25-40.

По результатам развернутой коагулограммы и ЭК у обследованных больных выявлен риск развития тромботических осложнений. Оценив ЭК по алгоритму Саратовского НИИТО, определили диагностический код у больных перед лечением 02340 – дизадаптационная гиперкоагуляция.

После процедур у больных уменьшался отек слизистой носа, восстанавливалось носовое дыхание, снималось чувство заложенности ушей, пркращались головные боли, стабилизировались показатели артериального давления.

Динамика ЭК в ходе лечения и через месяц после проведения ГТ показала, что ГТ активирует фибринолиз, снижает и нормализует степень внутрисосудистой активации коагуляции. Установлена гипокоагуляция как по внутреннему, так и по внешнему механизмам, по последнему более выражена.

После проведения ГТ количество тромбоцитов доставерно не снижалось ($360\pm80x10^9$/л). При этом в тромбоцитограмме преобладали скопления по 3-5. Активность тромбоцитов сохранялась.

После курса ГТ система гемостаза оценивалась как адаптационная гиперкоагуляция (код 02000).

Таким образом, с учетом патогенетических моментов развития ВМР целесообразно использование эндоназальной ГТ. Применение пиявок проявляется как деконгестивным эффектом, так и положительным воздействием на гемостаз.

У больных ВМР установлено повышение функциональной активности тромбоцитов до и после курса лечения, активация коагуляционной системы по внутреннему и внешнему механизму и системы фибринолиза. Фибринолитическая система находится в активном состоянии, что свидетельствует о наличии сверхпорогового количества тромбина до ГТ и снижении уровня тромбина в процессе лечения. Защитная активация противосвертывающей системы при образовании тромба срабатывала в процессе лечения достаточно активно. Специфическое угнетающее действие содержимого секрета слюнных желез пиявки на тромбин проявлялась удлинением АЧТВ, протромбинового времени и удлинением времени образования тромбина. ГТ по данным лабораторного исследования способствовала улучшению гемореологических показателей, активации фибринолиза.

# НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

Л.А. Кубрина, Е.Д. Короткова

ГУЗ Областной противотуберкулезный диспансер,
ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Пенза

За последние годы туберкулез в России стал наиболее актуальной медико-социальной проблемой. Распространенность туберкулеза среди населения крайне высока, растет заболеваемость и смертность.

В среднем по России заболеваемость в 2004 г. составила 83,1 на 100 тыс. населения, смертность – 21,3. В Пензенской области заболеваемость туберкулезом составила в 2004 г. – 72,3, а в 2005 г. – уже 74,2. Статистический показатель заболеваемости не отражает ее истинной величины, так как не учитываются недовыявленные больные. По данным РНИИ «Фтизиопульмонологии» ежегодно в стране не выявляется около 30% лиц заболевших туберкулезом.

В глобальной проблеме туберкулеза проблема внелегочных локализаций занимает весьма значимое место. В связи со способностью туберкулезной инфекции поражать все органы и ткани (нервную систему, кости, почки, мужские и женские половые органы, органы брюшной полости, лимфатическую систему, глаза, кожу и т.д.) внелегочный туберкулез остается очень важной проблемой здравоохранения. Заболеваемость внелегочными формами в Пензенской области в 2003 г. составила 3,6 на 100 тыс. населения, в 2004 г. – 2,6, а в 2005 г. – 3,4 на 100 тыс. населения. В России внелегочный туберкулез в большинстве территорий составляет 6-12% среди всех впервые выявленных больных, тогда как удельный вес внелегочного туберкулеза в высокоразвитых странах составляет от ¼ до ½ среди всех выявленных больных, т.е. по сравнению с высокоразвитыми странами у нас недовыявляется и недоучитывается более половины больных. В структуре внелегочного туберкулеза туберкулезу костей и суставов отводится важная роль наряду с туберкулезом мочеполовой системы.

Туберкулезный остит – специфическое воспаление, возникающее преимущественно в отделах скелета, наиболее богатых красным костным мозгом. Чаще всего поражаются тела позвонков, метафизы бедренной кости, большеберцовой, тела подвздушной, седалищной костей, плечевая кость.

Туберкулез кости – это преимущественно деструктивный процесс с очень слабо выраженными реактивными и нереактивными явлениями.

Разрушение резко преобладает над созданием. Внутрикостно расположенный очаг поражения не вызывает болевых ощущений, поскольку кость не имеет болевых рецепторов. Только когда воспаление подходит к надкостнице, суставу или выходит в мягкие ткани, появляются боли, а также местные и общие признаки воспаления. Но даже на этом этапе рентгеноскопическое исследование может оказаться неэффективным. Только когда воспаление подходит к надкостнице, суставу или выходит в мягкие ткани, появляющиеся боли, а также местные и общие признаки воспаления. Но даже на этом этаже рентгенологическое исследование может оказаться неэффективным. Только очаги деструкции более 5 мм могут быть выявлены рентгенологически и топографически.

Если преобладает продуктивное воспаление с формированием гранулемы, в таких случаях очаг становится более четким.

Очаги туберкулезного воспаления у взрослых увеличиваются медленно, у детей растут быстро и могут в течение нескольких недель достигнуть в диаметре 2-3 мм и более.

При быстром течении процесса участок кости внутри очага может некротизироваться, отделиться и превратиться в секвестр, по форме напоминающий тающий сахар, округленный прозрачным ободком.

Туберкулезный спондилит – составляет около 40-50% всех случаев костного туберкулеза. Чаще всего поражаются грудные позвонки – в 60%, реже поясничные – 30%, шейный отдел – 5-9%. Чаще болеют мужчины и лица молодого возраста.

Начало современного учения о туберкулезном спондилите относится к концу XVIII века, когда английский хирург Потт в 1799 году дал описание основного признака этого заболевания – горба и параличей.

Анатомическая и физиологическая особенность позвоночника – нахождение в нем спинного мозга, паравертебрально расположенные на всем его протяжении жизненно важные органы, функция опоры всего организма, делающие эту патологию одним из самых тяжелых заболеваний с очень высокой инвалидностью.

Туберкулез позвоночника является вторым заболеванием, возникающим на почве гематогенной диссеминации микобактерий туберкулеза из первичного очага любой локализации с развитием специфического воспаления костной ткани позвонков.

Проанализировав истории болезни и амбулаторные карты больных, проходивших лечение и состоявших на учете в ОПТД за последние десять лет, можно сделать вывод, что в 52,8% случаев впервые возникший спондилит был проявлением полиорганного процесса.

Легочные поражения имелись у 37,9% больных, внелегочные формы других локализаций – у 14,9%. Легочный туберкулез был представлен

всеми формами. В большинстве случаев процесс носил активный характер и сопровождался бактериовыделением у 18% больных. Экссудативный плеврит предшествовал процессу в позвоночнике у 5,5% больных (см. таблицу 1).

Таблица 1 – Сопубствующий туберкулез органов дыхания у больных туберкулезным спондилитом (46 больных)

| Клинико-рентгенологическая форма туберкулеза | Число больных | |
|---|---|---|
| | абс | % |
| Очаговый туберкулез | 15 | 32,6 |
| Инфильтразивный | 6 | 13 |
| Диссеминированный | 13 | 28,2 |
| Милиарный | 1 | 2,17 |
| Фиброзно-кавернозный | 2 | 4,35 |
| Туберкулоны | 3 | 6,5 |
| Экссудативный плеврит | 2 | 4,34 |
| Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов | 4 | 8,7 |
| Всего | 46 | 100 |

Многие авторы отмечают высокий процент запущенности туберкулезного спондилита, главной причиной которой является ошибочная диагностика. Продолжительность диагностического процесса может затянуться от 3-х месяцев до 1,5 лет. Средний срок от появления болей до установления диагноза «туберкулезный спондилит» – 13,5 мес.

Наиболее ранняя диагностика туберкулезных очагов в телах позвонков доступна МРТ, рентгенотомографически отчетливо они выявляются позднее, при прогрессировании костной деструкции.

К моменту первого рентгенологического исследования уже можно выявить туберкулезный абсцесс – натечник в виде дополнительного образования веретенообразной формы и мягкотканной плотности. Отмечается разрушение прилегающей к диску части тела позвонка и особенно части тела следующего через диск позвонка. Тела позвонков, разрушающиеся преимущественно в передних отделах, вследствие чего приобретают клиновидную форму. Структура пораженных позвонков изменяется в зависимости от стадии процесса.

За период с 1995 по 2005 годы в стационар Пензенского противотуберкулезного диспансера поступило 79 больных с направительным диагнозом «туберкулезный спондилит». В результате лечебно-диагностических мероприятий диагноз туберкулезный спондилит у 15 больных. Из оставшихся: мужчин было 35, женщин – 29. Возраст больных – от 3 до 76 лет. Средний возраст мужчин 43 года, женщин – 47 лет. Заболеваемость туберкулезным спондилитом составила 0,43 на 100 тыс. населения. Диагноз был установлен в первые три месяца от начала заболева-

ния у 14% больных, 4-5 месяцев – 27%, 6-8 месяцев – 24%, 9-12 месяцев – 21%, 12-18 месяцев – 9%, через два года и более у 5%.

Локализация туберкулезного процесса: шейный отдел позвоночника – 3 больных, грудной – 38, поясничный – 18, крестцовый – 5 больных. В 65,7% случаев процесс был представлен наиболее типичной для взрослых контактной деструкцией двух тел позвонков. Более трети, 34,3% составили распространенные спондилиты с вовлечением в деструкцию 3-5 позвонков.

Трое детей и двое взрослых были направлены на лечение в центральные специализированные лечебные учреждения, 59 больных лечилось в Пензенском ОПТД.

Консервативное лечение включало: 3-4 противотуберкулезных препарата, специфическую и неспецифическую, патогенетическую терапию, ортопедический режим. Критерий излечения – затихание туберкулезного процесса, исчезновение болевого синдрома.

Идеальный исход – блокирование пораженных позвонков. Это достигнуто у 34-х больных (58%).

Оперативное лечение применено у 18 больных. Показания к хирургическому лечению:

1. Все виды спинальных расстройств (они наблюдались у 11 больных).
2. Распространенные процессы, с вовлечением двух и более позвонков, с наличием натечных абсцессов – 4 больных.
3. Неудовлетворительная динамика при консервативном лечении – отсутствие тенденции к блокированию, сохранение болевого синдрома – 3 больных.
4. Семеро больных, имевших показания к оперативному лечению, оперированы не были, т.к. имели сопутствующую соматическую патологию.

*Выводы*

Результаты хирургического лечения у спинальных больных: у троих больных из I группы (27,3%) наступило значительное улучшение функции спинного мозга: исчезли тазовые расстройства, восстановилась ходьба. У двоих больных этой же группы (18,2%) существенного улучшения функции спинного мозга не наступило, но восстановлена опорная функция позвоночника, что позволяет им пользоваться инвалидной коляской. Из II группы у всех больных наступило значительное улучшение. Остались легкие паранкрезы. У двоих больных из III группы (67%) исчезли неврологические расстройства. У всех оперированных больных достигнуто купирование туберкулезного процесса, блокирование тел пораженных позвонков. 34% больных являются инвалидами.

Таким образом, дифференцированный подход к выбору метода лечения больных туберкулезным спондилитом и ранняя диагностика этого

грозного заболевания позволяет добиться улучшения качества лечения данной группы больных.

*Литература*

1. Внелегочный туберкулез. (Под ред. А.В. Васильева) – 2000 г.
2. Советова Н.Н., Олейник В.В. // Проблемы туберкулеза. – 2001. – №4.
3. Митусова Г.М., Советова Н.А. // Проблемы туберкулеза. – 1999. – №3.
4. Лавров В.Н. // Проблемы туберкулеза. – 2001. – №4.

## СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Р.И. Кувакова, В.Г. Васильков

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина,
г. Пенза

Службе по лечению острых отравлений Пензенской области в 2006 году исполняется 25 лет.

Отделение острых отравлений на 30 коек было открыто в 1981 г. на базе многопрофильной центральной городской больницы им. Г.А. Захарьина, согласно приказу МЗ СССР № 475 от 6.05.80г. «Об улучшении стационарной специализированной медицинской помощи при острых отравлениях». В соответствии с положением отделение имеет статус областного центра, оказывает круглосуточную лечебную и консультативную помощь (по телефону и по линии санитарной авиации) больным с острыми отравлениями химической этиологии начиная с 12-летнего возраста. В остальных стационарах городов и районов области токсикологическая помощь оказывается врачами-реаниматологами, терапевтами, педиатрами, подготовленными по вопросам оказания помощи при острых отравлениях.

В структуру отделения входят палата реанимации на 6 коек, палаты для лечения и реабилитации больных с острыми отравлениями (24 койки), токсикологическая лаборатория. Данная структура отделения позволяет осуществлять полный комплекс лечебных мероприятий при разнообразных отравлениях.

Отделение является клинической базой кафедры анестезиологии и реаниматологии Пензенского института усовершенствования врачей.

В отделении за короткий срок были внедрены современные методы диагностики и интенсивной терапии острых отравлений. В 1983 году на базе отделения впервые в Пензенской области была проведена первая гемосорбция больному с отравлением медикаментами.

В настоящее время в отделении работает высококвалифицированный состав сотрудников – 53,5% врачей и медицинских сестер имеют высшую и первую квалификационные категории.

В отделении ежегодно оказывается помощь более трети (38%) больных с острыми отравлениями г. Пензы и Пензенской области. Доля областных больных составляет 10%. В отделение из центральных районных больниц области переводятся тяжелые больные, и пациенты, нуждающиеся в экстракорпоральных методах детоксикации.

За 25 лет работы в отделении пролечено более 36700 больных. Количество пациентов, поступающих в течение года, к 2000 году увеличилось на 37,7%. Как известно, острые отравления косвенно отражают социальную напряженность в обществе. Наиболее тревожными годами в жизни пензенцев по данным нашего отделения были 1993, 1999-2000 годы. Именно в эти годы в отделение поступило наибольшее количество пациентов (1816 и 1945 человек)

Внедрение современных методов лечения, диагностики, повышение квалификации медицинского персонала центра позволило снизить средний койко-день в 2,5-3 раза. Для отделения характерен не только низкий койко-день (4,2-5,2 койко-дня), но и высокий оборот койки (до 64,5).

Структура отравлений периодически меняется. Так, до 2003 года превалировали отравления медикаментами (до 36,8%). Отравления алкоголем и другими спиртами занимали второе место (до 31%), а отравления деструктивными ядами – третье место (до 12%).

С 1994 года стало резко увеличиваться количество отравлений наркотиками группы опия. В результате в 2000 году данный вид отравлений по численности вышел на второе место (28,87%). С 2003 года лидирующую позицию заняли отравления этанолом и другими спиртами (до 38%). Количество отравлений наркотиками стало резко снижаться с 2001 года. В 2005 году их доля составила только 3,9%.

Резко снизились отравления хлорированными углеводородами, с 2003 года не регистрируются отравления фосфороорганическими соединениями.

Количество отравлений грибами и ядами животных колеблется в зависимости от погодных условий. В последние годы увеличились комбинированные отравления психотропными медикаментами и этанолом.

За период работы нашего центра сотрудники отделения принимали активное участие в ликвидации последствий массовых отравлений (4 слу-

чаях): витамином D3 (1992 г.), тареном (1996 г.), ингаляционные отравления хромом (1990 г.) и парами металлической ртути (1992 г.).

Общая летальность при острых отравлениях составляет 2,1%-3,5%, что соответствует показателям по Российской Федерации. По количеству летальных исходов традиционно лидирует группа отравлений деструктивными ядами (до 28 случаев в 1994 и 2000 гг.) и медикаментами (до 7 случаев в 1995 и 2005 гг.).

Центр острых отравлений стал базой кафедры анестезиологии и реаниматологии ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава по подготовке врачей анестезиологов-реаниматологов и врачей скорой медицинской помощи в вопросах клинической токсикологии.

Сотрудники отделения в своей работе широко применяют информационные технологии: компьютерная информационно-поисковая токсикологическая система «Poison», компьютерная информационно-аналитическая токсикологическая система «ТОКССТАТ», АРМ врача-токсиколога.

В перспективе развития токсикологической службы области предусматривается обеспечение отделения современным лечебным и диагностическим оборудованием, развитие информационно-консультативной и телемедицинской помощи при острых отравлениях, совершенствование токсикологического мониторинга в Пензенской области. Расширение санитарно-просветительной работы особенно с подростками, значительно улучшит токсикологическую обстановку в городе и области.

## СОВРЕМЕННАЯ КОЦЕПЦИЯ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Г.М. Кульфаев

МУЗ Кисловодская центральная городская больница,
г. Кисловодск

Спинальная анестезия была в числе первых методов обезболивания, примененных в клинической практике на рубеже 19-20 веков. Она получила широкое распространение в 30-50-е годы. В дальнейшем развитие общей анестезии, в особенности эндотрахеальной, а также продленной эпидуральной анестезии, оттеснило спинальную анестезию на второй план. Однако в конце 20 века интерес к спинальной анестезии возрос, не в последнюю очередь благодаря синтезу новых местных анестетиков, и она занимает сегодня достойное место в арсенале современных методов обезболивания.

Имеются принципиальные особенности современной спинномозговой анестезии, которые делают ее одним из передовых методов анестезиологии 21 века.

Во-первых, она базируется на применении современных быстро и одновременно длительно действующих, относительно малотоксичных анестетиков, таких, как бупивакаин и ропивакаин.

Во-вторых, использование сверхтонких одноразовых спинальных игл со специально сформированным концом (pencil point) свело к минимуму наиболее неприятные для пациентов постпункционные головные боли.

В-третьих, введение субдуральных катетеров позволило иметь высококачественную анестезию при обезболивании длительных операций, а также при лечении хронических болевых синдромов. Наша больница располагает опытом проведения более 32 подобных анестезий при сосудистых операциях [6].

В-четвертых, интратекальное введение помимо местных анестетиков других препаратов позволило модифицировать и пролонгировать аналгетический эффект после спинальной анестезии.

В 80-е годы 20 века, ориентируясь на первые литературные данные и собственный клинический опыт, мы пришли к выводу о преимуществе морфина как препарата, вызывающего наиболее оптимальную по качеству и длительности аналгезию, хотя и не без побочных эффектов [1].

В дальнейшем у нас и за рубежом появились сообщения о введении в субдуральное пространство клофелина, кетамина и других препаратов. В нашей практике мы использовали клофелин и отечественный синтетический аналог лей-энкефалина – Даларгин.

Работа с клофелином показала возможность продления аналгезии до 4,5 часов при отсутсвии таких неприятных явлений как кожный зуд, рвота. В то же время тенденция к гипотензии, седация и неожиданное продление моторного блока вынудили нас ограничить применение этого метода [2].

Более обнадеживающие данные были получены в отношении даларгина. Длительность послеоперационной аналгезии достигала около 10 часов, в то же время наблюдались типичные для опиоидов побочные эффекты (кожный зуд, головокружение, рвота, седация) включая кратковременную респираторную депрессию [3]. Стабилизация гемодинамики в условиях умеренной гипотензии оказалось полезным при урологических вмешательствах [5]. Полученные данные не вполне согласуются с общепринятым мнением об отсутствии влияния энкефалинов на мю-рецепторы [7].

За рубежом на сегодня наиболее часто используется интратекальное введение фентанила, морфина и диаморфина. Фентанил обеспечивает эффективное, кратковременное (до 3-4 часов) обезболивание в зоне введения, при этом минимальны неблагоприятные побочные эффекты. Наибо-

лее популярен он при кесаревом сечении. Более длительная и универсальная аналгезия при применении морфина обуславливает его использование при других, более травматичных вмешательствах (если не была использована эпидуральная анестезия). Выявлены статистически оптимальные дозы морфина для интратекального введения [7]. Имеются обнадеживающие данные при введении диаморфина, однако пока не получены достоверные статистические опубликованные результаты.

Таким образом, на сегодняшний день еще нет идеального препарата для длительного послеоперационного обезболивания. Мы считаем интратекальное ввдение морфина или даларгина наиболее эффективными методами обезболивания, но имеющиеся побочные эффекты требуют тщательного послеоперационного наблюдения за этими больными. Поиск оптимальных адъювантов для спинномозговой анестезии продолжается в сфере синтеза селективных мю1 агонистов, лишенных депрессивного воздействия на дыхание. В сочетании с относительной технической простотой спинальной анестезии их появление может революционным образом повысить эффективность и безопасность послеоперационного обезболивания.

*Литература*

1. Кульфаев Г.М., Коркмазов Б.М. Сравнительная оценка послеоперационного обезболивания абдоминальных операций // сб. «III Всероссийский съезд анестезиологов-реаниматологов» – Ростов н/Д, 1988.

2. Кульфаев Г.М. Клиника спинальной анестезии с применением клофелина // сб. «Актуальные вопросы абдоминальной хирургии» – Пятигорск, 1997.

3. Кульфаев Г.М. Особенности спинальной анестезии с применением клофелина // сб. «Актуальные вопросы абдоминальной хирургии» – Пятигорск, 1997.

4. Кульфаев Г.М., Гричановский А.Н. Особенности и перспективы «новой» спинальной анестезии // сб. «YI Всероссийский съезд анестезиологов и реаниматологов» – Москва, 1998.

5. Кульфаев Г.М., Агагулян В.А. Оптимизация анестезиологического обеспечения чреспузырной аденомэктомии у больных с ИБС // сб. «YI Всероссийский съезд анестезиологов и реаниматологов» – Москва, 1998.

6. Гричановский А.Н., Тебердиев Ю.Б., Раживин В.В. Применение продленной спинальной анестезии при операциях на аорто-бедренном сегменте // сб. «Актуальные вопросы хирургии поджелудочной железы и брюшной аорты» – Пятигорск, 1999.

7. Covino B.G., Scott D.B., Lambert D.H. Handbook of spinal anaesthesia and analgesia // Mediglobe SA – 1994.

# ВЛИЯНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ И АНАЛИТИЧЕСКОЙ ВАРИАЦИИ НА «РЕФЕРЕНТНЫЙ ИНТЕРВАЛ» НЕКОТОРЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Е.Р. Кулюцина, Г.В. Крылова, Р.П. Савченко, О.А. Трошкина

Областная станция переливания крови,
ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Пенза

Понятие «референтные величины» означает величины, полученные у «референтной» группы лиц, отобранных с учетом возраста, пола, специальной разработанной карты SF-36 здоровья и ряда других факторов и обследуемой унифицированными методами при соблюдении строго унифицированных условий.

«Референтный интервал» – это математически вычисленный интервал значений, включающий определенный процент полученных величин (95, 90, 80%). Чаще всего за границы референтного интервала принимают две величины, между которыми заключен ряд составляющих 95% всех полученных величин. При применении метода Гаусса, основанного на допущении «нормального» распределения данных, 95% – референтный интервал будет заключен между двумя значениями: $\bar{x} \pm 2S$. Очевидно, что величина общей вариации ($S_{об}$) будет включать в себя не только внутри- и меж-индивидуальную биологическую вариацию ($S_{биол}$), но и аналитическую вариацию ($S_{ан}$), зависящую от воспроизводимости применяемого аналитического метода. Соотношение биологической и аналитической вариации определяется формулой: $S^2_{об} = S^2_{ан} + S^2_{биол}$. Степень влияния аналитической вариации на общую и тем самым на границы референтного интервала зависят от величины отношения $S_{ан}/S_{биол}$: если эта величина меньше 0,4, влияние аналитической вариации незначительно.

В данном исследовании проведено изучение влияния аналитической вариации при установлении референтного интервала для концентрации гемоглобина и глюкозы в крови. Была выбрана референтная группа лиц в возрасте 20-22 лет, прошедших медицинский осмотр. Условия подготовки обследуемых лиц, взятие крови и обработки образцов были стандартизированы. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Величины общей, аналитической и биологической вариаций и соотношение аналитической и биологической вариаций для концентраций гемоглобина и глюкозы в крови

| Вещество | пол | n | $\bar{x}$ | об. | ан. | биол. | ан/биол |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Гемоглобин | М | 200 | 15,4 | 1,80 | 0,17 | 1,79 | 0,09 |
| г/100мл | Ж | 200 | 13,3 | 1,28 | 0,17 | 1,26 | 0,13 |
| Глюкоза | М | 200 | 91 | 15,0 | 5 | 14,1 | 0,35 |
| мг/100 мл | Ж | 200 | 88 | 15,5 | 5 | 14,7 | 0,34 |

Таким образом, влияние аналитической вариации на общую, при использовании унифицированных методов определения гемоглобина и глюкозы, незначительно ($S_{ан}/S_{биол} < 0,4$) и не может привести к статистически значимому расширению границ референтного интервала.

## ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНОМИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА «СЕЛЕНЕС-КОРОНА» НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Л.В. Курашвили, С.В. Ушакова, Т.Н. Северина

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина,
МУЗ Городская клиническая больница №1,
Пенза

В патогенезе острого инфаркта миокарда ведущую роль играют процессы свободнорадикального перекисного окисления и состояние антиоксидантной системы, что подтверждено результатами наших исследований.

В группу больных, получавших базисную терапию и витаминно-минеральный комплекс «Селенес-Корона» вошли 45 пациентов острым ИМ в возрасте от 40 до 72 (54±0,99 года), мелкоочаговым, крупноочаговым, трансмуральным. Все больные с ИМ поступали в первые 2-6 часов начала ангинозного приступа с верификацией диагноза на основании клинического течения заболевания, анамнеза, а также результатов инструментальных методов, включающих ЭКГ, ЭХОКГ и биохимических исследований.

В процессе лечения никто из наблюдаемых специфической нормализующей липидный обмен лекарственной терапии не получал.

Для оценки показателей свободнорадикального процесса ПОЛ и антиоксидантной системы, липидного статуса у больных брали венозную кровь до и после лечения (в утренние часы натощак). Кровь центрифуги-

ровали, а затем определяли в плазме крови и эритроцитах диеновые конъюгаты (ДК), малоновый диальдегид (МДА) и ферменты глутатионредуктазу (ГР), глутатионпероксидазу (ГПО), супероксиддисмутазу (СОД), каталазу, тиолы, общий холестерин, триглицериды, ЛПВП.

Колебаний общего холестерина в сыворотке крови у больных острым инфарктом миокарда (рисунок 1) на фоне базисной терапии с минеральным комплексом «селенес-корона» не установлено. Изменения касались триглицеридов и распределения холестерина во фракциях липопротеидов (ЛПНП, ЛПВП, ЛПОНП): триглицериды повышались, в холестерин ЛПВП снижался, в ЛПНП и ЛПОНП повышался.

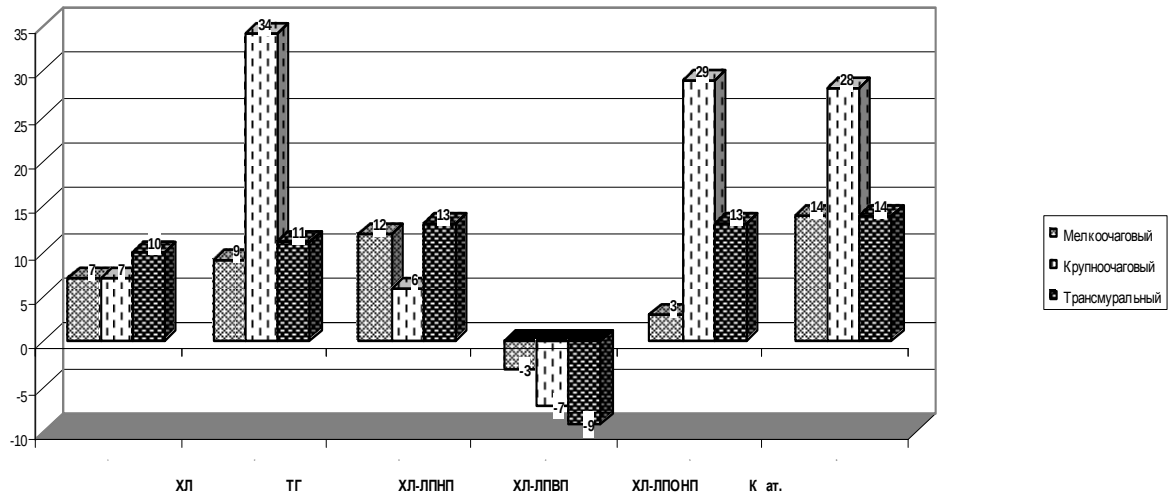



*Рис.1 Сравнительная оценка липидного спектра у больных ОИМ при лечении с использованием минерального комплекса «Селенес-корона» (в % к исходному состоянию)*

Диеновые коньюгаты и малоновый диальдегид эритроцитов (рисунок 2) снижались в процессе лечения при мелкоочаговом и крупноочаговом ИМ, в сыворотке крови у всех обследованных пациентов продукты ПОЛ оставались высокими. Общая активность ПОЛ в результате комплексной терапии была ниже исходного уровня у больных мелкоочаговом и крупноочаговом ИМ и сохранялась на исходном уровне при трансмуральном ИМ.

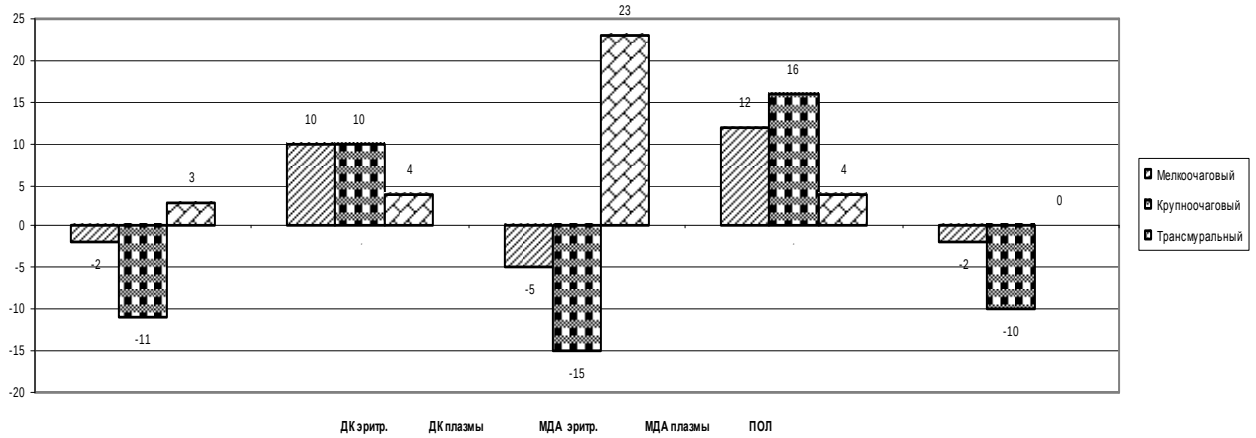



*Рис.2 Динамика продуктов ПОЛ при ОИМ по отношению к исходному состоянию при комплексной терапии с минераьным комплексом «Селенес-корона» (в %)*

Антиоксидантный потенциал (рисунок 3) при проведении комплексной терапии с использованием минерального комплекса «селенес-корона» корригировал метаболические процессы: позволил ослабить явления пероксидации липидов особенно при мелкоочаговом и крупноочаговом инфаркте миокарда за счет сохранения активности ферментов ГПО, СОД, каталазной активности и уровня тиоловых соединений. Антиоксидантный потенциал при трансмуральном ИМ в процессе лечения снижался за счет низкой активности ГР в результате преимущественного использования триглицеридов в энергетическом обмене. Сохранение активности ГПО и СОД, повышение содержания тиоловых соединений не позволило нейтрализовать активность ПОЛ.

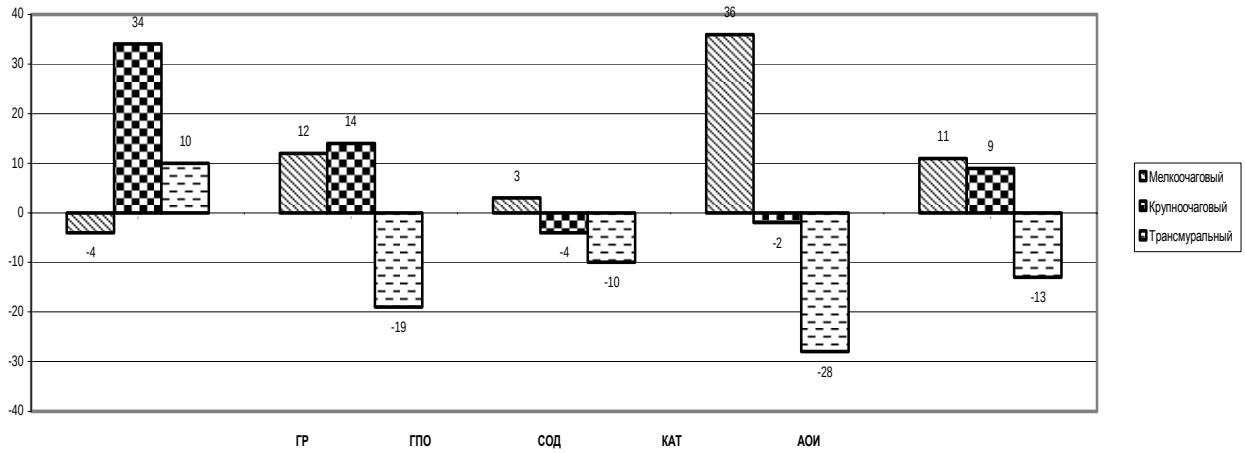



*Рис.3 Динамика показателей антиоксидантной системы у больных ОИМ по отношению к исходному состоянию при использовании минерального комплекса «Селенес-корона» (в %)*

Таким образом, результаты нашего исследования подтвердили эффективность метаболической коррекции постишемического миокарда на стадии ранней реперфузии путем подключение к базисной терапии острого инфаркта миокарда витаминоминерального комплекса «Селенес-Корона», направленной на восстановление структуры кардиомиоцитов и предотвращения их гибели.

## ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Л.В. Курашвили, С.В. Ушакова, Т.Н. Северина

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина,
МУЗ Городская клиническая больница №1,
г. Пенза

У больных острым инфарктом миокарда (ИМ), получавших базисную терапию, общий холестерин (ХЛ) колебался в пределах 4,08-7,44 ммоль/л. При этом только у 20% из них ХЛ превышал верхнюю границу нормы (5,2 ммоль/л).

При мелкоочаговом острым ИМ уровень ХЛ не менялся (таблица 1), при крупноочаговом ИМ повышался у 50% больных, а при трансмуральном снижался у 20% обследуемых. Уровень триглицеридов (ТГ) в плазме крови колебался в пределах 0,72-4,72 ммоль/л, снижался в процессе лечения мелкоочагового и трансмурального ИМ, повышался при крупноочаговом. Так как ТГ являются энергетическим субстратом вместе с глюкозой, то изменения уровня в крови ТГ можно объяснить возрастающими потребностями АТФ в организме больных ИМ.

Таблица 1 – Динамика показателей липидного обмена у больных острым инфарктом миокарда в процессе получения базисной терапии

| Этапы исследования | Здоровые доноры | Больные инфарктом миокарда | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Мелкоочаговый | | Крупноочаговый | | Трансмуральный | |
| | | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения |
| Число больных | 30 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| Показатель | M±m | M±m.p | M±m.p | M±m.p | M±m.p | M±m.p | M±m.p |

*Продолжение таблицы 1*

| Этапы исследования | Здоровые доноры | Больные инфарктом миокарда | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Мелкоочаговый | | Крупноочаговый | | Трансмуральный | |
| | | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения |
| Общий ХС ммоль⁄л | 5,43±0,22 | 5,37±0,2 | 5,33±0,27 | 5,9±0,2 | 5,5±0,8 | 5,08±0,7 | 4,4±0,4* |
| ХС-ЛПНП ммоль⁄л | 2,59±0,16 | 3,3±0,17** | 3,3±0,25* | 3,48±0,2** | 3,5±0,25** | 3,0±0,4 | 2,7±0,2 |
| ХС-ЛПВП ммоль⁄л | 1,4±0,15 | 0.9±0,09* | 1,0±0,09* | 1,1±0,1* | 0,8±0,05* | 1,0±0,1 | 0,7±0,1* |
| ХС-ЛПОНП ммоль⁄л | 0,66±0,08 | 0,9±0,1 | 0,9±0,07 | 1,3±0,2 | 1,1±0,2 | 1,0±0,1 | 0,8±0,2 |
| ТГ ммоль⁄л | 1,57±0,18 | 1,8±0,02* | 1,7±0,2* | 2,5±0,16** | 2,3±0,06** | 2,0±0,2** | 1,6±0, 15 |
| Достоверность: * P<0,05 к группе доноров; ** P<0,01 к группе доноров | | | | | | | |

Фракция ЛПНП доставляет ХЛ к органам и тканям. Колебания ХЛ в ЛПНП в процессе комплексной базисной терапии были незначительными при мелко- и крупноочаговом ИМ, что свидетельствует о стабильности клеточных мембран. Снижение уровня холестерина ЛПНП при трансмуральном остром ИМ после завершения терапии позволяет предполагать об использование ХЛ для восстановления структуры клеточных мембран кардиомиоцитов.

ХЛ ЛПВП до лечения был снижен у 25% больных, в процессе лечения не менялся при мелкоочаговом и снижался у 50% крупноочаговом и трансмуральном ИМ, видимо, за счет использования ХЛ для восстановления структуры клеточных мембран.

Данные наших исследований свидетельствуют о незначительном влиянии проводимой комплексной терапии острого ИМ на показатели липидного обмена.

Оценка результатов исследования диеновых конъюгатов и малонового диальдегида (ДК и МДА), первичных и вторичных продуктов ПОЛ, показала (таблица 2), что все пациенты до начала терапии (на 1-2 сутки) острого инфаркта миокарда находились в состоянии выраженного окислительного стресса.

Таблица 2 – Динамика свободнорадикального перекисного окисления у больных острым инфарктом миокарда в процессе получения базисной терапии

| Этапы исследования | Здоровые доноры | Больные инфарктом миокарда | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Мелкоочаговый | | Крупноочаговый | | Трансмуральный | |
| | | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения |
| Число больных | 30 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| Показатель | M±m | M±m.p | M±m.p | M±m.p | M±m.p | M±m.p | M±m.p |
| ДК эритроцитов, нмоль/мл | 3,51± 1,31 | 25,7± 1,7** | 27,7± 1,6*** | 22,4± 2,4** | 25,4± 1,7** | 27,7± 6,9* | 22,5± 5,8* |
| ДК плазмы, нмоль/мл | 3,82± 1,42 | 11,2± 1,3* | 12,1± 0,7* | 13,2± 1,6** | 11,2± 1,4* | 13,1± 1,0* | 11,6± 1,2* |
| МДА эритроцитов, нмоль/мл | 2,64± 1,17 | 9,2± 1,5** | 6,6± 0,7* | 6,5± 1,0* | 7,7± 1,1* | 9,9± 2,0* | 7,8± 2,0* |
| МДА плазмы, нмоль⁄мл | 2,67± 1,15 | 2,3±0,2 | 2,0±0,3 | 3,6± 0,1** | 2,5± 0,4 | 4,4± 0,1** | 3,3± 0,09** |
| Достоверность к группе доноров: * P<0,05; ** P<0,01; *** P<0,001 | | | | | | | |

Концентрация продуктов свободнорадикального окисления у больных ИМ превышала верхнюю границу содержания их у здоровых доноров в плазме и эритроцитах, ДК в 2,5-4,8 раза (P<0,01) и МДА в 1,3-2,5 раза (P<0,01) соответственно. После окончания курса лечения установлена тенденция к снижению ДК и МДА в эритроцитах и плазме крови у пациентов мелкоочаговым ИМ. Диеновые коньюгаты оказывают влияние на клеточную мембрану эритроцитов, способствуют нарушению проницаемости, образованию кластеров (каналов), через которые проходят электролиты (дырявая мембрана).

Уровень МДА не связан с содержанием ДК, а зависят от активности антиоксидантной системы. Об этом свидетельствует активность глутатионредуктазы (ГР), которая была снижена (P<0,05) до начала терапии мелкоочагового ИМ и повышалась после завершения базисной терапии (таблица 3). Активность фермента селенсодержащей глутатионпероксидазы (ГПО) до и после лечения была сниженной, каталаза почти не изменялась, фермент супероксиддисмутаза (СОД) была активна до и после завершения терапии. Тиолы плазмы не работали.

Таблица 3 – Динамика активности ферментов антиоксидантной системы у больных острым инфарктом миокарда в процессе получения базисной терапии

| Этапы исследования | Здоровые доноры | Больные инфарктом миокарда | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Мелкоочаговый | | Крупноочаговый | | Трансмуральный | |
| | | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения |
| Число больных | 30 | 17 | 17 | 12 | 12 | 10 | 10 |
| Показатель | M±m | M±m.p | M±m.p | M±m.p | M±m.p | M±m.p | M±m.p |
| ГР, Е/мл | 2,85± 0,65 | 1,39± 0,15* | 1,6± 0,12* | 1,65± 0,27* | 1,2± 0,21* | 1,6± 0,27* | 1,58± 0,37* |
| ГПО, Е/мл | 21,8± 5,97 | 19,9± 1,6 | 18,0± 2,9 | 23,85± 3,23 | 17,1± 1,4 | 22± 6,3 | 23,9± 5,4 |
| СОД, Е/мл | 1600± 533 | 2184,6 ±99,5* | 2369,1± 78,2* | 2112,8± 148,8* | 2121,6± 288,1 | 1888,7± 232,1 | 2277,2± 182,3* |
| КАТ,KU/мл | 245± 20 | 224,9± 20,2 | 225,8± 21,9 | 219± 26,3 | 248,5± 33,0 | 296± 20,4 | 249,7± 8,3 |
| Тиолы плазмы, ммоль⁄л | 0,4± 0,02 | 0,41± 0,02 | 0,47± 0,03 | 0,37± 0,014** | 0,44± 0,04 | 0,37± 0,02** | 0,46± 0,014 |
| Селен, мкг/л | 103,0± 6,2 | 119,5± 10,5 | 106,5± 9,0 | 102,0± 6,0 | 95,0± 4,7 | 102,3± 3,8 | 90,6± 3,0 |
| Достоверность: * P<0,05 к группе доноров | | | | | | | |

Действие МДА направлено на ингибирование ферментов дыхательной цепи (флавиновые ферменты и систему цитохромоксидазы), Повышение МДА усиливает дефицит АТФ и являются причиной гипоксии при остром ИМ.

Таким образом, более углубленное изучение метаболических процессов у пациентов острым ИМ, получивших комплексную базисную терапии, показало адекватность ее только для мелкоочагового острого инфаркта миокарда.

## ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ – ВАЖНЫЙ ФАКТОР ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА

И.И. Кухтевич, Г.И. Мартынова

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

Во врачебной практике лечение атеросклероза церебральных и коронарных артерий является комплексным и направлено не столько на

существо атероматозного процесса в сосудах, сколько на последствия ишемизации жизненно важных органов. Широко и обоснованно применяемые антиагрегантные препараты (аспирин, курантил, тиклид) являются лечебными и профилактическими средствами тромбообразования и в значительной мере косвенно действуют на формирование атерометозных бляшек. Арсенал средств, тормозящих атероматозный каскад, в клинике весьма ограничен. Реальными средствами торможения атероматозных изменений сосудов являются две группы лечебных средств: гиполипидемические препараты и ангиопротекторы. В терапии гиперлипидемий (ГЛП) используются как немедикаментозные мероприятия (изменение образа жизни: липидонормализующая диета, отказ от вредных привычек, снижение веса, повышение физической активности), так и гиполипидемические препараты.

К средствам, нормализующим липидный обмен, относятся статины, секвестранты желчных кислот, фибраты, никотиновая кислота, ингибитор абсорбции ХС в кишечнике – эзетамиб, полиненасыщенные жирные кислоты – омакор. Среди современных препаратов, снижающих уровень общего ХС крови, *группа статинов* занимает особое место. Эти препараты оказались не только наиболее эффективными, но и имеющими наименьшее побочное действие. Последнее важно для клиницистов, так как лечение ГЛП проводится в течение длительного времени. Механизм действия статинов состоит в обратимом ингибировании фермента ГМГ-КоА-редуктазы и блокировании синтеза эндогенного холестерина в клетках печени. По механизму обратной связи подавление синтеза эндогенного ХС стимулирует активность рецептор-опосредованного захвата ЛПОНП и ЛПНП, что сопровождается уменьшением циркулирующих в крови липопротеидов. Длительный прием статинов, согласно многоцентровым исследованиям, сопровождается снижением содержания в крови общего ХС на 18-35% и ХС ЛПНП на 25-50%. Положительное действие статинов отмечалось при использовании их в целях как вторичной, так и первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Статины дают уменьшение риска смертности от сердечно-сосудистых осложнений у больных ИБС, артериальной гипертонией, атеросклерозом мозговых и периферических артерий.

Опубликованы многочисленные работы, показывающие снижение риска развития негеморрагических инсультов при применении статинов. Остается открытым вопрос о применении статинов и значительном снижении сывороточного ХС у лиц, предрасположенных к геморрагическому инсульту.

В последние годы накапливаются данные не только о гиполипидемическом действии статинов, но и других полезных эффектах, в частности

подавлении воспалительно-инфильтративных процессов в сосудистой стенке, т.е. плейотропных эффектах. Из группы статинов к клиническому применению разрешены 5 препаратов – аторвастатин, флувастатин, ловастатин, правастатин, симвастатин. Статины хорошо переносятся, но иногда вызывают преходящие запоры, метеоризм, боли в животе. Контроль активности печеночных ферментов назначают через 3 месяца от начала лечения и затем каждые 6 месяцев. Если при двух исследованиях уровень печеночных ферментов повышается в 3 раза – лечение отменяют. В 0,1-0,5% при длительном приеме статинов наблюдаются миалгии и слабость мышц с повышением креатинфосфокиназы, что требует отмены препаратов. Начальная доза статинов 5-10 мг однократно вечером. В последующем доза может увеличиваться на 5-10 мг каждые 4 недели, если не достигнут целевой уровень снижения ХС (<5,2 ммоль/л). Поддерживающая доза препаратов при длительном лечении 5-20 мг. Препараты противопоказаны при заболеваниях печени, почечной недостаточности. Показания же к применению статинов достаточно широки и включают разграничение больных по трем категориям риска сердечно-сосудистых заболеваний, предложенное Европейскими рекомендациями:

1 категория — больные с любыми клиническими проявлениями ИБС, с периферическим атеросклерозом, атеросклерозом мозговых артерий, аневризмой брюшного отдела аорты.

2 категория — лица, у которых отсутствуют клинические признаки ССЗ, но у которых существует высокий риск развития атеросклероза сосудов вследствие:

а) наличия нескольких ФР, при оценке которых по таблице SCORE 10 летний риск фатальных событий превышает или равен 5%;

б) выраженного повышения одного из ФР: ХС ≥ 8 ммоль/л (320 мг/дл), ХС ЛПНП ≥ 6 ммоль/л (240 мг/дл), АД ≥ 180/110 мм рт.ст.;

в) СД 2 типа или СД 1 типа с микроальбуминурией.

3 категория — ближайшие родственники больных с ранним началом ССЗ: у мужчин моложе 55 лет, у женщин – 65 лет.

Лица всех трех категорий риска нуждаются в активных мерах первичной и вторичной профилактики, включая медикаментозные и немедикаментозные методы.

Таким образом, широта показаний в клинической практике, хорошая переносимость, высокая эффективность в лечении заболеваний, связанных с атеросклерозом позволяют более широко применять статины во врачебной практике. Еще не все неврологи включают статины в первичную и

вторичную профилактику ишемического инсульта, что составляет стандарт зарубежной противоатеросклеротической терапии. В настоящее время отечественная фармпромышленность выпускае генерик аторвастатина – липонорм, значительно удешевляющий стоимость самого мощного гиполипидемического препарата.

## ВОЗМОЖНОСТИ РАЦИОНАЛЬНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОЯСНИЧНОЙ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ БОЛИ

М.Ю. Левков, И.Г. Жарков

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
МУЗ Городская клиническая больница № 1,
г. Пенза

Боль при заболеваниях двигательной системы – это бедствие, из-за которого человечество страдает с незапамятных времен. По данным ВОЗ около 30-35% населения развитых стран имеют хронические боли в спине. В последние годы число таких больных неуклонно возрастает. Характерно, что основной контингент больных составляют люди работоспособного возраста от 30 до 50 лет, что связано с большими социально-экономическими потерями. Поэтому своевременная реабилитация больных с вертеброгенным болевым синдромом является одной из наиболее актуальных проблем современной клинической медицины.

Проведенное нами исследование хронических больных, длительно страдающих вертеброгенными болями (свыше 3-х лет) с частыми обострениями показало, что рациональная немедикаментозная рефлексотерапия, своевременно проведенная этим больным в стадии ремиссии, позволяет уменьшить рецидивы болезни до минимума (1-2 в 2-3 года, а в некоторых случаях и в 4-5 лет).

*Целью* данной работы явилось: определение объема рациональной рефлексотерапии, которую должен получать больной в стадии ремиссии для профилактики обострения вертеброгенного болевого синдрома (БВС).

Наиболее ранними симптомами начинающегося обострения БВС обычно являются: напряжение паравертебральных мышц, преобладающее на стороне боли, изменение конфигурации позвоночника, изменения вегетативных показателей кожи в сакро-илиальных сегментах (температуры, влажности, КГР). При клиническом исследовании отмечено, что в первой стадии развития заболевания напряжение мышц обнаруживается на стороне поражения, а во второй стадии гипертонус мышц распространяется на противоположную сторону.

Нашими исследованиями доказано, что в зоне люмбалгии, связанной с деформацией пояснично-крестцового отдела позвоночника находятся точки, в основном, меридиана «мочевого пузыря», а именно V27-V31. Регистрация импеданса ПЭТ в этих точках выявила определенную закономерность, что наибольший коэффициент отклонения в показаниях и ПЭТ соответствует пораженной зоне и наблюдается в остром периоде развития БВС. Кроме того, в этих же БАТ отмечены изменения и кожной температуры, что обычно соответствовало не только степени выраженности клинического синдрома, но и его стадии, поскольку этот показатель в известной мере может отражать интенсивность гемодинамики в зоне поражения.

Полученные данные параклинического обследования больных показали, что даже при полном отсутствии клинических проявлений обострения БВС наблюдается выраженная асимметрия термо- и электропоказателей в биологически активных точках пораженной зоны иногда за 3-5 дней до появления болевого синдрома. Проведение больным в этой стадии профилактически направленную корпоральную иглорефлексотерапию позволяет уже в течение первых 3-5 сеансов амбулаторного лечения предотвратить обострение БВС.

Таким образом, используя предложенную нами методику, рефлексотерапевт получает данные о возможной локализации латентного БВС. Это позволяет врачу максимально учесть все разновидности люмбальных болевых синдромов при подборе акупунктурных точек, включенных в лечебно-профилактический рецепт и своевременно провести лечение.

В лечении нами использовался локально-сегментарный метод составления акупунктурных рецептов, в котором учитывались: зона поражения, состояние мышечного корсета позвоночника, сохранность двигательной функции, состояние вегетативного обеспечения пострадавшего метамера и др. При наличии выраженной деформации поясничного отдела позвоночника и выраженной контрактуры мышц спины больным проводилась подготовительная миорелаксация перед каждым сеансом иглорефлексотерапии.

В рецептуру включались: ключевые точки, точки общего действия и вспомогательные точки АП-воздействия (аурикулярные).

Биологически активными точками выбора в лечении БВС являлись:

ключевые: V27-V31, V40-58, V60, VB28, VB29, VB36, E31, E32, E40, E43; дополнительные: F10, RP11.

сегментарные: V23-27, V51, V52; дополнительные: T4, T5, T2, T3,

аурикулярные: AT40, 50, 54, 55, 52, 51, 0.

Оптимальные режимы проведения лечения БВС методом рефлексотерапии: первые три дня процедуры проводились ежедневно, затем через

день – до восстановления электро- и термометрических показателей; после этого 1 раз в 3-5 дней посещение больных для контроля их состояния.

Таким образом, рекомендуемая нами практика лечения больных с часто рецидивирующими вертеброгенными БС позволяет предотвратить рецидив полного развития заболевания на стадии начальных его проявлений, т.е. осуществить с помощью рефлексотерапии рациональную профилактику обострения вертеброгенной боли.

## ОБУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И НАСЕЛЕНИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ И БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Е.Н. Лобыкина

ГОУ ДПО «Новокузнецкий институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Новокузнецк

Известно, что нарушение питания является одной из причин развития многих неинфекционных заболеваний. Данное обстоятельство, а также многие социально-экономические, психологические причины (дороговизна лекарственных препаратов, низкая комплаентность лечения многих хронических заболеваний и др.) пробудили интерес к естественным методам профилактики и лечения, среди которых питание и использование биологически активных добавок (БАД) занимает ведущее место. Как показал наш опрос, информацию о питании население получает из рекламных статей в средствах массовой информации (СМИ) – 69%; от коллег по работе и знакомых – 24%; от медицинских работников – только 7% опрошенных.

Подготовка медицинских работников по вопросам диетологии является крайне важным и актуальным вопросом повышения эффективности лечения пациентов. Несмотря на то, что только 7% граждан получают информацию по рациональному питанию от медицинских работников, тем не менее, информация от них пользуется большим доверием – 83% населения доверяют информации, исходящей от врачей, независимо от информационных каналов (телевидение, радио или газета).

Несмотря на это, при проведении сертификации медицинских работников в контрольных тестах отсутствуют вопросы по питанию при соответствующих заболеваниях. В результате этого врачи зачастую, игнорируя диетотерапию, начинают лечение с назначения лекарств в нарушение принципов профилактики и лечения. Причина этого – крайне низ-

кий уровень обучения медицинских работников проблемам рационального питания. Как показал наш опыт, уровень знаний врачей немногим отличается от знаний средних медработников, но и у тех и у других он ниже современных требований. Ни диетологи, ни больницы, в которых они работают не получают в течение последних лет журнал «Вопросы питания», большинство медицинских работников не читают научно-медицинскую литературу, узнавая о существовании журналов на циклах повышения квалификации.

Проблема подготовки специалистов в области диетологии не сводится только к обучению и повышению квалификации кадров для ЛПУ, функции которых бы заключались в организации лечебно-профилактического питания больных. Необходимо обучение врачей всех специальностей использованию пищевых веществ и БАД в комплексной терапии заболеваний. Важным является вопрос об источниках информации врачей о БАД. Опрос показал, что информацию получают от распространителей, не имеющих медицинского образования – 72%; от коллег по работе и знакомых, ссылающихся на распространителей – 34%; из рекламных статей в средствах массовой информации – 27%; из публикаций в специальных журналах – 8%. Таким образом, основным источником информации о БАД являются распространители, не имеющие медицинской подготовки, как правило, это представители компаний, для которых основным является коммерческий результат. В результате, часть медицинских работников недостаточно правильно оценивают возможности БАД, которые являются дополнением к основным методам лечения и в большей степени ориентированы на профилактику.

Отношение диетологов к БАД настороженное. Многие не понимают их значения. А поскольку они не имеют контактов с больными, то и интерес компаний-распространителей добавок к ним не велик. Вторая группа – врачи терапевтического профиля. Отношение к БАД у тех, кто зарегистрирован в качестве дистрибьютора положительное, а уровень знаний очень ограниченный. Будучи материально заинтересованные в получении знаний по диетологии, они активно ищут возможность повышения квалификации в этой области. Причем эти специалисты охотно идут на циклы усовершенствования, оплачивая за обучение из собственных средств.

Важный вопрос о допустимости неспециалистов к распространению БАД. Существуют различные точки зрения. Но процесс вовлечения немедицинских работников уже необратим и им следует управлять. Дистрибьюторы должны понимать, чем они занимаются. Эти люди также должны иметь определенную подготовку. Все компании проводят так называемые «школы дистрибьюторов», на которых рассказывается о препаратах и заболеваниях, при которых они показаны. Но БАД состоит из определенно-

го состава пищевых веществ и фитосредств. Поэтому необходимы систематизированные сведения по основам диетологии, в первую очередь по рациональному питанию и основам фитотерапии. Получив системную подготовку, этот человек понимает лучше состав конкретной БАД и сможет разобраться в новых препаратах. Поэтому представляется необходимым организация не самодеятельных школ силами вовлеченных энтузиастов из врачей самых разных специальностей. Необходимо, чтобы этим занимались профессиональные центры, кафедры.

Такое обучение в виде семинаров для широких слоев населения «Основы рационального питания» и циклов обучения для медицинских работников по специальности «Диетология», «Использование БАД в профилактической и клинической медицине», «Профилактика и лечение избыточной массы тела и ожирения» организованы и проводятся на кафедре медицинской экологии и здорового образа жизни ГОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ». Помимо этого, основы диетологии включены в качестве элективов в учебные планы циклов первичной переподготовки на всех кафедрах терапевтического факультета ГОУ ДПО НГИУВ. Данные программы рассматривают все основные вопросы диетологии, использования пищевых продуктов и БАД для лечения и профилактики заболеваний.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ОЖИРЕНИЕМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Е.Н. Лобыкина, О.И. Хвостова

ГОУ ДПО «Новокузнецкий институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Новокузнецк

В настоящее время избыточный вес и ожирение приобрели характер эпидемии и являются причиной многих социально-значимых заболеваний. Ожирение в «чистом» виде встречается редко, оно неизбежно приводит к развитию патологии различных систем организма (артериальная гипертензия, атеросклероз, ИБС, сахарный диабет II типа, остеоартрозы и др.). Все это приводит к увеличению времени нетрудоспособности, частой ранней инвалидизации и снижению продолжительности жизни пациентов. Однако очевидно, что эффективность лечения большинства заболеваний, развивающихся на фоне ожирения, будет выше, если одновременно со специфической терапией будет проводиться лечение ожирения.

Распространенность ожирения в экономически развитых странах достигает 30%. Несмотря на появление новых подходов к терапии, коли-

чество тучных людей в популяции не только не уменьшилось, а, напротив, прогрессивно увеличивается. Это, прежде всего, свидетельствует о сложности лечения ожирения и об отсутствии патогенетически обоснованных терапевтических программ. Нередко терапия назначается без учета индивидуальных клинических особенностей больного, его эндокринного статуса, особенностей пищевого поведения. При этом, как правило, достигается только кратковременный, положительный лечебный эффект, в то время как долговременные результаты терапии в большинстве случаев отрицательны.

Медицинские и, к сожалению чаще, косметические проблемы породили громадный спрос на коррекцию веса. Недобросовестная реклама и некомпетентность водят в заблуждение больных. Широкое применение нашли всевозможные препараты и биологически активные добавки к пище, направленные на снижение избыточной массы тела. Популярностью пользуются одномоментные сеансы психотерапии, иглорефлексотерапии и др. методы. Недобросовестная реклама и некомпетентность водят в заблуждение больных, у которых формируется стереотип «быстро, просто, легко, надолго и навсегда» снизить вес. Зачастую в последствии такие способы похудения вызывают нарекания больных в связи с потерей денег и нереализованными ожиданиями.

Мы провели оценку эффективности подобных методов лечения. Для этой цели через средства массовой информации пригласили на обследование всех, кто в течение последних двух лет прошел подобное лечение. Из обратившихся 112 человек – 57 прошли однократный курс психотерапии у различных специалистов, 14 – акупунктурное программирование, 12 – «очищение организма» с помощью 10-дневного голодания, 5 человек принимали лекарственные препараты, не назначенные врачом, а по рекомендации провизора в аптеке (меридиа, ксеникал), остальные 24 человека использовали для снижения веса биологически активные добавки (БАД), приобретенные в аптеках и в иных источниках. Около 40% всех обратившихся уменьшили свой вес в течение месяца на 2-5 кг. В течение трех последующих месяцев у большинства (52%) вес восстановился, а в 10% случаев вес увеличился. У остальных эффекта не было.

Отметим, что стоимость в среднем составляла 2000 рублей (от 600 до 3500). Общий расход только обратившихся к нам составил больше 200000 рублей, а ведь это лишь малая часть впустую потраченных денег. Т.е. в этой сфере «прокручиваются» громадные финансовые средства, которые проходят мимо учреждений здравоохранения. Сумма этих упущенных средств, по нашим подсчетам, превышает ту, что получают ЛПУ от оказания платных амбулаторных услуг.

Использование для лечения избыточной массы тела и ожирения психотерапии, рефлексотерапии, лекарственных препаратов и БАД. Это все очень важные и нужные методы. Но они должны являться частью комплексной длительной программы восстановления нарушенного обмена веществ и пищевого поведения. А это невозможно сделать за один или несколько сеансов. Снизить вес не самая сложная задача. Гораздо сложнее добиться сохранения достигнутой сниженной массы тела. Современные научно-медицинские данные показывают, что при ожирении речь идет о сложном хроническом заболевании обмена веществ различного генеза и никакого краткосрочного курса снижения веса быть не может. Необходимо восстановление нарушенных метаболических процессов и, что особенно важно и сложно, изменение пищевого поведения.

В настоящее время больным при их обращении в медучреждения по поводу различных заболеваний в медицинских документах, наряду с диагнозом основного заболевания, зачастую не выставляется диагноз сопутствующего заболевания – ожирения. Подобная негативная в медицинском отношении практика связана с отсутствием в ЛПУ системы работы с такими пациентами. Эндокринологи, как показывает опыт, занимаются только больными с выраженными формами ожирения, преимущественно эндокринной этиологии и только в рамках отведенного времени приема (а это в поликлинике не более 15-20 минут). Все остальные алиментарно-конституциональные формы 1-2 степени ожирения и избыточного веса оказываются, вне поля зрения здравоохранения, в руках дилетантов. Известно, что снижение веса при любых заболеваниях (артериальная гипертония, ИБС, заболевания суставов, позвоночника) повышает эффективность лечения. Этой проблемой может заниматься врач любой терапевтической специальности.

Кафедрой медицинской экологии и здорового образа жизни ГОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» разработана программа для врачей терапевтического профиля по ведению таких больных в «Школе снижения веса», которая включает диетологический и психотерапевтический разделы и обучение врачей диспансерному наблюдению пациентов. Речь идет о диспансерном наблюдении, но не индивидуальном, а групповом. Группы пациентов формируются с учетом выявленных психологических особенностей пищевого поведения и причин возникновения избыточной массы тела. Динамическое наблюдение, мотивация и обучение пациентов проводятся в течение 3-4х месяцев, за которые удается не только снизить массу тела, но и обучить пациента более сложной задаче – сохранению достигнутого веса. Накопленный опыт показывает высокую эффективность такого подхода и востребованность со стороны населения.

# ВЛИЯНИЕ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Т.В. Лохина, Б.Г. Искендеров, Н.В. Беренштейн,
Л.В. Казанцева, А.М. Шутов

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Пенза

Впервые о самостоятельной роли сосудистого эндотелия в регуляции сосудистого тонуса было заявлено Furchgott и Zawadzki в 1980 г. Результаты экспериментальных и клинических исследований, проведенных в последнее десятилетие, свидетельствуют о нарушении функции эндотелия сосудов, как обязательного компонента патогенеза практически всех сердечно-сосудистых заболеваний, включая артериальную гипертонию, атеросклероз, ИБС, хроническую сердечную недостаточность. Большое внимание в настоящее время при изучении артериальной гипертонии уделяется влиянию различных классов гипотензивных препаратов на функциональное состояние эндотелия. В отличие от ингибиторов АПФ, статинов, по литературным данным, группа антагонистов кальция в плане коррекции дисфункции эндотелия изучена мало.

*Цель работы*: изучение динамики показателей функционального состояния эндотелия у больных артериальной гипертонией на фоне курсового лечения антагонистами кальция.

*Материал и методы*: В исследование были включены 15 больных (10 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 33 до 74 лет (средний возраст 56,9 лет), страдающих артериальной гипертонией II степени (по классификации ЕОК/ЕОАГ, 2003).

Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали по методике, описанной D.S. Celemajer et al. (1992), на ультразвуковом аппарате ALOKA 1700 SSD, с использованием линейного датчика 7 МГц. Плечевую артерию (ПА) визуализировали в продольном сечении на 2-10 см дистальнее локтевого сгиба. Изучали в динамике диаметр ПА, линейную скорость кровотока в исходе, при эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД), а затем при эндотелийнезависимой вазодилатации (ЭНЗВД). Для определения ЭЗВД использовали метод реактивной гиперемии – увеличение кровотока после временной 5-минутной механической окклюзии ПА пневматической манжетой с давлением выше систолического на 50 мм.рт.ст. ЭНЗВД оценивали по релаксации сосуда на сублингвальный прием 500 мкг нитроглицерина. Измерение толщины комплекса интима-медиа (КИМ) ПА проводили в

продольном сечении, величину КИМ рассчитывали как среднюю по 3 сердечным циклам.

Функциональное состояние эндотелия оценивалось до начала лечения на фоне отмены в течение 7 дней всех гипотензивных препаратов и через 3 недели непрерывной терапии антагонистами кальция (изоптин-ретард, коринфар-ретард, амлодипин) в индивидуально подобранных дозах.

*Результаты и их обсуждение*

В исходе диаметр ПА составил 0,43±0,04 см, линейная скорость равнялась 0,65±0,04 м/с. При исследовании ЭЗВД во время пробы с реактивной гиперемией у 14 пациентов исходно отмечена недостаточная функция эндотелия – прирост диаметра ПА составил в среднем 5,05±2,97% (при норме не менее 10%). У одного пациента была отмечена парадоксальная реакция эндотелия во время пробы ЭЗВД – вазоконстрикция. Выявлена отрицательная корреляционная связь показателя ЭЗВД и исходного диаметра ПА ($r = -0,46$; $p<0,05$). Показатели ЭНЗВД не отличались от нормы (прирост диаметра ПА составил 19,25±1,02%), что подтверждает наличие нарушений релаксации на уровне эндотелия. Толщина КИМ плечевой артерии в среднем составила 0,88±0,06 мм.

На фоне гипотензивной терапии антагонистами кальция, в индивидуально подобранных дозах, нормализация АД (ниже 140/90 мм.рт.ст.) была отмечена у 86,7% больных. При этом диаметр ПА исходно (до пробы с реактивной гиперемией) составил 0,44±0,03 см, линейная скорость кровотока по этой артерии – 0,66±0,03 м/с. Прирост диаметра ПА во время пробы реактивной гиперемии, т.е. величина ЭЗВД колебался от 2,32 до 12,24% и в среднем составил 7,85±2,42% ($p<0,01$). Нормализация ЭЗВД наблюдалась лишь у 3 пациентов. В 7 случаях отмечено улучшение показателей при ЭЗВД (прирост диаметра ПА в данной группе составил от 4 до 9,5%, увеличение показателя в среднем произошло на 4,03%), у 5 пациентов существенной динамики не было. Случаев парадоксальной реакции ПА отмечено не было. Показатели ЭНЗВД (прирост диаметра ПА составил 19,66±1,76%) и толщина КИМ изменились незначительно.

Таким образом, по данным нашего исследования, 3-х недельная гипотензивная терапия антагонистами кальция способствовала некоторому улучшению показателей ЭЗВД: нормализация ЭЗВД, по данным пробы с реактивной гиперемией, произошла у 20% больных, улучшение показателей – у 46,7% пациентов. В 33,3% случаев нормализации показателей не произошло, что, возможно, объясняется недостаточной продолжительностью терапии, различием назначаемых препаратов из группы антагонистов кальция и их доз.

*Выводы*. Для дифференцированного подхода к выбору антигипертензивной терапии необходимо изучение ЭЗВД. Влияние гипотензивных

препаратов на эндотелиальную функцию сосудов можно оценить при длительной терапии.

## БИОМЕТАЛЛЫ У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ГОРНОГО АЛТАЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ ДИФФУЗНОГО ЗОБА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Т.П. Маклакова, Т.В. Аппельганс, В.М. Подхомутников, Ю.В. Ковалева

ГОУ ДПО «Новокузнецкий институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Новокузнецк

*Цель исследования*: Определение содержания микро- и макроэлементов сыворотки крови у коренного населения Горного Алтая с диффузным зобом и гипертонической болезнью 1-2 степени при различной концентрации тиреотропного гормона.

*Материалы и методы*: При изучении состояния здоровья 485 коренных жителей горноалтайского поселка сочетание диффузного зоба 1 и 2 ст. и гипертонической болезни 1-2 степени обнаружено у 33 человек (6,8%). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Средний возраст женщин 38 лет и мужчин 41 год (70%женщины и 30% мужчины). Наличие зоба оценивалось по классификации ВОЗ 2001 г. и традиционным методом УЗИ.

Были определены концентрации микроэлементов селена (Se), хлора (Cl), магния (Mg), а также кальция (Ca), натрия (Na) и калия (K) сыворотки крови. У всех обследованных изучены концентрации тиреотропного гормона (ТТГ).

*Результаты исследования*: У пациентов с диффузным зобом 1-2 степени и уровнем тиреотропного гормона до 2 мЕД/л, главным образом, встречалась гипертоническая болезнь 1 степени. У больных с диффузным зобом при значениях тиреотропного гормона от 2.0 до 4.0 мЕД/л и у пациентов с гипотиреозом (ТТГ.> 4,0) преимущественно выявлялась гипертоническая болезнь 2 степени. Обнаружено, что как в эутиреоидных диапазонах, так и при гипотиреозе у пациентов с зобом достоверно снижена концентрация Se сыворотки крови по сравнению с контрольной группой. При гипертонической болезни 1-2 степени отмечено снижение селена по сравнению с контролем независимо от уровня тиреотропного гормона. Выявлены сильные прямые корреляции между показателями селена, кальция и магния в группе больных с сочетанием гипотиреоидного зоба и гипертонической болезни 2 степени, которые отсутствовали при изолированной патологии. Концентрация кальция, магния, натрия, калия и хлора

сыворотки крови оставалась стабильной, независимо от показателей тиреотропного гормона и степени гипертонической болезни.

*Выводы*: У коренных жителей высокогорья как с гипотиреозом, так и с гипертонической болезнью в сравнении со здоровыми установлено снижение содержания селена сыворотки крови, что требует активного назначения селенсодержащих средств. При сочетании гипотиреоидного зоба и гипертонической болезни 2 ст. прослежены прямые корреляционные связи уровней селена, магния и кальция.

## АНЕСТЕЗИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ

В. Маринчев, Н. Босая, Я. Хурейби, Б. Барташевич

Госпиталь им. Революции,
г. Сана, Йеменская республика

Предлагаемая нами методика анестезии у детей при ортопедических операциях несет в себе элементы комбинирования общей анестезии, региональной блокады и аналгезии, наступающей при использовании нестероидных противовоспалительных препаратов (суппозитории диклофенака).

Ортопедические операции у детей (коррекция врожденного вывиха бедра, коррекция косолапости и проч.) предъявляют к анестезии особые требования: надежная антиноцицептивная защита, поверхностная анестезия или глубокая седация, мышечная релаксация, эффективное обезболивание в ближайшие часы после операции.

При рассмотрении каждого из приведенных требований обнаруживаются целесообразные подходы для их решения.

Самым надежным методом антиноцицептивной защиты является регионарная блокада, а из имеющихся в нашем распоряжении самым простым по выполнению и высокоэффективным является каудальный блок.

Для достижения поверхностной анестезии или глубокой седации на сегодняшний день мы располагаем как ингаляционными средствами (изофлюран, севофлюран), так и внутривенными (мидазолам, пропофол). Обе группы средств оказывают минимальное влияние на гемодинамику ребенка, являются короткодействующими и не вызывают депрессии дыхания и гемодинамики при использовании в малых дозах.

Применение суппозиториев с диклофенаком позволяет создать в комбинации с каудальным блоком эффективную аналгезию не только во время операции, но и в ближайшем послеоперационном периоде.

Мышечная релаксация, развивающаяся как компонент каудального блока, является достаточной и не требует тотальной релаксации с ИВЛ у ребенка.

На основании вышеприведенных данных нами разработана и успешно используется следующая методика анестезии при ортопедических операциях у детей:

1. На операционном столе подключение к монитору «Siemens» SC7000, анестезиологический аппарат «Siemens»-Kion (АД, SpO2, ЭКГ, ЧСС, ЧД, пульс, при интубации трахеи или использовании ларингеальной маски контроль etCO-2)
2. Через лицевую маску в потоке кислорода подается изофлюран или севофлюран (индукция).
3. Канюлирование периферической вены на кисти или предплечье.
4. В\в введение атропина (возрастные дозы).
5. Углубление вводной анестезии ингаляционными (изофлюран или севофлюран) или в\в препаратами (пропофол или мидазолам в возрастных дозировках ).
6. Интубация трахеи или введение ларингеальной маски (в 75-80% случаев без релаксантов).
7. Каудальный блок. Положение больного на левом боку (для праворуких анестезиологов). Бупивакаин 0,25% – 0,5 мл на 1 кг массы тела или 1,25 мг\кг.
8. Введение суппозитория с диклофенаком (1 мг/кг).
9. Положение на спине. Поддержание анестезии: изофлюран или севофлюран, спонтанное дыхание. Мониторинг: АД, SpO2, ЭКГ, ЧСС, ЧД, пульс, etCO2, температура тела. Поддержание температурного режима – электрический матрас, при отсутствии – грелки.
10. Инфузионная политика: глюкозо-солевые растворы, при анемии (гемоглобин ≤ 10 г%) – переливание цельной крови.
11. Экстубация или удаление ларингеальной маски при полном восстановлении защитных рефлексов (кашлевой, болевой, ларингеальный), чистого плача, крика на болевую стимуляцию.

При использовании представленной методики комбинированной анестезии проведено 57 операций на бедре, тазобедренном суставе, голени и стопе. Все дети были в возрасте от 3 месяцев до 7 лет. У части детей (37% от общего количества) отмечены сопутствующие заболевания: анемии, пороки сердца.

Осложнений, которые можно было бы связать с анестезией, не отмечено.

Полагаем, что предлагаемая нами методика комбинированной анестезии может быть использована и при хирургических операциях ниже уровня дерматома Th10 (паховые грыжи, орхидопексии и проч.).

Предлагаемая нами методика комбинированной анестезии исключает использование у детей таких препаратов как релаксанты и центральные аналгетики, которые могут вызвать грозные осложнения, как во время операции, так и в ближайшем послеоперационном периоде.

В анестезиологической англоязычной литературе, аналогичные методики анестезии стали объединять в отдельную группу и называть как MAC(monitored anaesthesia care),подразумевая комбинацию анестезиологических методик: локальной анестезии или региональной блокады с разными уровнями седации и тщательного мониторинга.

## СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

В. Маринчев, Я. Хурейби, Н. Босая, Б. Барташевич

Госпиталь им. Революции, Отделение анестезиологии,
г. Сана, Йеменская республика

Большинство родов в Йемене (до 85%) происходят на дому, так как 75% населения живут в труднодоступных деревнях, находящихся высоко в горах или в пустынях. Недоступностью медицинской помощи объясняется тот факт, что ежедневно, в среднем, умирают 8 женщин в родах или послеродовом периоде. Это наивысший уровень материнской смертности среди Арабских стран. В госпитали Йемена, в основном, поступают беременные женщины с осложненным течением родов или с уже развившемся осложнением, а также с серьезными сопутствующими заболеваниями.

Родильный дом, входящий в состав нашего госпиталя оказывает ежедневную и круглосуточную акушерско-гинекологическую помощь всем обратившимся женщинам. За год, в среднем, проходит от 15 до тысяч родов, из них до 2 тысяч путем Кесарево сечение. Ежемесячно проводится 150-170 операций Кесарево сечение, из них 90-95% – экстренные.

Общая анестезия при Кесаревом сечении является наиболее популярным методом анестезии, так было и в нашем госпитале, но подход к выбору метода обезболивания был пересмотрен по следующим причинам:

- высокий процент женщин с осложненным течением беременности (преэклампсия и эклампсия);
- необследованность пациенток;
- большой поток операций;
- неподготовленность пациенток;

- проблема «полного желудка»;
- наличие сопутствующих заболеваний (диабет, пороки сердца, туберкулез, тиреотоксикоз, анемия и др.);
- трудность выяснения анамнеза вследствие «языкового барьера»;
- стоимость анестезии, которая приобретает большее значение при большом потоке операций;
- отсутствие достаточного количества мест в посленаркозной палате.

По сводным данным (1985-1990 гг.) американской статистики, на 1 миллион общих анестезий при Кесаревом сечении 32,3 случая смерти женщин, а при использовании регионарных методов анестезии только 1,9. Таким образом, соотношение риска общей анестезии и регионарной – 17:1.

На основании всего вышеперечисленного, после серьезного, совместно с акушерами-гинекологами обсуждения проблемы, изучения мирового опыта была принята новая концепция метода анестезии при Кесаревом сечении.

Наш выбор остановился на спинальной анестезии с использованием сниженных доз местных анестетиков и центральных аналгетиков (фентанил).

Мы пользуемся только одноразовыми специальными иглами диаметром 20-22G. Пункция осуществляется на уровне L3-L4, используется гипербарический раствор бупивакаина (12-15 мг) или лидокаина (70-75 мг) с добавлением фентанила 15-17 микрограмм для пациенток с массой тела 60-70 кг. Если нет противопоказаний, то перед анестезией проводится инфузия солевых растворов (физ. раствор 0,9%, раствор Рингера) в объеме 500-1000 мл через периферическую в/в канюлю диаметром 16-18G. Стандартный мониторинг включает артериальное давление (систолическое, диастолическое и среднее каждые 3 минуты), постоянно: ЭКГ, SpO-2, частоту пульса, число сердечных сокращений, число дыхательных движений, диурез. Во время операции инсуфляция кислорода через лицевую маску.

Для оценки правильности выбранной тактики мы провели сравнение статистических данных за март 2005 (до принятия новой тактики) и за март 2006 .Оказалось, что за год увеличилось количество операций на 21%, т.е. со 133 до 161 резко увеличилось соотношение между методами анестезии в пользу спинальной анестезии. Так в марте 2005 94,75% операций проведено под общим обезболиванием, а в марте 2006 – только 48%, а 52% Кесаревых сечений проведено под спинальной анестезией.

В Великобритании, по сводным данным, под регионарными методами анестезии выполняется более 50% операций Кесарево сечение, что косвенно подтверждает правильность нашей тактики.

Для проведения более детального ретроспективного анализа нами взята рандоминизированная группа пациенток (50 протоколов анестезии),

которые были прооперированы в период с 1.01.06 по 31.03.06. Всем женщинам проведена однотипная операция, физический статус был оценен как 1-3 ASA, возраст от 18 до 40 лет. Из 50 женщин, у 7 (14%) было осложненное течение беременности (пре- и эклампсия), у 10 (20%) – акушерская патология (выпадение пуповины, патология таза, слабость родовой деятельности и др.), у 7 (14% ) женщин – сопутствующая патология (диабет, пороки сердца, тиреотоксикоз, туберкулез и др.). Таким образом, из 50 женщин у 24 (48%) были отмечены те или иные осложнения. В данной группе пациенток (50) спинальная анестезия была использована у 39 (78%), что выше, чем в целом за год, но не опровергает наши общие выводы, а их подтверждает.

Противопоказаниями для спинальной анестезии при операции Кесарево сечение мы считаем:

1. Декомпенсация сердечно-сосудистой системы
2. Гипокоагуляция (тромбоцитопения)
3. Кровотечение или его угроза
4. Отказ пациентки
5. Аллергия к имеющимся местным анестетикам
6. Гнойно-воспалительные изменения кожи в месте предполагаемой пункции.

Считаем, что спинальная анестезия имеет свое законное место среди методов анестезии при Кесаревом сечении, выгодно отличаясь своей простотой, управляемостью, универсальностью, дешевизной, безопасностью у экстренных и необследованных пациенток. Данное предварительное сообщение будет являться побудительным моментом для дальнейшего поиска более совершенного метода анестезии при Кесаревом сечении.

## ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОТОКСИКОЗА В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА

Л.В. Матвеева, Л.В. Новикова

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

Эндогенная интоксикация – синдром, характеризующийся накоплением в тканях и биологических жидкостях организма избытка продуктов нормального или извращенного обмена веществ или клеточного реагирования – эндогенных токсических субстанций. В диагностике хронических гепатитов высокую информативность и диагностическую значимость имеют клинико-лабораторные признаки, отражающие синдром эндоток-

сикоза: общая слабость, снижение аппетита, тошнота, повышение температуры, потеря массы тела больного, увеличение количества палочкоядерных, сегментоядерных нейтрофилов, лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), ускорение СОЭ, повышение уровня среднемолекулярных пептидов (СМ).

*Цель работы*: определить значение синдрома эндогенной интоксикации в патогенезе хронического алкогольного гепатита.

*Материал и методы*. Проведено комплексное (клинико-биохимическое, вирусологическое, иммунологическое) обследование 80 больных хроническим алкогольным гепатитом. Диагноз считали достоверно подтвержденным при отрицательных результатах на маркеры вирусного гепатита и ультразвуковом исследовании органов брюшной полости. Контрольную группу составили 20 практически здоровых доноров. Лейкоцитарный индекс (ЛИИ) подсчитывали по формуле:

$$ЛИИ = (4\ Ми + 3\ Ю + 2\ П + С)\times(Пл + 1)/(Ли + Мо)\times(Э + 1),$$

где Ми – % миелоцитов, Ю – % юных нейтрофилов, П – % палочкоядерных нейтрофилов, С – % сегментоядерных нейтрофилов, Пл – % плазматических клеток, Ли – % лимфоцитов, Мо – % моноцитов, Э – % эозинофилов. Для определения концентрации средних молекул (СМ) использовали спектрофотометрический метод (длина волны 254 и 280 нм) после предварительной обработки сыворотки крови 10% трихлоруксусной кислотой.

*Результаты*. 66,3% больных хроническим алкогольным гепатитом предъявляли жалобы на общую слабость, ухудшение сна, настроения, раздражительность. 73,5% обследованных беспокоила тошнота, 36,3% – снижение аппетита, на фоне чего у 30% пациентов уменьшилась масса тела. Симптомы коррелировали со степенью активности заболевания и длительностью алкогольного анамнеза. 43,8% больных хроническим алкогольным гепатитом жаловались на озноб, при этом повышалась температура тела до 37,5 – 38,8°С.

У больных с резко выраженной и выраженной степенью активности хронического алкогольного гепатита выявлено увеличение количества лейкоцитов в периферической крови: $8,07\pm0,49\times10^9$/л и $7,07\pm0,071\times10^9$/л ($p<0,01$) против $6,24\pm0,2\times10^9$/л в группе контроля. При чем у 10% больных с резко выраженной степенью активности заболевания наблюдалась умеренная лейкопения до $2,9\times10^9$/л, что отражало тяжесть состояния больных и угнетение защитных сил организма. При умеренной и незначительной степени активности заболевания выявлено снижение уровня лейкоцитов: $5,78\pm0,04\times10^9$/л ($p<0,05$) и $4,87\pm0,14\times10^9$/л ($p<0,001$) соответственно. Такие же изменения обнаружены при изучении пула нейтрофильных гранулоцитов (НГ). При резко выраженной и выраженной степени активности

хронического алкогольного гепатита выявлен относительный нейтрофилез: 59,5±3,43% ($p>0,05$), 62,2±1,36% ($p<0,01$) по сравнению с 54,5±0,68% в группе контроля. У больных с умеренной, незначительной степенью активности заболевания – снижение содержания нейтрофилов: 51,8±2,94% ($p>0,05$), 50,6±1,53% ($p<0,05$) соответственно. Абсолютное число НГ было увеличено у больных с резко выраженной и выраженной степенью активности хронического алкогольного гепатита: 4915,8±406,4 ($p<0,01$) и 4409,4±154,4 ($p<0,001$) соответственно. У больных с умеренной, незначительной степенью активности заболевания имело место снижение содержания нейтрофилов: 2984,6±159,2 и 2438,6±77,1 ($p<0,001$), что коррелировало с уменьшением количества лейкоцитов в периферической крови.

У больных хроническим алкогольным гепатитом наблюдалось ускорение скорости оседания эритроцитов, при этом у 22,5% обследованных СОЭ была увеличена до 20 – 49 мм/ч. ЛИИ был выше нормы (0,62±0,09 усл.ед.) у 68,8% больных хроническим алкогольным гепатитом и составил при резко выраженной степени активности – 2,29±0,35 усл.ед. ($p<0,001$), при выраженной – 1,61±0,21 усл.ед. ($p<0,001$), при умеренной – 1,19±0,15 усл.ед. ($p<0,001$), при незначительной – 0,65±0,09 усл.ед. ($p>0,05$).

В крови больных хроническим алкогольным гепатитом уровень среднемолекулярных пептидов превышал нормативный показатель (0,21±0,05 усл.ед.). При резко выраженной степени активности заболевания уровень СМ-254 составил 0,424±0,025 усл.ед. ($p<0,001$), при выраженной – 0,338±0,002 усл.ед. ($p<0,001$), при умеренной – 0,309±0,003 усл.ед. ($p<0,001$), при незначительной – 0,254±0,004 усл.ед. ($p>0,05$). Уровень СМ-280 также коррелировал со степенью активности алкогольного гепатита: при резко выраженной степени активности – 0,416±0,024 усл.ед. ($p<0,001$), при выраженной – 0,348±0,001 усл.ед. ($p<0,01$), при умеренной – 0,307±0,002 усл.ед. ($p<0,05$), при незначительной – 0,235±0,013 усл.ед. ($p>0,05$). У 20% больных с резко выраженной степенью хронического алкогольного гепатита ЛИИ был увеличен в среднем до 4,8 усл.ед., что коррелировало с повышением уровня средних молекул (СМ-254 – в среднем до 0,644 усл.ед., СМ-280 – до 0,573 усл.ед.) и свидетельствовало о средней степени эндогенной интоксикации.

Таким образом, синдром эндогенной интоксикации четко прослеживается у больных хроническим алкогольным гепатитом и усиливается с нарастанием степени активности заболевания. Токсическое воздействие продуктов асептического воспаления, нарушение тканевого метаболизма, снижение детоксикационной функции печени приводят к появлению в сыворотке крови веществ средней молекулярной массы, что приводит к потенцированию эндотоксикоза и усилению органной патологии.

# ЭСТЕТИЧЕСКОЕ РЕКОНСТРУИРОВАНИЕ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

О.В. Медведева, Л.Д. Романовская, Т.В. Посметная, Н.В. Еремина

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

Общеизвестно, что у пациентов с тяжелой формой течения генерализованного пародонтита одним из главных этапов реабилитации является шинирование подвижных зубов и восстановление утраченной эстетики, так как данная патология сопровождается появлением подвижности, веерообразного расхождения зубов, поворотом по оси, обнажением шеек и корней, появлением трем и диастем, дефектов зубного ряда.

С развитием цивилизации и моды на «голливудскую улыбку» требования пациентов значительно повысились: не только стабилизировать подвижные зубы, убрать боль и воспаление, но и воссоздать эстетическую форму зубного ряда, близкую к природной. Ранее пальма первенства безраздельно принадлежала ортопедическому разделу стоматологии, но если учитывать данную пародонтологическую патологию и работу во фронтальной группе зубов, у ортопедических конструкций есть свои серьезные недостатки. Шины из спаянных коронок, хотя и обеспечивают надежное крепление подвижных зубов, но, прилегая к десне, раздражают ткани, отягощают течение процесса, ухудшают гигиеническое состояние полости рта, мешают проведению терапевтического лечения. Недопустимо продвижение края коронки под десну из-за возможности обострения воспаления мягких тканей пародонта. Впоследствии это может вызвать дополнительную резорбцию костной ткани лунок, что не позволяет добиться полноценной реконструкции «зоны улыбки».

Ортодонтическое лечение у взрослых пациентов с данной патологией следует проводить с большой осторожностью, так как процессы построения костной ткани значительно отстают от процессов резорбции и данное лечение целесообразно лишь на ранних этапах заболевания и вне стадии обострения.

Так как срок службы зубов при генерализованном пародонтите тяжелой степени тяжести значительно ограничен, то многие пациенты выбирают метод адгезивных систем как ведущую методику лечения при относительно низкой стоимости (15-20% от стоимости ортопедического лечения). Рассмотрим наиболее типичную клиническую ситуацию, требующую эстетического реконструирования после иммобилизации зубного ря-

да. Это веерообразное расхождение и вестибулярный наклон верхних передних зубов с образованием между ними трем и диастем, выдвижение их из лунок со значительным оголением шеек и корней зубов. Иммобилизацию проводим методом шинирования с использованием нити на основе органической матрицы – полиэтилена («Connect» производитель – фирма «Kerr» США).

*Целью работы* является:

- устранение вестибулярного наклона и создание ровной дуги зубного ряда;
- эстетическое контурирование режущего края;
- устранени трем и диастем;
- смещение зенита шейки зуба в прикорневую область.

Планирование работы проводим с учетом принципа «золотого сечения» для воссоздания идеальных пропорций фронтальной группы зубов. Оперативная подготовка заключается в сошлифовании эмали со стороны наклона зуба, краев диастемы и трем, препарировании твердых тканей прикорневой части, сглаживании наиболее выступающего участка пришеечной области, эстетическом контурировании режущего края. После изоляции операционного поля и обработки тканей адгезивной системой начинаем послойное нанесение композита с учетом прозрачности воссоздаваемых структур, по схеме шейка – тело – контактные поверхности – режущий край. Топографию шейки зуба изменяем путем перемещения ее зенита в прикорневую область, не забывая оставлять промывные пространства свободными. Эта область требует особенно тщательной шлифовки и полировки так как травматизация может способствовать обострению патологического процесса в тканях пародонта. Окончательную обработку проводим через 2-3 дня, когда цвет реставрации стабилизируется.

Таким образом, используя адгезивные системы, мы не только компенсируем функциональную недостаточность пародонта, но и получаем хороший эстетический результат при относительной низкой стоимости. Также немаловажен и психологический эффект эстетической реставрации на дальнейшее пародонтологическое лечение и позитивное восприятие этапов реабилитации.

# ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОЛИГОАНУРИИ КАК ПРОБЛЕМА НАЧАЛА ОСТРОГО ГЕМОДИАЛИЗА

А.С. Мильцын, М.П. Алексеева

Государственный медицинский университет,
Областная клиническая больница,
г. Саратов

Не вызывает сомнений тот факт, что до настоящего времени отсутствуют общепринятые стандарты по введению острого гемодиализа в структуру интенсивной терапии, что особенно остро обозначается у больных, находящихся в критическом состоянии. Одним из направлений показаний к указанному виду эфферентной терапии являются временные рамки длительности олигоанурии на фоне проведения консервативной интенсивной терапии острой почечной недостаточности.

*Целью* настоящего сообщения является анализ временных характеристик начала гемодиализа, указанных различными авторами в опубликованной литературе.

Материалом для аналитического исследования явились семнадцать литературных источников, в которых рассматриваются вопросы показаний к острому гемодиализу.

Проведенный анализ показал: из общего числа работ в 10 (58,82%) приведены временные рамки ожидания или наблюдения за больным с олигоанурией. При этом минимально рекомендованные значения времени находятся в пределах 1÷5 суток, M±m, ±σ = 2,20±0,412; ±1,299 суток. Максимально рекомендованный предел составляет 2÷7 суток , M±m, ±σ = 4,0±0,515; ±1,623 суток. Различие в зоне активного наблюдения за олигоанурией колебалось в пределах Δ 1÷5 суток, ΔM ± m, ±σ = Δ1,80 ± 0,412; ±1,299 суток.

В других 7 (41,18%) работах указаны только максимально допустимые (критические) значения возможности времени консервативного лечения. Они находятся в переделах 1÷6 суток, M±m, ±σ = 3,57±0,698; ±1,852 суток.

При этом общая совокупность максимально допустимого срока консервативного лечения и наблюдения расположена в рамках 1÷7 суток, M±m, ±σ = 3,82±0,405; ±1,671 суток.

Таким образом, из представленного анализа следует, что в настоящее время полностью отсутствуют общепринятые сроки проведения консервативной интенсивной терапии острой почечной недостаточности до введения острого гемодиализа, что определяет безусловную необходи-

мость дальнейшего изучения этого вопроса, естественно, в совокупности с другими исследованиями.

## УРОВЕНЬ ПРОДУКТОВ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА И ПЛАЗМЕННОГО КАЛИЯ В СТРУКТУРЕ ПОКАЗАНИЙ К ГЕМОДИАЛИЗУ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А.С. Мильцын, М.П. Алексеева

Государственный медицинский университет,
Областная клиническая больница,
г. Саратов

В настоящее время общепризнано, что показания к проведению острого гемодиализа (ГД) во многом строятся на уровне и суточном приросте продуктов белкового обмена в крови, в частности мочевины и креатинина, а также плазменного калия. Однако многообразие данных, имеющихся в литературе, заставляет провести анализ этих показателей для уточнения действий в конкретной клинической ситуации.

*Цель исследования*: проанализировать данные литературы о предельных значениях указанных продуктов белкового метаболизма и калия в системе показаний к началу острой диализной терапии у больных почечной недостаточностью (ОПН).

*Методы исследования*. Проведен анализ 88 опубликованных данных по показаниям к гемодиализу у больных острой почечной недостаточностью и их статистическая обработка.

*Полученные результаты*. Мочевина, как показание к применению заместительной почечной терапии указана у 54 исследователей (61,4%), а уровень ее суточного прироста у 13 (14,8%). Общие референтные значения колеблются в очень широких пределах: 16,65÷80,0 ммоль/л (M±m= 35,6±1,8; n=63) . Минимальный уровень указан в 9 источниках (10,2%) и составляет 16,65÷40,0 ммоль/л (M±m=24,1±2,6; n=9); максимальный 16,65÷80,0 ммоль/л (M±m=38,0±2,0; n=54). Разница внутри референтных значений составила 3,33÷50,0 ммоль/л (M± m=19,6±5,2; n=9).

Креатинин указан в 25 источниках (28,4%) то есть на треть реже, чем мочевина. При этом, минимальные значения указаны у 11 авторов, что составляет 12,5% от общего числа. Общие референтные значения указаны в переделах 220,0÷1700,0 мкмоль/л (M±m=809,5±58,0; n=36). Минимальные составляют 220,0÷707,22 мкмоль/л (M±m=579,7±46,4 n=11), максимальные 350,0÷1700,0 мкмоль/л (M±m=963,0±66,8; n=25). Размах референтных значений находится в совокупности 88,4÷800,0 мкмоль/л (M±m= 268,2±67,8; n=11).

Уровень плазменного калия, как одно из показаний к заместительной почечной терапии указано в 47 работах (53,4%), при этом только 5 авторов (5,68%) указывают два предельных значения. В остальных работах указан один критический уровень. При этом 3 (3,41%) автора рекомендуют обязательное подтверждение калиевой интоксикации методом электрокардиографии.

Общий референтный разброс в полной совокупности составляет 5,0÷8,0 ммоль/л (M±m=6,65±0,09; n=52). Минимально указанный референтный предел составляет 6,0÷6,5 ммоль/л (M±m=6,3±0,09; n=5), максимальный (критический) 5,0÷8,0 ммоль/л (M±m=6,69±0,09; n=47). При рассмотрении разницы референтных значений в пяти наблюдениях установлено, что она сотавляет 0,5÷1,5 ммоль/л (M±m=0,74±0,19; n=5).

Таким образом, полученные в ходе рассмотрения и анализа данные о референтных и критических значениях мочевины, креатинина и калия плазмы крови, используемые в качестве показания к началу острого гемодиализа, показывают многообразие мнений различных авторов в рассматриваемом вопросе. Это обстоятельство, безусловно, подтверждает настоятельную необходимость продолжения исследований в указанном направлении.

## ПРОБЛЕМЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛОЙ ТРАВМЫ СРЕДНЕ-НИЖНЕШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

В.А. Моисеенко, А.И. Кислов, В.И. Карасев, С.В. Аржанухин

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

*Актуальность*. Хирургическое лечение больных с последствиями травм позвоночника является важной проблемой современной ортопедии и нейрохирургии. Помимо высокой частоты и тяжести повреждений позвоночника, ее актуальность во многом обусловлена отсутствием системы оказания специализированной помощи пострадавшим с острой позвоночной и позвоночно-спинномозговой травмой. По данным отечественных авторов (Б.В. Гайдар, В.Е. Парфенов, А.К. Дулаев, В.П. Орлов, 2003, Э.А. Рамих, 2005) посттравматическая нестабильность средне-нижнешейного отдела позвоночника развивается в более половины случаев шейно-позвоночных повреждений. В последующем формируется стойкий болевой синдром со статическими и неврологическими расстройствами, которые оказываются одной из основных причин инвалидизации пациентов.

*Цель работы*. Выбор вариантов оперативного пособия в зависимости от типа посттравматической нестабильности ($C_{III}$-$C_{VII}$)-отдела позвоночника.

*Материал и методы*. Работа базируется на опыте лечения 371 больного с повреждением шейного отдела позвоночника в возрасте от 15 до 79 лет. Дислокации средне-нижнешейного отдела позвоночника были у 214 больных (57,7%). Неврологические осложнения были у 71 (33,2%). Из них 121 (56,5%) – лечились оперативно. При этом обратившиеся с острой посттравматической нестабильностью (до 4-х недель) составили 178 человек, из них 85 оперированы (47,8%). Хроническая посттравматическая нестабильность (более 4-х недель) констатирована у 36 пациентов – оперированы все (100%).

*Обсуждение результатов*. При острой посттравматической нестабильности (ПОП) план хирургического лечения определяли в соответствии с объемом повреждения костно-диско-связочных структур, коррелированном с величиной смещения элементов позвонков, а также с наличием неврологических расстройств (В.А. Моисеенко, В.М. Цодыкс, 2002).

В случаях посттравматической хронической нестабильности выбор метода лечения, чаще всего, оказывается дискутабельным. Для выбора адекватного способа оперативного лечения учитывали степень развития спонтанных компенсаторных процессов, стабилизирующих поврежденный шейный позвоночный сегмент (ШПС), (Н.А. Корж, Е.М. Маковоз, М.И. Завеля, 1986).

Наличие частичного спонтанного костного блока ШПС характерно для посттравматической хронической «пластической» нестабильности (ПХПН). Устранение дислокаций может вызвать разрывы рубцово-измененных оболочек спинного мозга с последующим усугублением нейрососудистого синдрома. В следствии грубая редукция смещенного позвонка противопоказана. В таких случаях, по мнению авторов, показана открытая декомпрессия передней стенки позвоночного канала с резекцией клина Урбана, либо субтотальная резекция тела нижележащего позвонка (21 пациент).

Вариант посттравматической хронической нестабильности – «динамическая» (ПХДН), характеризуется отсутствием признаков спонтанного блока на уровне повреждения. Это, как правило, в положении разгибания позволяет устранить дислокацию. Оперативное пособие включает: резекцию поврежденного межпозвоночного диска и стабилизацию ПДС в правильном положении (15 больных).

Достижение стабилизации получают в большинстве случаев путем корпородеза, используя различные варианты (костный аутотрансплантат, передние комбинированные металлические стабилизаторы, шейные кей-

джи БАК, пористые имплантаты из никелида-титана и др.). Альтернативным является эндопротезирование диска (М. Тшигржай, Ф. Вебер**,** 2004).

В случаях полисегментарных повреждений, либо расширенных резекциях тел позвонков для предупреждения вторичного смещения при установке межтелового фиксатора, нами использована управляемая стабилизация галоаппаратом монополярной конструкции (6 больных). Наличие управляемой внеочаговой фиксации позволяло в послеоперационном периоде, при необходимости, осуществить дополнительную коррекцию ШПС, не нарушая положения трансплантата.

Операция проводится двухэтапно: 1. Создание галотракции шейного отдела позвоночника с предварительной репозицией сегмента; 2. открытая декомпрессия, окончательная реставрация поврежденного сегмента и передний межтеловой спондилодез аутокостью.

Анализированы исходы лечения у 45 человек (37%) с учетом развития стабилизирующих процессов позвоночно-двигательного сегмента и динамики нейросиндрома. При этом в группе пациентов с (ПОН) длительность нетрудоспособности составила 5-8 месяцев, в группах с (ПХПН) и (ПХДН), соответственно – 7-12 месяцев. Три человека признаны инвалидами.

*Выводы*

1. Показания к оперативному методу лечения при острой посттравматической нестабильности средне-нижнешейного отдела позвоночника обосновываются коррелированным объемом повреждения костно-дисково-связочных структур и неврологическими осложнениями.

2. Выбор способа оперативного лечения при хронической посттравматической нестабильности средне-нижнешейного отдела позвоночника основывается на характере развития спонтанных компенсаторных процессов поврежденного шейного сегмента.

3. Создание галотракции в процессе комплексного оперативного лечения посттравматической нестабильности средне-нижнешейного отдела позвоночника позволяет надежно стабилизировать, а также осуществлять дополнительную коррекцию смещения шейного позвоночного сегмента.

# ВЛИЯНИЕ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД

Е.А. Молокова, И.П. Татарченко, О.И. Морозова,
Л.В. Фатеева, А.Ф. Штах

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Пенза.

Гипертензия при беременности является важнейшей причиной нарушений гемодинамики в системе мать-плацента-плод и, как следствие, причиной многих осложнений течения беременности и родов.

*Целью исследования* явилось изучение показателей ультразвуковой допплерографии сосудов маточно-плацентарно-плодового кровотока (УЗДГ МППК) и суточного мониторирования артериального давления (СМАД); выявление наиболее информативных показателей СМАД для прогноза нарушений гемодинамики в системе мать-плацента-плод.

Под динамическим наблюдением находились 95 беременных в возрасте от 18 до 42 лет (средний возраст – 23,7±4,5 лет) со сроком гестации от 22 до 41 недели с исходным повышением АД по данным обменной и/или амбулаторной карты. Всем беременным в условиях стационара проводились СМАД и УЗДГ МППК по стандартной методике. СМАД выполнялось с помощью аппарата Meditech (Венгрия). Данные мониторинга АД оценивались по следующим показателям: средние значения систолического (САД), диастолического (ДАД) и пульсового (ПАД) давления за день, ночь, сутки в целом; индексы времени САД и ДАД (ИВ САД и ИВ ДАД); вариабельность САД и ДАД (Вар САД и Вар ДАД) за все временные интервалы; суточный индекс САД и ДАД (СИ САД и СИ ДАД). УЗДГ МППК проводилась пациенткам, начиная с 22 недель беременности, при использовании ультразвукового аппарата с цветным допплеровским картированием типа «Acuson» (Япония). С помощью методики УЗДГ получали кривые скоростей кровотока маточных артерий, артерии пуповины, аорты и среднемозговой артерии плода. Затем вычисляли индексы сосудистого сопротивления указанных сосудов: систолодиастолическое отношение (СДО), индекс резистентности (ИР), пульсационный индекс (ПИ), плацентарный коэффициент (ПК). Степень нарушения МППК оценивали согласно классификации А.Н. Стрижакова и соавт. (1989 г.).

По результатам исследования все беременные были разделены на три группы. Первую группу составили 25 (26,3%) женщин с предсуществующей гипертензией, которая началась до 20 недель настоящей беременности. Во вторую группу вошли 42 (44,2%) беременных с гестационной

гипертензией, т.е. развившейся после 20 недель настоящей беременности. Третью группу составили 28 (29,5%) пациенток с предсуществующей гипертензией с наслоением гестационной. По степени повышения АД у беременных чаще регистрировалась мягкая гипертензия – у 71 (75%) или умеренная – у 23 (25%) обследуемых. Гипертензия при беременности в большинстве случаев (83,5%) носила неустойчивый характер (ИВ<25%), имела вид эпизодов подъема АД, связанных чаще с психоэмоциональным фактором. У 62,5% беременных с мягкой и умеренной гипертензией отмечалось недостаточное снижение АД в ночное время («non-dipper» при СИ<10%). У женщин со стойким повышением АД (ИВ>50%), длительным анамнезом гипертензии наблюдалась ночная гипертензия («night-peaker» при СИ<0%), когда АД было выше ночью и превышало дневные цифры.

В результате исследования отмечена прямо пропорциональная с высоким коэффициентом корреляции зависимость между повышением ночных значений АД и степенью гемодинамических нарушений в системе мать-плацента-плод ($r = 0,792$-$0,897$; $p<0,001$). В группе беременных с ночной гипертензией (тип «night-peaker») чаще, чем в группе с недостаточным снижением АД в ночное время (тип «non-dipper»), регистрировалось нарушение МППК (78,5 и 25% соответственно). Если ночная гипертензия была связана с повышением преимущественно ДАД и имела стойкий характер (ИВ>50%), то нарушение МППК определялось в 97,8% случаев ($r = 0,845$; $p<0,001$). У беременных с гипертензией 1 группы нарушение кровотока хотя бы в одной маточной артерии наблюдалось в 23%, во 2 группе – в 15%, а в 3 группе – в 34% случаев. Надо отметить, что у женщин 1 и 3 групп чаще, чем во 2 группе встречалось двухстороннее нарушение кровотока в маточных артериях, а также нарушение плодового кровотока (4,5 и 8,3% соответственно). Причем, выраженность гемодинамической дестабилизации МППК была наибольшей в группе с сочетанием предсуществующей и гестационной гипертензии (3 группа), нежели у беременных с изолированной предсуществующей гипертензией (1 группа).

У беременных с гипертензией при нарушении МППК наблюдался синдром задержки развития плода (СЗРП). Так, у женщин 1 группы СЗРП регистрировался в 32,5%, во 2 группе – 25,3%, в 3 группе – в 78,5% случаев.

Под влиянием базисной терапии наблюдалось улучшение гемодинамики в системе мать-плацента-плод при легкой степени гипертензии в 72,5% случаев ($r = 0,635$; $p<0,005$). При этом нарушение кровообращения в плодово-плацентарном звене было более подвержено положительной динамике, нежели в маточно-плацентарном кровотоке. Однако при лечении фетоплацентарной недостаточности, связанной с гестационной гипертензией (2 группа), улучшения кровотока не наблюдалось ($r = 0,743$; $p<0,005$).

Таким образом, у беременных в большинстве случаев встречалась мягкая и умеренная гипертензия, которая носила нестойкий характер. Наиболее часто у беременных с гипертензией наблюдалось недостаточное снижение АД в ночное время (тип «non-dipper»). У этой группы женщин, а также у беременных с ночной гипертензией чаще выявлялось нарушение МППК. При этом в наибольшей степени он страдал у пациенток со стойкой ночной гипертензией («night-peaker»), связанной с повышением диастолического АД. Наибольший риск нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока и синдрома задержки развития плода имели женщины с предсуществующей и сочетанной (предсуществующей с наслоением гестационной) гипертензией.

## МЕТОД ПОЗИТИВНОЙ ПСИХОДРАМЫ В РЕАЛИЗАЦИИ МЕР ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИИ НА МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЕ

П.Н. Москвитин

ГОУ ДПО «Новокузнецкий институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Новокузнецк

Задача сохранения одного из самых быстро истощающихся ресурсов – трудового потенциала страны – определяет необходимость разработки и совершенствования форм и методов профилактики, направленной на формирование в обществе непримиримого отношения к употреблению наркотиков. Метод позитивной психодрамы, как личностно-ориентированный подход в превентивной наркологии, соответствует современной концепции первичного предупреждения употребления наркотиков и роста наркомании среди детей и подростков. Разработанный метод позволяет поставить в центр профилактических усилий личность несовершеннолетнего и три основные сферы, в которых реализуется его социализирующая жизнедеятельность – семья, образовательное учреждение и досуг, включая связанное с ними микросоциальное окружение и неформальные референтные группы сверстников.

В соответствии с пониманием задач первичной профилактики нами была определена генеральная *цель*: разработать научно-обоснованную модель личностно-ориентированной профилактики наркомании и критерии для изучения ее эффективности. Метод системного анализа и, в частности, прием декомпозиции позволил уточнить приоритеты в решении поставленных задач и выделить первоочередные меры по реализации разработанной модели личностно-ориентированной профилактики наркомании.

Таким образом, все многообразие проблем, связанных с реализацией территориальной программы личностно-ориентированной профилактики употребления психоактивных веществ может быть сведено всего к пяти блокам и к реализации мер по выполнению основных задач по следующей четкой схеме:

1 Необходимо проведение динамической оценки состояния общественного здоровья, где проблема наркомании рассматривается как значимое социально-негативное явление. Достигается путем изучения заболеваемости – общая заболеваемость наркоманией; первичная заболеваемость; накопленная (распространенность), заболеваемость наркоманией в структуре нервно-психических расстройств. Смертность, инвалидность и коморбидная заболеваемость, связанная с наркоманией. Ответственный исполнитель: специализированная территориальная служба.

2 Отсутствует понимание методологии личностно-ориентированного подхода в профилактике наркомании, образовательная и медицинская модели профилактики не знакомы с методами групповой личностно-ориентированной психопрофилактической работы. Необходимо формирование области научных и практических знаний – профилактическая (превентивная) наркология. Достигается доступным для понимания неспециалистов описанием модели личностно-ориентированной профилактики наркомании, изучением результатов апробации и методик расчета ее эффективности по медико-социальным, экономическим и демографическим критериям.

3 Объект профилактики (группа риска по употреблению психоактивных веществ) деперсонализирован: необходимо осуществление поиска легитимных валидных методов и подходов к выявлению объекта и привлечению его к участию в профилактических программах. Достигается путем изучения индивидуального здоровья в группе риска: где проводится оценка уровня психосексуальной культуры подростков и молодежи; личностная типологическая характеристика; уровень и распространенность тревожных, невротических и депрессивных расстройств. Позволяет структурировать персональную профилактическую антинаркотичекую работу и изучить индивидуально-психологическую эффективность метода по когнитивным, эмоциональным и поведенческим характеристикам.

4 Субъект профилактики (педагог, психолог): его правоспособность неопределена, специальными полномочиями по проведению целенаправленной профилактической работы не наделен, более того, он не обучен методам личностно-ориентированной профилактики, отсутствуют навыки групповой психотерапевтической работы, недостаточный уровень профессионализма, кроме того, у него отсутствует материальная заинтересованность в участии в долгосрочных профилактических программах. Необ-

ходимо комплексное экономическо-правовое решение на территориальном уровне, стимулирующее заинтересованность субъекта профилактики в систематической антинаркотической деятельности, в т.ч. и в вопросах обучения методам личностно-ориентированной профилактики, которое достигается путем принятие региональной (территориальной) программы и определение источников финансирования.

5 Необходимо систематическое обучение технологиям личностно-ориентированной профилактики по утвержденным учебным программам. Достигается путем сертификации, определяющей специальную правоспособность субъекта профилактики. Путь решения проблемы состоит в предоставлении образовательной услуги по обучению методологии и методам личностно-ориентированной профилактики употребления психоактивных веществ, которая может оказываться в территориальных государственных и муниципальных учреждениях дополнительного профессионального образования, работающих по лицензионной образовательной программе.

Таким образом, системный взгляд на задачи профилактики наркомании позволяет разработать принципиально новую модель личностно-ориентированного подхода в превентивной наркологии, психотерапии и психокоррекционной психологии. Данный подход применим в целях разработки профилактического и коррекционного комплекса мер территориальных программ.

## СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМИ ГЕПАТИТАМИ И НАРКОЗАВИСИМОСТЬЮ

Л.А. Мусатова

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

*Цель исследования*: изучить сроки госпитализации 255 больных парентеральными вирусными гепатитами в зависимости от этиологии заболевания, возраста пациентов, а также «стажа» употребления наркотиков.

Верификация гепатитов проводилась с помощью ИФА и метода ПЦР; диагностика злоупотребления психоактивными веществами осуществлялась на основании комплексного обследования, включая консультацию нарколога. У всех пациентов диагностирован гепатит средней степени тяжести.

255 пациентов с парентеральными гепатитами на фоне наркозависимости разделены в две группы больных: в возрасте 14-18 лет (1 группа – 177, из них 137 подростков мужского пола и 40 – женского) и в возрас-

те 19-29 лет (2 группа – 78 , из них 61 молодых мужчин и 17 женщин). В первой группе у 59,32% диагностирован гепатит В, у 20,9% – гепатит С и у 19,77% микст – гепатит (В+С). Во второй группе пациентов гепатит В верифицирован у 33,33%, гепатит С – у 10,26% и гепатит В+С (микст) – у 56,41% пациентов. Длительность («стаж») приема наркотических веществ: до 1 года выявлен у 70,06% пациентов 1 группы и 32,05% больных 2 группы; от 1года до 3 лет – 29,38% больных 1 группы и 35,9% пациентов 2 группы и более трех лет – у 0,56% и 32,05% больных соответствующих групп.

Средняя продолжительность госпитализации при гепатите В в 1 группе составила 28,27 к/дня (у мужчин – 28, у женщин – 28,79), во 2 группе – 27,6 к/дня (у мужчин – 26,71, у женщин – 29,66); при гепатите С в 1 группе – 25,28 к/дня (у мужчин – 25,23, у женщин – 26), во 2 группе – 24,66 к/дня (все пациенты мужского пола). Продолжительность госпитализации при микст-гепатите В+С в 1 группе составила в среднем 32,64 к/дня, в том числе у мужчин – 31 к/день, у женщин – 42,5 к/дня; во 2 группе – 30,61 к/дня (у мужчин – 31,07, у женщин – 29).

В зависимости от «стажа» употребления наркотических веществ наблюдалась следующая продолжительность госпитализации: до 1 года при гепатите В – 28,77 к/дня в 1 группе и 25,75 к/дня во 2 группе; при гепатите С 27,3 к/дня в 1 группе и 27 к/дней во 2 группе; при микст-гепатите В+С в 1 группе – 32,4 к/дня и во 2 группе – 24,57 к/дня; от 1года до 3 лет – при гепатите В в 1 группе – 26,55 к/дня, во 2 группе – 28,83 к/дня; при гепатите С – 24,33 к/дня в 1 группе и 19 к/дней во 2 группе; при микст-гепатите В+С – 35,42 к/дня в 1 группе и 34,16 к/дня во 2 группе; более 3 лет – пациентов с гепатитом В не наблюдались; при гепатите С в 1 группе – 28 к/дней и во 2 группе – 28 к/дней; при микст-гепатите В+С продолжительность госпитализации составила во 2 группе – 37,33 к/дня, в 1 группе таких больных не было.

*Таким образом*

1. Максимальная продолжительность пребывания больных в стационаре отмечена при микст-гепатите В+С (1-я группа – 32,64 к/д, 2-я группа – 30,61 к/д), второе место по продолжительности госпитализации занимают пациенты с моногепатитом В (1-я группа – 28,77 к/д, 2-я группа – 27,6 к/д);

2. Сроки госпитализации больных женского пола увеличиваются на 2-4 дня, по сравнению с госпитализацией пациентов мужского пола (не зависимо от этиологии гепатита), а в возрасте 14-18 лет при микст-гепатитах В+С это различие составляет 11,5 к/д, достигая 42,5 к/д.

3. У пациентов 14-18 лет длительность употребления наркотиков не влияет на увеличение сроков госпитализации больных с моногепатитами (В

или С), но при микст-гепатитах (В+С) у этой возрастной группы пациентов пребывание больных в стационаре увеличивается и достигает 35,42 к/д

4. В группе пациентов 19-29 лет с возрастанием «стажа» употребления наркотических веществ увеличивается средняя продолжительность пребывания в стационаре как при моногепатитах, так и при микст-гепатитах (В+С);

5. Сроки госпитализации больных парентеральными гепатитами средней степени тяжести зависит от этиологии вирусных гепатитов, возраста и пола пациентов, а также от «стажа» наркозависимости.

## ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

В.Б. Мысяков, М.В. Беляев

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им Г.А.Захарьина,
г. Пенза

Российская судебная статистика последних лет свидетельствует о значительном росте количества так называемых «врачебных» дел.

*Целью работы* было определение юридической ответственности медицинских работников и медицинских учреждений в сфере оказания медико-социальной помощи населению на основе нормативно-правовых актов действующего российского законодательства.

Ответственность может быть административной, дисциплинарной, уголовной и имущественной.

С точки зрения юридической оценки оказанной медицинской помощи (с целью установления оснований для привлечения к ответственности медицинских работников или учреждения) принято делить неблагоприятные последствия лечения на:

- врачебные ошибки;
- несчастные случаи;
- наказуемые упущения (профессиональные правонарушения).

Основной критерий их разделения – правильность или ошибочность действий, с одной стороны, и, с другой стороны, – вызвавшие эти ошибки причины.

Врачебные ошибки обычно допускаются в силу объективных причин, обстоятельств. Среди причин врачебных ошибок выделяют следующие:

- отсутствие надлежащих условий оказания помощи (врач вынужден был оказывать помощь в таких условиях, где невозможно было оказать ее в соответствии со стандартами профессии), плохая материально-техническая оснащенность ЛПУ;
- несовершенство медицинских методов и знаний (когда болезнь изучена медицинской наукой неполно, и ошибка является следствием неполноты знаний не данного врача, а медицины в целом);
- недостаточный уровень профессионализма врача, без элементов небрежности в его действиях (врач старался сделать все, что мог, но его знания и умения оказались недостаточны для правильных действий);
- выделяют также важные обстоятельства, которые могут играть основную роль в наступлении негативных последствий;
- чрезвычайная атипичность, редкость или злокачественность данного заболевания или его осложнения;
- исключительность индивидуальных особенностей организма пациента;
- ненадлежащие действия самого пациента, его родственников, других лиц (позднее обращение за медицинской помощью, отказ от госпитализации, уклонение, противодействие при осуществлении лечебно-диагностического процесса, нарушение режима лечения);
- особенности психофизиологического состояния медицинского работника (болезнь, крайняя степень переутомления).

Эти обстоятельства могут выступать и в качестве фона, на котором осуществляются ненадлежащие действия медицинских работников, обусловленные причинами субъективного характера.

Несчастный случай – неблагоприятный исход врачебного вмешательства. Такой результат, который не удается предвидеть, а, следовательно, и предотвратить из-за объективно складывающихся случайных обстоятельств (хотя врач действует правильно и в полном соответствии с медицинскими правилами и стандартными методами лечения).

Профессиональные правонарушения (преступления) – небрежные или умышленные действия медицинского работника, повлекшие причинение вреда жизни или здоровью пациента.

Различие между врачебной ошибкой и правонарушением заключается в причинах и условиях их возникновения. Врачебные ошибки обычно допускаются в силу сложившихся объективных причин и обстоятельств (отсутствие надлежащих условий оказания помощи, дефицит времени, недос-

таточно квалифицированные персонал). Поэтому отличительной чертой врачебных ошибок является добросовестность действий медперсонала.

Профессиональные правонарушения характеризует:

- недобросовестность медицинского работника (неоказание помощи больному);
- незаконное врачевание, в том числе применение несоответствующих методов лечения, врачевание по специальности, по которой врач не имеет сертификата;
- халатное отношение к профессиональным обязанностям.

В случае совершения профессиональных правонарушений возможно привлечение отдельных медицинских работников или ЛПУ к различным видам ответственности: административной, дисциплинарной, уголовной, гражданской (имущественной). К административной и дисциплинарной ответственности врача привлекают должностные лица комиссии и лица. Являющиеся начальниками по службе (на работе) на основании должностных инструкций. Обычно при легких телесных повреждениях наступает только дисциплинарная ответственность, а при наличии морального вреда – и гражданская (имущественная). Материальные (гражданские) последствия наступают для работодателя врача – ЛПУ. Частнопрактикующие врачи будут возмещать ущерб (нести гражданскую ответственность) самостоятельно, т.к. осуществляют свою профессиональную деятельность на «собственный страх и риск».

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НИЛИ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

А.В. Никитин, О.А. Щербинина

ГОУ «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»,
ГУЗ Областная клиническая больница №1,
г. Воронеж

Актуальность исследования ХОБЛ связана с неуклонным ростом числа больных с данной патологией в промышленно-развитых странах, высокой инвалидизацией и смертностью трудоспособного населения. В связи с этим крайне важным представляется поиск новых и совершенствование имеющихся методов патогенетической терапии ХОБЛ, направленных на коррекцию нарушений системной и легочной гемодинамики. Использование низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) в комплексной терапии ХОБЛ представляется нам одним из наиболее перспек-

тивных, поскольку лазер оказывает влияние на патогенетические механизмы заболевания.

*Материалы и методы*

Нами были обследованы 25 больных ХОБЛ (16 мужчин и 9 женщин) и 12 лиц контрольной группы (8 мужчин и 4 женщины). Средний возраст больных ХОБЛ составил 51±1,6 г., лиц контрольной группы – 49±1,9 г. Критериями исключения являлись: наличие ИБС, нарушения ритма, врожденные и приобретенные пороки сердца. Лица контрольной группы получали только базисную терапию, включавшую бронхо- и-муколитики, отхаркивающие, гормональные и при необходимости – антибактериальные препараты. 25 пациентов с ХОБЛ, получавших базисную терапию и НИЛИ – наружное облучение по полям, продолжительность курса 7-10 процедур (аппарат «Мустанг»), были разделены на 3 группы в зависимости от степени бронхиальной обструкции и дыхательной недостаточности. Для оценки состояния системной и легочной гемодинамики использовали ДЭХОКГ с цветным картированием и режимом «тканевый след» аппаратом VOLUSON 730 expert (GE, США) из классических позиций с оценкой размеров правых и левых отделов сердца, толщины ПСПЖ, систолической и диастолической функций ПЖ и ЛЖ, степени ТК- регургитации, СДЛА и ДДЛА до и после проведенной терапии.

*Результаты исследования*

Анализ полученного материала показал, что в конце периода наблюдения у больных всех групп отмечалось улучшение клинического состояния (положительная динамика клинических симптомов). У пациентов контрольной группы, получавших базисную терапию, к концу периода наблюдения на фоне клинического улучшения не было отмечено статистически достоверного изменения показателей системной и легочной гемодинамики. У пациентов 3-х основных групп с ХОБЛ различной степени тяжести на фоне использования НИЛИ отмечалось статистически достоверное снижение СДЛА: в 1-ой группе – на 6%, во 2-ой – на 8,1%, в 3-ей – на 8,8%, увеличение ФВ ПЖ в 1-ой группе – на 5%, во 2-ой – на 6,3%, в 3-ей – на 6,8%, изменение отношения Е/А ПЖ, что связано с повышением скорости раннего наполнения ПЖ и улучшением его пассивных свойств.

*Обсуждение*

В проведенном нами исследовании выявлена положительная динамика клинических симптомов и показателей легочной и системной гемодинамики в результате проведения комплексной терапии с применением НИЛИ. Нами продемонстрировано, что использование лазера в комплексной терапии ХОБЛ приводит к достоверному снижению СДЛА и ДДЛА, причем максимальное снижение этих показателей отмечалось во 2-ой и 3-

ей группах у больных с дыхательной недостаточностью 2-ой и 3-ей ст. и максимально выраженной бронхиальной обструкцией.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ И ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

В.М. Николаев, Е.В. Петрова, О.А. Петров

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

По данным зарубежных и отечественных исследователей (H. Tavares, S.S. Martins et al, 2003; Т.Н. Дудко, Л.А. Котельниковой, 2004) лудомания или игровая зависимость встречается у больных с алкогольной зависимостью в 20-40% случаев. Существенное значение сложных личностных и социальных нарушений в развитии и поддержании сочетанной зависимости требует более тщательного клинического изучения пациентов с данной патологией, что позволяет в дальнейшем выработать эффективные программы их лечения и реабилитации.

*Целью и задачами* настоящего исследования являлось изучение клинических особенностей зависимости от срока дебюта лудомании в динамике алкогольного заболевания, корреляция с актуализацией патологического влечения к алкоголю, возможность проявления игровой зависимости в ремиссии у алкогольных пациентов, а также взаимосвязь с социально-психологическими факторами и некоторыми личностными особенностями.

Всего было обследовано 100 пациентов, все лица мужского пола в возрасте от 18 до 42 лет, с диагнозом алкогольной зависимости (в соответствии с критериями МКБ-10). У 24 человек (21,8% – что соответствует литературным данным) были выявлены симптомы сочетанной алкогольной и игровой зависимости.

В изучении использовались клинико-психопатологический и клинико-психологический *методы исследования*, данные психодиагностических тестов (опросник Кеттела, методика Вассермана, методика Басса и Дарки). В зависимости от преобладающего типа личностных свойств были выделены две группы больных, сравнительный анализ которых выявил ряд значимых клинико-динамических особенностей.

1-ю группу составили лица с чертами диссоциального типа (13 чел.);

2-ю группу – больные эмоционально-неустойчивого типа по МКБ-10, где были выделены два личностных подтипа: импульсивный (6 чел.) и пограничный (5 чел.).

У пациентов обеих групп обращало на себя внимание сходство психосоциальных предикторов развития сочетанной зависимости: ранняя потеря родителей, антисоциальные отцы, конфликтные отношения между родителями, воспитание с отвержением, недостатком заботы и внимания, неадекватное отношение к деньгам в семье (фетишизация, отсутствие планирования бюджета). У исследуемых были типичными отсутствие собственной семьи или разводы, нарушение трудовой дисциплины, частая смена работы или отсутствие трудовой занятости. В семьях часто отмечались случаи химического (алкогольного) и нехимического аддиктивного поведения (работогольного, отношений, религиозного).

В 1-й группе основной характерологической особенностью пациентов было стремление непрерывно получать удовольствие и наслаждения, избегая при этом всякого напряжения и труда. Отмечалось постоянное чувство правомерности своего поведения, непреложности удовлетворения собственных потребностей, стойкая безответственность и пренебрежение социальными нормами, манипулирование окружающими в своих интересах, отсутствие упреков в свой адрес и чувства стыда. Лудомания развивалась в довольно короткие сроки после формирования алкогольной зависимости (от 1 года до 2,5 лет). Дебюту патологической склонности к азартным играм предшествовало обострение патологического влечения к алкоголю, в структуре которого преобладали эмоционально-поведенческие расстройства и которые, по сути, являлись продромом перехода в сочетанную зависимость. Эпизоды лудомании наблюдались как в период алкоголизации, так и в период воздержания от алкоголя. В клинике отмечались повторные эпизоды участия в азартных играх, которые противоречили интересам, как самого пациента, так и окружающих. Больные делали долги, нарушали закон для того, чтобы добыть деньги или уклониться от выплаты долгов. Вне игры отмечались периоды раздражительности, дисфории, связанные с прекращением участия в игре и труднопреодолимого желания снова приступить к ней, симптомы физического неблагополучия – головные боли, нарушение сна, аппетита.

У пациентов 2-й группы достоверно чаще встречались рецидивы лудомании в ремиссии алкогольного заболевания. Для импульсивного подтипа этой группы стержневым были приступообразные периоды потери контроля над своими побуждениями и влечениями. По своей психопатологической структуре «игровое» состояние напоминало импульсивное расстройство, не контролируемое пациентами, с внезапным началом и

окончанием, с полной поглощенностью самим процессом, с особыми переживаниями после выхода из игры – «это было как наваждение», отчуждением игровой ситуации, «как будто это происходило не с ними». В отличие от диссоциального варианта сочетанной зависимости большинство больных этой подгруппы после реализации игрового влечения испытывали сожаление, раскаяние или чувство вины. Имело место употребление алкоголя, однако, не приводившее к срыву алкогольного заболевания. Вне игровых эпизодов общие проявления импульсивности и агрессивности в целом не были типичными для пациентов.

Другой подтип с пограничными личностными чертами характеризовался крайней нестабильностью самооценки, аффекта, поведения. Эмоциональная декомпенсация сопровождалась социальной дезадаптацией и саморазрушающим поведением с суицидальными тенденциями. Межличностные отношения носили неупорядоченный и конфликтный характер, повышенная зависимость от окружающих перемежались с манипулятивными вспышками раздражения и гнева. Пациенты болезненно переносили одиночество, стремились избавиться от стойкого «чувства внутренней пустоты и скуки». Последнее зачастую являлось основной причиной развития алкогольной, а в последствии и игровой зависимости. В клинической картине игровых эпизодов также присутствовала импульсивность, однако в целом она отличалась меньшей агрессивностью. В структуре постпароксизмальных состояний отмечались стойкие депрессивные нарушения с суицидальными мыслями. В других случаях отмечалось обострение алкогольного заболевания с более выраженными и длительными запойными формами опьянения.

В соответствии с вышеописанными личностными и клинико-динамическими особенностями были разработаны различные варианты терапии и прогноза исследованных состояний.

У пациентов 1-й группы обязательным было применение психофармакопрепаратов с использованием поведенческих и седативных нейролептиков – неулептила, хлорпротиксена, сульпирида и т.п. Психотерапия носила дополнительный характер и включала методы поведенческой терапии (аверсивные техники), семейную психотерапию. Прогноз течения сочетанной патологии у этих больных был менее благоприятным.

Во второй группе лицам с импульсивным подтипом проводили психотерапию, включавшую тренинги и техники овладения навыками контроля за своими действиями, а также фармакотерапию для коррекции проявления эмоциональных, импульсивных и агрессивных проявлений (финлепсин, литий, хлорпротиксен, амитриптилин). У пограничных лиц, страдавших сочетанной зависимостью, методом выбора являлась длительная индивидуальная и групповая психотерапия с когнитивно-поведенческой

направленностью; из фармакопрепаратов – антидепрессанты для купирования тревожно-депрессивных расстройств, в случае необходимости проводилась интенсивная терапия рецидива алкогольного заболевания.

Таким образом, тщательное исследование клинической картины сочетанной зависимости, особенностей социальных и личностных характеристик пациентов, позволяет разрабатывать эффективные программы лечения зависимостей, формировать более качественные и длительные ремиссии при различных видах аддиктивных расстройств.

## СУИЦИДАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ СРЕДИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ЗА 1996-2005 гг.

В.М. Николаев, А.П. Явкин

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Пенза,
МСЧ-59 ФМБА МЗ РФ,
г. Заречный Пензенской области

В последние годы возрос интерес к исследованию суицидальных попыток, в том числе завершенных суицидов, в психиатрической литературе. Объясняется это довольно высоким показателем количества суицидов на 100 тысяч населения, который, по данным статистики, составляет 34,5 чел. (в зарубежной литературе приводятся цифры 14-20 чел. на 100 тыс. населения). Обращает на себя внимание то, что нередко суицидальные проблемы связывают с депрессивными расстройствами и проводят корреляцию между частотой суицидов и депрессией (Н.А. Корнетов, 2000), что касается наркологических заболеваний, то каких-либо статистически выверенных данных по изучаемой теме в литературе мы не встретили. Она рассматривается лишь в контексте отдельных клинических проблем.

Как известно, при формировании алкогольной зависимости отмечается выраженное изменение личности, сопровождающееся различными формами анозогнозии, патологическими формами психологической защиты, «оправдывающими» алкоголизацию пациента, но еще более углубляющими его психологические и социальные проблемы. С развитием заболевания нарастает морально-нравственное огрубение, что, по сути, формирует кризисное состояние у пациента, которое трансформируется в агрессивные и аутоагрессивные поведенческие феномены.

В наркологии аутоагрессию рассматривают как проявление социально-психологической дезадаптации и дезориентации личности в условиях макро- и микросоциальных конфликтов. Подобный подход к анализу при-

чин возникновения социальной ситуации делает понятным ту роль, которую играет алкоголь в решении, принимаемом самоубийцами. Оно, как правило, для них является следствием отсутствия выхода из кризиса. Состояние алкогольного опьянения увеличивает глубину кризисной ситуации и придает ей характер безысходности.

*Целью* настоящего исследования было изучение социально-психологических факторов, влияющих на аутоагрессивные формы поведения в сравнительной динамике у больных отделения неотложной наркологической помощи МСЧ-59 за период 1996-2000 и 2001-2005 гг.

Было изучено 299 мужчин и 123 женщины в возрасте от 19 до 60 лет. В выборку включались больные с незавершенными суицидальными действиями, у которых в клинической картине не отмечалось выраженной сомато-неврологической и психотической симптоматики (в т.ч. депрессий), чтобы исключить влияние психопатологических факторов, полагая, что алкоголизм является основным фактором аутоагрессии.

*Методы исследования*: клинико-психопатологический метод, социально-психологический опрос.

В период 2001-2005 гг. число случаев незавершенных суицидов среди общего количества госпитализированных в отделение больных увеличилось по сравнению с 1996-2000 гг. в 2,1 раза у мужчин и 4,1 раза у женщин.

Рассматривая случаи незавершенных суицидов в зависимости от клиники алкоголизма, находим, что число их возросло к 2005 г. для изученного контингента больных: среди лиц до 38 лет – Д+ 27,3% (* «Д+» – положительная динамика, «Д-» – отрицательная динамика), при второй стадии хронического алкоголизма – Д+ 38,9% и прогредиентном течении болезни – Д+ 27,9%, независимо от тяжести алкогольного абстинентного синдрома и типа злоупотребления спиртными напитками. У женщин суицидальная активность, в отличие от мужчин, более выражена при алкогольном абстинентном синдроме средней тяжести (Д+ 11,3%) и злокачественном темпе прогредиентности процесса (Д+ 34,2%).

Тип аутоагрессивных действий к 2005 г. становится более брутальным для всех исследуемых возрастных групп, однако как для мужчин, так и для женщин приоритетными остаются колото-резаные ранения (соответственно Д+ 24,7% и Д+ 8,9%).

Рассматривая суицидальный поступок как актуальное поведение в кризисные моменты жизни, мы обратились к анализу макро- и микросоциальных факторов, как к ситуации конфликта в плане его осмысления самим суицидентом. В подавляющем большинстве случаев мы находим у больных пассивность, общую сниженность жизненной позиции, что влечет за собой утрату ценности жизни.

Для социолдогического исследования больных, учитывая мнение его ближайшего окружения при сборе объективного анамнеза, использовались опросники, разработанные социологами РАН (Е.Н. Пивень, О.А. Голобина, 1997, Т.В. Свадьбина, 2000, П. Штомке, 2001, Г.Г. Заиграев, 2002). Респондентам предлагалось дать ответы на вопросы, затрагивающие их непосредственные интересы. Данные мониторинга обнаруживают устойчивые для периодов 1996-2000 и 2001-2005 гг. известные системные закономерности как в целом, так и между размерами его частей. Градации ответов со знаком «+» таковы: отрицательная оценка алкогольной политики государства (+2,14%), безработица (+6,14%), дефицит социальной поддержки (+8,6%), падение нравственности в обществе (+9,2%), распад семьи (+10%), страх перед неопределенным будущим (+10%), постоянное негативное психологическое воздействие (+18%), неудовлетворенность содержанием досуга (+21,71%), недоверие к государственным чиновникам (+22,8%), изменение стереотипа жизни (+23%), жилищные проблемы (+24,5%), тревога по поводу потери работы (+25,5%), материальное неблагополучие (+36%), неверие в легитимность власти (+46,6%). Наши данные соответствуют ВЦИОМ (А.А. Давыдов, А.Н. Чураков, 2002).

В целом подобная ситуация соответствует концепции Э.Д. Дюркгейма (1998) о влиянии внезапных социальных преобразований и экономических кризисов на суицидальную активность населения.

## НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

М.В. Никольская, Л.А. Мусатова

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

Значение патологии, обусловленной вирусами гепатита, огромно. ВОЗ считает, что в наступившем столетии эта патология будет одной из ведущих, конкурирующей с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом. В связи с этим понятна необходимость изучения всех аспектов вирусных заболеваний печени. Среди них иммунопатология, раскрывающая сущность патогенеза этой инфекции, занимает одно из первых мест.

*Цель исследования*: провести сравнительное изучение некоторых показателей гуморального и клеточного звеньев иммунитета в остром периоде гепатитов В, С и микст-гепатите В+С у лиц, употребляющих наркотики внутривенно.

Обследовано 105 больных парентеральными гепатитами в возрасте 14 до 29 лет: 39 человек с гепатитом В (ГВ), 36 человек с гепатитом С (ГС) и 30 пациентов с микст-гепатитом В+С. Этиологическая верификация вирусных гепатитов осуществлялась с помощью методов ИФА, ПЦР. Оценка иммунологических показателей включала определение сывороточных иммуноглобулинов по Манчини, циркулирующих иммунокомплексов методом осаждения ПЭГ по В. Гашковой, содержание популяций Т-лимфоцитов с использованием моноклональных антител методом непрямой мембранной иммунофлюорисценции, РБТЛ с ФГА по методике N.K. Zing с соавт. Для определения нормальных показателей клеточного и гуморального звена иммунитета обследована группа из 30 здоровых лиц в возрасте 15-29 лет, у которых были обнаружены следующие контрольные данные иммунограммы: IgA – 1,6±0,7 г/л, IgM – 1,8±1,1 г/л, IgG – 12,5±0,9 г/л, ЦИК1 – 23,0±3,4 УЕ, ЦИК2 – 46,0±1,2 УЕ, РБТЛ с ФГА – 27,2±1,3%, СД4 – 46,0±2,1%, СД8 – 23,0±1,6%. Выявлены следующие изменения иммунного гомеостаза: при всех гепатитах достоверно повышался уровень иммуноглобулина А (до 2,42±0,13 г/л при ГВ, до 2,42±0,1 г/л при микст-гепатите, и до 2,78±0,14 г/л при ГС). Также при всех гепатитах отмечено повышение уровня иммуноглобулина М, более выраженное при гепатитах В (4,05±025 г/л) и С (4,22±0,14 г/л); при гепатите В+С показатель иммуноглобулина М составил 2,99±0,25 г/л ($p<0,05$). Содержание иммуноглобулин G снижалось при гепатите В+С (11,37±0,6 г/л) и повышалось при ГВ (14,12±0,5% г/л) и ГС (15,32±0,6 г/л).

Обнаружено достоверное повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов, причем более выраженное изменение концентраций как ЦИК1, так и ЦИК2 отмечено при ГВ: ЦИК1 – 128,04±6,68 УЕ, ЦИК2 – 187,78±10,16 УЕ; при ГС эти данные соответствовали: ЦИК1- 85,83±5,3 УЕ, ЦИК2 – 141,57±9,29 УЕ; а при микст-гепатите (ГВ+С) – ЦИК1 – 75,75±8,2 УЕ, ЦИК2 – 156,5±18,9 УЕ.

Угнетение клеточного звена иммунитета выражалось достоверным снижением функциональной активности Т-лимфоцитов в реакции бласттрансформации с митогеном ФГА при гепатитах С (24±0,9%) и В+С (25,4±1,09%). Снижалось также содержание СД4+ лимфоцитов до 39,94±0,95% при ГВ, до 37,52±1,7% при ГС, до 41,4±4,06% при ГВ+С ($p<0,05$).Одновременно отмечалось достоверное повышение содержания цитотоксических лимфоцитов СД8+ при всех гепатитах, более выраженное при гепатите В (34,87±1,09%) и гепатите В+С (34±2,1%), при гепатите С показатель СД8+ составил 29,73±1,19%.

*Таким образом*

1. Иммунологический ответ острого периода парентеральных гепатитах у наркозависимых пациентов характеризуются изменениями как гуморального, так и клеточного звена иммунитета;

2. Развивающийся иммунный дисбаланс в остром периоде вирусных парентеральных гепатитов у наркозависимых пациентов имеет качественные и количественные различия и зависит от этиологии гепатитов;

3. Ответ гуморального звена иммунитета в остром периоде заболевания проявляется повышением иммуноглобулинов IgA (при всех гепатитах: B, C, B+C) и IgM (более выраженным при моногепатитах B и/или C), ранним нарастанием IgG при моногепатитах (B и/или C), а также развитием ЦИК-опосредованных реакций (более выраженных при гепатите B);

4. Угнетение клеточного звена иммунитета в остром периоде парентеральных гепатитов у наркозависимых пациентов проявляется снижением уровня СД4-лимфоцитов (более выраженное при гепатите C), угнетением их функциональной активности в РЬТЛ с ФГА (более выраженное при гепатите C и микст B+C), а также повышением содержания цитотоксических лимфоцитов СД8+ (более выраженное при гепатите B).

## КЛИНИКО-ФОРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ НАТУРАЛЬНОГО АМФЕТАМИНА (Catha Edulis)

М. Нузейли, В. Маринчев, Я. Хурейби

Госпиталь им. Революции,
г. Сана, Йеменская Республика

Привычка жевать листья ката (Catha Edulis) является характерной для жителей стран Восточной Африки и Юга Аравийского полуострова, включая Йемен. Сегодня несколько миллионов людей ежедневно используют кат, который обладает стимурирующими качествами, т.е. психостимулирующим и симпатомиметическим. Основная цель, ради которой жуют кат – получение удовольствия и повышение жизненного тонуса. В Йемене, как минимум, 60% мужчин и 35% женщин ежедневно жуют кат, что имеет глубокие культурные и социальные корни. За последние 20 лет достигнут значительный прогресс в понимании действия ката на организм.

Установлено, что в состав ката входят: Катин (псевдоэфедрин), катинон (алкалоид амфетаминового типа), аминокислоты, танин, флавиноиды, витамины, но именно катин и катинон являются главными иградиентами ката, оказывающие основное действие на организм.

Через 1,5-2 часа от начала употребления ката развивается эйфория, возбуждение, бессонница, которые сменяются через 3-4 часа депрессией и седацией, что указывает на фазность действия ката на организм.

Кат обладает токсическим действием на Ц.Н.С., но оно в 13 раз менее токсично, чем амфетамин, а летальность от катинона в 3 раза меньше чем от амфетамина. Длительное введение катинона заканчивается значительным уменьшением содержания допамина в хвостатом ядре, промежуточном и среднем мозге. Катинон имеет высокую липофильность и быстро попадает в Ц.Н.С. Возможные механизмы действия катина и катинона можно суммировать как следующие:

- стимуляция освобождения катехоламинов;
- пролонгирование действия катехоламинов;
- катинон обладает серотонинергическим действием и освобождает серотонин в дозозависимой манере.

Хроническое употребление ката у экспериментальных животных приводит к значительному снижению уровня допамина в Ц.Н.С.

Сердечно-сосудистый эффект ката выражается в виде тахикардии, иногда экстрасистолии, повышении артериального давления. В эксперименте на животных установлено, что кат имеет позитивный инотропный и хронотропный эффект на миокард. Повышение артериального давления может быть опасным у пациентов с сердечной патологией и заболеваниями головного мозга.

Кат стимулирует дыхательный центр, вызывает бронходилятацию, увеличивает потребление кислорода. Традиционно кат использовался как средство от кашля, особенно при бронхиальной астме.

После употребления ката развивается анорексия, тормозится перистальтика, задерживается опорожнение желудка. Задержка в эвакуации желудочного содержимого, запоры, сухость во рту объясняются симпатической стимуляцией, а также действием танина, входящего в состав ката.

Употребляющие кат отмечают развитие умеренной гипертермии, потливости.

Затрудненное мочеиспускание, нарушение равномерности мочеотделения – обычные жалобы среди жующих кат, что указывает на симпатомиметический эффект ката, который ведет к релаксации стенки мочевого пузыря, закрытию внутреннего мышечного кольца, снижению среднего и максимального мочеотделения.

Кат обладает токсическим действием на печень и почки, что было установлено не только в экспериментах на животных, но и нашли свое подтверждение в клинике. Было найдено значительное повышение уровня алкалин фосфатазы и аланин аминотрансферразы, прямого и непрямого билирубина, появление признаков гемолиза. Гистологическое исследова-

ние печени у жующих кат показало застой в центральных печеночных венах, признаки гепатоцеллюлярной дегенеративной и регенеративной активности, а в почках – жировые накопления, особенно в кортикальном слое, острый отек, острый тубулярный нефроз. В крови экспериментальных животных, которым несколько месяцев в корм добавляли кат обнаружено значительное снижение холестерола, глюкозы, альбумина, триглицеридов и значительное повышение концентрации мочевой кислоты.

Кормящие матери в Йемене часто жалуются на сниженную лактацию, что может быть связано с употреблением ката. В эксперименте было установлено, что при употреблении ката беременными животными происходит резкое снижение маточно-плацентарного кровотока и как следствие, замедление развития плода.

Известно местноанестезирующее действие ката, которое почти равно таковому у лидокаина, но механизм его остается неизвестным.

Действуя на психическое состояние людей подобно амфетамину, при длительном и регулярном потреблении высоких доз кат способен вызывать гипертревожность, чрезмерное расширение ассоциаций, гиперактивность, бессонницу, возбуждение и агрессивность.

Было установлено, что катинон быстро метаболизируется в печени и только около 2% появляется в моче в неизменном виде.

Содержащиеся в кате вещества, оказывают действие на все органы и системы организма, вызывая дисбаланс гомеостаза в целом.

Это важно знать при развитии критических состояний, выборе метода анестезии и препаратов для интенсивной терапии.

Данный краткий обзор сделан по научным материалам, опубликованным в Арабских странах, а также по результатам собственных исследований и практических наблюдений, проведенных в Йеменской Республике.

## АНЕСТЕЗИЯ И ОБЪЕМНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Т.Л. Нуриев, С.П. Парсков

Кафедра анестезиологии и реаниматологии, Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования,
ПНИЛ «Медленноволновые процессы гемодинамики»,
Южно-Уральский научный центр РАМН,
г. Челябинск

Применяемые в настоящее время рутинные неинвазивные методики оценки уровня общей анестезии (АД, ЧСС, пульсоксиметрия, почасовой диурез и т.д.) не дают представления о процессах регуляции гемодина-

мики. Они не дают возможности судить о состоянии регуляции кровообращения.

*Целью* нашего исследования было изучение влияния анестезии на объемную регуляцию.

*Материал и методы*. Группу обследуемых, составили 19 больных хирургического профиля. Проводилось плановое оперативное вмешательство в операционной эндоскопического отделения. Вводный наркоз проводился тиопенталом, сибазоном и фентанилом в общепринятых дозировках. Поддержание анестезии проводилось фторотаном и фентанилом.

Запись параметров гемодинамики проводилась во время оперативного вмешательства на фоне анестезии после введения объемного раствора – стабизола 6%, в количестве 500 мл. Контрольная группа представляла собой 85 пациентов травматологического отделения, которым перед проведением оперативного вмешательства под спинальной анестезией проводилась объемная нагрузка стабизолом 6% в дозе 500 мл. Параметры гемодинамики оценивались после объемной нагрузки. Для оценки основных параметров гемодинамики использовали метод проф. А.А. Астахова для комплексной оценки данных о перераспределении пульсации и флюктуаций основных параметров кровообращения, как абсолютные значения, так и спектральные характеристики параметров.

Помимо абсолютных значений показателей мощности диапазонов нами оценивались и процентное отношение мощности диапазона к общей мощности, а также ряд интегративных показателей, позволяющих оценить соотношение различных видов регуляции. Так $\alpha = (Р3/Р4)^{0,5}$ отражает степень симпатической активности к парасимпатической, вагусной, активности колебаний.

Коэффициент $\alpha_1 = (\alpha\ ЧСС + \alpha\ АД)^{0,5} / 2$ отражает соотношение мощностей колебаний для двух главных параметров АД и ЧСС.

Коэффициент $\beta = (Р2/Р3 + Р4)^{0,5}$ свидетельствует о соотношении колебаний, связанных с гуморальными процессами (Р2) в отношении к двум вегетативным регуляторам симпатической (Р3) и парасимпатической (Р4) вегетативной нервной системы.

Коэффициент $\beta_1 = (Р2АД/Р3 + Р4УО)^{0,5}$ отражает состояние гуморальных процессов по отношению к вегетативным нервным процессам разных параметров кровообращения. В данной формуле отражено соотношение активности конечных результатов баро- и объемной регуляции. В других формулах отношения участников процесса регуляции (пульсация крови в аорте, ФВ, пульсация крови в микрососудах пальца ноги). Наконец рассчитывался интегральный регуляторный показатель в виде отношения основных параметров кровообращения, связанных с барорегуляцией (АД, ЧСС, ПАЛ) и с объемной регуляцией (УО, ФВ, Аорта):

$$\beta_2 = (\text{Р2 АД} + \text{ЧСС} + \text{ПАЛ})/\text{Р3-4 УО} + \text{АО} + \text{ФВ})^{0,5}.$$

*Результаты исследования и обсуждение*. Анализ полученных данных показал: гемодинамика после инфузии стабизола во время общей анестезии закономерно характеризуется меньшим уровнем АД, низкой сократимостью миокарда. На этом фоне увеличивается амплитуды пульсации микрососудов, уменьшение дыхательной волны этих сосудов, снижение сократительной функции миокарда. В сравнении с параметрами гемодинамики пациентов вне наркоза, которым стабизол вводился для предупреждения гипотонии во время спинальной анестезии, примененные анестетики вызывают перераспределение пульсации, а именно – децентрализацию как артериальной, так и венозной составляющей мощности пульсации.

С позиции регуляции кровообращения отличаются как общие характеристики (увеличение дисперсии – S), так и уменьшение общей мощности всего спектра этих же параметров. Значение общей мощности колебаний почти всех параметров гемодинамики под влиянием общей анестезии увеличивается в различной степени. Исключение составило снижение мощности всего спектра АД. Это указывает на интенсификацию общей регуляции сосудистого звена при снижении уровня регуляции АД. Оказалось, что увеличение общей мощности спектра пульсации микрососудов во время наркоза происходит за счет всех 4 диапазонов частот, причем выраженные в абсолютных значениях, они увеличились в большей степени. Однако, при проведенном нормировании, т.е. вычислении процентного соотношения мощности диапазонов к общей мощности, достоверный прирост обнаружен только в диапазоне Р4, самой высокой частоты.

*Выводы*. Таким образом, можно утверждать, что общая анестезия с применением для вводного наркоза тиопентала, сибазона и фентанила и поддержанием фторотаном угнетает объемную регуляцию кровообращения, равно как и все виды центральной регуляции АД и УО, способствуя активации гуморально-метаболического звена. В то же время наркоз данными препаратами защищает и активизирует все виды автономной регуляции тонуса микрососудов, возможно при участии компенсаторных воздействий ЦНС и местных факторов. Не исключено что последнее зависит от характера применяемых анестетиков.

# СОСТОЯНИЕ БАРОРЕГУЛЯЦИИ ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИИ ПО ДАННЫМ МЕЗАТОНОВОГО ТЕСТА

Т.Л. Нуриев

Кафедра анестезиологии и реаниматологии, Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования,
ПНИЛ «Медленноволновые процессы гемодинамики»,
Южно-Уральский научный центр РАМН,
г. Челябинск

*Введение*. Барорегуляция является известным физиологическим феноменом, который отражает важный процесс регуляции в организме здорового человека. Имеются сведения о том, что при применении наркотических аналгетиков и анестезии этот рефлекс утрачивается. Мы предприняли исследование, которое могло бы выявить некоторые механизмы изменения барорегуляции под наркозом.

*Материал и методы*. Группу обследуемых составили 15 больных. Вводный наркоз проводился с использованием сибазона, кетамина, фентанила. Поддержание анестезии проводилось закисью азота, фторотаном и фентанилом. С целью вызова барорецепторного ответа струйно внутривенно вводился мезатон в дозе 0,02 мг/кг. Оценивалась гемодинамика до введения мезатона и на фоне, как абсолютные значения, так и спектральные характеристики параметров, которые включали в себя дисперсию, спектральную плотность мощности всего спектра (Р), середину частоты спектра и четыре мощности колебаний отдельных частей спектра, которые отражают колебательный процесс от самых медленных частот (0-0,025 Гц = Р1 и 0,025-0,07 Гц = Р2) до самых высоких (0-0,7 – 0,15 Гц = Р3 и 0,15 – 0,4 Гц = Р4). Параметры рассчитывали в виде абсолютных значений и в процентах от общей мощности всего спектра.

*Результаты*. Подъем давления сопровождался снижением ЧСС, снижением амплитуды пульсации крови в микрососудах пальца ноги (спазм сосудов), приростом амплитуды пульсации крови в аорте (повышение активности барорецепторов), ростом сократимости. При этом не было изменений УО, снизился МОК (за счет снижения ЧСС при неизменном УО). За счет снижения МОК снизилась доставка кровью кислорода ($ДО_2$). Спектральная плотность (Power) АД, ЧСС и УО была значительно более высокой, чем в исходном состоянии. Повысилась мощность диапазона гуморальной регуляции (Р2) и особенно в барорегуляторном диапазоне (Р3).

*Заключение*. Барорегуляция при анестезии с использованием вышеуказанных анестетиков сохраняет свою активность за счет ритма сердца, венозного притока и их регуляции, однако она имеет базовую основу в

виде медленных гуморальных колебаний. Можно думать, что анестезия, подавляя рефлексы, не препятствует компенсаторному вовлечению гуморальных регуляторов.

## КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПОДРОСТКОВ, ПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПОВЫШЕННОЕ КОЛИЧЕСТВО ПОВАРЕННОЙ СОЛИ.

Р.Ш. Ожева, Р.П. Савченко

Медицинский институт Майкопского государственного технологического университета, г. Майкоп

Артериальная гипертония (АГ) является одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы, конкретная причина которой пока не выявлена. [5] В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что истоки АГ лежат в детском и подростковом возрасте. [6] Большое значение в возникновении первичной АГ придают наследственной предрасположенности (ее относят к мультифакториальным заболеваниям с полигенным наследованием). [1] Для диагностики особенно важно наличие гипертонической болезни у родителей (главным образом, у матери). В реализации болезни не менее значимы и неблагоприятные средовые влияния: конфликтные и стрессовые ситуации в семье, алкоголизм, активное и пассивное курение, гиподинамия. Определенное значение имеют личностные особенности (повышенная тревожность, сниженная толерантность к окружающим воздействиям). Повышенная масса тела представляет собой фактор риска. Выявлены коррелятивные связи между АГ и атмосферным давлением, температурой воздуха, относительной влажностью. В сфере интересов профилактической и клинической кардиологии давно находятся проблемы избыточного потребления поваренной соли как фактор риска артериальной гипертонии. [2, 3]

Для нас представляет определенный интерес потребляемость подростками ПС и состояние их вкусовой чувствительности к соли.

*Материалы и методы*

Обследовано 150 подростков с синдромом АГ. У обследованных в большинстве случаев синдром АГ представлен НЦД по гипертоническому типу.

Средний возраст (15±2,6). Из них юношей 60, девушек – 90 человек. Помимо общеклинического обследования, у них изучалась вкусовая чувствительность к ПС по модифицированной методике K.Henkin.

Для тестирования применяли набор из 12 разведений хлорида натрия в дистиллированной воде в концентрациях от 0,0025 до 5,12%.

Раствор (1 капля) последовательного наносился на переднюю треть языка. За порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) применяли наименьшую концентрацию, при которой обследованный ощутил вкус ПС.

Все обследованные были разделены в зависимости от ПВЧПС: с низким ПВЧПС (чувствуют менее 0,16% раствора CI Na – 10 человек), средним (0,16% – 20) и высоким (более 0,16 – 100 человек).

В целом указанные группы не различались по возрасту, половому составу и массе тела.

Контрольную группу составили 51 (30 девушек и 21 юношей) практически здоровых человек.

*Результаты исследования*

В ходе исследования было установлено, что у лиц контрольной группы средний ПВЧПС составил 0,20±0,03% раствора Na CI, в то время как у подростков с АГ – 0,35±0,02%.

При этом средний ПВЧПС у здоровых юношей и девушек не различался и составил соответственно 0,17±0,02 и 0,22±0,04% раствора Na CI.

У юношей с АГ средний ПВЧПС (0,35±0,05% раствора CI Na) был таким же, как у девушек.

В таблице 1 представлены данные о частоте различных ПВЧПС у здоровых лиц и больных АГ.

Таблица 1

| ПВЧПС | Контрольная группа (n=51) | | p | Подростки с НЦД эпо гипер. типу (n=150) | | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | абс | % | | абс | % | |
| Низкий (ниже 0,16%) | 21 | 37,8 | | 10 | 7,7 | |
| Средний (0,16%) | 20 | 39,2 | | 20 | 23 | |
| Высокий (выше 0,16%) | 10 | 23 | | 110 | 69,3 | |

Как видно из приведенных в таблице 1 данных у здоровых подростков наиболее часто средний и низкий 77%, реже высокий 23% ПВЧПС.

Напротив, у большинства подростков с АГ выявляется высокий (69,3%), у остальных – средний и низкий 30,7% ПВЧПС.

Таким образом, у подростков с АГ в среднем ПВЧПС не только выше, чем у здоровых лиц, но и у первых высокий ПВЧПС встречался значительно чаще, чем считается, что для АГ характерны жалобы сердечно-сосудистого и невротического характера. Однако оказалось, что на головные боли жаловались 10% больных с низким ПВЧПС и 50% – с высоким. Последних, чаще беспокоили боли в области сердца, колющего, ноющего

характера. Помимо этого, у больных с высоким ПВЧПС в 2 раза чаще отмечались нарушения сна в виде трудности засыпания.

При изучении наследственности у подростков с АГ было выявлено, что у лиц с высоким ПВЧПС чаще, чем при низком пороге, встречались указания на повышенное АД у близких родственников.

При анализе возраста, в котором впервые была зарегистрирована АГ, было установлено, что лица 2-й группы в этом отношении были в среднем на 2 года моложе, чем 1-й группы.

Таким образом, у подростков с НЦД по гипертоническому типу по сравнению с лицами из контрольной группы чаще встречаются жалобы сердечно-сосудистого и невротического характера, у них существенно чаще выявляется отягощенная наследственность. Заболевание развивается на 2 года раньше.

*Обсуждение*

Полученные данные свидетельствуют, что ПВЧПС является достаточно простым и надежным тестом, с помощью которого можно косвенно судить о количестве ПС, потребляемой подростками с АГ.

Поскольку для определения ПВЧПС по методике R.J. Henkin [4] необходимо относительно мало времени (7-10 минут), этот тест наряду с данными опроса может быть использован для объективного суждения о потреблении пациентом ПС.

Больные этой группы чаще имеют отягощенную наследственность, АГ развивается у них на 2 года раньше.

Обращает на себя внимание тот факт, что больные как с высоким, так и с низким ПВЧПС в целом потребляют ПС в количестве, значительно превышающем рекомендуемые нормы.

Не исключено, что значительное ограничение потребления ПС в первую очередь именно этим контингентом являются важнейшим мероприятием, изменяющим течение заболевания и улучающим прогноз.

*Литература*

1. Allen F. M., Sherill J. W // J. Met. Rek. – 1992. – Vol. 2 – P. 429-545.
2. Ambard L., Beayard E. // Arch. gen. Med. – 1904. – Vol.1 – P. 520-534.
3. Фатула М.И. // Гиг. и сан. – 1977. – №2. – С.7-11.
4. Henkin R.J., Gill L.P., Bartter F.C. // J. Clin Invest – 1963; 42: 727-735.
5. Константинов Е. Н., Некрасова А.А., Гундаров И. и др. Определение порогов вкусовой чувствительности к поваренной соли в популяционном исследовании. // Бюл ВКНЦ СССР – 1983;3:30 -35 с.
6. Медведев В.П., Куликов А.М., Актуальные вопросы артериальной гипертензии в пубертатном периоде – Л., 1993. – 67 с.

# ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

М.А. Орлов, В.П. Колчина, Е.И. Минеева, Н.В. Никифорова, М.М. Орлов

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия», г. Астрахань

Артериальная гипертензия (АГ) является заболеванием, при котором имеют место совокупные нарушения функционирования различных органов и систем. В этой связи характер реабилитационных мероприятий определяется как особенностями течения АГ, так и наличием у больных сопутствующей патологии. Поиск способов эффективного влияния на показатели артериального давления (АД) активно развивается. Наиболее благоприятные возможности для реабилитации больных АГ создаются при использования лечебных методов, которые в комплексе с фармакотерапией обеспечивают дополнительное снижение АД до безопасных уровней. Оптимальная коррекция АГ также является обязательным условием для подготовки пациента к другим лечебным процедурам комплексной реабилитации (гимнастика, массаж, рефлексотерапия, плавание и др.). Следует отметить, что современная реабилитация больных АГ, основанная на рациональном сочетании и координации применения терапевтических мероприятий, создает условия для улучшения качества жизни больных и прогноза основного и сопутствующих заболеваний.

*Целью исследования* явилось оценить клиническую эффективность применения фармакопунктуры в реабилитации больных АГ с сопутствующей вертеброгенной патологией.

Получили восстановительное лечение 62 больных работоспособного (46,4±7,6 лет) возраста с АГ 1 степени. Лечебный комплекс для 32 больных (1 группа) включал ежедневные психотерапевтические беседы, адаптированную к физическим возможностям пациента лечебную гимнастику, массаж (каточковый, шиацу, классический), музыко- и рефлексотерапию, свето-и цветотерапию (система Bioptron). Для 30 больных (2 группа) указанную выше программу реабилитации дополняла фармакопунктура с использованием гомеопатических препаратов Дискус композитум и Цель Т в дозах 2,2 мл с воздействием на сегментарные акупунктурные точки шейного и грудного отделов позвоночника. В процессе курсового лечения контролировали состояние системы «САН» (самочувствие, активность, настроение), проводили мониторинг АД, подсчет пульса и частоты дыхательных движений. Заключение о функциональных резервах сердечно-сосудистой системы выносилось по результатам ритмографии, выполненной на программном модульном комплексе «РИТМ-МЭТ». Динамику не-

специфических адаптационных реакций организма традиционно оценивали по методике Л.Х. Гаркави. Длительность лечения в группах нашего наблюдения составила 2 недели.

Результаты курсового восстановительного лечения пациентов 1 группы выразились в снижении систолического АД на 18,6±4,4 мм.рт.ст. Клинический эффект применения фармакопунктуры у больных 2 группы варьировал от исходных показателей АД, длительности АГ, влияния предшествующей фармакотерапии, общего уровня физического здоровья и выраженности дистрофических изменений позвоночника. Вместе с тем, стабилизация уровней систолического и диастолического АД в этой группе больных отмечалась уже к 8 дню проводимого лечения, а по окончании реабилитации у 23 пациентов АГ отсутствовала, так как колебания АД составляли 120/80-130/80 мм.рт.ст. Следует отметить некоторые особенности наступления эффектов гомеопатических препаратов. Через 5-10 минут после фармакопунктуры Дискус композитум систолическое АД снижалось на 13,8±3,6 мм.рт.ст., появлялось приятное успокоение, исчезало чувство давления в глазных яблоках. Сочетание этой лечебной процедуры с препаратом Цель Т приводило к существенному уменьшению головной боли и болевых проявлений вертеброгенной цервикодорсалгии.

По окончании курса реабилитации все больные отмечали улучшение самочувствия и позитивные сдвиги в психоэмоциональном статусе. В динамике лечения не выявлялись случаи неблагоприятных адаптационных реакций. Положительный эффект применения комплексной программы реабилитации также выразился в увеличении двигательной активности у всех без исключения пациентов.

*Выводы*. Полученные результаты позволяют считать фармакопунктуру с использованием препарата Дискус композитум и Цель Т новым подходом к реабилитации больных ГБ с сопутствующей вертеброгенной патологией.

## ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ СУБСТАНЦИИ Р И ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С КРАПИВНИЦЕЙ

Е.А. Орлова, Б.А. Молотилов

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и федеральному развитию», г. Пенза

Открытие существования взаимовязи иммунологического и нейрогенных звеньев воспалительной реакции при аллергических заболеваниях рассматривается как одно из наиболее значительных

достижений в области клинической аллергологии за последние годы. По данным литературы, сложный патогенез крапивницы, не ограничивается только воспалением развившемся в результате аллергических реакций, но и включает в себя механизмы нейрогенного воспаления, с участием нейропептидов. В настоящее время известно, что при псевдоаллергической крапивнице происходит выброс из нервных окончаний кожи различных нейропептидов (субстанции Р, нейрокининов А и В, брадикинина, пептида ассоциированного с геном кальциотонина) Субстанция Р – основной медиатор нейрогенного воспаления в коже. Ряд работ свидетельствует, что в реализации эффектов нейропептидов важное значение имеет уровень синтеза провоспалительных цитокинов. Известно, что субстанция Р стимулирует синтез провоспалительных цитокинов 4, 6, 13, усиливая тем самым первоначальное воспаление. ИЛ 12 индуцирует выработку у-ИФН. Между субстанцией Р и у-ИФН существуют антагонистические отношения. Таким образом, представляет интерес изучение взаимосвязи нейрогенного и иммунного воспаления в коже у больных с крапивницей.

*Целью исследования* является изучение уровня субстанции Р, цитокинов 1, 4, 6 и 12 в сыворотке крови у больных с крапивницей и разработка новых методов лечения с учетом нейрогенного воспаления.

Проведено комплексное обследование и лечение 72 больных с различными формами крапивницы на базе аллергологического отделения 4 ГКБ г. Пензы. Определение уровня субстации Р, цитокинов в сыворотке крови проводилось методом ИФА. .В период обострения уровень субстанции Р в плазме крови увеличивался до 11,6±5,6 нг/мл у больных с хронической псевдоаллергической крапивницей. Наиболее высокие значения уровня субстанции Р отмечались при непрерывно-рецидивирующем течении заболевания. В период ремиссии уровень субстанции Р снижался. ИЛ 1 – ключевой медиатор воспаления. Уровень ИЛ 1 у больных составил 94,3±10,5 пг/мл. Уровень ИЛ 12 составил 11,3±2,5 пг/мл. Уровень ИЛ 6 повышен до 23,6±4,6 нг/мл у больных с инфекционно-аллергической крапивницей. Уровень ИЛ 4 значительно повышен у больных с высокими значениями субстанции Р и составил 346±67,9 пг/мл, что можно рассматривать как порочный круг, в результате которого усиливается и распространяется первоначальное воспаление. С высвобождением этого нейропептида связаны стойкие воспалительные изменения в коже. Вероятно, что дисфункция в системе этого нейропептида может возникнуть вторично вследствии воспалительных изменений в коже, так как тучные клетки (мастоциты), эозинофилы могут выбрасывать различные пептидазы, которые обладают способностью разрушать этот нейропептид. Усиленная его деградация формирует

гиперреактивность кожи больных крапивницей. Можно предположить, что при тяжелых, хронических формах заболевания субстанция Р индуцирует секрецию цитокинов Т клетками, тем самым модулируя функцию иммунокомпетентных клеток. Цитокины активируют отдельные клеточные и биохимические механизмы. Обьяснение медиаторных механизмов влияния субстанции Р, активирующей лейкоциты является решающим в понимании кожно-воспалительного каскада у больных с крапивницей. В настоящий момент ведется изучение клинической эффективности антагонистов субстанции Р.

## РЕГУЛЯЦИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАРОПИНА

С.П. Парсков, А.А. Астахов

Городская клиническая больница № 3,
Кафедра анестезиологии и реаниматологии, Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования,
ПНИЛ «Медленноволновые процессы гемодинамики»,
Южно-Уральский научный центр РАМН,
г. Челябинск

*Цель работы*: провести анализ изменений гемодинамических показателей и изменения в регуляторных системах организма при помощи глубокого неинвазивного мониторинга «КЕНТАВР» (автор проф. А.А. Астахов) с использованием разных анестетиков (лидокаин и наропин), а также использование разной концентрации препарата.

*Материал и метод исследования*. Для анализа представлены 3 группы:

1 гр. – наропин 0,2% р-р, **возраст** от 70 до 90 лет; 14 пациентов.

2 гр. – наропин 1% и 0,75% р-р, **возраст** до 50лет; 14 пациентов.

3 гр. – лидокаин 2% р-р в разведении из расчета 0,7мг/кг массы больного, **возраст** от 65 до 87 лет; 14 пациентов.

Исключались пациенты с сердечной недостаточностью 2б – и более степени.

Гемодинамика регистрировалась на 6 этапах: исходно, после объемной нагрузки стандартной (400 мл изотонического р-ра хлорида натрия и 500 мл 6% р-ра ГЭК), через 5-20 мин после введения анестетика, через 15-20 мин после разреза, после основного этапа операции и на ушивание раны. Техника исполнения СМА или катетеризация эпидурального пространства стандартная.

*Результаты исследования*. Судя по абсолютным значениям, имеет место прирост на втором этапе УО за счет предварительно перелитых растворов. Начиная с третьего этапа, имеет место выраженная вазоплегия периферических сосудов под влиянием анестетика. При этом немного снижается АД, реже становится ритм. Хотя благодаря адекватной инфузии сохраняется и даже повышается на одном этапе УО. Все это дает нам возможность говорить о выраженной десимпатизации с компенсацией объемными растворами. После объемной нагрузки прирастает напряжение самой медленноволновой регуляции УО, подтверждая важную роль тканевых метаболических процессов. Снижение колебаний сократимости сердца говорит об экономной его работе. Наоборот, периферическая сосудистая система (ниже блока) имеет низкие величины колебаний метаболической регуляции после анестезии и даже в конце операции. Это может указывать на то, что симпатическая система играет важную роль в активации метаболического регулирования. Подтверждает этот факт раннее влияние симпатических медиаторов на тонус межсосудистого геля. Резкое повышение колебаний АД указывает на напряженность его регуляции за счет метаболических процессов. Возможно, в этом проявляются известные мембранные процессы по теории Постнова. Не исключено и благоприятное влияние объемной нагрузки до анестезии и во время операции, которая снизила самые медленные волны регуляции при введении наропина. Наропин не привел к выраженному приросту медленных волн, как это делает общая анестезия. Резко выраженная колебательная активность микрососудов подтверждает наличие выраженной десимпатизации сосудов. В то же время прирост амплитуды колебаний УО говорит об общей тенденции напряжения объемной регуляции при применении наропина. Благодаря этому мало меняются АД и ФВ. В ответ на введение растворов без наропина становится напряженной регуляция ритма сердца. Интерес представляют данные, указывающие на то, что микрососудам присуща симпатическая (барорегуляторная) активность, как после объемной нагрузки, так и на этапах уменьшения симпатического блока.

При использовании более низкого процентного раствора наропина мы не выявили достоверных изменений в основных показателях гемодинамики. Кроме того, по данным опроса больных появление болей наблюдалось через 1,5-2 часа блокады. Хирурги отмечали слабо выраженный моторный блок во время операции (сокращение мышц на повреждение и коагуляцию).

При использовании лидокаина изменения гемодинамики на первом и втором этапах совпадают с изменениями, характерными для всех местных анестетиков – увеличение УО от объемной нагрузки и быстрый вазоплегический эффект через 6-8 мин после интратекального введения лидокаи-

на и в зависимости от температуры последнего. Учитывая выраженный симпатический блок, его быстрое развитие, на третьем этапе регистрируется выраженное снижение АД, которое нивелируется увеличением объемной нагрузки, что регистрируется на четвертом этапе, но кровопотеря на основных этанах оперативного пособия приводит к критическому снижению АД, уменьшению УО, что приводит к необходимости подключения медикаментозной инотропной поддержки. Чем выше возраст пациента, тем необходимость в инотропной поддержке выше.

*Выводы*

1. Наропин на фоне объемной нагрузки не выключает важных рычагов объемной и барорегуляции;
2. Действие наропина на регуляцию кровообращения сбалансировано;
3. Препарат менее токсичен, а значит и дозы могут быть более высокими;
4. Наропин является препаратом выбора при спинальной анестезии;
5. Наропин является более предпочтительным препаратом у пожилых пациентов.

## СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ

И.Г. Пащенко, Н.Н. Пащенко, Т.С. Лобанова, О.Н. Арапова

Ульяновский государственный университет,
г. Ульяновск

Актуальность вопроса обусловлена широким распространением ИБС и бронхообструктивных заболеваний, нередким их сочетанием, трудностью подбора лекарств для медикаментозной их коррекции.

Исследования проведены у 36 больных в возрасте от 40 до 70 лет, несколько преобладающим был женский пол. Из числа исследованных больных у 20 основным заболеванием была ИБС (у 4 постинфарктный кардиосклероз, у 16 стенокардия напряжения II и III ф.к.). Конкурентными заболеваниями у них были хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и бронхиальная астма (БА) различного генеза и степени тяжести.

У 16 больных основными диагнозами были ХОБЛ (12 больных) и БА (4 больных). Конкурентным заболеванием была ИБС (постинфарктный кардиосклероз у 3 больных, стенокардия напряжения II и III ф.к. у 13 больных).

Диагноз заболеваний у исследованных больных считался достоверным т.к. он подтверждался результатами комплексного обследования.

Из исследований исключались больные с признаками хронической сердечной недостаточности и заболеваниями других внутренних органов.

Всем больным, кроме снятия ЭКГ в 12 отведениях, проводилось исследование функции внешнего дыхания (ФВД) на аппарате «Валента», а также эходоплерокардиография (ЭхоДХГ) на аппарате Aloca-SSD-5000. Анализ результатов проведения ЭхоДКГ проводился по 20 показателям, отражающим структурно-функциональное состояние левого и правого отделов сердца.

Исследования проводились на фоне традиционного комплексного лечения с учетом конкурентных заболеваний. Результаты исследований ФВД у тематических больных свидетельствовали о том, что у них были признаки смешанной обструктивно-рестриктивной дыхательной недостаточности умеренно выраженной степени.

Анализ результатов проведенных исследований показал, что у больных с кардиопульмональной микстпатологией отмечалось существенное увеличение левого предсердия (37,8±2,6 мм.; в норме 31,5±1,7 мм., $p<0,05$).

Такие показатели как, конечный систолический размер левого желудочка (КСРЛЖ) и конечный диастолический размер левого желудочка (КДРЛЖ) умеренно увеличились ($p<0,05$), конечный систолический объем левого желудочка (КСОЛЖ) уменьшился до 42,7±1,5 мм. в норме 52,4±21 мм. ($p<0,001$), а конечный диастолический объем левого желудочка (КДОЛЖ), наоборот, увеличился до 124,3±5,2 мм., в норме 108,4±5,9 мм. ($p<0,001$).

Из исследуемых показателей ЭхоДКГ обращал на себя внимание индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), который у мужчин и женщин существенно увеличился (соответственно на 20% и 18%). Фракция выброса (ФВ) была в пределах нормальных значений и составила 64,6±0,11%.

Таким образом, показатели, характеризующие структуру и функцию левого желудочка свидетельствуют о достаточно заметных в нем нарушениях, причиной которых являются морфологические изменения вследствие ИБС.

Анализ показателей ЭхоДКГ позволил также выявить существенные изменения со стороны правого сердца. В частности, у исследуемых больных значительно увеличился размер правого желудочка в диастолу (29,2±0,03 мм., в норме 19,2±2,3 ($p<0,001$), на 15% по сравнению с контролем увеличился размер правого предсердия, диаметры ствола легочной артерии и ее ветвей увеличились на 25%, что указывает на наличие легочной гипертензии. Среднее давление в легочной артерии было повышенным до 19,6±0,1 мм.рт.ст., у здоровых лиц 11,8±0,9 мм.рт.ст. ($p<0,001$).

Максимальная скорость раннего наполнения (Етк) и максимальная скорость позднего наполнения (Атк) характеризуют состояние диастолической функции правого желудочка. Результаты исследований показали, что максимальная скорость раннего наполнения составила 0,520±0,003 м.с. (в норме 0,450±0,004 м.с.), т.е. увеличилась только на 11%. Максимальная скорость позднего наполнения составила 0,540±0,002 м.с., в норме 0,30±0,003 м.с. т.е. увеличилась на 80%. Отношение Е/А составило 1,04, в норме 1,3. Исходя из полученных данных имеются достаточные основания говорить о наличии у исследованных больных умеренно выраженной диастолической дисфункции миокарда правого желудочка.

Таким образом, как видно из выше приведенных результатов исследований, у больных с сочетанной кардиопульмональной микстпатологией отмечались структурно-функциональные изменения левых и правых отделов сердца. В этой связи, следует подчеркнуть, что у больных с основным легочным диагнозом превалировали изменения со стороны правого предсердия и правого желудочка. У больных с основным кардиологическим диагнозом, наоборот, превалировали изменения со стороны левых отделов сердца. Однако в условиях микстпатологии у исследованных больных нельзя исключить суммирования негативных влияний на сердце и проявлений отрицательной синтропии.

## ЛИМФОЦИТЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ КАК ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ИЗУЧЕНИЯ АНТИАНДРОГЕННОЙ АКТИВНОСТИ ДРОСПИРЕНОНА

Н.Ю. Попова, А.С. Духанин, Н.Л. Шимановский

ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и федеральному развитию», г. Пенза

При повышении продукции андрогенов или изменении их баланса в сторону активных фракций у женщин наблюдаются признаки дефеминизации и даже маскулинизации. Нередко стертые формы гиперандрогении играют важную роль в генезе бесплодия, ановуляции, невынашивания беременности у женщин. Следует учитывать, что при тех или иных патологических состояниях, приводящих к андрогенизации, не только обнаруживаются количественные сдвиги в синтезе гормонов, но и меняется качественный характер с преобладанием тех или иных метаболитов, обладающих различными свойствами. Кроме этого, физиологические реакции на избыток андрогенов отличаются у разных индивидуумов и зависят от многих факторов.

Для устранения симптомов андрогенизации применяются препараты, получившие название антиандрогенов благодаря их способности ограничивать синтез активных андрогенов и/или их эффект в органах-«мишенях».

К представителям нового поколения гестагенов, обладающих антиандрогенной активностью, относится препарат дроспиренон. Механизм действия дроспиренона объясняется прежде всего его способностью замещать рецепторы андрогенов (РА) и повышать концентрацию глобулина, связывающего половые стероиды (ГСПС), что приводит к снижению содержания тестотерона крови (Gher, 2004).

За последние 5-7 лет появились серии публикаций, описывающих быстрые экстрагеномные мембранотропные эффекты стероидов (Mendoza, 2003; Michel, 2001; Rana, 2002). К ним можно отнести влияние прогестерона и тестостерона на уровень кальция, активность тирозинкиназы, фосфолипазы С в гаметах, негеномный эффект альдостерона на трансмембранный транспорт натрия в эпителиальных клетках почечных канальцев, ранние эффекты витамина Д3 на уровень кальция и цАМФ в клетках костной ткани. Получены также сведения об участии мембранных рецепторов эстрогенов и гестагенов в регуляции активности мембраносвязанных ферментов аденилатциклазы, протеинкиназы С, 5'-нуклеотидазы в норме и при опухолевом росте.

*Целью* данной работы явилось изучение влияния дроспиренона на тестостерон-индуцированные изменения внутриклеточного уровня кальция в лимфоцитах периферической крови человека.

Лимфоциты выделяли из донорской крови в градиенте изопак-фиколл (3 мл) и переводили в HEPES-буфер следующего состава (мМ): 145 NaCl, 5 KCl, 1 Na2HPO4, 1 CaCl2, 0.5 $MgSO_4$, 5 глюкоза, 10 NaHEPES, pH 7.4 при 37°С. Внутриклеточный уровень свободных ионов кальция определяли с помощью флуоресцентного индикатора Fura-2/AM по описанной ранее методике (Духанин, 2003). Для статистической обработки был использован метод Стьюдента.

Внутриклеточный уровень ионов кальция ($[Ca^{2+}]_{цит}$) в покоящихся клетках не превышал значения 110 нМ (98±12 нМ). Внесение в суспензию клеток 1 мкМ тестостерона (Т) вызывало увеличение внутриклеточной концентрации кальция до 189±12 нМ (n=6). Эффект развивался быстро – в течение нескольких секунд. Для того чтобы определить, откуда ионы кальция поступают в цитоплазму клеток при действии Т, были проведены эксперименты в бескальциевой среде. $Ca^{2+}$ в инкубационной среде связывали ЭГТА (конечная концентрация 1 мкМ), что приводило к резкому снижению базального уровня флуоресценции. Т (1 мкМ) на фоне ЭГТА вызывал увеличение внутриклеточной концентрации ионов кальция при-

мерно на 55±12 нМ ($p<0,05$), что примерно в два раза меньше реакции, наблюдаемой в инкубационной среде с нормальным содержанием ионов кальция. Данный факт, а также характерная кинетика Са-ответа на Т в среде без $Ca^{2+}$ позволяют заключить, что тестостерон индуцирует вход ионов кальция из внеклеточной среды через Са-каналы цитоплазматической мембраны. Добавление Т (1 мкМ) на фоне действия дроспиренона (3 мкМ) приводило к росту $[Ca^{2+}]_{цит}$ на 52±13 нМ ($p<0,02$) от базального уровня, что соответствует значениям стимулированного уровня $Ca^{2+}$ в бескальциевой среде. Эффект дроспиренона характеризуется наличием дозовой зависимости в изученном диапазоне концентраций (0,1-10 мкМ). Полученные результаты свидетельствуют о том, что в терапевтической области концентраций дроспиренон блокирует Са-каналы плазматических мембран и препятствует индуцированному тестостероном входу $Ca^{2+}$ извне в клетки.

*Выводы*

1. Помимо классического рецептор-опосредованного геномного пути андрогены оказывают прямые эффекты на клетки-мишени, осуществляемые системой вторичных мессенджеров и изменением ионной проницаемости мембран.

2. Лимфоциты человека могут быть использованы в качестве экспериментальной тест-системы для скрининга и изучения молекулярных механизмов действия новых соединений, обладающих антиандрогенной активностью.

## НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПОСЛЕРОДОВЫХ ДЕПРЕССИЙ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

А.А. Прибытков, Р.Н. Лемясова

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
Пензенская областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова,
г. Пенза

Актуальность изучения депрессивных расстройств послеродового периода обусловлена их распространенностью в акушерской практике. Депрессии невротического уровня наблюдаются у родильниц с частотой 10-15% (В.Я. Гиндикин, 2000; Т.Т. Сорокина, 2003; M.W. O'Hara, 1996). В настоящее время не существует единства взглядов на вопрос нозологической принадлежности послеродовых депрессий, противоречивы данные литературы данные о роли различных факторов в генезе депрессивных расстройств послеродового периода.

С *целью* изучения нозологической принадлежности и клинических особенностей депрессивных расстройств невротического уровня в послеродовом периоде нами обследовано 882 родильницы. Депрессивные расстройства выявлены у 104 женщин (11,8% наблюдений). В контрольную группу включены 64 родильницы без признаков депрессии. В исследовании применялись клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, генеалогический и общеклинический методы.

Депрессивные расстройства в послеродовом периоде по их структуре разделены на три нозологических группы: психогенные, соматогенные и эндогенные депрессии.

Наиболее часто в послеродовом периоде наблюдались психогенные депрессии – у 74 больных (71,1%). У всех родильниц этой группы перед развитием депрессивных расстройств имели место психические травмы, так или иначе связанные с генеративным процессом. По синдромальной характеристике среди психогенных депрессий преобладали тревожно-депрессивные (60,8%) и истеро-депрессивные (25,7%) расстройства. При тревожно-депрессивном типе расстройств ведущей в клинической картине была анксиозная симптоматика на фоне болезненно сниженного настроения. Структура депрессивных переживаний зависела от характера психотравмирующей ситуации. В большинстве случаев основной темой депрессивных мыслей были переживания по поводу исхода послеродового периода, наличия болезни новорожденного, реже доминировала тема внутрисемейных конфликтов, развода с супругом. Тревожные расстройства у родильниц характеризовались чувством неопределенной смутной опасности, ожиданием надвигающихся неприятных событий. В тревожных переживаниях больных отражалась психотравмирующая ситуация, послужившая причиной возникновения аффективных расстройств (страх перед родами, болезнь новорожденного, семейные конфликты и т.д.). Истеро-депрессивные расстройства выявлены лишь при психогенных послеродовых депрессиях. Это позволяет сделать вывод о нозологической предпочтительности данного феноменологического типа депрессивных расстройств. Истеро-депрессивные расстройства при психогенных послеродовых депрессиях характеризовались наличием подавленного настроения, субъективного чувства «угнетенности, безрадостности». Сниженное настроение сочеталось с демонстративностью в поведении и высказываниях, преувеличением тяжести имеющихся расстройств. Для больных с истеро-депрессивными расстройствами типичной была малая глубина депрессии, лабильность аффективных нарушений, их зависимость от внешних факторов. Характерными оказались конверсионные включения в виде ощущения «комка в горле», «слабости в ногах» и т.п.

Соматогенные депрессии выявлены у 24 родильниц (23,1%). У всех больных имела место выраженная соматическая патология, связанная с генеративными процессами (гестозы 2 половины беременности, послеродовый эндометрит, анемия, кесарево сечение). Типичным для соматогенных депрессий оказался астено-депрессивный тип расстройств. У родильниц отмечалось безрадостное настроение с чувством бесперспективности, подавленность, пессимистическая оценка себя и окружающего. Наряду со сниженным настроением больных беспокоила «постоянная слабость», усиливающаяся даже от незначительных физических нагрузок. Родильницы жаловались на «отсутствие сил», затруднения при выполнении обычных повседневных дел, при уходе за ребенком. Имело место снижение физической активности, больные стремились больше времени проводить в постели, избегали любых физических усилий. В трети наблюдений астенические расстройства сопровождались явлениями психической гиперестезии. Типичными так же были симптомы раздражительной слабости в виде кратковременных реакций недовольства, раздражительности по самым незначительным поводам. Такие аффективные реакции отличались непродолжительностью, сменялись чувством «опустошенности», слезами. Тревожные расстройства при соматогенных депрессиях имели место в 33,3% случаев; они носили ипохондрическое содержание: беспокойство за состояние своего здоровья, за исход заболевания, осложнившего послеродовый период. Выявлена зависимость между тяжестью соматической патологии и выраженностью депрессии в виде углубления депрессии при ухудшении соматического состояния, а также редукции психопатологических расстройств в процессе излечения основного заболевания.

Эндогенные (обусловленные наследственной предрасположенностью) депрессивные расстройства невротического уровня в послеродовом периоде наблюдались сравнительно редко – у 6 больных (5,8%). У всех родильниц с эндогенными депрессиями в послеродовом периоде отмечен меланхолический тип депрессии с относительно равномерной выраженностью депрессивной триады. Наблюдалась идеаторная заторможенность: замедленность речи, увеличение времени выполнения интеллектуальных операций, трудности «при попытках сконцентрироваться, собраться с мыслями», «ощущение пустоты в голове». Имели место снижение побуждений к деятельности, аспонтанность. У всех женщин отмечены моторная заторможенность, снижение двигательной активности, затруднения в выполнении повседневных дел, замедленность жестикуляции. Больные не могли указать конкретной темы депрессивных переживаний и лишь констатировали факт «плохого настроения, безысходности, отсутствия чувства радости». Тоска сопровождалась тягостными неприятными ощущениями в виде «сдавления» за грудиной и в эпигастральной области. Имели место харак-

терные суточные колебания аффекта с ухудшением состояния в утренние часы и некоторым послаблением депрессивной симптоматики вечером.

Таким образом, послеродовые депрессивные расстройства невротического уровня являются неоднородной группой с точки зрения нозологической принадлежности. По нозологическому признаку послеродовые депрессии можно разделить на психогенные (71,1%), соматогенные (23,1%) и эндогенные (5,8%). Каждая из указанных групп имеет определенную клиническую картину, что позволяет осуществлять дифференцированный подход к диагностике, лечению и реабилитации больных с различными нозологическими формами послеродовых депрессий.

## КАРДИОТОКСИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ КОАКСИЛОМ

И.В. Пугачева, Г.В. Пугачев

Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина,
г. Пенза

К медицинским препаратам, обладающим кардиотоксическим действием, наряду с сердечными гликозидами, антагонистами кальция, бета-адреноблокаторами, но-шпой, относяться и трициклические антидепрессанты (ТАД).

Кардиотоксическое действие ТАД, которое выражается появлением нарушения ритма и проводимости сердца, сочетается с поражением ЦНС, которое может проявляться различной степенью угнетения сознания, интоксикационным психозом, судорожным синдромом.

Один из новых препаратов из группы ТАД – коаксил (тианептин), механизм действия которого связывают с повышением обратного нейронального захвата серотонина нейронами коры головного мозга и гиппокампа. По характеру действия на нарушения настроения коаксил занимает промежуточное положение между седативными и стимулирующими антидепрессантами.

За период с 2003 по 2005 год в отделение токсикологии поступило 2 пациента с отравлением коаксилом. В обоих случаях препарат принимался в большой дозе с суицидальной целью. Оба пострадавшие – мужчины трудоспособного возраста (39 и 43 лет).

В первом случае больной поступил в отделение в состоянии средней степени тяжести через 2 часа после приема 30 таблеток коаксила на фоне алкогольного опьянения. Клиника отравления проявлялась поражением ЦНС (сонливость, сменившаяся затем беспокойством, нарушением сна в

виде кошмарных сновидений; внутренняя дрожь) и кардиотоксическим действием коаксила, которое выражалась ощущением сердцебиения, тяжести в области сердца. Отмечалась артериальная гипертензия (АД до 160/100 мм.рт.ст.), тахиаритмия. На ЭКГ при поступлении: синусовая тахикардия с ЧСС до 120 в мин., с эпизодами СА-блокады с ЧСС до 60 в мин. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Очаговые изменения задней стенки левого желудочка метаболического характера.

На фоне проводимой терапии, включавшей детоксикацию (промывание желудка, инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами, энтеросорбенты), кардиозащитную терапию (витамин Е, ГКС, унитиол), симптоматическую терапию (гипотензивные, антиаритмические средства), состояние больного значительно улучшилось. На ЭКГ в динамике – уменьшение тахикардии, улучшение коронарного кровотока в области задней стенки левого желудочка.

Больной выписан на седьмые сутки в относительно удовлетворительном состоянии.

Во втором случае доза принятого коаксила также соответствовала 30 таблеткам, но экспозиция действия препарата составила более 5 часов. Уже на догоспитальном этапе отмечалось нарушение сознания, клонико-тонические судороги, нестабильность гемодинамики. Больной поступил в приемное отделение с явлениями декомпенсированного экзотоксического шока, отека головного мозга, острой дыхательной недостаточности, острой сердечно сосудистой недостаточности. Сразу после поступления больного наступила остановка кровообращения. Были начаты реанимационные мероприятия, которые эффекта не имели. Через 30 минут с момента поступления в стационар наступила смерть больного. При судебно-медицинской экспертизе во внутренних органах обнаружено азотсодержащее соединение (коаксил). Миокардиодистрофия.

Таким образом, можно отметить, что коаксил оказывает действие не только на ЦНС, но обладает выраженным кардиотоксическим эффектом при передозировке.

При лечении больных, принимающих большую дозу коаксила необходим регулярный ЭКГ-контроль, а помимо обычной дезинтоксикационной терапии при отравлении необходимо применение кардиозащитных средств (витамин Е, ГКС, унитиол). Кардиотропная терапия должна проводится с профилактической целью даже при отсутствии явных изменений на ЭКГ.

# ОТРАВЛЕНИЕ СОКОМ ЖГУЧИХ РАСТЕНИЙ

И.В. Пугачева

Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина,
г. Пенза

Среди жгучих растений, которые выращиваются в помещениях с декоративной целью, наиболее часто используются диффенбахии, древовидные формы молочая, белокрыльник (калла) болотный.

*Диффенбахия* (Diffenbachia spp) – крупные полукустарники с мясистыми стеблями и овальными или ланцетовидными зелеными листьями, часто покрытыми белыми или зелеными пятнами.

*Белокрыльник болотный* (Calla palustris) – сочный толстокорневищный ползучий гидрофит с крупными блестящими округло-сердцевидными листьями на длинных черенках; початкообразное соцветие окружено белым покрывалом; плоды – сочные красные ягоды.

Млечный сок молочаев раздражает кожу с явлениями зуда, жжения; появляется сыпь, вплоть до волдырей. При приеме внутрь – жгучая боль и гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, ЖКТ, рвота, диарея. Генерализованные судороги и потеря сознания.

При отравлении белокрыльником наблюдаются тошнота, рвота, слюнотечение, диарея, одышка, тахикардия, могут развиваться судороги.

При проглатывании стеблей и листьев диффенбахии на фоне сильного жжения может развиться ожог слизистой губ, языка, ротоглотки, вследствие чего может наступить дыхательная недостаточность. В связи с прижигающим действием возможно явление химического ожога слизистой пищевода, желудка. В редких случаях возникают мышечные спазмы, замедление сердечного ритма. При попадании на кожу сока диффенбахии может развиться ожог с явлениями раздражения, ощущением жжения, краснотой, волдырями.

За период с 2003 по 2005 годы в отделение поступило 5 человек с отравлением соком жгучих растений. Четверо из них попробовали на вкус ствол диффенбахии. Единичный случай составило отравление при употреблении в пищу белокрыльника больного.

Поступившая в отделение женщина 54 лет. Решила попробовать на вкус корневище этого растения. Практически сразу же у нее появилось ощущение жжения в ротовой полости, неприятные ощущения при глотании, слюнотечение, тошнота, несколько раз была рвота. Через полтора часа появились боли в животе, однократно был жидкий стул. Больная поступила в отделение через 3 часа после отравления. Состояние женщины

при поступлении расценивалось как средне тяжелое. Отмечалось некоторое возбуждение, умеренная бледность кожи, гиперемия слизистой ротоглотки, языка. Со стороны сердечно-сосудистой системы – склонность к гипертензии (АД до 150/80 мм.рт.ст.), тахикардия (пульс до 100 в мин.). со стороны желудочно-кишечного тракта – умеренная болезненность при пальпации в эпигастральной области. При ФГДС (на второй день после поступления) – поверхностный эзофагит (очаговая гиперемия слизистой пищевода), постожоговая язва в антральном отделе желудка размером 0,7*1,2 см.

Лечебные мероприятия включали: детоксикацию, противоязвенное лечение, местную противоожоговую терапию, симптоматическое лечение. На 12 день с момента поступления наступило полное выздоровление. Женщина выписана в относительно удовлетворительном состоянии.

При отравлении соком диффенбахии в одном случае из 4 состояние больного расценивалось, как средне тяжелое. После употребления в пищу стебля диффенбахии у мужчины 67 лет появились жалобы на жжение во рту, слюнотечение, боль при глотании, неприятные ощущения за грудиной при прохождении пищи по пищеводу. Больной поступил в отделение через полтора суток после отравления. Со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем отклонений выявлено не было. При осмотре ротоглотки отмечалась легкая гиперемия слизистой дужек мягкого неба и задней стенки глотки. При ФГДС (на 4 день после отравления) – единичные мелкие эрозии в средней трети пищевода. Желудок и двенадцатиперстная кишка без патологии. В результате проведенной детоксикационной, противоязвенной, симптоматической терапии, включавшей антигистаминные средства, анальгетики, спазмалитики, антацидные препараты, ингаляции с травами, наступило выздоровление больного. При ФГДС (на 12 день после поступления) – эрозивный эзофагит в стадии полного заживления. Больной был выписан в относительно удовлетворительном состоянии.

В двух случаях из 4 у больных определялось только поражение ротоглотки в виде гиперемии и небольшого отека слизистой. По органам и системам отклонений выявлено не было. Больные были выписаны на амбулаторное долечивание после проведения диагностической ФГДС.

В последнем случае у больного 57 лет после приема в пищу стебля диффенбахии родилась клиника тяжелого отравления. Пострадавший поступил в отделение через 2 часа после того, как попробовал на вкус жгучее растение. Он предъявлял жалобы на сильное жжение во рту, затрудненное дыхание, тошноту, боль в животе. Отмечалось возбуждение, неусидчивость больного. При осмотре лор-врачом выявлены гиперемия и отечность слизистой задней стенки глотки, надгортанника, черпаловидных хрящей. Со стороны сердечно-сосудистой системы – брадикардия (ЧСС до 56 в мин.),

артериальная гипертензия (АД до 160/90 мм.рт.ст.). На ЭКГ синусовая брадикардия с ЧСС – 56 в мин. Метаболические изменения миокарда, заднебоковой стенки левого желудочка. Со стороны дыхательной системы отмечалось тахипноэ с ЧСС до 24-26 в мин., «свистящее» дыхание с затруднением на вдохе, при аускультации – сухие свистящие хрипы особенно в межлопаточной области. Со стороны желудочно-кишечного тракта – умеренная болезненность в эпигастральной области.

В связи с острой дыхательной недостаточностью и угрозой развития стеноза дыхательных путей, больной находился на лечении в палате реанимации и интенсивной терапии. Проводилась детоксикационная терапия глюкозо-солевыми растворами, противоотечная терапия (ГКС, десенсибилизирующие средства), симптоматическое лечение. На фоне проводимой терапии состояние больного улучшилось, купировались явления острой дыхательной недостаточности, больной был переведен для долечивания в общее отделение. При ФГДС (на 3 день с момента поступления) – единичные мелкие эрозии в средней и нижней трети пищевода, которые зарубцевались на фоне противоязвенной терапии через 10 дней лечения. Больной был выписан в относительно удовлетворительном состоянии на 14 сутки с момента поступления.

Таким образом, в основе действия жгучих растений на организм человека лежит раздражающее, вплоть до деструктивного, воздействие на слизистые (и подслизистые) оболочки с развитием гиперемии, отека, эрозивно-язвенного поражения. При развитии отека гортаноглотки существует опасность возникновения острой дыхательной недостаточности.

## ВСКАРМЛИВАНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

Л.Г. Радченко, В.И. Струков, Г.А. Балашова, Т.Ю. Уланова,
Е.С. Бочкарева, О.М. Дунчева, Ю.С. Назарова

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Пенза

В последние годы в периодической литературе публикуется много работ, посвященных вопросу минимальной пищеварительной дисфункции. Наибольшая частота последней отмечается особенно у недоношенных и проявляется срыгиваниями (рефлюкс), кишечными коликами, запорами. Это объясняется нейровегетативной интрамуральной и гормональ-

ной незрелостью регуляции моторной функции пищеварительной системы (В.А. Анохин, Е.Е Хасанова и др. 2004; Н.П. Шабалов, 2004).

Качество вскармливания существенно влияет на дальнейшее развитие ребенка, прибавку массы тела, развитие речи, памяти, способность к обучению, поведенческие реакции.

В период новорожденности энергетическая потребность составляет 120-130 ккал/кг/сутки. Белки должны обеспечивать 9-12% общего калоража, жиры – 40-55%; углеводы – 35-55%. В настоящее время разработаны специализированные адаптированные смеси для вскармливания недоношенных детей, которые содержат в небольшом объеме достаточный калораж. В них увеличено количество белка с необходимым соотношением сывороточного белка и казеинов (Т.Э. Боровик, 2003). Количество белка и энергетическая потребность взаимосвязаны. Если энергетические потребности не восполнены, то синтез белков будет угнетен.

У недоношенных детей имеет место транзиторное затруднение усвоения лактозы, так как активность кишечной лактазы снижена до 38 недели гестации.

У преждевременно рожденных детей снижено усвоение и всасывание жиров, вследствие низкой липалитической активности и недостаточного количества желчных кислот. Важно, чтобы в состав специализированных смесей для вскармливания недоношенных детей входили как длинноцепочечные, так и среднецепочечные триглицериды, так как всасывание последних не зависит от количества выделяемой желчи.

Быстрый рост недоношенных детей требует, в первую очередь, повышенного количества кальция, фосфора, витамина Д. При недостаточном поступлении последних развивается остеопенический синдром недоношенных, характеризующийся недостаточной минерализацией костной ткани (МКТ), а при прогрессировании процесса возникновением переломов. Частота МКТ у детей, родившихся с массой тела менее 1500г составила 30%, в то время как у детей с массой тела 1000г и меньше – 50-73%. Наибольшая частота остеопенического синдрома отмечалась у детей с бронхо-легочной дисплазией, а так же при вскармливании недоношенных детей смесями для доношенных. Дополнительное введение витамина Д показано после стабилизации состояния недоношенного ребенка, с началом его активного роста. Доза витамина Д в зависимости от степени зрелости и срока гестации при рождении колеблется от 500 МЕ до 800-1000МЕ в сутки (Н.П. Шабалов, 2004; В.И. Струков, 2004; О.К. Нестребенко, 2004).

Запасы железа у недоношенных детей снижены. При определении потребности в железе важно учитывать количество проведенных лабораторных заборов крови. Так при взятии на исследование 1-2 мл крови, ор-

ганизмом недоношенного ребенка теряется до 1-1,5 мг железа. Дополнительные введения железа недоношенным детям, находящимся на искусственном вскармливании показано в возрасте 2-х-3-х месяцев после удвоения массы тела при рождении, обязательно сочетая прием препаратов железа (мальтофер) с витамином Е (25 МЕ/кг/сутки). Избыток железа на фоне дефицита витамина Е усиливает гемолиз эритроцитов.

Высокие пластические процессы, ускоренный рост, усиленная утилизация фолатов вызывает повышенную потребность недоношенных детей в фолиевой кислоте, что требует ежедневного приема последней из расчета 50-70 мг/сутки (Г.В. Яцык, 2003; А.Г. Румянцев, 2005).

Областная клиническая детская больница им. Н. Ф. Филатова г. Пензы имеет опыт применения специально разработанной смеси для вскармливания недоношенных «Фрисопре» (Голландия), которая назначалась20 недоношенным детям Данная смесь содержит нуклеотиды (дексогексоновая кислота), аргинин, карнитин, таурин, способствующие лучшему созреванию морфофункциональных структур, особенно нервной и иммунной. Присутствие в смеси «Фрисопре» цинка, селена поддерживает функцию иммунных клеток кишечника, что предупреждает развитие диарейного синдрома, инозитол предотвращает респираторные расстройства, а витамины С и Е, β-каротин – являются антиоксидантами.

Специализированная смесь «Фрисопре» рекомендуется для кормления недоношенных детей до достижения ими массы тела 4 кг, то есть в первом полугодии жизни, при обострении некоторых заболеваний (минимальная дисфункция пищеварительной системы, нарушения всасывания пищевых ингредиентов) целесообразно возвратиться к последней вновь.

В заключение можно отметить, что недоношенные дети, получающие смесь «Фрисопре» имели значительно большую прибавку массы тела, уменьшение частоты остеопенического синдрома и анемии, улучшение функции пищеварительного тракта и неврологического статуса.

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ НА ФОНЕ СТРУКТУРНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ф.К. Рахматуллов, Ю.Б. Беляева, А.М. Бибарсова

Медицинский институт Пензенского государственного университета, г. Пенза

*Цель исследования*. Оценить степень коронарного резерва и эффективность медикаментозной терапии у больных ИБС, стенокардией напря-

жения на фоне структурной и функциональной патологии щитовидной железы.

*Материалы и методы*. Нами были обследованы 38 больных с ИБС, стенокардией напряжения II-III функционального класса в возрасте 42,5±6,8 лет. Все больные были разделены на три группы. Первую группу составили 16 пациентов без патологии щитовидной железы. Во вторую группу вошли 10 больных, у которых выявлены увеличение объема и/или структурные изменения щитовидной железы. В третью группу включены 12 больных, у которых объемные и структурные изменения щитовидной железы сочетались с увеличением уровня тиреотропного гормона (ТТГ) от 4,2 до 10,7 мМЕ/л. Исследование включало регистрацию ЭКГ в 12 отведениях, эхокардиографию, суточное мониторирование ЭКГ, чреспищеводную электростимуляцию сердца (ЧПЭС), ультразвуковое исследование щитовидной железы, определение уровней ТТГ, тироксина, трийодтиронина в крови.

*Результаты*. Приступ стенокардии при проведении ЧПЭС имел место в первой группе у 5 (31,3%) больных, во второй – у 3 (33%) и в третьей – у 2 (16,7%). Во всех случаях приступ стенокардии сопровождался депрессией сегмента ST. Суммарная депрессия сегмента ST у больных первой группы составила 0,36±0,05 мВ, второй – 0,57±0,04 мВ и третьей – 0,62±0,07 мВ. Безболевая ишемия миокарда выявлена в первой группе у 2 (12,5%) больных, во второй – у 3 (33%), в третьей – у 4 (33%). Препаратами выбора медикаментозной терапии у больных первой группы были бета-адреноблокаторы в комбинации с нитратами, во второй – нитраты в комбинации с ингибиторами АПФ, в третьей – комбинация нитратов с ингибиторами АПФ на фоне лечения левотироксином в средней суточной дозе 35,8±16,3 мкг.

*Заключение*. У больных ИБС, стенокардией напряжения сопутствующие структурные и функциональные нарушения щитовидной железы оказывают негативное влияние на степень коронарного резерва и эффективность медикаментозной терапии ИБС.

# ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ БОЛЬНЫХ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

М.Д. Романов, А.В. Водякова

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

Актуальность исследования нарушений обменных процессов у больных токсическим зобом обусловлена значительным ростом патологии щитовидной железы. На протяжении последних лет наблюдается тенденция к увеличению числа пациентов со средними и тяжелыми формами тиреотоксикоза, нередко резистентными к тиреостатическим препаратам. Это делает необходимым более широкое использование немедикаментозных технологий, в том числе лечение с использованием озонированного физиологического раствора. Клиническое применение внутривенных инфузий озонированного физиологического раствора (ОФР) сдерживается недостаточностью объективных и адекватных критериев эффективности с учетом патогенеза заболевания. Недостаточно изучено влияние инфузий ОФР на патогенетические звенья тиреотоксикоза.

*Целью работы* являлось изучение влияния инфузий озонированного физиологического раствора у больных токсическим зобом на некоторые биохимические показатели крови.

Комплексное лечение 42 больных токсическим зобом наряду с традиционной медикаментозной терапией (тиреостатики, β-блокаторы, седативная и симптоматическая терапия) включало в себя сеансы озонотерапии. Озонотерапию проводили при средней и тяжелой степенях тиреотоксикоза, резистентности к тиреостатическим препаратам или аллергических реакциях, связанных с их применением. Группа сравнения составила 30 больных токсическим зобом, получавших только традиционную медикаментозную терапию.

Озонотерапию проводили с помощью озонатора АОТ-Н-01-Арз. Озонированный изотонический раствор хлорида натрия в объеме 200 мл с концентрацией озона 2 мг/л вливали внутривенно капельно через день; курс озонотерапии составлял 7-9 сеансов. Осложнений в процессе озонотерапии и после нее не было.

Результаты лечения оценивали по следующим критериям: изменения клинической картины заболевания, гемодинамических показателей и гормонального фона. Динамику биохимических показателей оценивали по уровню β-липопротеидов, холестерина, билирубина, аспартатаминотрансферазы (АсАТ), аланин-аминотрансферазы (АлАТ), лактатде-

гидрогеназы (LDH), глюкозы крови. Кроме того, у всех пациентов проводилось исследование крови на содержание микроэлементов: магния, фосфора, кальция, хлоридов, железа.

После проведения озонотерапии общее состояние больных заметно улучшалось. Исчезали жалобы на раздражительность, утомляемость, одышку, тремор пальцев рук, значительно уменьшалось сердцебиение. Улучшение клинической симптоматики сопровождалось снижением уровня тиреоидных гормонов: уровень $T_4$ снизился на 16,93% ($p<0,05$), свободного $T_4$ – на 19,33% ($p<0,05$), $T_3$ – на 33,74% ($p<0,05$), свободного $T_3$ – на 28,33% ($p<0,05$). В ходе лечения с использованием ОФР произошло снижение уровня билирубина на 15,26% ($p<0,05$), уровня АлАТ – на 18,82% ($p>0,05$), LDH – на 22,5% ($p>0,05$), глюкозы – на 23,89% ($p<0,05$); уровень холестерина повысился на 32,45% ($p<0,05$), β-липопротеидов – на 34,75% ($p<0,05$) и АсАТ – на 7,8% ($p>0,05$). Повышение уровня β-липопротеидов и холестерина указывает на нормализацию процессов β-окисления жиров, что в конечном итоге способствует улучшению обменных и трофических процессов в органах и тканях.

Увеличение коэффициента де Ритиса с 0,16 до 0,4, на наш взгляд, свидетельствует об уменьшении тканевой гипоксии на фоне озонотерапии. Г.А. Бояриновым (1999) установлено, что озонокислородная смесь улучшает утилизацию кислорода тканями, восстанавливает кровообращение в микроциркуляторном русле, приводит к динамическому равновесию между перекисным окислением липидов и антиоксидантной защитой, что способствует стимуляции трофических процессов в органах и тканях. Все вышеперечисленное способствует восстановлению нарушенных функций печени, снижению интоксикации организма. Озон также повышает проницаемость клеточных мембран для глюкозы, что приводит к снижению ее уровня в крови.

При исследовании микроэлементного состава плазмы крови в ходе лечения выявлено снижение уровня кальция на 9,25% ($p<0,05$), магния – на 5% ($p>0,05$), хлоридов на 5,49% ($p>0,05$), фосфора – на 10,17% ($p>0,05$), уровень железа повысился на 39,53% ($p<0,05$). Патогенез гиперкальциемии у больных токсическим зобом не вполне понятен, но можно предположить, что возникает дефицит $Ca^{2+}$ –АТФазы, в результате чего нарушается трансмембранный транспорт кальция. Кроме того, повышение уровня этого микроэлемента обусловлено повышением активности остеокластов. Таким образом, снижение уровня кальция крови является положительным эффектом озонотерапии. Тиреотоксикоз сопровождался относительной гипермагниемией. Значительное повышение содержания магния в сыворотке крови у больных токсическим зобом обусловлено, по-видимому, его мобилизацией из депо. Повышение уровня фосфора вызвано катаболиче-

ским действием тиреоидных гормонов и является следствием дегенеративных процессов в мышечной ткани. Гиперфосфатемия у больных токсическим зобом может свидетельствовать также о риске дистрофических изменений в миокарде. Уровень паратиреоидного гормона на фоне лечения снизился на 12,5% ($p<0,05$), что позволяет сделать вывод о том, что озонотерапия способствует профилактике гиперкальциемии у больных с субклинической формой гиперпаратиреоза, а при тяжелом течении тиреотоксикоза приводит к выраженному лечебному эффекту.

Таким образом, внутривенные вливания озонированного физиологического раствора у больных токсическим зобом оказывают положительное влияние не только на клиническое течение заболевания и уровень тиреоидных гормонов, но и способствуют нормализации биохимических показателей крови, улучшают минеральный обмен. Следовательно, применение озонотерапии в комплексном лечении пациентов со средними и тяжелыми формами тиреотоксикоза является патогенетически обоснованным.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ЗУБОВ

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

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Пенза

Гиперестезия твердых тканей зуба всегда была актуальной проблемой в стоматологии. Гиперестезия сопровождает ряд некариозных поражений, связанных с потерей твердых тканей и развивается при пародонтите и пародонтозе, при обнажении шеек и корня зуба. В ряде случаев гиперестезия развивается как самостоятельное заболевание в интактных зубах, то есть протекает без потери твердых тканей. Причинами такой формы гиперестезии часто является дисбаланс половых гормонов.

По нашим наблюдениям гиперестезия часто является одним из первых симптомов при тиреотоксикозе.

Гиперестезия является частым спутником неврозов, психопатии. Мы наблюдали гиперестезию у больных с гипертонической болезнью длительное время принимающих препараты из группы кальцийантагонистов (Коринфар).

В последние годы в связи с широким использованием фотокомпозиционных материалов, а также внедрение различных видов отбеливающих систем, актуальность этой проблемы резко возросла.

Наряду с традиционными методами лечения в последние годы появился новый класс препаратов, получивших название десенситайзеры (Д).

*Целью* нашего исследования было изучение действия Д (первой группы) – Aqua Prep F – водный раствор фтора и HEMA, обеспечивающего идеальное для бондинга количество влаги и создающего зону подавления кариеса, Д четвертой группы Super Seal – содержащего калиевую соль щавелевой кислоты. Действие этого Д обеспечивается созданием твердой пленки из кристаллов оксалата на поверхности дентина, блокирующих движение жидкости в канальцах, и Д (второй группы) Admira Protect, в состав которой входит наполнитель на основе компомеров, а так же фтора и триклозана.

Всего было запломбировано 1246 зубов фотокомпозитами с использованием Aqua Prep F.Больные наблюдались в течение 1,5 лет. Гиперестезия сразу после лечения наблюдалась у 6% больных. Боль возникала от термических раздражителей, длилась несколько секунд и исчезала через 5-7 дней. У 2% больных боли возникали в отдаленный период. Во всех случаях это были зубы, пролеченные по поводу глубокого кариеса.

Super Seal использовали при патологической стираемости и клиновидных дефектах. Всего было пролечено 65 больных. У 80% обследованных боли после первой обработки исчезали полностью, в 20% случаев требовались повторные обработки с интервалом 1 неделя 2-3 раза для достижения стабильного результата.

Admira Protect используется при повышенной чувствительности обнаженных шеек зубов, особенно у больных с пародонтитом. Всего было пролечено 35 больных. У 77% наблюдался положительный эффект.

## РОЛЬ ЭКГ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Л.Е. Рудакова, Л.А. Бондаренко, С.Р. Богданова,
Л.А. Морозова, Ж.А. Бесчастнова

Медицинский институт Пензенского государственного университета,
Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи
им. Г.А. Захарьина,
г. Пенза

По современным представлениям гипертрофическая кардиомиопатия является преимущественно генетически обусловленным заболеванием, проявляющимся массивной гипертрофией миокарда левого и/или правого желудочка чаще асимметрического характера за счет утолщения межжелудочковой перегородки с частым развитием обструкции выходного тракта левого желудочка.

Основным методом диагностики ГКМП является ЭхоКГ, которая пока широко не применяется в нашей стране и проводится, как правило, только на конечном этапе диагностического поиска. В повседневной клинической практике исследование сердечно-сосудистой системы пациента начинается обычно с наиболее простого и доступного метода – электрокардиографии. Нередко именно изменения ЭКГ заставляют заподозрить ГКМП.

*Целью* нашего исследования было выявление наиболее характерных для ГКМП ЭКГ-признаков, обнаружение которых позволит врачу вычленить больных, нуждающихся в проведении ЭхоКГ для уточнения предполагаемого диагноза.

Обследовано 22 больных ГКМП, которые находились на лечении в кардиологических отделениях ЦГБ № 6 города Пензы в течение 2004-2005 гг., в возрасте от 35 до 69 лет (средний возраст 52,1±1,8 года). Мужчин было – 15, женщин – 7.

Всем больным проводили ЭКГ и ЭхоКГ на аппарате «Sonos 100 CF (Hewlett Packard)» (США) по общепринятой методике. Диастолическую функцию левого желудочка оценивали с помощью импульсной допплерэхокардиографии. По описанным в литературе признакам обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия (ОГКМП) диагностирована у 8, необструктивная гипертофическая кардиомиопатия (НГКМП) – у 14 пациентов.

При ЭКГ-исследовании пациентов ОГКМП вольтажные критерии гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) зарегистрированы у 6 человек (75%), изменения конечной части желудочкового комплекса (депрессия сегмента ST, инверсия зубца Т) – у 7 человек (87,5%), признаки гипертрофии ЛП – у 4 (50%), высокие зубцы R в $V_2$-$V_3$ – у 2 (25%), патологический зубец Q – у 1 пациента (12,5%). Экстрасистолия обнаружена у 4 пациентов (50%), пароксизмальная и постоянная формы фибрилляции предсердий у 3 (37,5%), неполная блокада левой ножки пучка Гиса у 1 (12,5%), полная блокада правой ножки пучка Гиса у 1 (12,5%), нарушение A-V проводимости I степени у 1 (12,5%). Нормальная ЭКГ не зарегистрирована ни у одного пациента этой группы.

При сопоставлении ЭхоКГ- и ЭКГ-данных выявлено явное несоответствие между ними у 3 пациентов: у 1 из них при наличии ГЛЖ по данным визуализирующего метода не было получено ее электрокардиографического подтверждения, у 2 остальных отмечались высокие зубцы R в отведениях $V_2$-$V_3$ при отсутствии ЭхоКГ-данных за гипертрофию правого желудочка. По-видимому, у больных ГКМП высокие зубцы R в правых грудных отведениях могут быть обусловлены гипертрофией МЖП.

При ЭКГ-исследовании больных НГКМП вольтажные критерии ГЛЖ выявлены у 7 пациентов (50%), изменения конечной части желудочкового комплекса у 2 (13,5%), признаки гипертрофии ЛП у 2 (13,5%), очень высокие зубцы R в $V_2$-$V_3$ – у 1 пациента (6,7%).

В группе пациентов НГКМП были зарегистрированы следующие нарушения ритма и проводимости: фибрилляция предсердий у 6 человек (42,9%), блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса у 4 (28,5%), полная блокада правой ножки у 2 (14,2%), экстрасистолия у 2 (14,2%).

У обследованных нами больных НГКМП несколько чаще, чем у больных ОГКМП, отмечалось несоответствие между данными ЭхоКГ и ЭКГ. В 4 случаях явной гипертрофии ЛЖ по данным ЭхоКГ электрокардиографические вольтажные признаки не выявлялись, в то же время в 2 случаях при отсутствии гипертрофии ЛЖ по данным визуализирующего метода на ЭКГ определялись характерные ее признаки.

Представленные данные свидетельствуют о том, что у больных ГКМП выявляется широкий спектр электрокардиографических синдромов. Наиболее частыми электрокардиографическими проявлениями ГКМП являются вольтажные признаки гипертрофии ЛЖ и ЛП, депрессия сегмента ST и инверсия зубца Т.

Проведенный сравнительный анализ обеих групп показал, что при ОГКМП вольтажные признаки гипертрофии ЛЖ и ЛП, гигантские зубцы R, депрессия сегмента ST и отрицательные зубцы Т в $V_5$-$V_6$, высокие зубцы R в правых грудных отведениях встречались значительно чаще, чем при НГКМП. Все остальные выявленные нарушения ритма и проводимости примерно с одинаковой частотой наблюдались в обеих группах.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что у больных ГКМП нормальная ЭКГ регистрируется крайне редко, в подавляющем большинстве случаев выявляются различные ЭКГ-синдромы. Наиболее характерными для ГКМП являются синдромы гипертрофии миокарда ЛЖ и ЛП, синдром депрессии сегмента ST и отрицательного зубца Т в левых грудных, I и AVL отведениях, синдром высоких зубцов R в правых грудных отведениях, фибрилляция предсердий. Все эти синдромы, за исключением фибрилляции предсердий, с большей частотой встречаются при ОГКМП.

Таким образом, несмотря на отсутствие специфических электрокардиографических признаков ГКМП, ЭКГ выполняет важную роль в диагностике данного заболевания, являясь ценным скрининговым тестом. Выявление у обследуемых пациентов указанных электрокардиографических синдромов при отсутствии видимых причин для их формирования (артериальная гипертензия, пороки сердца), а также сопоставление ЭКГ-данных с результатами физикального исследования дает основание запо-

дозрить ГКМП. Подтвердить возникшее подозрение позволяет ЭхоКГ-исследование.

## УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ И ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Н.А. Рыкалина, В.И. Рузов, Н.А. Брыгина

ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница,
г. Ульяновск

Считается, что уровень гликемии натощак, постпрандиальный уровень гликемии и уровень гликированного гемоглобина ($Hb_{1c}$) являются независимыми факторами риска сосудистых осложнений у больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа). По литературным данным для оценки риска сердечно-сосудистых заболеваний величина пиков глюкозы при СД 2 типа, связанных с приемом пищи, имеет большее значение, чем уровень глюкозы крови натощак. Имеются лишь единичные сведения о корреляции между концентрацией глюкозы в крови и параметрами артериального давления (АД) у больных СД 2 типа. Известно, что фоновая и постпрандиальная гипергликемия запускают ряд патологических механизмов, которые участвуют в развитии сосудистых осложнений СД. В настоящее время можно сказать, что одним из самых важных метаболических факторов, участвующих в развитии сосудистой патологии, является гипергликемия.

В данной работе поставлена *задача* исследовать корреляцию между концентрацией глюкозы в крови и параметрами суточного мониторирования АД (СМАД) у больных СД 2 типа, ассоциированного с артериальной гипертензией (АГ).

Обследовано 79 больных СД 2 типа с АГ, из числа которых мужчин было 21 человек (27%), женщин – 58 человек (73%). Средний возраст обследуемых составил 54,33±0,53 года. Средняя продолжительность заболевания СД 2 типа – 10,01±0,53 лет. Средняя продолжительность заболевания АГ – 9,98±0,57. У пациентов определяли уровень гликемии в течение дня (утром натощак – в 8.00, через 2 часа после завтрака – в 10.00, перед обедом – в 14.00, через 2 часа после обеда – в 16.00, перед ужином – в 18.00, через 2 часа после ужина – в 20.00). Определяя уровень глюкозы, использовали цельную кровь обследуемых больных с применением глюкозооксидазного метода. Кроме того, в данной работе СМАД осуществляли при помощи осциллометрических систем АВРМ-02 и Cardiotens фирмы «Meditech» (Венгрия). Исследования проводились исходно, без гипотен-

зивных препаратов. Если пациент принимал какие-либо гипотензивные препараты за 7 дней перед обследованием, больному рекомендовали не принимать антигипертензивные средства, в случае необходимости больному разрешался прием короткодействующего препарата (коринфар).

Результаты исследования обработаны при помощи компьютерной программы «Statistica 5.0».

В ходе исследования у больных СД 2 типа с АГ выявлена отрицательная корреляция между уровнем гликемии натощак и максимальным пульсовым АД ($p = 0,04$; $r = -0,24$). Имеется положительная корреляция между уровнем гликемии перед обедом (в 14.00) и уровнем максимального диастолического давления ($p<0,001$; $r = 0,41$). Кроме того, имеется положительная корреляция между уровнем гликемии перед обедом (в 14.00) и уровнем максимального среднего АД ($p<0,001$; $r = 0,38$). Между уровнем гликемии перед ужином (в 18.00) и уровнем максимального диастолического давления ($p<0,01$; $r = 0,33$), существует положительная корреляционная связь. Также выявлена положительную корреляционная связь между уровнем гликемии перед ужином (в 18.00) и уровнем максимального среднего АД ($p = 0,02$; $r = 0,27$). Прослеживается положительная корреляция между уровнем гликемии перед обедом (в 14.00) и уровнем минимального систолического АД ($p = 0,03$; $r = 0,24$). Корреляционной зависимости уровня гликемии после еды в 10.00, 16.00, 20.00 и параметрами СМАД не выявлено.

Таким образом, проведенное исследование показало связь уровня гликемии натощак, в 14.00, в 18.00 и уровня показателей СМАД у больных сахарным диабетом 2 типа с АГ. Изучение особенностей концентрации глюкозы в крови и параметров СМАД у больных СД 2 типа с АГ заслуживает внимание и должно учитываться при проведении терапевтических мероприятий при вышеуказанной патологии.

## ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ НИР В ПРАКТИКУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС КАФЕДРОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗА ПЕРИОД 2000-2005 гг.

Р.П. Савченко, В.С. Иванова, И.В. Гордюшина, Л.А. Журавлева

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

Проведенная кафедрой клинической лабораторной диагностики НИР за период 2000-2005 гг. связана с изучением клинико-лабораторных про-

явлений и морфофункциональной оценки экологически обусловленной патологии детей и взрослого населения г. Пензы, Пензенской области и других регионов Российской Федерации. Известно, что даже умеренное превышение дозы загрязненности окружающей среды в сочетании с другими стрессорными факторами приводит к стойкой дезадаптации человека и, в связи с этим, происходит раннее проявление мультифакториальных наследственных заболеваний. На фоне измененного иммунитета возникают заболевания различных органов и систем, инфекционный фактор способствует увеличению инфекционных болезней.

Интерес представляло клинико-лабораторное мониторирование состояния здоровья детского населения Пензенской области как индикатора эколого-экономического благополучия региона, а также состояние беременных женщин с гестозом, проявление мультифакториальных болезней (АДЭ, АГ), клинико-лабораторное состояние больных с заболеваниями органов (заболевания почек) и систем (миелоидных и лимфопролиферативных заболеваний системы кроветворения), инфекционных болезней (ИППП).

Мониторирование состояния здоровья детей определило нарушения в температурном гомеостазе, показателях периферической крови, в интегральных показателях ПК, показателях иммунитета, установило снижение системы защиты и приспособления, проявляющиеся чаще всего неточно обозначенными симптомами и отклонениями в здоровье. Структура заболеваемости детей возраста 0-7 лет представлена болезнями органов дыхания, болезнями крови (анемии) и отдельными состояниями, возникшими в пренатальный период (гипотиреоз, фенилкетонурия, диабетическая фетопатия, нарушение церебрального статуса и др.). В возрасте 7-17 лет заболеваемость представлена нарушениями костно-мышечной системы, болезнями глаз, органов пищеварения. Часто болеющие дети составляют 3,1% от общего количества детей, прошедших диспансеризацию. Чаще всего болеют дети возраста 0-7 лет (6,8%). Мониторинг состояния детей возраста 0-17 лет Пензенской области включен в результаты диспансеризации 2002 года Российской Федерации, определено 65,4% детей с отклонениями здоровья (Р.П. Савченко, В.С. Иванова, Л.А. Сорокина, О.П. Михалкина, Л.С. Этингер, 2004).

Проведенный про- и ретроспективный анализ течения гестозов у беременных женщин г. Пензы позволил выделить неврологические синдромы: общемозговой, синдром вегетативных расстройств, синдром двигательных и чувствительных нарушений, синдром стволовых нарушений и органов чувств, синдром аффективных расстройств. Составлены алгоритмы прогнозирования степени тяжести гестоза на основании высоко ин-

формативных клинико-лабораторных и неврологических данных (М.С. Рылеева, 2004).

Нарушения липидного обмена являются распространенными факторами риска атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатии (АДЭ). Гиперлипидемия у больных АДЭ наблюдается в 52,1%. Еще более возрастает процент больных АДЭ с дислипопротеидемией (74,04%) за счет снижения уровня ХС-ЛПВП, что позволяет считать нарушения липидного обмена фундаментальным фактором риска церебральной сосудистой недостаточности. У больных АДЭ чаще встречается Па тип гиперлипидемии по Фридриксону. Но наиболее неблагоприятным вариантом нарушений липидного спектра следует считать сочетание высокого уровня общего холестерина или триглицеридов с низкими значениями ХС-ЛПВП. Имеется определенная этапность развития атеросклеротической сосудистой патологии мозга, доказанная лабораторными методами, что необходимо учитывать в диагностическом и лечебном процессе (И.Г. Золкорняев, 2002).

В соответствие с Федеральной целевой программой «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации» в Республике Адыгея проведено исследование, позволяющее установить, что артериальная гипертония (АГ) 1-П степени встречается в 70% всех артериальных гипертензий у взрослого населения и преимущественно у женщин возраста 45-59 лет. Составлены алгоритмы комплексной эндоэкологической реабилитации больных АГ. В качестве критериев диагностики выделены клинико-лабораторные показатели, отражающие дисиммуноглобулинемию, сдвиги в липидном спектре, в индексах интоксикации, в абсолютном количестве лимфоцитов (Т.Ю Уракова, 2002).

Распространенность заболеваний почек превышает 7-10% взрослого населения, а хронический пиелонефрит (ХП) и хронический гломерулонефрит (ХГН) встречаются в 70% случаев ко всей почечной патологии (А.Ш. Румянцев, 2000). Проведена оценка прооксидазной и антиоксидазной активности систем у больного с ХП и ХГН. Определены показатели церулоплазмина, трансферина, супероксиддисмутазы и каталазы, на которые следует ориентироваться при оценке состояния антиоксидазной системы у больных ХП и ХГН независимо от функционального состояния почек. Коррекцию несостоятельности антиоксидантной системы у больных с ХП и ХГН необходимо осуществлять под контролем клинико-лабораторных тестов антиоксидантной системы. Показанием к инфузионной терапии с применением отечественного антиоксиданта Цитофлавина у больных с ХП и ХГН является чрезмерная стимуляция процессов перекисного окисления липидов, дефицит белкового и липорастворимого звеньев антиоксидантной системы (И.В. Гордюшина, 2002).

Острые лейкозы (ОЛ) – гетерогенная группа опухолевых заболеваний крови, характеризующихся первичным поражением костного мозга морфологически незрелыми кроветворными клетками с вытеснением нормальных элементов и инфильтрацией ими различных тканей и органов. При проведении НИР установлено при этой патологии 100% поражение печени и почек. Наиболее значимыми лабораторными синдромами у больных с ОЛ явились: анемический, геморрагический, синдром иммунокомплексного воспаления, нарушение синтетической функции печени, цитолитический, азотемический, холестатический, мезенхимально-воспалительный. Разработаны программы синдромальной диагностики метаболических нарушений при ОЛ, позволяющих оценить динамику функциональных расстройств систем детоксикации в течение ОЛ. Эти программы рекомендованы для ранней диагностики и клинико-лабораторного мониторирования у больных в разные периоды заболевания и на всех этапах лечебного процесса с целью своевременной коррекции (Л.А. Журавлева, 2004).

Впервые проведена работа, выявляющая степень эндотоксикоза и нефротоксичности на этапах лечения больных с ОЛ. Для диагностики тяжести синдрома эндогенной интоксикации у больных рекомендовано использовать информативные лабораторные тесты на всех этапах лечебно-диагностического процесса и в клинико-диагностических лабораториях любой мощности. Рекомендовано использовать суммарный индекс эндогенной интоксикации (ИЭИ) для оценки состояния детоксикационных систем печени и почек и адекватности проводимого лечения. Для уменьшения токсичности химиотерапии установлена целесообразность включения цитопротектора Цитофлавина в стандартные протоколы лечения, а также в стадии ремиссии проводить реабилитационный курс лечения Цитофлавином. Материалы работы рекомендованы к использованию в преподавании вопросов лабораторной диагностики и лечения больных ОЛ (И.Л. Хайдурова, 2002).

Проведена НИР определяющая метаболические нарушения у больных злокачественными лимфомами (ЗЛ). В течение последнего десятилетия отмечается ежегодный рост заболеваемости ЗЛ во всем мире, что связано с ухудшением экологии и увеличением больных иммунодефицитами (А.А. Новик, 2001). Методом системного анализа определен комплекс информативных и диагностически значимых программ для оценки метаболических нарушений при ЗЛ на общедоступных лабораторных показателях. Разработанные алгоритмы диагностики характеризуются достаточной информативностью и позволяют дифференцированно проводить лечение во время курсов полихимиотерапии. Предложены следующие алгоритмы: 1) Алгоритм диагностики у больных лимфомой Ходжкина на различных этапах

лечения. 2) Алгоритм диагностики у больных неходжкинскими лимфомами высокой степени злокачественности на различных этапах лечения. 3) Алгоритм диагностики у больных неходжкинскими лимфомами низкой степени злокачественности на разных этапах лечения. Для определения степени тяжести метаболических нарушений при ЗЛ рекомендовано оценивать синдром эндогенной интоксикации и нарушения функционального состояния печени как органа детоксикации организма (Т.В. Чагарова, 2002).

На территории Российской Федерации отмечается рост урогенитальных инфекций (от 7 до 29,5%). Существует тесная связь между инфекциями и иммунодефицитами, по данным различных авторов у 75% больных урогенитальными инфекциями наблюдается нарушение иммунологического статуса. В лечение хронических урогенитальных инфекций был испытан отечественный иммуномодулирующий препарат Полиоксидоний. Установлено, что Полиоксидоний является иммунным корректором, индуктором смешанного типа, под его влиянием активируются Т-клеточное звено, фагоцитарная активность макрофагов и нейтрофильных лейкоцитов, увеличивается количество СД 3+, СД 4+, СД 8+ субпопуляций Т-лимфоцитов. Полиоксидоний активен в отношении ЦИК, уровень их снижается в сыворотке крови. Разработан алгоритм клинико-лабораторного мониторинга для динамического контроля эффективности проводимого лечения больных с хроническими урогенитальными инфекциями (хламидиоз, уреаплазмоз, гарднереллез, трихомониаз), а также базовые схемы и методические подходы к комплексной терапии с использованием иммуномодулятора Полиоксидония (А.В. Полосин, 2000).

Второй иммунокоррегирующий препарат – Циклоферон – был также испытан в виде 5% линимента при лечении урогенитальных инфекций (хламидиоз, уреаплазмоз). Установлено, что при использовании 5% линимента Циклоферона повышается количество СД 3-лимфоцитов, СД4-лимфоцитов, увеличивается содержание IgM и IgG в 4,1 и 2,9 раза. Разработана базовая схема применения 5% линимента Циклоферона в комплексной терапии острых и хронических инфекций урогенитального тракта. Применение препарата Циклоферона в клинике инфекционных заболеваний передающихся половым путем (ИППП) дает врачу дополнительный лечебный метод и позволяет улучшать эффективность проводимой терапии (С.Б. Рыбалкин, 2000).

Сегодня системный подход в научных исследованиях находит применение как методология научного познания, он определяет системное рассмотрение патологического процесса, формирует системное мышление. Полученные клинические и лабораторные показатели являются критериями оценки адаптации, дезадаптации, предболезни и болезни у больных с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) и позво-

ляют использовать эти показатели при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий при заболеваниях сердца, желудочно-кишечного тракта, первичного ожирения. В условиях нарушения эндоэкологии организма реабилитация на клеточном уровне просто необходима. Информативными тестами метаболических расстройств при ХНИЗ являются лабораторные признаки, отражающие синдром эндогенной интоксикации: повышение в 2-3 раза индекса интоксикации, уровня СМП, ядерного индекса, снижение лимфоцитов, иммунные и липидные нарушения, а из клинических признаков: слабость, снижение аппетита, тошнота, лихорадка, потеря массы тела. У больных синдром усиливается с наростанием активности и тяжести процесса. Использование системного анализа и применение компьютерной информационно-математической обработки результатов исследований позволили оценить информативность, диагностическую и прогностическую значимость клинических и лабораторных показателей и составить дифференциально-диагностический алгоритм ХНИЗ (Ю.Ю. Даутов, 2005).

За отчетный период на кафедре подготовлены и защищены десять кандидатских и две докторские диссертации. Подготовлены две и переработано одно учебно-методических пособия для курсантов, имеется 28 актов внедрения разработок кафедры в г. Пензе и в области, а также в других регионах Российской Федерации. Предложено 10 рационализаторских предложений. Опубликовано 66 печатных работ. Совместно с РМАПО (Москва, 2005) подготовлены Аттестационные тесты по специальности «Клиническая лабораторная диагностика». Опубликована монография «Диагностические и лабораторные подходы в медицинской генетике» (Пенза, 2000).

На основании вышеизложенного можно заключить, что научно-исследовательская, учебная, методическая и лечебная работа сотрудников кафедры клинической лабораторной диагностики направлена на освоение современных технологий, модернизацию методов исследования и внедрение их в практику здравоохранения, на совершенствование образовательного процесса. Результаты НИР содержат новизну и могут служить методической и методологической основой для дальнейших научных изысканий в медицинской науке.

# РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОЙ ТОКСИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

В.И. Сафонова, Р.И. Кувакова

Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина,
г. Пенза

В сентябре 2003 г. в отделении острых отравлений городской больницы № 6 г. Пензы поступила семья Кадеровых (муж, 47 л., жена, 40 л., и дочь, 19 л.).

Из анамнеза: муж собирал грибы в лесополосе рядом с бывшим аэродромом сельхозавиации, где ранее хранились в больших количествах различные удобрения и пестициды. По внешнему виду грибы напоминали опята, но не имели характерной пленки с нижней стороны шляпки, сама шляпка была гладкой. Во время сбора грибов пострадавший отмечал жжение на коже кистей, которое прошло после мытья рук. В отварном виде грибы употреблялись в пищу в течение двух дней, причем дочь ела их в меньшем количестве. В первый же день после употребления грибов у больных были диспепсические расстройства в виде жидкого необильного стула от одного до двух раз в сутки. На второй день к вечеру больные стали отмечать боли, онемение в пальцах рук и стоп, на следующий день зона поражения распространилась до уровня запястий и голеностопных суставов, отмечалась небольшая отечность. За медицинской помощью больные обратились на пятый день с момента заболевания. Во время поступления в стационар предъявляли жалобы на интенсивное мучительное покалывание и жжение в области стоп и кистей, усиливающееся при малейшем прикосновении, боли в коленных, голеностопных, лучезапястных суставах, суставах кистей и стоп. Интенсивность парестезий и болей настолько велика, что больные не могут вставать на ноги и вскрикивают при прикосновении к кистям и стопам.

Больные в ясном сознании, адекватны. АД в пределах нормы, дыхательных расстройств не отмечается. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Расстройств стула нет. Мочеиспускание не нарушено. При осмотре конечностей стопы и кисти умеренно бледные и холодные, отеков нет. В неврологическом статусе: ЧМН в норме. Гиперестезия с гиперпатией дистальных отделов рук (с уровня лучезапястных суставов), ног (с уровня голеностопных). Сухожильные рефлексы снижены, карпорадиальные, ахилловы-торпидные. Гипотрофия мышц предплечий, кистей. Мышечная сила в кистях снижена до 2-3 баллов, стопах до 1-2 баллов. Глубокая чувствительность не страдает. Общие анализы крови и мо-

чи, билирубин, трансаминазы, азотистые шлаки в пределах нормы. Патологии печени и почек не выявлено.

Проведена консультация с токсикологическим центром НИИ им. Н.В. Склифосовского. Со слов врача, проводившего консультацию, описанная клиническая картина не укладывается в известные случаи отравлений грибами, не найдено подобных описаний в имеющихся литературных источниках. В практике подобный случай был несколько лет назад в Саратовской области – отмечалось развитие полинейропатии после употребления в пищу неизвестных грибов. Надо заметить, что у дочери, которая ела данные грибы однократно, клинические проявления были менее выраженными.

Учитывая все вышеизложенное, был выставлен следующий диагноз: «Острое отравление неустановленным ядом нейротропного действия. Токсическая полинейропатия. Артропатия.»

Лечение проводилось соответственно схеме лечения токсической полинейропатии. Больные получали внутривенно в сутки дексометазон – 8 мг, берлитион 600ЕД, пентоксифиллин 5 мл, эмоксипин 5 мл. в комплексе лечения использовались также липоевая кислота внутрь, никотиновая кислота в/м, диклофенак в/м. На 3-й день к лечению добавлена мильгамма по 2 мл в/м (до этого больные получали витамины В1, В6, В12), после применения которой у больных отмечалась выраженная положительная динамика: значительно уменьшились боли и выраженность парестезий. Продолжительность лечения составила 14 к/дней. На момент выписки болей нет. Сухожильные и периостальные рефлексы живые, мышечная сила восстановилась до 4-5 баллов. Убедительных расстройств чувствительности не выявляется. Больные выписаны на амбулаторное долечивание по их просьбе.

Данный случай представляет интерес, в связи с тем, то полинейропатия развилась остро, выявить токсический агент не представилось возможным, не было симптомов, характерных для острых отравлений теми или иными группами ядов, которые могут вызывать развитие острых полинейропатий.

# ОПЫТ ПОДГОТОВКИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ПО РАЗДЕЛУ ИНФОРМАЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

А.И. Сафронов, Д.В. Осинькин, Н.В. Семакова.

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

Одним из самых значительных факторов, повышающих эффективность клинической деятельности, является специально подготовленный врач. Учитывая возрастающий поток медицинской информации, быстрое развитие теоретических подходов к рассмотрению патологии, современной клинике требуются высококвалифицированные специалисты со знаниями, навыками и умениями, отличающимися от тех, которые нужны были им совсем недавно. В процессе подготовки такого врача-специалиста все большее значение приобретают информационные образовательные технологии. В этой связи нами разработана и утверждена документация тематического цикла повышения квалификации преподавателей «Информационные образовательные технологии в непрерывном последипломном повышении квалификации медицинских кадров» продолжительностью 72 часа.

*Целью проведения цикла* является подготовка преподавателя к использованию современных образовательных технологий в процессе непрерывного последипломного образования медицинских кадров.

В задачи проведения цикла входит подготовка преподавателя по следующим разделам:

- основы медицинской информатики;
- основы законодательства в области последипломного образования;
- основы практического использования стандартных приложений Microsoft Office;
- технология использования дистанционных образовательных технологий, современные кейс-технологии;
- создание и использование компьютерных учебных пособий в педагогическом процессе;
- работа с сетью Интернет.

Цикл предназначен: для преподавателей институтов усовершенствования врачей; преподавателей медицинских училищ; училищ повышения квалификации средних медработников; аспирантов (все специальности); клинических ординаторов (все специальности).

Слушатели, окончившие цикл, овладевают следующими навыками:

- работа с некоторыми стандартными приложениями Microsoft Office;
- навыки по созданию наборов тестовых заданий по разделу преподаваемой дисциплины для использования его в контролирующем и тренинговом режимах;
- составление компьютерных учебных пособий по разделу преподаваемой дисциплины с использованием текстовых, графических, аудио- и видеосредств;
- создание своей профессиональной страницы на сайте института;
- извлечение из сети Интернет необходимой информации.

На протяжении 2004-2005 гг. нами проведено 3 цикла тематического усовершенствования, на которых подготовлено 30 преподавателей нашего института и 1 преподаватель Саратовского медицинского университета.

Опыт такой подготовки свидетельствует о том, что полученные знания преподаватели активно внедряют в педагогический процесс. К середине 2006 г., например, количество мультимедийных демонстраций на кафедрах нашего института возросло до 320; все доклады на научно-практических конференциях, заседаниях Ученого совета проходят с мультимедийными демонстрациями. Многие преподаватели в своей работе начали использовать Интернет.

Совершенствование информационной культуры преподавателей направлено в итоге, как на повышение качества преподавания, так и на поддержание высокого имиджа института.

## ПСИХОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ СЕРДЦА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

В.Н. Сгибов, А.С. Ялдыгина, И.Л. Лан

Научно-практический центр «Психотерапия»,
ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Пенза

В общемедицинской практике растет удельный вес «кардионевроза», «вегетоневроза», «вегетативной дистонии» с кардиалгией, кардиофобиями (А.Б. Смулевич, 2001). Эта группа расстройств по МКБ-10 обозначена как «соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы» (F-45.30). Заболевание характеризуется невротическим уровнем расстройств с преходящими нарушениями ритма сердечных сокращений,

кардиалгией, колебаниями артериального давления. Доминируют жалобы на неприятные телесные ощущения в груди, «перебои» в работе сердца, «замирание его», ощущение «толчков» и «остановки» сердца. Клинически соматоформные расстройства проявляются ограниченным спектром болезненных проявлений, касающихся деятельности сердца. Ярко выраженными являются аффективные расстройства, сопровождающие жалобы пациента: чувство страха, боязнь внезапной смерти, тревога, необоснованные опасения развития инфаркта, инсульта и пароксизмально возникающих «панических атак». Расстройства функций органов и систем в связи с воздействием психогенного фактора, составляющих группу психосоматических нарушений невротического уровня нозологически оцениваются как системные («органные») неврозы (В.Н. Мясищев, 1959, А.Б. Смулевич, 2002). По данным А.Б. Смулевича, А.Л. Сыркина (1999) данная патология регистрируется у каждого 10 пациента, обращающегося к кардиологу и составляет в среднем 1,3-1,6 на 100 больных среди контингента многопрофильных стационаров.

При соматоформных расстройствах наблюдается несоответствие между выраженностью тревожно-фобических расстройств и отсутствием органического заболевания сердца. Озабоченность по поводу соматического неблагополучия приобретает сверхценный характер с тревожным «неистовством», кардиофобиями, нозофобиями. Появляются не свойственные ранее больным сомнения и неуверенность в себе, боязнь воображаемого несчастья, опасения в преодолении неудач, боязнь пользоваться транспортом, выходить из дома.

*Целью исследования* явилось изучение эффективности комплексного лечения 60-ти пациентов с соматоформными расстройствами сердечно-сосудистой системы (основная группа) и 60 больных с такой же патологией, получавших только медикаментозную терапию (контрольная группа). Использовался бригадный метод лечения больных, где во главе бригады, состоящей из различных специалистов (медицинский психолог, специалист по социальной работе, музыкотерапевт, рефлексотерапевт, сексолог, невролог, терапевт, специалист по медицинскому массажу и ЛФК), стоял опытный врач психотерапевт, который составлял индивидуальные лечебно-реабилитационные программы каждому пациенту и координировал работу бригады.

Комплексная терапия включала патогенетическую терапию антидепрессантами (коаксил, леривон, пиразидол, паксил) в сочетании с транквилизаторами (алпразолам, грандаксин, сигнопам, оксилидин, рогипнол), церебропротекторами и соматотропными препаратами. Доминирующим методом в терапевтическом комплексе основной группы являлась психо-

терапия, представленная в современной практике множеством форм и методик, применяемая по принципу этапности.

**I этап – седативный.** На этом этапе принципиально важным было установление и поддержание продуктивного психотерапевтического контакта и устранение тревоги.

Основным методом первого этапа являлась индивидуальная рациональная психотерапия, проводимая в виде бесед, формирующая активную позицию больного в процессе осознания особенностей своей болезни.

Гипносуггестивная психотерапия и методика направленной органотренировки, разработанная Х. Кляйнзорге и соавторами (1965), а также функциональная разрядка по M. Fuchs (1984) снижали аффективные переживания (тревогу, страхи), приводили к улучшению общего состояния и выравниванию настроения.

**II этап – активизирующий.** Психотерапия на этом этапе была направлена на устранение основных проявлений соматоформного расстройства. Большой удельный вес здесь занимали методы психической саморегуляции (авторские аудиопсихотерапевтические программы медитаций и сеансы гетеротренинга (В.Н. Сгибов, 2005), применяемые с целью освоения основных приемов реагирования на болезненную симптоматику и связанную с ней психотравмирующую ситуацию. Проводились курсы иглорефлексотерапии с опосредованной психотерапией, занятия ЛФК и обучение активному оздоровительному двигательному режиму.

**III этап – реконструктивный.** Основной задачей этого этапа было разрешение внутриличностных конфликтов, коррекция уровней притязаний больного и изменение болезненно сложившейся системы взаимоотношений в рамках духовно-ориентированной психотерапии.

**IV этап – поддерживающий.** На этом этапе лечения больные самостоятельно занимались методами психической саморегуляции, составляли самоотчет, выполняли рекомендации по рациональному питанию, адекватному двигательному режиму.

Для оценки эффективности лечения использовались психологические *методы исследования*: СМИЛ, шкала депрессии Цунга, шкала тревожности Спилбергера-Ханина. Комплексная терапия больных с соматоформными расстройствами снижала до уровня нормы такие изначально повышенные показатели психовегетативного и аффективного статуса как личностная и реактивная тревожность, невротическая депрессия, кардиофобии. После курса лечения усредненный профиль личности по СМИЛ пациентов основной группы претерпел существенные изменения, что коррелировало с клиническим редуцированием невротической симптоматики и нивелированием личностной тревожности. Усредненный профиль лич-

ности контрольной группы изменился менее значительно, несколько понизились шкалы «сверхценности», «депрессии» и «тревожности».

Клиническое улучшение и выздоровление было достигнуто у 45 больных (75%) основной группы (лечение по авторской программе) и у 29 больных (48,3%) контрольной группы (только медикаментозное лечение).

Через год обострение заболевания, потребовавшее повторного курса лечения, наблюдалось у 5 больных (8,3%) основной группы и у 17 больных (28,3%) контрольной группы, что подтверждает целесообразность применения комплексной терапии при соматоформных расстройствах.

При дальнейшей разработке дифференцированных терапевтических программ по интенсификации восстановительного лечения больных с соматоформной дисфункцией сердца и сердечно-сосудистой системы могут быть использованы результаты комплексного подхода к терапии.

## ПРОГРАММА «ЗДОРОВЬЕ» КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЕДОМСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

С.А. Секерко

ФГУЗ Медико-санитарная часть УВД Пензенской области,
г. Пенза

На сегодняшний день государственная политика охраны и укрепления здоровья здоровых и практически здоровых лиц является одной из приоритетных задач здравоохранения. Значимость данного вопроса связана с тем, что в последние годы в структуре заболеваемости и смертности населения России прогрессируют социально зависимые и профессионально обусловленные дефекты здоровья (несчастные случаи, травмы, стрессогенные заболевания). В связи с этим на первый план выступает насущная необходимость внедрения в практическую медицину современной модели организации системы охраны и укрепления здоровья населения.

Данный вопрос актуален и для медицинской службы МВД России, так как работа в правоохранительных органах характеризуется высокой степенью социальной и профессиональной ответственности и сопряжена с высоким риском потери здоровья, а иногда и жизни. Отрицательное влияние напряженных, экстремальных условий службы сотрудников правоохранительных органов зачастую приводит к неблагоприятным последствиям: снижению стрессоустойчивости, истощению психофизиологических ресурсов, формированию психосоматических и нервно-психических расстройств. При медицинском освидетельствовании сотрудников на военно-врачебной комиссии психосоматические заболевания являются основны-

ми причинами различных ограничений годности к службе в органах внутренних дел (далее ОВД) и с каждым годом приобретают все большую актуальность. Их совокупная доля составляет 40-50%.

Концепцией развития службы тыла МВД РФ на 2003-2010 гг. была определена основная цель ведомственного здравоохранения – сохранение и улучшение здоровья лиц, прикрепленных на медицинское обеспечение к медицинским учреждениям системы МВД России. Это послужило основанием для разработки медицинским отделом УВД Пензенской области в 2004 г. региональной комплексной профилактической программы «Здоровье» на 2004-2008 гг. В ней определены основные организационные формы работы медицинских подразделений УВД Пензенской области по реализации стратегической цели – снижение предотвратимых потерь здоровья и достижение оптимального функционирования личного состава ОВД. В качестве наиболее оптимальной методологии рассматривается мониторинг функциональных резервов, своевременная диагностика и коррекция негативных отклонений в состоянии здоровья сотрудников.

В рамках комплексной профилактической программы «Здоровье» был разработан многоуровневый подход по реализации задач, стоящих перед медицинской службой УВД Пензенской области.

По итогам 2004-2005 гг., предпринятые меры по реализации программы «Здоровье» в УВД Пензенской области уже привели к определенным положительным результатам. Так, в 2005 г., по сравнению с 2003 г., отмечено:

1. Снижение общей заболеваемости сотрудников ОВД на 9,3%:
   - по болезням органов дыхания на 16,5% (из них по ОРВИ на 33,6%, по гриппу на 80%).
   - по болезням пищеварения на 18,6% (из них по язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки на 5,5%).
   - по инфекционным заболеваниям на 15,2%.

2. Снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности на 100 работающих: в случаях на 4.1%, в днях на 11,5%. Среднее пребывание на больничном листе уменьшилось с 14,6 до 13,5 дней.

Однако, несмотря на проводимые мероприятия, остается тенденция к росту:

- по болезням кровообращения на 21,3% (из них по гипертонической болезни на 30,4%).
- по болезням эндокринной системы на 19,6% (из них по сахарному диабету на 34%, по нарушениям обмена веществ на 42,8%).

Выявленные негативные тенденции в состоянии здоровья личного состава требуют совершенствовать медико-психологическую реабилитацию сотрудников в состоянии неудовлетворительной адаптации или ее

срыва после выполнения служебных задач в особых условиях. Для этого необходимо:

- повысить качество лечебных и реабилитационных мероприятий за счет целенаправленной адекватной терапии выявленных преморбидных состояний с определением метаболического типа человека и составлением индивидуальной оздоровительной программы
- обеспечить необходимую кратность динамического наблюдения с подключением психологического блока реабилитации.

Таким образом, разработанная программа «Здоровье» на 2004-2008 гг. позволяет проводить своевременную коррекцию оздоровительных мероприятий, определять приоритетные направления и разрабатывать перспективные планы профилактической деятельности ведомственной медицины.

## ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Е.М. Селезнева, М.А. Орлов, С.Б. Селезнев

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия», г. Астрахань

В течение последнего десятилетия в современной медицине наблюдается значительное расширение регистра соматоформных психических расстройств и психосоматических заболеваний. Воздействие психогенных факторов играет важную роль при сердечно-сосудистой патологии и, в частности, при гипертонической болезни и инфаркте миокарда (ИМ). В этой связи возрастает роль психотерапии в комплексном лечении и реабилитации кардиологических больных. Участие психотерапевта в лечебном процессе направлено для корригирующего воздействия на психогенное звено запуска и развития заболевания, а также с целью устранения либо минимизации таких психопатологических феноменов как страх, тревога, депрессия, ипохондрия. В итоге, основной целью психотерапевтической реабилитации является формирование психологической установки на благополучное здоровье в будущем.

*Целью* настоящего исследования явилась разработка интегративной психотерапевтической модели в комплексе реабилитации больных ИМ на санаторно-курортном этапе.

Нами использованы известные техники когнитивной, когнитивно-поведенческой, личностно-ориентированной и гипносуггестивной терапии в классическом и в эриксоновском вариантах, элементы аутотренинга.

Всего пролечено 27 пациентов (15 мужчин и 12 женщин) в возрасте 48-62 лет, перенесших мелкоочаговый ИМ. У 4 мужчин ИМ был повторным, который рецидивировал после первого коронарного инцидента через 1-1,5 года. Это явилось условием для значительного усиления формирования вторичной неврозоподобной симптоматики. Клиническими особенностями психического статуса больных ИМ явились: высокий уровень ситуативной тревожности (89%), психоэмоционального напряжения (81%), дистимические (22%), обсессивно-фобические (52%), астено-депрессивные (22%), астено-апатические (18,5%), астено-ипохондрические нарушения (66,7%). Стойкие нарушения ночного сна отмечались у 70% больных. Испытывали преходящие психовегетативные пароксизмы 24% пациентов, при которых усиливалась тревожно-фобическая симптоматика, достигая в некоторых случаях уровня «панических атак».

Психотерапевтическая работа проводилась в индивидуальном режиме в течение 2-х недель и состояла из 8-12 сеансов. Первые 2 встречи посвящались тщательному сбору информации о больном и его болезни, причин ее развития, субъективного отношения пациента к своему заболеванию, исследованию особенностей его личностного формирования с одновременным поиском внутренних личностных ресурсов. На этом этапе формировалось эффективное терапевтическое взаимодействие, основанное на целостном клиент-центрированном подходе, что имеет первостепенное значение для рациональной психотерапии. Последующие 2-3 встречи преследовали цель поэтапного психоэмоционального отреагирования личностно значимых психотравмирующих обстоятельств и отражали наиболее патогенетически важную часть работы. При этом, дифференцированно использовались как классические поведенческие техники «имплозии», так и техники «гипноанализа», элементы «клинических ролевых игр и психодрамы», «ассоциативного маятника», эриксоновские техники (косвенное внушение, метафоры). При необходимости использовались и симптом-центрированные воздействия через классическую гипносуггестию или самовнушение. Дальнейшая работа была связана с реконструкцией прежней когнитивно-поведенческой стратегии и формированием новой поведенческой линии, конгруэнтной преморбидному психологическому профилю личности (личностно-ориентированная реконструкция). На заключительном этапе реабилитации проводились «сеансы лечебного отдыха» с фиксацией внимания на достижении глубокой релаксации. Здесь использовались техники мягкой гипносуггестии и аутотренинга с целью более полного осознания и закрепления сформировавшихся позитивных психологических установок. После санаторно-курортного лечения пациентам рекомендовали продолжение занятий аутогенной тренировкой в домашних условиях.

Значительное улучшение наблюдалось у 81% больных ИМ. У остальных пациентов отмечалось незначительное улучшение, при котором, однако, имели место объективная стабилизация состояния и отсутствие рецидивов. Данные катамнеза (спустя 1 год) свидетельствуют об относительно малом количестве рецидивов соматоформных и неврозоподобных нарушений (7,4%).

Таким образом, результаты клинической эффективности используемой нами психотерапевтической модели указывают на целесообразность ее более широкого использования в реабилитации больных ИМ на санаторно-курортном этапе.

## МУЛЬТИМЕДИЙНАЯ ТЕХНИКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЕКЦИЙ, СЕМИНАРОВ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ НА КАФЕДРЕ КЛД ПЕНЗЕНСКОГО ИНСТИТУТА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

Ю.С. Семакова, А.В. Печерский, А.И. Сафронов

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
Пензенский государственный университет, кафедра «Информационное обеспечение управления и производства»,
г. Пенза

В настоящее время в учебном процессе Пензенского института усовершенствования врачей широко используется компьютерная и мультимедийная техника. Процесс использования информационных мультимедийных технологий, как правило, условно делится на 3 этапа: первый – подготовка материала, второй – подготовка или выбор помещения и третий (конечный этап) – непосредственно проведение занятия.

*Подготовка материала*. Преподаватель кафедры или его помощник из всей начитываемой лекции выделяет основные понятия, термины, мысли. Затем структурирует эту информацию и представляет в виде тезисов, схем, графиков и таблиц. Далее, используя программный продукт MS Office PowerPoint, готовится презентация по принципу: каждый слайд (или группа из нескольких слайдов) имеет отдельную значимость. В презентацию добавляются различные фотографии (лабораторное оборудование, приборы и т.п.), слайды (с изображениями, например, клеток крови), видеоролики (отображающие течение каких-то процессов в организме), звуковые файлы (заранее начитанные на диктофон фрагменты лекции). В заключении производят оформление презентации – определяют фон, цвет и размер тек-

ста, т.е. вид слайдов. Презентация записывается на электронный носитель (дискету, компакт-диск, флеш-диск). Материал готов.

*Подготовка (выбор) помещений*. Проведение занятия предполагает использование презентационного оборудования (мультимедиа-проектора и проекционного экрана), поэтому необходимо помнить, что одно из направлений должно остаться свободным, чтобы обеспечить комфортную видимость экрана для всех участников одновременно. На рисунке 1 изображены два варианта расположения мультимедийного оборудования при проведении занятий для группы из 10-30 человек (слушателей).




1 – экран;
2 – мультимедиа проектор (слайд-проектор)

*Рисунок 1. Схемы расположения оборудования: а) для группы из 10-15 человек; б) для группы из 25-30 человек*

Для того, чтобы обстановка в целом способствовала успешному проведению учебного процесса, важны многие аспекты, а именно: форма и дизайн помещения (класса), освещение, акустика, мебель, аудиовизуальное оборудование и расположение сидячих мест.

*Форма и размер помещений*:

1. Длина учебного помещения не должна превышать его ширину более чем в 2 раза.

2. Всегда следует оценивать среднее количество людей, которые будут присутствовать в классе. Скученность мешает учебному процессу.

3. Надо избегать колонн и низко свешивающихся люстр: они могут мешать слушателям видеть преподавателя или носители визуальной информации.

*Освещение помещения*.

1. Окна следует завешивать темными шторами. Естественный свет будет отсвечивать от экрана видеомониторов.

2. Рекомендуемая освещенность в таких классах – 100…130 лк.

3. Наилучшим решением будет комбинация прямого и рассеянного освещения. Этот метод требует, чтобы в помещении был более высокий потолок.

*Акустика* в помещении должна служить двум целям: обеспечивать, чтобы речь говорящего была ясно слышима, и сводить к минимуму случайные шумы.

При определении правильного размера и местоположения экрана следует руководствоваться следующими правилами:

1. Зазор между полом и нижним краем экрана должен быть не менее 1 м.
2. Расстояние между экраном и последним рядом стульев должно равняться ширине экрана, умноженной в 6 раз.
3. Расстояние от экрана до первого ряда стульев должно равняться ширине экрана, умноженной в 2 раза.

*Проведение занятий*. Заранее подготовленная и записанная на жесткий диск ноутбука (или на CD/DVD-диск, флеш-диск) презентация проецируется при помощи мультимедийного проектора на экран. При этом слушатели не просто записывают слова лектора, но и наглядно знакомятся с материалом.

Каждая презентация в той или иной степени отражает личность преподавателя, его творческий подход к освещению учебного материала, поэтому любая деталь презентации должна быть тщательно продумана. Например, чрезмерное увлечение эффектами анимации, как правило, снижает ценность лекции, а правильно подобранная цветовая гамма слайдов создает тот фон, на котором учебный материал воспринимается значительно эффективнее.

В течение 2005-2006 гг. на кафедре КЛД института усовершенствования врачей было создано и успешно применяется более 20 презентаций («Анемии», «Болезни крови у детей», «Генетика», «Иммунология», «Лабораторная диагностика важнейших нарушений системы гемостаза», «Лабораторный мониторинг», «Лейкозы», «Миелопролиферативные опухоли», «Мокрота», «Моча», «Основные морфологические изменения клеток», «Морфология клеток крови и костного мозга», «Паразитология», «Основные факторы обеспечения качества ИФА», «Стресс» и ряд других).

Результатом использования современных информационных технологий при проведении презентаций и учебных занятий является высокая мотивация слушателей в освоении материала, моральное удовлетворение и заметное повышение качества обучения.

# ВЛИЯНИЕ КОМПЕНСАЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

М.Ю. Сергеева-Кондраченко

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

*Цель работы*: оценить минеральную плотность костной ткани и показатели фосфорно-кальциевого гомеостаза у больных сахарным диабетом (СД) I типа в зависимости от длительности заболевания и компенсации углеводного обмена.

*Материалы и методы исследования*. С целью изучения состояния костной системы 117 больным СД I типа (средний возраст – 37,9±5,7 лет, 58 мужчин и 59 женщин, больные не имели в анамнезе заболеваний и состояний, приводящих к нарушению МПКТ) проводилось исследование на компьютерном денситометре ДТХ-100 методом рентгеновской количественной абсорбциометрии в периферических отделах лучевой и локтевой костей. Контрольной группой послужили 110 человек, не имеющих в анамнезе заболеваний и состояний, приводящих к изменению МПКТ. Сравниваемые группы были сопоставимы по полу и возрасту, переломы в анамнезе отсутствовали. Оценка состояния фосфорно-кальциевого гомеостаза проводилась по уровню кальция, неорганического фосфора и активности щелочной фосфатазы в сыворотке крови. Достоверных различий по вышеуказанным показателям у больных СД I типа по сравнению с группой здоровых лиц выявлено не было.

В зависимости от длительности заболевания и компенсации углеводного обмена все больные были разделены на 3 группы: 1-я – больные СД I типа с продолжительностью заболевания до 5 лет (без осложнений СД) – 37 человек (18 – субкомпенсированных и 19 – декомпенсированных), 2-я группа – продолжительность заболевания от 5 до 10 лет (с проявлениями микроангиопатии и нейропатии) – 39 больных (20 – с субкомпенсацией углеводного обмена и 19 – с декомпенсацией углеводного обмена) и 3-я группа – СД I типа с продолжительностью заболевания более 10 лет (с проявлениями микро-, макроангиопатии и нейропатии) – 41 больной (20 больных – субкомпенсированных и 21 больной – декомпенсированный).

*Результаты и их обсуждение*. У больных СД I типа с продолжительностью заболевания до 5 лет, находящихся в состоянии субкомпенсации углеводного обмена, изменения по Z-score не выходили за показатели

нормы, а по T-score – свидетельствовали об остеопении I степени (см. таблицу 1). Остальные определяемые показатели у данной группы больных, не отличались от значений здоровых лиц.

Изменения по Z-score у больных СД I типа с продолжительностью заболевания до 5 лет, находящихся в состоянии декомпенсации углеводного обмена, свидетельствуют об остеопении II степени, а по T-score – о наличии остеопении III степени. У данной группы больных, кроме Z-score и T-score, достоверно изменился еще показатель проекционной минеральной плотности костей (BMD) distal.

Z-score и T-score у больных СД I типа с продолжительностью заболевания от 5 до 10 лет, находящихся в состоянии субкомпенсации углеводного обмена, свидетельствуют об остеопении II степени, но кроме них у этой группы больных отмечается достоверное снижение BMC ulna, проекционной минеральной плотности костей по всем сравниваемым показателям, кроме BMD ulna.

В группе больных СД I типа с продолжительностью заболевания от 5 до 10 лет, но находящихся в состоянии декомпенсации углеводного обмена изменения по Z-score и T-score свидетельствовали об остеопении III степени. Кроме этого, достоверно снизились показатели BMC radius, BMC ulna и BMC distal по сравнению с группой здоровых лиц. Проекционная минеральная плотность костей была снижена по всем показателям и это снижение было достоверным ($p<0,05$).

У больных СД I типа с продолжительностью заболевания выше 10 лет при субкомпенсации углеводного обмена уровни Z-score и T-score свидетельствуют об остеопении III степени. BMC radius, BMC distal, BMD radius, BMD ulna, BMD distal в данной группе больных были достоверно ниже по сравнению со здоровыми.

В группе больных с продолжительностью заболевания выше 10 лет при декомпенсации углеводного обмена достоверно снижены следующие показатели: BMC radius, BMC ulna, BMC distal, BMD radius, BMD ulna, BMD distal, BMD ultra, Area radius, Area distal, Area ultra, а также все значения по Z-score и T-score по сравнению со здоровыми. Изменения МПКТ у этой группы больных свидетельствуют об остеопорозе I степени.

*Выводы*. Таким образом, у больных СД I типа изменения со стороны МПКТ зависят от длительности заболевания и компенсации углеводного обмена, и у субкомпенсированных больных эта зависимость выражена отчетливее, по сравнению с группой декомпенсированных. Следовательно, у больных СД I типа с целью поддержания нормальных значений МПКТ, необходимо строго следить за компенсацией углеводного обмена и назначать препараты, повышающие МПКТ, практически с момента развития

заболевания не зависимо от такого в состоянии субкомпенсации или декомпенсации находится больной.

Таблица 1 – Изменения со стороны МПКТ в зависимости от длительности СД I типа и компенсации углеводного обмена

| Степень остеопении или остеопороза | Продолжительность СД I типа и степень компенсации углеводного обмена | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | до 5 лет | | 5-10 лет | | более 10 лет | |
| | субкомпенсация | декомпенсация | субкомпенсация | декомпенсация | субкомпенсация | декомпенсация |
| | остеопения I степени | остеопения III степени | остеопения II степени | остеопения III степени | остеопения III степени | остеопороз I степени |

## ВЛИЯНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ

М.Ю. Сергеева-Кондраченко

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

Известно, что наиболее ранние признаки нарушения диастолической функции можно получить при определении внутрижелудочковой гемодинамики.

*Цель исследования*: оценить влияние продолжительности сахарного диабета (СД) I типа на параметры внутрисердечной гемодинамики.

*Материалы и методы исследования*. Для решения поставленной цели у 97 больных СД I типа (средний возраст – 39,5±3,9 лет, 48 мужчин и 49 женщин, все больные без артериальной гипертензии и сердечной недостаточности в анамнезе) определяли параметры трансмитрального потока крови из левого предсердия в левый желудочек (ЛЖ) во время диастолы, время изоволюметрического расслабления миокарда (IVRT). Группу сравнения составили 95 здоровых добровольцев сравнимых по полу и возрасту.

При изучении размеров камер сердца и измерениях показателей трансмитрального кровотока использовался аппарат ультразвуковой диагностики «Sim 5000 D Plus» фирмы «Рос-Биомедика» (Россия-Италия) с допплеровской приставкой. Частота излучения импульсов аннулярного датчика составляла 3,5 МГц. Определение размеров левых камер сердца и толщины миокарда межжелудочковой перегородки и задней стенки ле-

вого желудочка проводилось в парастернальной позиции датчика при положении больного лежа на левом боку в М-режиме после десятиминутного отдыха.

*Результаты и их обсуждение*. Все больные, принимающие участие в исследовании, были разделены на 3 группы в зависимости от длительности СД I типа: 1-я – 32 больных СД I типа с продолжительностью заболевания до 5 лет (без осложнений СД), 2-я группа – 33 больных с продолжительностью заболевания от 5 до 10 лет (с проявлениями микроангиопатии и нейропатии) и 3-я группа – 32 больных СД I типа с продолжительностью заболевания более 10 лет (с проявлениями микро-, макроангиопатии и нейропатии).

Анализ изменений внутрисердечной гемодинамики в зависимости от продолжительности СД показал, что у больных СД I типа с продолжительностью заболевания до 5 лет, уже выявляются существенные нарушения внутрисердечной гемодинамики, а именно достоверно увеличивается показатель конечного диастолического объема (КДО) ЛЖ, который составил 117,1±15,8 мл, а у здоровых 72,8±11,7 мл ($p<0,05$). IVRT у больных данной группы достоверно выросло по сравнению с группой здоровых лиц и составило 0,078±0,003 сек., а у здоровых 0,062±0,002 сек. ($p<0,05$). Кроме изменений КДО ЛЖ и IVRT, у этой группы больных СД I типа, достоверно уменьшилась средняя величина максимальной скорости раннего пика диастолического трансмитрального кровотока (Ve). Несмотря на то, что максимальная скорость позднего диастолического потока крови достоверно не изменилась по сравнению с группой здоровых лиц (Va), а вот показатель Ve/Va у больных СД I типа составил 1,35±0,03 отн.ед., что было достоверно ниже ($p<0,05$) показателя у здоровых лиц – 1,81±0,01 отн.ед.

Таким образом, у больных СД I типа с продолжительностью заболевания до 5 лет, уже отмечаются нарушения внутрисердечной гемодинамики, которые свидетельствуют о развитии диастолической дисфункции ЛЖ.

В группе больных СД I типа с продолжительностью заболевания от 5 до 10 лет, выявляются более значимые изменения со стороны диастолической функции ЛЖ по сравнению с 1 группой. Так, КДО ЛЖ при продолжительности заболевания от 5 до 10 лет составил 119,4±19,2 мл, а у здоровых 72,8±11,7 мл ($p<0,05$), тогда как в I группе этот показатель равнялся 117,1±15,8 мл. Таким образом, КДО ЛЖ прогрессивно нарастает с ростом продолжительности СД.

У больных 2-ой группы происходит дальнейшее достоверное увеличение IVRT по сравнению с группой здоровых лиц: 0,079±0,003 сек. и 0,062±0,002 сек. соответственно ($p<0,05$), отмечаются изменения не только Ve, но и Va, что не было отмечено в 1 группе больных СД. Ve/Va

во 2-ой группе больных составило 1,29±0,02 отн.ед., что достоверно ниже по сравнению с группой здоровых лиц, где Ve/Va – 1,81±0,01 отн.ед. и гораздо ниже, чем в первой группе – 1,35±0,03 отн.ед.

Таким образом, анализ вышеуказанных показателей свидетельствует о том, что у больных СД I типа с продолжительностью заболевания от 5 до 10 лет, происходит дальнейшее усугубление диастолической функции ЛЖ

В 3-ей группе больных СД I типа с продолжительностью заболевания более 10 лет отмечается дальнейшее более выраженное изменение показателей, характеризующих диастолическую функцию ЛЖ. Так, КДО ЛЖ у больных данной группы составил 121,4±20,6 мл, что достоверно выше, чем у здоровых 72,8±11,7 мл ($p<0,05$) и несколько выше по сравнению с больными 1-ой и 2-ой групп – 117,1±15,8 мл и 119,4±19,2 мл соответственно. В данной группе время изоволюметрического расслабления миокарда составило 0,084±0,003 сек., что достоверно выше, чем у здоровых и гораздо выше по сравнению с больными 1-ой и 2-ой групп. Ve у больных 3-ей группы продолжала неуклонно снижаться и составила – 0,61±0,02 м/с. В данной группе отмечалось повышение Va до 0,50±0,03 м/с, но различия по сравнению с группой здоровых лиц были не достоверны. Из всех сравниваемых групп, в группе больных СД I типа с продолжительностью заболевания более 10 лет отношение максимальных скоростей раннего и позднего трансмитрального потоков крови было минимальным и составило 1,22±0,02 отн. ед., а это достоверно ниже по сравнению с группой здоровых лиц – 1,81±0,01 отн. ед. ($p<0,05$).

*Вывод*. Следовательно, проведенный анализ показал, что с ростом продолжительности СД I типа нарастают изменения со стороны диастолической функции ЛЖ.

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

М.Ю. Сергеева-Кондраченко

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

*Цель работы*: оценить влияние препарата Кальций Д3-Никомед-форте на минеральную плотность костной ткани (МПКТ) и показатели фосфорно-кальциевого гомеостаза у больных СД I типа.

*Материалы и методы*. С целью изучения состояния костной системы 97 больным сахарным диабетом (СД) I типа (средний возраст – 37,9±5,7 лет, 48 мужчин и 49 женщин, больные не имели в анамнезе заболеваний и состояний, приводящих к нарушению МПКТ) проводилось исследование на компьютерном денситометре ДТХ-100 методом рентгеновской количественной абсорбциометрии в периферических отделах лучевой и локтевой костей. Контрольной группой послужили 95 человек, не имеющих в анамнезе заболеваний и состояний, приводящих к изменению МПКТ. Сравниваемые группы были сопоставимы по полу и возрасту, переломы в анамнезе отсутствовали. Оценка состояния фосфорно-кальциевого гомеостаза проводилась по уровню кальция, неорганического фосфора и активности щелочной фосфатазы в сыворотке крови. Достоверных различий по вышеуказанным показателям у больных СД I типа по сравнению с группой здоровых лиц выявлено не было.

После проведенной денситометрии, больным СД I типа была назначена диета, богатая кальцием и препарат Кальций-Д3-Никомед-форте по 1 таблетке 1 раза в день. Вышеуказанная терапия проводилась на протяжении года, после чего больным СД денситометрическое обследование было сделано повторно.

*Результаты и их обсуждение*. У больных СД I типа на фоне диеты, богатой кальцием и ежедневного приема в течение года препарата Кальций-Д3-Никомед-форте по 1 таблетке 1 раз в день произошли позитивные изменения со стороны минеральной плотности костной ткани: повысилось содержание костного минерала – BMC radius, BMC ulna, BMC distal и BMC ultra, но наиболее выраженным и достоверным это повышение было по показателям BMC radius и BMC distal. Так, значение BMC radius составило: 1,64±0,09 г, 1,83±0,08 г и 2,07±0,11 г – соответственно до лечения, после лечения и у здоровых лиц. Уровень BMC distal составил: 2,26±0,08 г, 2,54±0,06 г и 3,18±0,15 г – соответственно до лечения, после лечения и у здоровых лиц.

Проекционная минеральная плотность костей на фоне терапии, также повысилась по всем анализируемым показателям, но наиболее выраженными и достоверными эти повышения были по следующим показателям: BMD radius, BMD distal. Так, значение BMD radius составило: 0,34±0,02 г/см$^2$, 0,41±0,02 г/см$^2$ и 0,48±0,03 г/см$^2$ – соответственно до лечения, после лечения и у здоровых лиц, то есть BMD radius после лечения достоверно не отличался от показателя здоровых лиц и был достоверно выше ($p<0,05$), чем до лечения. После лечения отмечено достоверное повышение BMD distal: 0,23±0,02 г/см$^2$ и 0,31±0,03 г/см$^2$ – соответственно до лечения и после лечения ($p<0,05$). На фоне проводимой терапии у больных СД I типа отмечалась тенденция к повышению площади проекции ис-

следуемых участков, но достоверно изменился только показатель Area ultra, который до лечения составлял 5,01±0,03 $см^2$, а после лечения – 5,11±0,04 $см^2$ ($p<0,05$).

Наиболее значимые изменения после лечения отмечались по Z-score и T-score. Так, если до лечения у больных СД I типа, отмечалась остеопения II степени, то после лечения она снизилась до I степени.

Группа больных СД I типа, получавших в течение года диету, богатую кальцием и препарат Кальций-Д3-Никомед-форте по 1 таблетке 1 раз в день, была неоднородна по компенсации углеводного обмена, поэтому пациенты были разделены на две группы: первая – с компенсацией углеводного обмена и вторая – с субкомпенсацией. В группу сравнения для пациентов, прошедших вышеуказанную терапию в течение года, кроме больных СД I типа до лечения и здоровых, вошли пациенты с компенсацией углеводного обмена, не получавшие вышеуказанную терапию.

Было выявлено, что только компенсация углеводного обмена у больных СД I типа повышает содержание костного минерала по показателю BMC distal: 2,26±0,08 г и 2,56±0,05 г – соответственно до лечения и только при компенсации углеводного обмена в течение года ($p<0,05$). А кроме этого, отмечается снижение остеопении со II до I степени, что наглядно демонстрируют показатели по Z-score и T-score.

У больных СД I типа, получавших в течение года диету, богатую кальцием и препарат Кальций-Д3-Никомед-форте по 1 таблетке 1 раз в день и строго компенсирующих состояние углеводного обмена в течение года по Z-score и T-score можно говорить о нормальной минеральной плотности костной ткани. В группе больных СД I типа, у которых на фоне лечения отмечалась субкомпенсация углеводного обмена в течение года, к концу лечения остеопения со II степени снизилась до I, что так же было отмечено в группе пациентов с компенсацией углеводного обмена, которые в течение года дополнительное лечение, направленное на повышение минеральной плотности костной ткани не получали. Эти группы достоверно отличались только по показателю BMC distal, который составил: 2,56±0,05 г и 2,35±0,07 г – соответственно только при компенсации углеводного обмена и на фоне лечения с субкомпенсацией углеводного обмена, а у здоровых лиц он составил 3,18±0,15 г.

*Вывод*. То есть, только назначение диеты и препаратов, повышающих минеральную плотность костной ткани, как и только строгая компенсация углеводного обмена без дополнительного вышеуказанного лечения не могут привести к нормализации минеральной плотности костной ткани, хотя степень остеопении снижается. Таким образом, необходима строгая компенсация углеводного обмена и назначение препаратов, повышающих

МПКТ с момента выявления сахарного диабета с целью предотвращения развития переломов и инвалидизации больных СД I типа.

## ОСОБЕННОСТИ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Н.С. Симутина, Е.Н. Лобыкина, С.М. Брызгалина

ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Новокузнецк

В последние годы в стране и в мире отмечается неуклонный рост пациентов, имеющих избыточную массу тела и ожирение. В связи с этим вопросы профилактики и лечения данной патологии являются крайне актуальной проблемой. Особенности современных преобразований в здравоохранении требуют тщательной оценки существующей практики наблюдения и лечения пациентов с ожирением на всех этапах лечебного процесса.

В связи с этим была поставлена *цель исследования*: провести анализ причин и частоты госпитализации больных с ожирением на стационарном этапе лечебного процесса.

*Материалы и методы*: Проанализировано 1840 медицинских стационарных карт (форма №003/у) больных, поступивших в 2004-2005 гг. в эндокринологическое отделение №2 ГКБ №1 г. Новокузнецка.

*Результаты исследования*: Из всего количества стационарных больных, пациенты с диагнозом ожирение составили 54,2% (из них 55,6% женщин и 44,4% мужчин*).* Среднее количество койко-дней составило18 дней. Избыточная масса тела выявлена у 15,6%, ожирение 1ст. – у 21,6%, ожирение 2 ст. – у 24,8%, ожирение 3 ст. – у 38% больных. Артериальная гипертензия выявлена у 91%, жировой гепатоз – у 52,5% больных, сахарный диабет II типа – у 18,4% и нарушение толерантности к углеводам – у 3,5% пациентов, у 59% – диагностирована дислипидемия. Причиной госпитализации в 40,6% случаев было исследование гормонального статуса; в 20,4% случаев – обследование по направлению из военкомата; в 39% случаев поводом для госпитализации стало развитие других эндокринных осложнений (сахарного диабета II типа, гипотиреоза, гиперкортицизма). Эндокринные нарушения выявлены в 87% случаев, у 13% причиной ожирения являлся алиментарный фактор. Диагноз ожирения 17-ти % пациентам был поставлен при выписке впервые, так как

причиной госпитализации являлись другие эндокринные заболевания (аденома гипофиза, гипотиреоз и другие).

Во время стационарного лечения динамика веса пациентов оказалась незначительной и составила только у 26% пациентов в среднем 1-1,5 кг, в 3-х% случаев динамика веса составила в 3,5-5 кг. У остальных пациентов снижения веса не отмечалось. То есть редукция массы тела была выявлена только в том случае, если была достаточно сильная мотивация. У большинства пациентов (71%), проходивших лечение в стационаре, определялась положительная динамика не в отношении массы тела, а только лишь в клинических и лабораторных показателях сопутствующих ожирению состояний (нормализация артериального давления, углеводного и жирового обмена и др.).

*Выводы*: 1. В стационаре медицинскую помощь получают пациенты с выраженной формой ожирения. 2. Стационарный этап лечения пациентов с ожирением направлен на диагностику и лечение осложнений, а не на изменение стереотипов питания и снижение массы тела.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Н.С. Симутина, Е.Н. Лобыкина, С.М. Брызгалина

ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Новокузнецк

Современные принципы лечения избыточной массы тела и ожирения сформулированы в рекомендациях международной группы по ожирению ВОЗ и предусматривают: пожизненность и систематичность лечения, реальность поставленных целей, постепенность снижения массы тела, поэтапность лечения, индивидуальность подхода, контроль факторов риска, комплексность терапии. Безусловно, лечение ожирения должно осуществляться врачом. В РФ пациенты с ожирением, как правило, лечатся у эндокринолога. Однако, особенности амбулаторного приема (недостаток времени, предварительная запись и др.) не позволяют с должной степенью эффективности осуществлять наблюдение и лечение за пациентами с избыточным весом. В результате этого среди населения получили широкую распространенность различные немедикаментозные (диеты, психотерапия, рефлексотерапия, биологически активные добавки) и медикаментозные способы лечения ожирения.

В связи с этим была поставлена *цель исследования*: изучить анамнез лечения (распространенность различных методов лечения избыточного веса) у пациентов с избыточной массой тела и ожирением, находящихся на стационарном лечении.

*Материалы и методы*: Данная работа явилась частью комплексного исследования, посвященного организации медицинской помощи больным с избыточной массой тела и ожирением. Предметом изучения явились анкеты, разработанные нами и заранее апробированные, которые включали паспортные, антропометрические данные, вопросы социально-гигиенического характера, ранжирование жизненных ценностей, изучение питания и пищевого поведения, оценку качества медицинского обслуживания и потребности в профилактических и оздоровительных услугах пациентов, имеющих избыточный вес. На основании анкет изучался существующий спрос потенциального потребителя оздоровительных и профилактических услуг, предпочтительные источники получения этой информации, особенности пищевого поведения. Анкетирование проведено среди 58 пациентов, проходящих обследование и лечение в 2005 г. в эндокринологическом отделении №2 ГКБ №1 города Новокузнецка. Ожирение определяли по индексу Кетле. Обработка данных проводилась на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ SPSS-11,5.

*Результаты исследования*: из 58 пациентов (50 женщин – 86,2% и 8 мужчин – 13,8%, средний возраст которых составил 43 года), избыточная масса тела была диагностирована у 8 пациентов (13,8%), остальные имели ожирение различной степени: ожирение 1 степени – 13 человек (22,4%), 2 степени – 26 пациентов (44,8%) и ожирение 3 степени – 11 пациентов (19%). При появлении избыточного веса все пациенты начали лечение с использованием диеты. Однако лишь 5 человек (8,6%) обратились за помощью к врачу, остальные придерживались диеты, рекламируемой либо в различных средствах массовой информации, либо по совету немедицинских работников. Снижение веса наблюдалось у 48 человек (82,7%). Продолжительность диеты у 52 человек (89,6%) была 1-1,5 месяца, у 6 человек (10,4%) продолжительность диеты составила от 3 до 6 месяцев. В последующем из 58 пациентов 43 человека (71,4%) повторно использовали различные диеты от 1 до 12 раз (наблюдалась сезонность, то есть диетотерапия в весенне-летний период).

На начальном этапе заболевания только 3 человека (5,4%) стали использовать физические упражнения. Психотерапевтические методы использовали 24 пациента (41,2%). В большинстве это были краткосрочные курсы (1 сеанс) – «кодирование» 12 человек (20,7%), нейролингвистическое программирование – 4 человек (6,9%), методы аутогенной тренировки 2 человека (3,4%) и другие (назвать затруднялись) – 4 человек (6,9%). Кур-

совое лечение у психотерапевтов прошли – 2 пациента (3,4%). Биологически активные добавки (БАД) принимали 46 пациентов (79,3%). В качестве наиболее употребляемых назывались БАД «Гербалайф», «сжигатели жира» (состав которых пациентки в большинстве случаев не могли назвать), «тайские таблетки» и др. Только 4 пациентам (6,9%) они были назначены врачом, в остальных случаях БАД приобретались самостоятельно.

К эндокринологу после самостоятельного применения различных методов лечения обратились 43 пациента (71,4%), из них 6 человек (14%) обратилось через 1,5 года после начала самостоятельного лечения, 14 человек (32,5%) – через 3 года, 12 человек (27,9%) – через 5 лет, 11 человек (25,6%) наблюдались у эндокринолога с подросткового возраста.

Самостоятельно лекарственные препараты для снижения веса (был назван только один препарат «Ксеникал») принимали 4 пациента (6,9%), 15 пациентам (25,8%) данный препарат был назначен врачом.

*Выводы*: 1. Среди пациентов, страдающих избыточной массой тела и ожирением, широко распространено самолечение. 2. За помощью к медицинскому работнику (эндокринологу) по поводу избыточной массы тела и ожирения 74,1% пациентов обратилось после длительного самостоятельно проводимого лечения.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕЛОТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДИССОЦИАТИВНЫХ (КОНВЕРСИОННЫХ) И КОМОРБИДНЫХ С НИМИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОСТРАДАВШИХ В ХОДЕ РАДИАЦИОННЫХ АВАРИЙ НА ЮЖНОМ УРАЛЕ (ПЕРИОД ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ)

А.В. Скутин, И.В. Шадрина

ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Челябинск

Актуальность изучения психических нарушений у пострадавших в ходе техногенных катастроф, в том числе и облученных лиц, как в странах содружества, так и во всем мире, возрастает. Наблюдения показывают, что идет увеличение пограничной и, в меньшей степени, психотической патологии среди местного населения. Психотерапевтическая помощь при этом либо не оказывается вообще, либо пострадавшие получают ее от врачей-интернистов. Такая помощь неадекватна выявляемым расстройствам.

Одной из активно используемых нами современных форм психотерапии явилась гелототерапия, которая использовалась как в групповых, так и в индивидуальных сессиях. Открытые в середине 60-х гг.прошлого

века Уильямом Фраем и Ли Берком терапевтические свойства смеха привели к возникновению целой отрасли медицины под названием гелототерапия. Во многих городах Западной Европы и Северной Америки существуют «смехосеминары» и «группы смеха», сеансы «смехомедитации». В работах Ю. Урываева (1988) установлено, что центры смеха расположены в правой части лобных долей головного мозга и непосредственно связаны с центрами речи. Доминирование правого полушария мозга, его префронтальной коры, предопределяет ориентированность на юмор.

Психосоматические болезни (язвенная болезнь, бронхиальная астма, колит и др.) вызваны психогенным фактором и также тем, что человек не дает «выхода» эмоциям. Смех же исцеляет, здесь гелототерапия как нельзя более кстати.

*Цель исследования*: определение патопсихологических особенностей пострадавших.

*Задача исследования*: определение эффективности гелототерапии у пострадавшим с диссоциативными расстройствами.

*Материалы и методы*: с целью изучения диссоциативных расстройств у облученного сельского населения в зоне Восточно-уральского Радиоактивного Следа и в пойме реки Теча нами было обследовано 120 пострадавших.

Исследования проводились на базе Научно-практического центра радиационной медицины Минздрава РФ (филиал института биофизики).

*Результаты исследования и обсуждение*

Смех как своеобразное упражнение лежит в основе гелототерапии. От хохота не только учащается пульс, ускоряется дыхание, выступают пот и слезы, во время смеха в кровь выбрасываются «гормоны счастья» – эндорфины. Одновременно тормозится выработка гормонов стресса – кортизола и адреналина. Участники групповых занятий поначалу разучивают «дыхание животом», чтобы активизировать диафрагму – главную мышцу, участвующую в дыхании. Многие люди дышат неправильно; открытым ртом и без пауз. Их дыхание поверхностно, оно ведет к респираторному алкалозу, что в свою очередь вызывает нервно-мышечную возбудимость. Такое состояние характерно для нерешительных, робких людей, которые опасаются различных страхов. Дыхание во время смеха – правильное дыхание, оно помогает бороться с алкалозом, преодолевать чувство страха.

Каждое занятие рефлекторного смеха продолжается в среднем 1,5-2 часа. Эффект весьма впечатляющий: пациенты после упражнения в смехе не только лучше чувствуют себя физически, но и ощущают душевный подъем. Смех меняет ритм сердцебиения, который сначала учащается, а затем урежается. После продолжительного смеха снижается кровяное давление. В конце концов, расслабляется и мускулатура тела. Уильям Фрай

утверждает, что смех в течение 27 секунд по воздействию на сердечно-сосудистую систему равен трехминутной гребле.

В гелототерапии нами использовалось четыре принципа:

1. Принцип исследовательской позиции (участники открывают свои собственные ресурсы).

2. Принцип активности (чем больше делятся знаниями, тем больше пользы).

3. Принцип объективации (осознание поведения). Поведение участников переводится с импульсивного на объективизированный уровень. Универсальным средством объективации является обратная связь.

4. Принцип партнерского общения (субъект – субъектного).

При этом важен учет интересов других участников взаимодействия, их чувств, эмоций, переживаний, признание ценности личности другого человека.

Участники гелототерапии отметили улучшение таких психологических качеств как трудоспособность, креативность, коммуникативность. На второй план отошли навязчивости. Исчезли фобии, произошло нивелирование депрессивной симптоматики с последовательным угасанием диссоциативных (конверсионных) расстройств.

В ходе занятий пациенты активно включались в жизнь отделения, помогали медперсоналу, становились синтонными, более внимательными и отзывчивыми к проблемам своих соседей по палате, что, в целом, улучшило психологический климат в отделении. Участники групповой гелототерапии засняли на видеокамеру заключительный день занятий, обменялись адресами.

Гелототерапия может быть рекомендована как одна из эффективных психотехник (экономический эффект составил 2,5 койко-дня), помогающей пациентам вновь обрести здоровье.

# СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРОПРАНОЛОЛА И КАРВЕДИЛОЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И СНИЖЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Т.П. Смирнова, Ф.Л. Бартош, Л.В. Мельникова

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
МУЗ Городская клиническая больница № 4,
г. Пенза

Известно, что фибрилляция предсердий (ФП) – одна из самых частых аритмий, которая встречается в клинической практике. Распространенность ФП увеличивается с возрастом, так в 50-59 лет составляет 3,5%, а 80-89 лет 8,8%. Высокая частота сердечных сокращений при постоянной фибрилляции предсердий отражает сниженный вагальный тонус и повышенную активность симпатической нервной системы, что увеличивает риск внезапной смерти. Известно, что выживаемость больных с постоянной ФП в значительной мере зависит от правильного подбора медикаментозной терапии и адекватного контроля частоты сердечных сокращений.

*Цель работы*: сравнить действие карведилола и пропранолола на показатели кардиогемодинамики при острой фармакологической пробе (ОФП) и в ходе курсового лечения.

*Задачи:* 1. Выявить особенности действия пропранолола и карведилола на сердечную гемодинамику у больных с постоянной формой ФП при ОФП.

2. Оценить влияние пропранолола и карведилола на кардиогемодинамику при курсовом приеме.

3. Сравнить действие пропранолола и карведилола на сердечную гемодинамику при ОФП и курсовом приеме.

*Результаты и методы*: Обследовано 50 больных с постоянной формой фибрилляции предсердий. Критерии включения в исследование: наличие диагностированной фибрилляции предсердий, удовлетворительная ультразвуковая визуализация камер сердца, КДР > 55мм., ФВ < 50%. Критерии исключения: клапанные пороки сердца; сопутствующие заболевания легких, сопровождающиеся легочной гипертензией; лица с ЧСС менее 60 уд\мин.; атриовентрикулярная блокада 2-3 ст.; облитерирующие заболевания сосудов; острая коронарная недостаточность.

Пациенты были поделены на 2 группы. На первом этапе 1 группе (средний возраст 68±7,4; ХСН 1,6±0,6) методом случайной выборки одно-

кратно назначался пропранолол; 2 группе (средний возраст 66,7±7,2; ХСН 1,9±0,4) – карведилол (ОФП).

На 2 этапе предлагалось 2-ух недельное курсовое лечение: 1 группе – пропранололом в дозе от 40 до 120 мг/сут.; 2 группе – карведилолом в дозе от 7 до 50 мг/сут. соответственно Дозы препаратов подбиралась индивидуально в зависимости от веса пациента, частоты сердечных сокращений (ЧСС), функционального класса (ФК) сердечной недостаточности. Проводилась эхокардиография с помощью ультразвукового аппарата SIM 5000 D PLUS «Рос-Биомедика» с доплеровской приставкой. Изучались: конечнодиастолический (КДР), конечносистолический (КСР) размеры левого желудочка; фракция выброса (ФВ); размеры левого предсердия (ЛП); частота сердечных сокращений (ЧСС); показатели трансмитрального кровотока: интеграл линейной скорости кровотока (FVI), время полуспада градиента давления между левыми камерами сердца (PHT), время изоволюмического расслабления левого желудочка (IVRT) – в 25-30 последовательных сердечных циклах, с последующим определением среднего значения. Полученные результаты подвергали статистической обработке с использованием пакета статистических программ «Microsoft Excel», «STATGRAPHICS Plus 3.0». Для оценки достоверности различий показателей использовался t-критерий Стьюдента. Различия считались достоверными при $p<0,05$.

*Результаты исследования* представлены в таблице 1.

Таблица 1

| Показатель | ОФП Пропранолол ср.доза 32,1±17,6 (n=25) | Курс. леч-е Пропранолол ср.доза 80±29,4 (n=25) | ОФП Карведилол ср.доза 12,5±9,2 (n=25) | Курс. леч-е Карведилол ср.доза 33,1±16,3 (n =25) |
|---|---|---|---|---|
| ЛП | -2 | -3 | -3,1 | -3,5 |
| КДР | -2,7 | -2,9 | -3* | -4,5* |
| КСР | -1,3 | -2 | -2,3 | -2,9 |
| ФВ | +1,4 | +2* | +2,2* | +3,9* |
| FVI | +0,009* | +0,018* | +0,012* | +0,021* |
| PHT | +0,004 | +0,006 | +0,008 | +0,009 |
| IVRT | +0,001 | +0,0014 | +0,002 | +0,002 |
| ЧСС | -15* | -20* | -17* | -23* |
| 1) * – $p<0,05$ по сравнению с исходными данными;<br>2) (+) – увеличение; (-) – уменьшение по сравнению с исходными величинами | | | | |

В ОФП с пропранололом достоверно увеличивается только ЧСС-15 ($p<0,05$) и FVI+0,009 ($p<0,05$). При курсовом приеме пропранолола достоверно увеличивается ФВ+2 ($p<0,05$); FVI+0,018 ($p<0,05$), урежается ЧСС-20 ($p<0,05$). При однократном приеме карведилола отмечается достоверное уменьшение КДР-3 ($p<0,05$); ЧСС-17 ($p<0,05$), увеличивается ФВ+2,2 ($p<0,05$) и FVI+0,012 ($p<0,05$) При лечении карведилолом отмечается достоверное уменьшение КДР-4,5 ($p<0,05$) и ЧСС-23 ($p<0,05$), увеличивается ФВ+3,9 ($p<0,05$) и FVI+0,021 ($p<0,05$).

*Выводы*: Полученные данные свидетельствуют о том, что ОФП и короткий курс лечения пропранололом и карведилолом приводит в основном к однонаправленным позитивным сдвигам показателей кардиогемодинамики. Наблюдение за пациентами в течение курса лечения изучаемым препаратом показало высокую информативность ОФП для выбора препарата и прогнозирования назначаемой терапии. Однако прием пропранолола вызывал менее выраженные изменения показателей, в большинстве не достигшие уровня статистической значимости.

## РОЛЬ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОГО ВРАЧА) В ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Н.В. Сопина

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агенства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

Начало реорганизации первичной медицинской помощи (ПМП) по принципу общей врачебной практики (ОВП) определено 26 августа 1992 года, когда был подписан приказ МЗ РФ № 237.

До этого, в 1978 году, Алма-Атинская декларация ВОЗ выделила основное звено ПМП. Это врач общей практики (семейный врач) – ВОП (СВ).

В нашей стране сложилась своя практика – участковый принцип обслуживания населения участковыми терапевтами и педиатрами, при свободном доступе к узким специалистам. В свою очередь, участковые терапевты и педиатры были ориентированы на оказание терапевтической и педиатрической, а не первичной медицинской помощи.

С течением времени, участковая служба начинает меняться. Участковый врач начинает выполнять функцию диспетчера, а «узкие» специалисты часть своего времени тратят на рутинные методы в своей практике.

Кроме того, сама специальность участкового врача теряет свою привлекательность, возрастает средний возраст врачебных кадров, появляются неукомплектованные участки. На сегодня, на долю первичного звена приходится лишь 10% всего врачебного корпуса. В развитых странах Европы, по количеству, ВОП/СВ составляют от 20 до 50%.

Кроме того, ориентация на ресурсоемкую стационарную помощь в нашей стране, приводит к недофинансированию ПМП. А, именно, четкая организация ПМП, которая и призвана быть наиболее доступной, влияет на своевременное выявление и предупреждение многих заболеваний, что влечет за собой такие показатели, как общая заболеваемость, инвалидность и смертность населения.

Несмотря на определенный положительный опыт, который приобрели страны Европы и США по организации и оказанию ПМП, у нас, развитие общеврачебной практики (семейной медицины) встречает не мало противников.

В плане реализации Национального проекта здравоохранения в 2006-2007 годах планируется подготовить и переподготовить 13848 врачей первичного звена. Из них участковых – 10848 или 78,3%, а ВОП – 3000 или 21,7%. То есть приоритет оказания ПМП сохраняется за участковой службой.

Хотя уже на сегодня ВОП востребованы, особенно в сельских районах, где расположены сельские и поселковые врачебные амбулатории. В них основная работа ложится на главного врача или терапевта амбулатории. Часто патронажная сестра, берет на себя какие-то функции педиатра, а акушерка – какие-то функции гинеколога.

Участковый терапевт амбулатории встречается со многими проблемами, осваивая оказание первичной медицинской помощи по «нетерапевтическим» нозологиям в процессе работы. А это небезопасно для здоровья больного. Другая ситуация складывается, если в сельской амбулатории медицинскую помощь оказывает ВОП (СВ), который владеет конкретными навыками и умениями.

В городе наиболее удобно для пациентов организовать работу ВОП (СВ) в отдельно стоящей амбулатории или в жилом здании, если эта территория отдалена от поликлиники.

Но могут быть выделены отдельные площади и в самой поликлинике, что повысит качество медицинской помощи, так как на месте уже есть централизованная лаборатория и специалисты.

Образовательный стандарт послевузовской профессиональный подготовки специалистов, от 01.03.2005 г., определяет конкретный перечень знаний, умений и навыков по каждой специальности. Уровень компетен-

ции по утвержденному стандарту и определяет получение сертификата ВОП/СВ.

Такой образовательный уровень позволяет ВОП (СВ) расширить объем оказания медицинской помощи, обрести определенные поведенческие навыки, сосредоточиться на ситуациях и болезнях конкретной семьи, обратить внимание на профилактические мероприятия, а также на пограничные состояния и факторы риска, которые ведут к развитию заболеваний; изучить закономерности развития болезней в конкретной семье и провести предупредительные мероприятия.

Безусловно, ВОП (СВ) постоянно встречается с клиническими проблемами «узких» специалистов. Определенную часть этих проблем, в соответствии с сертификатом, он сможет решить самостоятельно. При этом необходимо постоянно поддерживать партнерские отношения с «узкими» специалистами.

В перспективе, с развитием ВОП, «узкие» специалисты смогут больше уделять времени развитию высоких технологий, что в свою очередь должно влиять на оплату труда специалиста.

ВОП/СВ становится объединяющим звеном всей системы здравоохранения.

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОЗА

В.И. Струков, Р.Т. Галеева, Л.Г. Радченко, Г.П. Дерябина,
Л.В. Камардина, Н.В. Еремина, М.Н. Гербель

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Пенза

*Цель и задачи исследования:* изучить частоту и возрастные особенности остеопеничекского синдрома в климатогеографических условиях, разработать рекомендации по рациональной профилактике остеопороза.

*Материал и методы исследования.* С 1990 по 2005 г обследовано 5534 пациентов в возрасте от рождения до 75 лет. Использовались клинические, лабораторные (кальций, неорганический фосфор, щелочная фосфатаза сыворотки крови), компьютерная рентгенабсорбционная остеометрия.

*Результаты исследования:* выявлено, что у 61% обследованных минеральная плотность костной ткани соответствовала возрастной норме, у остальных (39%) имелся остеопенический синдром. Отмечено, что наибольшая частота снижения минеральной плотности была в возрасте до 20

лет, наименьшая в 20-45 лет. В более старшем возрасте происходил рост частоты остеопороза.

Выявлены возрастные особенности остеопенического синдром. Наибольшая его частота отмечена у недоношенных детей – 72%, против 42% у доношенных. Остеопнические состояния выявлены у 40% женщин, кормящих грудью. Имелась отчетливая зависимость содержания кальция (Са) и неорганического фосфора ( Р) у детей от Са – Р обмена их матерей, чем выраженное был остеопороз у матерей. Остеопении у детей 2-3 года жизни имели типичные костные проявления рахита. У детей 3-7 лет остеопенический синдром встречался у 35% обследованных детей и расценивался как поздний рахит. Остеопении у детей в возрасте 7-14 лет и 14-18 лет проявлялись различными типами нарушений осанки. В возрасте 12-16 лет остеопенический синдром был более выражен у мальчиков 41% (у девочек 35%).

По современным данным критическими периодами для формирования генетически запрограммированного пика костной массы являются первые 3 года жизни ребенка и пубертатный период. Упущенные возможности минерализации в эти периоды нарушают оптимальное формирование пика костной массы. Между прочим, высокая костная масса в скелете подростков является лучшей защитой от возрастных костных потерь. Причины остеопороза у детей и подростков возраста:

- неправильное вскармливание (у 63% обследованных);
- дефицит витамина D, УФО, полигиповитаминозы;
- низкое содержание кальция в диете у большинства обследованных;
- малая физическая активность (более 60% не занимались физкультурой и спортом).

У взрослых большей частоте остеопороза содействовали:

- недостаточное потребление молочных продуктов;
- злоупотребление алкоголем, курение;
- ятрогенные факторы: длительное применение стероидных гормонов, гепарина, антиконвульсантов и др.
- болезни желудочно-кишечного тракта;
- болезни почек; бронхиальная астма, ревматические болезни.

**Профилактика остеопороза проводилась в следующем направлении:**

1. Достижение как можно более высокой пиковой костной массы к 20-летнему возрасту:
   - естественное вскармливание до года;
   - специфическая профилактика рахита;
   - рациональное питание с включением продуктов, богатых солями кальция.

2. Удержание максимума пиковой костной массы в зрелом возрасте:
   - достаточное поступление солей кальция в организм;
   - постоянные физические нагрузки;
   - ограничение алкоголя, исключение курения;
   - снижение заболеваемости ЖКТ, почек, эндокринной системы;
   - минимизация ятрогенных причин ОП;
3. Удержание максимума пиковой костной массы в период постменопаузы:
   - заместительная гормонотерапия,
   - соблюдение положений п.2
4. Денситометрический контроль во все возрастные периоды.
5. Лечение остеопороза на ранних стадиях заболевания.

В лечении остеопенического синдрома у детей раннего возраста осуществлялось в основном витамином Д, в тяжелых случаях активные метаболиты типа осидивита. Эти же препараты широко использовали при лечении и профилактики остеопении у кормящих матерей. У пожилых использовали комплексные препараты (идеос, Са ДзНИКОМЕД, альфадол кальция, кальцид). Реже применяли миокальцик, фосамакс и др. по причине их дороговизны.

Проведенные исследования позволяют сделать *вывод*, что остеопороз – это полиэтиологическое и полипатогенетическое заболевание скелета, которое может встречаться в любом возрасте человека, характеризующееся уменьшением костной массы на единицу объема кости к показателю возрастной нормы соответствующего пола, а также нарушением гистологической структуры. Это приводит к задержке физического развития подрастающего поколения, повышенной хрупкости и деформации костей в любом возрасте человека. Остеопороз является педиатрическим детерминированным заболеванием. Рахит у детей содействует низкому старту в формировании максимума пика минеральной плотности костной ткани.

Группу высокого риска по развитию остеопороза в более старшем возрасте составляют: недоношенные, дети, рожденные от матерей с проявлениями остеопний и остеопорозом.

С целью профилактики остеопении показано назначение витамина Д и препаратов **Са** не только детям первого года жизни, но и беременным, лакирующим женщинам с остеопеническим синдромом, а также детям более старшего возраста и подросткам.

# СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТЕНКИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ БЕЛЫХ КРЫС ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПОТРЕБЛЕНИИ ДИСПЕРГИРОВАННОЙ ПИЩИ

В.Ф. Сыч, Е.П. Дрождина, Е.В. Смирнова

ГОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»,
г. Ульяновск

Неуклонный рост заболеваемости органов пищеварительной системы во многом определяется изменением характера питания современного человека. Показано, что различия консистенции пищи сказываются на ее раздражающих свойствах, времени пребывания химуса в отделах желудочно-кишечного тракта и степени обработки пищеварительными ферментами. Вместе с тем остается практически неизученным влияние физических свойств пищи на особенности морфогенеза как толстой кишки, так и других органов пищеварительного тракта. *Целью* проведенного исследования явилось изучение влияния длительного потребления диспергированной пищи на морфологию слизистой оболочки ободочной кишки белых крыс.

Эксперимент проведен на самцах белых неинбредных крыс, которые на 21-й день постнатального онтогенеза были произвольно разделены на контрольную и опытную группы. Животные контрольной группы содержались на естественном для грызунов корме, животным опытной группы скармливали пищу того же состава, однако после тщательного механического измельчения до пастообразной консистенции. Другие условия содержания животных контрольной и опытной групп были идентичными. Непосредственным объектом исследования послужила восходящая ободочная кишка, участки которой брали у контрольных и опытных животных в возрасте 21, 60 и 120 дней. Поперечные срезы ободочной кишки окрашивали гематоксилин-эозином. Морфометрия структур ободочной кишки проводилась с помощью автоматизированной системы анализа изображений «Мекос Ц1».

Установлено, что как толщина слизистой оболочки, так и глубина крипт ободочной кишки у 60-дневных животных контрольной и опытной групп существенно не различаются. Митотический индекс эпителиоцитов кишечных крипт в период с 21-го по 60-й дни характеризуется относительной стабильностью у животных обеих экспериментальных групп. Однако количество бокаловидных экзокриноцитов у 60-дневных животных опытной группы существенно превышает соответствующий показатель контрольных животных.

Период с 60-го по 120-й день постнатального онтогенеза характеризуется истончением слизистой оболочки, уменьшением глубины крипт и митотического индекса эпителиоцитов крипт, а также снижением количества бокаловидных экзокриноцитов в эпителиальном слое слизистой оболочки (таблица 1). Утолщение слизистой оболочки, сопряженное с существенным увеличением содержания бокаловидных экзокриноцитов в поверхностном эпителии 60-дневных животных опытной группы, представляет, по-видимому, начальный этап адаптивной реакции ободочной кишки к измененным условиям осуществления ею моторно-эвакуаторной функции.

Таблица 1 – Морфометрические показатели слизистой оболочки ободочной кишки в норме (контроль) и при потреблении диспергированной пищи (опыт)

| Возраст (дни) | показатель / группа | Кол-во бокаловидных экзокриноцитов (‰) | Толщина слизистой оболочки (мкм) | Глубина крипт (мкм) | Митотический индекс (‰) |
|---|---|---|---|---|---|
| 21 | контроль | 73,00±7,70 | 134,46±14,21 | 110,23±15,04 | 27,50±0,64 |
| 60 | контроль | 60,75±1,10$^{*}$ | 236,23±6,85$^{*}$ | 210,78±7,44$^{*}$ | 27,40±0,60 |
| | опыт | 75,50±1,50$^{*+}$ | 253,33±11,33$^{*}$ | 229,35±12,23$^{*}$ | 27,75±1,25 |
| 120 | контроль | 73,20±1,77$^{*}$ | 231,67±11,59 | 208,82±11,33 | 32,50±0,96$^{*}$ |
| | опыт | 61,20±2,13$^{*+}$ | 181,91±3,97$^{*+}$ | 152,33±4,16$^{+}$ | 26,5±0,87$^{+}$ |
| Примечание: * – достоверные отличия от предыдущего значения; + – достоверные отличия от контрольных значений (при $p<0,05$) | | | | | |

Последующий период (60-120 дни) морфогенеза ободочной кишки животных опытной группы отличается развитием второго этапа адаптивной реакции ее стенки, в которую вовлекается мышечная оболочка: к 120-му дню онтогенеза происходит ее существенная гипертрофия у опытных животных по сравнению с животными контрольной группы. При этом утолщение мышечной оболочки у животных, длительное время питающихся диспергированной пищей, происходит преимущественно за счет циркулярного слоя (таблица 2).

Таблица 2 – Морфометрические показатели мышечной оболочки ободочной кишки в норме (контроль) и после потребления диспергированной пищи (опыт)

| Возраст (дни) | показатель / группа | Толщина мышечной оболочки (мкм) | Толщина циркулярного слоя мышечной оболочки (мкм) | Толщина продольного слоя мышечной оболочки (мкм) |
|---|---|---|---|---|
| 21 | контроль | 76,30±3,09 | 54,60±2,68 | 21,70±0,6 |
| 60 | контроль | 138,21±6,85$^{*}$ | 94,68±4,67$^{*}$ | 34,58±1,58$^{*}$ |
| | опыт | 154,81±5,66$^{*}$ | 123,63±3,56$^{*+}$ | 29,93±2,05 |

*Продолжение таблицы 2*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 120 | контроль | 171,90±6,72* | 132,30±4,85* | 41,46±2,99 |
| | опыт | 253,96±11,37*+ | 202,28±8,52*+ | 54,17±2,14*+ |
| Примечание: * – достоверные отличия от предыдущего значения; + – достоверные отличия от контрольных значений (при $p<0,05$) | | | | |

Отмечаемую к 120-му дню постнатального онтогенеза гипертрофию мышечной оболочки и гипотрофию слизистой оболочки можно рассматривать как морфофункциональную адаптацию ободочной кишки к изменившимся условиям обработки и пропульсии химуса, включающим, вероятнее всего, замедление пропульсивного перемещения содержимого толстой кишки в каудальном направлении и его эвакуации.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОКОРРЕКЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА

Ю.В. Тагварелия

Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, РАМН,
г. Москва

Врожденные пороки сердца (ВПС) в настоящее время занимают одно из центральных мест в кардиологии. Психологические аспекты проблемы личностных особенностей и психологической адаптации детей и подростков с ВПС цианотического типа в послеоперационном периоде, а также психологической реабилитации таких больных, до сих пор остается актуальной, и относятся к числу наименее изученных.

*Целью исследования* являлось изучение влияния психокоррекционных мероприятий на психологическое состояние больных детей и подростков с ВПС цианотического типа в послеоперационном периоде, с учетом выявленных психологических нарушений.

*Материалы и методы:* Обследовано 47 больных детей и подростков в возрасте 8-17 лет, перенесших кардиохирургическое лечение по поводу ВПС цианотического типа. Из них 17 больных получили психологическую реабилитацию и 30 больных, не участвующих в психокоррекционном лечении (контроль). Исследование больных проводилось в два этапа: в раннем послеоперационном периоде (7-15 дней) и после психокоррекции. Больные не участвующие в психокоррекционной программе также были обследованы повторно.

Коррекция психологических нарушений проходила в условиях стационара, в индивидуальном порядке с учетом возрастных категорий и состояла: из консультаций с применением тестирования, упражнений направленных на позитивное переосмысление ситуации с приемами поведенческой терапии, занятий эмоциональной гимнастикой и изобразительных игр. Все этапы психокоррекционной работы закреплялись домашними заданиями индивидуального характера.

Для изучения личностных особенностей детей и подростков была использована методика многофакторного исследования личности Р. Кеттелла (детский вариант – PF12 и подростковый вариант – PF14). Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета математических программ SPSS 6.0.

*Результаты*. По результатам тестирования нужно отметить, что психопатологические изменения имеют 44 (93,6%) больных детско-подросткового возраста с ВПС цианотического типа. Наиболее часто обнаруживают такие особенности как напряженность, раздражительность и фрустрированность по фактору Q4 36 (76,6%) больных, тревожность 41 (87,2%), слабость «Я» по фактору С, которая выражается в неуверенности в себе, острых реакциях на неудачи, неустойчивом настроении наблюдалось у 39 (87,9) больных.

Анализ результатов повторного исследования показал значительную положительную динамику психологических изменений у детей и подростков с психокоррекционным вмешательством. У данной категории больных было выявлено выраженное улучшение психологического статуса: наблюдалось угасание отрицательных эмоций среди 9 (52,9%), $p<0,05$ пациентов, восстановилась до реалистических показателей самооценка, появилась уверенность в себе, снижение показателей тревожности у 11 (64,7%), $p<0,01$ больных, снизились показатели напряженности, и раздражительности, уменьшилась фрустрированность по фактору Q4 у 12 (70,5%), $p<0,01$ больных.

В динамике психологических особенностей больных, не прошедших курс психокоррекции отмечались следующие значения: снижение показателей по фактору тревожности у 7 (23,3%) пациентов, уверенность в себе приобрели 5 (16,6%) больных, и в 8 (26,6%) случаях выявлены умеренные показатели эмоциональной устойчивость и фрустрированности. По остальным факторам структуры личности у больных контрольной группы характерных изменений не отмечалось.

*Выводы*. Таким образом, результаты психологической реабилитации больных детско-подросткового возраста, перенесших кардиохирургическое лечение по поводу ВПС, свидетельствуют о том, что применение психокоррекции позволяет восстановить психоэмоциональное состояние и

повлиять на психологический статус. Применяемые методы психокоррекционной работы могут способствовать эмоциональной устойчивости, повышению самооценки, снижению тревожности, что в дальнейшем послужит улучшению социальной адаптации. Следовательно, наличие у большинства оперированных больных по поводу ВПС цианотического типа различных психологических нарушений свидетельствует о необходимости применения психологической реабилитации.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА

И.П. Татарченко, М.В. Тришина

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

Антифосфолипидный синдром (АФС) представляет собой симптомокомплекс, в основе которого лежит развитие аутоиммунной реакции с образованием антител к фосфолипидным детерминантам, присутствующим на мембранах тромбоцитов, клеток эндотелия, нервной ткани.

Данное заболевание встречается чаще у женщин, чем у мужчин в соотношении 5:1, и обычно развивается в среднем возрасте около 35 лет.

АФС сопровождается образованием антифосфолипидных антител (АФЛ), основные из которых – волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину. АФЛ могут обнаруживаться и в сыворотке здоровых людей с частотой от 1 до 12%, и увеличиваться у лиц пожилого возраста.

АФС может быть первичным, не связанным с какой-либо предшествующей патологией, и вторичным, развивающимся на фоне СКВ (в 70% случаях), ССД, РА, злокачественных новообразований, при острых и хронических вирусных, бактериальных, паразитарных инфекциях, при ряде заболеваний ЦНС, на фоне приема некоторых широко распространенных лекарственных средств (оральных контрацептивов, психотропных препаратов).

Основным патогенетическим механизмом АФС является влияние АФЛ на систему коагуляции, что приводит к нарушению равновесия между протром-ботическими и антитромботическими процессами и развитию тромбозов.

Таким образом, в основе АФС лежит невосполительная тромботическая васкулопатия, затрагивающая сосуды любого калибра и локализации. В связи с этим, спектр клинических проявлений данного заболевания очень разнообразен.

**Клинические проявления**: самыми частыми и характерными симптомами АФС являются венозные и артериальные тромбозы, акушерская патология. Наиболее характерен рецидивирующий **венозный тромбоз**. Тромбы обычно локализуются в глубоких венах нижних конечностей, нередко в почечных и печеночных венах. Часто наблюдаются рецидивирующие эмболии легочной артерии из глубоких вен нижних конечностей. Описаны тромбозы подключичной вены, вены сетчатки, центральной вены надпочечников.

**Артериальный тромбоз** клинически проявляется, в зависимости от локализации, ишемией и гангреной нижних конечностей; тромбоз артерий головного мозга приводит к транзиторным ишемическим атакам, рецидивирующим инсультам.

Серьезное прогностическое значение имеет кардиальная патология:

- тромбоз коронарных артерий и развитие инфаркта миокарда,
- поражение клапанов сердца (недостаточность или стеноз МК, реже недостаточность аортального или трикуспидального клапанов).
- у некоторых больных возможно развитие тромботических наслоений на клапанах (вегетации), что трудно дифференцировать от инфекционного эндокардита,
- часто развивается артериальная гипертензия, обусловленная тромбозом почечных сосудов, инфарктом почек, тромбозом брюшного отдела аорты.

Характерным является поражение кожи в виде **сетчатого ливедо** – это сосудистая сеточка в виде синеватых пятен ветвящейся, неправильной формы, локализующихся преимущественно на голенях, ступнях, бедрах, кистях. Могут быть точечные геморрагии, хронические язвы ног, некроз кожи.

У больных АФС возможны потеря зрения, окклюзии артерий и вен сетчатки, неврит глазного нерва.

Кроме этого, весьма характенрным для АФС является **акушерская патология**. Это привычное невынашивание беременности, рецидивирующие спонтанные аборты, внутирутробная гибель плода и др. Основным механизмом акушерской патологии является тромбоз сосудов плаценты, развитие инфаркта и недостаточности плаценты, угнетение синтеза простоциклина, дефицит которого обусловливает гипертонус матки и выкидыш.

**Диагностика АФС**. При проведении лабораторной диагностики отмечаются следующие изменения:

1. В ОАК – увеличение СОЭ, умеренная тромбоцитопения, возможен лейкоцитоз, гемолитическая анемия.

2. Изменения в БАК будут определяться пораженным органом и проявляться повышением содержания мочевины и креатинина при ХПН,

гипербилирубинемией, повышением уровня аминотрансфераз – при поражении печени.

3. Важным в диагностике являются иммунологические методы исследования, определяющие антитела к кардиолипину (причем наибольшее диагностическое значение имеют антитела класса Ig G), волчаночный антикоагулянт, ложноположительная реакция Вассермана.

При постановке диагноза АФС используют следующие диагностические критерии:

1) Рецидивирующие спонтанные аборты. 2) Венозные тромбозы. 3)Артериальные тромбозы. 4) Язвы голени. 5) Сетчатое ливедо. 6)Гемолитическая анемия. 7) Тромбоцитопения. 8) Высокий уровень в крови АФЛ (более 5 стандартных отклонений от нормы).

*Лечение и профилактика АФС* на сегодняшний день является сложной и недостаточно разработанной проблемой. В настоящее время нет общепринятых стандартов лечения больных с различными формами АФС.

В основе терапии АФС лежит использование **антикоагулянтов** (варфарин, гепарин), **антиагрегантов** (аспирин). Наиболее эффективными средствами профилактики тромбозов являются сочетанный прием низких доз аспирина и варфарина под контролем МНО.

Эффективность данной терапии не вызывает сомнений, однако практическое использование этих препаратов имеет свои ограничения из-за побочных эффектов, тщательного лабораторного контроля. Все это явилось стимулом для разработки и внедрения новых антитромботических агентов. К ним относятся ингибиторы тромбоцитов:

- тиенопиридиновые ингибиторы АДФ-рецепторов (тиклопидин или тиклид, и клопидогрел или плавикс). Клопидогрел обладает более высокой активностью и лучшей переносимостью, предотвращает развитие не только артериальных, но и венозных тромбозов. Наряду с антикоагулянтной активностью, обладает определенным противовоспалительным, коронарорасширяющим действием, препятствует развитию атеротромбоза;
- ингибиторы GP IIb/IIIa рецепторов (абциксимаб, тирофибан гидрохлорид, ламифибан). Все перечисленные препараты разрешены к применению в клинической практике, главным образом в кардиологии при ангиопластике и нестабильной стенокардии. Перспективным и патогенетически обоснованным является их применение и при АФС (т.к. АФЛ стимулируют экспрессию GP IIb/IIIa рецепторов на мембране тромбоцитов);
- гепариноиды: сулодексид оказывает антиагрегантное, антикоагулянтное, фибринолитическое действие. Последнее позволяет использовать сулодексид не только для профилактики тромбозов, но

и для лечения. Кроме того, препарат обладает вазопротекторным, гиполипидемическим, антисклеротическим действием. Применение его сравнительно безопасно и не требует обязательного контроля за показателями свертывания крови.

В лечении АФС используют также **ГКС**. Хотя до недавнего времени они не рассматривались как перспективные для лечения сердечно-сосудистых осложнений, тем более, что на фоне их приема развиваются многочисленные побочные эффекты (повышение АД, дислипидемия и др.). Однако, имеющиеся данные о роли воспаления в развитии атеротромбоза заставили пересмотреть эти позиции. При «катастрофическом» АФС применяется пульс-терапия метилпреднизолоном в течение 3-5 дней с последующим назначением ГКС внутрь (1-2 мг/кг/день).

Назначаются **аминохинолиновые препараты**, обладающие мягким противовоспалительным, антитромботическим, гиполипидемическим эффектами.

Могут использоваться **внутривенный иммуноглобулин** в дозе 0,4 г/кг в течение 4-5 дней. Он особенно эффективен при наличии тромбоцитопении. Применяется **плазмаферез, цитостатики**. Их комбинация позволяет поддерживать низкий уровень АФЛ в течение достаточно длительного периода времени.

Для лечения сопутствующей артериальной гипертензии и сердечной недостаточности при АФС наиболее оправдано применение **иАПФ**, так как они способствуют вазодилатации, усилению фибринолиза, а также подавляют синтез провоспалительных цитокинов.

Перспективным в терапии АФС для профилактики коронарных осложнений является применение **статинов**, обладающих помимо гиполипидемического, антиоксидантным и антитромботическим эффектами.

В последние годы созданы реальные предпосылки для разработки патогенетической терапии этого заболевания. В частности, препарат LJV 1082. Он индуцирует апоптоз β-клеток, синтезирующих АФЛ. Данный прпарат проходит клинические испытания.

# ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПЕРИТОНИТЕ

А.Е. Теричев, В.М. Бакайкин, Э.Г. Базеев, А.Н. Мялин

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

Изучению вопросов морфологического и функционального состояния сердечно-сосудистой системы, особенностей гемодинамики при остром перитоните посвящено большое количество экспериментальных и клинических исследований. Такой интерес во многом обусловлен тем, что острый перитонит сопровождается развитием у больного целого комплекса патологических процессов со стороны различных органов и систем. Сердце, как и многие другие внутренние органы, на всех уровнях подвержено патологическому воздействию токсических продуктов, образующихся при эндотоксикозе.

Для изучения морфофункционального состояния сердца при экспериментальном перитоните проведены исследования на 22 животных. Они были разделены на 4 группы. 1 группа – контрольная, во 2 группе исследовался миокард собак после суточного перитонита, 3 группа – животные с продолжительностью перитонита 3 суток, 4 группа – после 5 суток острого перитонита. Перитонит моделировали под наркозом путем пункционного введения в брюшную полость 20% каловой взвеси.

Через сутки после операции у 70% наблюдаемых животных 1 групп поражения сердца были заметны уже при вскрытии. Размеры сердца оказывались увеличенными в поперечном направлении, стенки его дряблы, полости растянуты. Сосочковые мышцы уплощены, гребешковые значительно сглажены. Сердечная мышца тускла, сероватого цвета на разрезе. Под эпикардом видны множественные точечные или мелкопятнистые кровоизлияния, при гистологическом исследовании миокарда обнаруживались распространенные дистрофические изменения, сильнее выраженные в стенке левого желудочка сердца. Эндокард утолщен, клетки увеличены в объеме, выявляется их десквамация. Поражения паренхимы сердца почти всегда сочетались с изменениями его межуточной и периваскулярной ткани, пространства вокруг значительной части мелких и средних артерий оказывались расширенными, заполненными скоплениями серозной жидкости. Венулярное звено микроциркуляторного русла миокарда резко расширено, отчетливо прослеживается микроварикозность. При электрокардиографическом исследовании у значительной части эксперименталь-

ных животных наблюдались снижение вольтажа желудочкового комплекса, снижение зубца Т и удлинение электрической систолы сердца.

Через трое суток после нанесения травмы у 75% животных этой группы деструктивные процессы достигают наибольшей степени выраженности и характеризуются значительными контрактурными повреждениями кардиомиоцитов. В миокарде желудочков, в периваскулярных зонах появляются небольшие лимфоцитарные инфильтраты. Сосудистый компонент стромы миокарда реагируют на усиливающуюся эндотоксемию значительным набуханием стенок артериол и капилляров, отслойкой эндотелия с оголением базальной мембраны. Образование дефектов в мелких сосудах сопровождается усилением экстравазации жидкости в периваскулярное пространство. Местами выявляются очаги эритродиапедезного кровоизлияния, которые усугубляют альтерацию. В сосудах микроциркуляторного русла миокарда нередко определяются микротромбы и агрегаты эритроцитов. Межуточная ткань отечна, умеренно инфильтрирована нейтрофильными лейкоцитами. На некоторых микропрепаратах выявляется так называемая лейкоцитарная «дорожка», характеризующая возникновение интерстициального миокардита. Вспомогательным признаком воспалительного процесса, происходящим в сердечной мышце, является краевое стояние лейкоцитов в крупных сосудах.

На 5-е сутки площадь контрактурных повреждений уменьшается. Но 70% экспериментальных животных этой группы умеренная воспалительная реакция остается, в виде инфильтрации лейкоцитами и отечности межуточной ткани. Венозное звено микроциркуляторного русла слегка расширено, наблюдается микроварикозность. Обнаруживаются участки диапедезного кровоизлияния. В миокарде нередко встречаются мелкие очаги продуктивного воспаления.

Таким образом, становится ясно, что общий ход структурной патологии сердца при остром перитоните без лечения складывается из следующих групп морфологических изменений: сосудистых, деструктивных и репаративных. Динамика и степень выраженности сосудистых изменений находятся в прямой зависимости от стадии перитонита и интенсивности эндотоксикоза. Полученные результаты исследования показывают, что при создании острого экспериментального перитонита у 72,7% животных возникают морфологические и функциональные изменения в миокарде, свидетельствующие о вовлечении сердечной мышцы в патологический процесс.

# ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА УЧАСТКОВЫХ ПЕДИАТРОВ ПО ВОПРОСАМ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

С.Л. Тузов, А.И. Зивенко, Н.С. Карташева,
А.В. Котовский, Л.А. Мусатова

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Пенза

Ведущее место в структуре неинфекционных заболеваний взрослых занимает сердечно-сосудистая патология. Она же – основная причина инвалидизации и смертности трудоспособного населения многих экономически развитых стран, в том числе и Росии. Снижение заболеваемости, инвалидизации и смертности являются приоритетами Национального проекта в сфере здравоохранения.

Артериальная гипертензия (АГ) имеется более чем у трети взрослого населения России. Среди детей и подростков РФ распространенность АГ – от 2,4% до 18% популяции.

Несомненно, что первичную профилактику АГ рационально начинать с детского возраста. И, конечно же, в работе по раннему выявлению первичной профилактики АГ огромная роль принадлежит врачам первичного амбулаторно-поликлинического звена – участковым педиатрам, проводящим диспансерные осмотры детского населения.

В процессе проведения циклов тематического усовершенствования авторы отмечают недостаточные (или устаревающие) знания участковыми врачами-педиатрами принципиальных вопросов раннего выявления, первичной и вторичной профилактики АГ среди детей и подростков. Не исключается, что участие в решении проблемы лишь врачей-кардиологов детских поликлиник, занятых в процессах амбулаторного лечения и диспансеризации больных, не дает реальной возможности положительного решения проблемы печальных исходов сердечно-сосудистых болезней.

В связи с этим в занятиях на циклах последипломного образования участковых педиатров включены лекции (6 час.) и практические занятия (6 час.) по основным проблемам АГ у детей и подростков.

Задачами данных занятий являются:

- повышение и приобретение новых знаний слушателями по вопросам этиопатогенеза АГ;
- формирование и приобретение слушателями умений и навыков выявления детей разного возраста и пола с высоким артериаль-

ным давлением и с АГ;
- получение знаний слушателями по проблемам первичной и вторичной профилактики АГ;
- приобретение знаний по вопросам принципов современного лечения АГ и контроля его результатов.

Для оптимизации практической работы выпускников циклов по проблемам АГ на кафедре поликлинической педиатрии изданы два пособия для врачей-педиатров амбулаторно-поликлинической службы: «Артериальная гипертензия у детей и подростков: выявление» и «Артериальная гипертензия у детей и подростков: принципы лечения и профилактики». В указанных пособиях освещаются методики измерения артериального давления, включая суточное его мониторирование, принципы оценки полученных данных, постановки диагноза, привентивных и лечебных мероприятий.

Авторы уверены, что современные подходы к диагностике, профилактике и лечению АГ позволит участковым педиатрам успешнее реализовывать задачи, определенные в Национальном приоритетном проекте в сфере здравоохранения.

## ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ

Т.Ю. Уланова, В.И. Струков, Л.Г. Радченко,
Г.А. Балашова, И.В. Разумова

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
МУЗ Городской родильный дом №1,
г. Пенза

Первый медицинский аборт является непоправимой гормональной травмой для женщин детородного возраста. Установлено, что после аборта структурные и гормональные изменения в матке приводят к снижению компенсаторно-приспособительных реакций и оказывают иммунодепрессивное воздействие на плод и его постнатальное развитие (Л.А. Бабакова, 1997).

У матерей с первым абортом в анамнезе дети чаще рождаются недоношенными, в асфиксии, с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР), с признаками морфо-функциональной незрелости, нарушением мозгового кровообращения и т.д.

В интранатальный и ранний неонатальный периоды жизни ребенок переносит экстремальные воздействия (родовый, холодовой, болевой стрессы), приводящие к смене механизмов адаптации. При адаптации к внеутробной жизни, отражением состояния активности функциональных систем в организме новорожденного является уровень различных биохимических компонентов, а показателем устойчивости – мембранная стабильность клеток.

Транзиторная активация перекисного окисления липидов (ПОЛ) – это лабораторный феномен, отмечающийся при рождении у всех новорожденных, что связано с резкой перестройкой кислородного режима организма (Н.П. Шабалов, 2003) в своих работах подтверждает активацию процессов ПОЛ в период ранней адаптации у недоношенных, детей с признаками ЗВУР, у младенцев, родившихся в гипоксии.

*Цель*: изучение активности процессов ПОЛ в ранний неонатальный период у новорожденных от матерей с отягощенным первым абортом акушерским анамнезом.

*Материалы и методы*. На базе роддома №1 г. Пензы обследовано 280 здоровых доношенных младенцев, рожденных без асфиксии, в ранний неонатальный период. Основную группу составили 143 младенца от первородящих матерей с отягощенным первым абортом акушерским анамнезом. В контрольную группу вошли 137 новорожденных от матерей, не имеющих первого аборта в анамнезе. Все матери в группах исследования были сопоставимы по возрастному, социальному и соматическому статусу. Беременность протекала с осложнениями легкой степени (токсикоз, гестоз).

Всем новорожденным проводили исследование активности процессов ПОЛ в плазме крови и эритроцитах на 1 и 5 сутки жизни (по данным анализа содержания малонового диальдегида – МДА, диеновых конъюгатов – ДК) по методике Ernster and Pjacer в модификации Гаврилова.

*Результаты исследования*. В первые сутки жизни у новорожденных основной и контрольной групп исследования наблюдалась активация процессов ПОЛ. Количество первичных продуктов ПОЛ-диеновых конюгатов в плазме крови детей контрольной группы находилось в интервале 3,78±0,45 нмоль/л. У пациентов основной группы его величина составила 4,31±0,35 нмоль/л и достоверно не отличалась от показателей контрольной группы, $p>0,05$.

Однако, при изучении концентрации в плазме крови малонового диальдегида (МДА), было отмечено, что у новорожденных от матерей с отягощенным первым абортом акушерским анамнезом происходит накопление этого наиболее агрессивного по отношению к клеткам, продукта липопероксидации. Его количество было достоверно выше в основной группе по

сравнению с контролем – 4,21±0,27 нмоль/л против 3,13±0,14 нмоль/л ($p<0,05$).

Параллельно увеличению продуктов ПОЛ в плазме крови в первые сутки жизни младенцев отмечался и их внутриклеточный рост. Содержание ДК в основной группе были достоверно выше по сравнению с данными, полученными у детей в контрольной группе – 4,17±0,22 нмоль/л (против 3,40±0,14 нмоль/л, $p<0,05$). Достоверно выше у основной группы пациентов были и показатели МДА (3,96±0,24 нмоль/л и 2,91±0,13 нмоль/л соответственно, $p<0,05$).

К концу пятых суток жизни у новорожденных в контрольной группе отмечалось значительное уменьшение продукции липопероксидации, что выражалось в снижении уровня ДК и МДА в плазме крови. Однако у детей основной группы уровень и ДК, и МДА в плазме оставался достоверно высоким по сравнению с контролем – 3,54±0,39 нмоль/л и 3,27±0,24 нмоль/л соответственно ($p<0,05$).

Аналогичная тенденция наблюдалась и в эритроцитах. И если содержание ДК в эритроцитах на пятые сутки жизни у детей в основной группе достоверно не отличалось от показателей в группе контроля, то количество МДА в эритроцитах было также достоверно выше (3,57±0,31 нмоль/л против 2,02±0,10 нмоль/л, $p<0,05$). Наиболее высокие показатели МДА ($p<0,05$) были установлены у новорожденных от матерей, в анамнезе которых имелся первый медицинский аборт в возрасте до 18 лет и у младенцев матери которых имели временной интервал между абортом и последующей беременностью менее одного года.

*Выводы*

1. В условиях стресса и резкой перестройки кислородного режима вновь рожденного организма происходит высвобождение значительного количества свободных активных кислородных радикалов, которые инициируют процессы ПОЛ.

2. Полученные нами результаты свидетельствуют об избыточном образовании продуктов ПОЛ в плазме и эритроцитах в первые сутки жизни и отсутствии стабилизации этих параметров на пятые сутки у новорожденных от матерей, в анамнезе которых имелся первый аборт.

3. Диеновые конъюгаты и малоновый диальдегид, нарушают упорядоченное расположение фосфолипидов в мембранах эритроцитов, вызывая их дезорганизацию.

4. Дезорганизация клеточных мембран приводит к нарушению основных адаптивных реакций у новорожденных основной группы на клеточном уровне, характерном для гипоксических процессов, уменьшая их резервы адаптации.

# ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Л.В. Фатеева, М.А. Носов, Н.Н. Бисерова, М.А. Головина

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
МУЗ Городской родильный дом № 1,
г. Пенза

*Цель исследования*: выявление частоты, особенности течения беременности и исходы для матери и плода у беременных с пороками сердца.

*Материал исследования*: под наблюдением на протяжении всего срока беременности находились 101 беременная, страдающие различными формами пороков сердца. Родоразрешение и подготовка к родам проводилась в специализированном по экстрагенитальной патологии МУЗ Роддоме № 1 г. Пензы.

*Методы исследования*: клиническое обследование, электрокардиографическое, эхокардиографическое и ультразвуковое исследование, систематическое наблюдение кардиолога.

*Результаты исследования*: Врожденные пороки сердца составили 91% (92 случая) от общего числа, приобретенные – 8,9% (9 случаев). Среди врожденных пороков преобладали пороки «бледного» типа – 35,6%, «синие» составили 1,9% (2 – беременные с тетрадой Фалло). Дефект межпредсердной перегородки составил 50% от пороков «бледного» типа. Часто диагностирован пролапс митрального клапана (ПМК) – это 41% из всех пороков сердца, в 32,7% ПМК имел врожденный характер. Приобретенные пороки сердца составили 8,9% (9) из всех пороков, из них – это только ПМК 1 и 2 степени.

Восемнадцать беременных (19,6%) с ВПС перенесли операцию на сердце (16 в детском возрасте, 2 – после 20 лет). В 3 случаях это ДМЖП, в 4 – ДМПП, в 7 случаях – открытый Боталлов проток, в 2 – Тетрада Фалло и по 1 случаю коарктация и стеноз легочной артерии.

Восемь беременных с оперированным сердцем родоразрешены через естественные родовые пути, 10 – кесаревым сечением. У 6 из них были показания со стороны сердца (НК 2а степени, митральная регургитация 3 ст. и др.), у 4 – сочетанные показания (ССЗ и крупный плод, миопия 3 ст., ягодичное предлежание).

У всех пациенток с пороками сердца имелось осложненное течение беременности: у 49,5% – угроза прерывания беременности, у 57,4% – токсикоз 1 половины беременности, гестоз у 37,6%, гипертензия при беременности имелась у 13,9% пациенток.

При оценке состояния плода по данным УЗИ, УЗДГ и КТГ в 14,8% случаев обнаружена фетоплацентарная недостаточность и в 10,9% – внутриутробная задержка развития плода.

Акушерская тактика у больных с пороками сердца определялась в основном не формой порока и не объемом оперативного вмешательства, а стадией сердечной недостаточности, выраженностью легочной гипертензии.

Нарушение кровообращения 1 степени выявлено у 34 беременных (33,8%), у 2-х (1,9%) 2а степени. В остальных случаях – 65 (64,3%) нарушения кровообращения не было.

Из 101 беременной 49 (48,5%) – родоразрешены путем операции кесарево сечение. Из них в плановом порядке прооперировано – 87,7% (43).

По показаниям со стороны ССС оперированы 34 беременные (69,4%), остальные 15 (30,6%) – по сочетанным показаниям. Абсолютных показаний со стороны сердца для кесарева сечения не было. Почти во всех случаях, где были показания со стороны ССС – это показания для выключения 2 периода родов путем наложения акушерских щипцов. Но все беременные отказались от данного метода родоразрешения и им было произведено кесарево сечение в плановом порядке.

Родоразрешены через естественные родовые пути 52 пациентки со стабильными гемодинамическим показателями (в основном беременные с пороками сердца и без недостаточности кровообращения) и благоприятной акушерской ситуацией.

В большинстве случаев роды проводились программированно с максимальным обезболиванием. Почти во всех случаях роды были в срок, только у 2-х – беременность закончилась преждевременными родами в 33 и 35 недель.

Осложнений со стороны ССС в родах и в послеродовом периоде не было. Отмечены осложнения родового акта – это слабость родовой деятельности у 3 пациенток и быстрые роды у одной женщины.

После кесарева сечения у 2 родильниц отмечены нарушения со стороны ССС. В одном случае на ЭКГ обнаружены признаки нарастания перегрузки правого отдела сердца, во втором – нарушение кровообращения 1 степени.

Из всех новорожденных в асфиксии легкой степени родились 12 детей, что составило 11,7%. В средней и тяжелой асфиксии детей не было. Почти каждый третий ребенок (27,1%) родился с задержкой внутриутробного развития. После родов всем детям проведено ультразвуковое исследование сердца. Врожденный порок сердца был диагностирован только в одном случае. Это девочка из двойни с преждевременными родами, с диагнозом: ВПС, ДМЖП, клапанный стеноз аорты, нарушение сердечного

ритма, ЗВУР по гипотрофическому типу. Ребенок умер на 6 сутки. У матери был стеноз устья аорты.

*Выводы*

1. В результате значительного снижения частоты ревматических пороков сердца и совершенствования методов сердечно-сосудистой хирургии, в настоящее время большую часть составляют беременные с ВПС.
2. Большинство беременных с «бледными» пороками хорошо переносят даже многоплодную беременность.
3. Не отмечено заметного увеличения перинатальной смертности.
4. Не увеличивается риск рождения детей с пороками сердца.
5. Имеется увеличение рождения детей с задержкой внутриутробного развития (27,1%).
6. Ведение беременности и родов в специализированном акушерском стационаре позволили снизить перинатальную и материнскую смертность за последние 10 лет.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ У ПОДРОСТКОВ

Л.В. Фатеева, Н.Н. Бисерова, С.Н. Мезенцева, Е.В. Щербакова, М.А. Голубкова, Л.В. Пантюшова

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Женская консультация городской больницы им. Н.А. Семашко, г. Пенза

Одной из серьезных проблем современности являются аборты и их осложнения. Количество абортов у подростков России в последние десять лет колеблется от 57 до 77 на 1000 лиц моложе 19 лет, что составляет 10% от общего количества абортов. Этот показатель является одним из самых высоких среди экономически развитых стран. Кроме того, следует отметить, что частота осложнений после абортов у подростков в 2-2,5 раза выше, чем у женщин репродуктивного возраста.

В связи с этим чрезвычайно важной проблемой является контрацепция у подростков. Несомненные преимущества имеет гормональная контрацепция. Современные гормональные контрацептивы в большинстве случаев не оказывают выраженного влияния на липидный, углеводный обмен, параметры гемостаза, но обладают выраженными благоприятными свойствами.

Из гормональных препаратов для контрацепции в настоящее время используют таблетки, состоящие из комбинации этинилэстрадиола и гес-

тагена – комбинированные оральные контрацептивы (КОК) и содержащие только гестагены – оральные прогестагенные контрацептивы (ОПК).

Мы поставили перед собой задачу проанализировать эффективность применения препаратов новинет, регулон и линдинет у подростков за период 2003-2005 гг.

Для исследования взята группа из 140 юных женщин в возрасте от 16 до 18 лет (средний возраст составил 17,5 лет). Назначение гормональной контрацепции проводилось после осмотра пациентки и консультирования ее по конкретному методу. Преимущество отдавалось микродозированным препаратам линдинет и новинет. Контрольный осмотр осуществляли через 1 и 3 месяца от начала приема препарата в связи с наибольшим количеством ошибок именно в первые месяцы контрацепции.

Кроме контрацептивной цели у 28 пациенток (20%) препараты назначались и с лечебной целью (при нарушениях менструального цикла, овуляторных болях, наличии функциональных кист яичников).

Анализ контрацептивного эффекта по всем препаратам показал, что за 3 года в наблюдаемой группе подростков не наступило ни одной беременности.

Кроме того, была отмечена хорошая переносимость препаратов. После первого цикла приема только у 21 женщины (15%) отмечены допустимые в начале использования побочные эффекты (головная боль, тошнота, межменструальные кровянистые выделения). Всего 2 пациентки (1,3%) со второго цикла переведены на использования другого препарата в связи с непереносимостью контрацептива. Наиболее хорошо переносится ОПК-линдинет.

Колебания массы тела в пределах 1-2 кг имели место у 28 женщин принимающих регулон. Увеличения массы тела на фоне приема новинета и линдинета не наблюдалось.

Регулон использовали в основном в качестве реабилитационной терапии у подростков после производства артифициального аборта.

Со слов пациенток из положительных эффектов использования КОК можно выявить следующие:

1. Уменьшение явлений предменструального синдрома;
2. Отсутствие страха перед наступлением беременности;
3. Независимое от партнера использование метода;
4. Уменьшение объема менструального кровотечения;
5. Повышение либидо на фоне приема КОК;
6. Возможность сдвинуть менструацию на несколько дней по своему усмотрению.

Таким образом, нами отмечена высокая контрацептивная эффективность, хорошая переносимость, положительное влияние препаратов

регулон, новинет и линдинет на репродуктивное здоровье юных женщин. Указанные преимущества и экономическая доступность позволяют рекомендовать их в качестве препаратов выбора для пациенток подросткового возраста.

## РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ

Л.В. Фатеева, С.Н. Мезенцева, Е.В. Щербакова, В.Н. Катунина

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
городская больница им. Н.А.Семашко,
г. Пенза

Проблема сохранения репродуктивного здоровья современной молодежи является одной из актуальных проблем в настоящее время, т.к. подростковый возраст, особенно важен для формирования репродуктивной функции и наиболее подвержен воздействию неблагоприятных факторов.

Для изучения репродуктивного здоровья нами проводилось исследование сексуальной и контрацептивной активности у 140 молодых женщин в возрасте 16-20 лет, обратившихся в кабинет планирования семьи женской консультации больницы им. Н.А. Семашко по вопросу контрацепции.

Из них большинство были студентками 62,8% (88 клиенток), учащиеся старших классов составили 17,8% (25 человек), служащие – 19,4% (27 человек).

При изучении анамнеза выяснено, что средний возраст начала половой жизни составил 15,5 лет. По семейному положению 75% (105 человек) были не замужем, 11% (16 человек) состояли в официальном браке, в «гражданском» браке – 14% (19 человек).

На момент обращения по поводу контрацепции большинство молодых женщин имели постоянного полового партнера и вели регулярную половую жизнь.

В анамнезе каждая пациентка в среднем имела 2-3 сексуальных партнера.

В вопросе о мотиве начала половой жизни 75% школьниц и почти 50% студенток указали на любовь, четверть девочек указали на любопытство. Большинство мужчин были старше своих партнерш на 2-3 года.

Холостые мужчины практически полностью перекладывали решение вопроса о контрацепции на женщину.

Следует отметить, что основным методом контрацепции у молодых женщин до обращения в кабинет планирования семьи являлся презерватив, его использовали до 75% школьниц, студенток и молодых женщин,

на 2-3 месте по частоте применения были малоэффективные способы защиты от не планируемой беременности – это прерванный половой акт и календарный методы.

Однако до 20% клиенток предпочитали гормональную контрацепцию, хотя применяли КОК спорадически.

Следует особо подчеркнуть, что 15,5% школьниц не имеют представления о методах контрацепции. Большая часть клиенток получили информацию о способах контрацепции в семье – 48% (от матерей и сестер), каждая пятая – получили информацию у врачей.

Недостаточные знания в вопросах контрацепции сопровождаются появлением различных проблем в области репродуктивного здоровья у молодежи (незапланированные, нежелательные беременности, аборты, роды, ИППП).

Студентки имеют беременность в 3 раза чаще, чем школьницы. До 40% беременностей заканчиваются абортами, в 14,5% – самопроизвольными выкидышами. У школьниц исход первой беременности, как правило, аборт.

Озабоченность вызывает выявление у 13% школьниц и 15% студенток инфекций, передаваемых половым путем, что, естественно, негативно отражается на становлении репродуктивной функции.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о негативных тенденциях как со стороны репродуктивного здоровья современных подростков, так и в системе их гигиенического и полового воспитания, и требуют активного участия медицинских работников, психологов, родителей в создании оптимальных образовательных программ и адекватной системы охраны репродуктивного здоровья подростков.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «АНЖЕЛИК» В ЛЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Л.В. Фатеева, Н.А. Кулагина, А.Б. Дементьева, О.П. Виноградова, А.В. Фатеев, Н.Н. Бисерова

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

За последние годы в лечении климактерических расстройств достигнут значительный прогресс. Основным методом их коррекции и профилактики служит заместительная гормональная терапия (ЗГТ) аналогами половых гормонов. Одним из наиболее современных препаратов для ЗГТ является низкодозированный препарат АНЖЕЛИК, содержащий новый

прогестаген дроспиренон – антагонист альдостероновых рецепторов с антиминералкортикоидным эффектом.

*Цель исследования*: изучить влияние ЗГТ препаратом Анжелик на клинические проявления климактерического синдрома (КС).

*Материал и методы исследования*: обследовано 28 женщин в возрасте от 48 до 58 лет. У всех пациенток проявления климактерического синдрома возникли в результате естественного угасания функции яичников. Десять из 28 пациенток впервые начали получать ЗГТ, остальные применяли фемостон, ливиал.

Почти 50% женщин имели сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2 типа у 2 пациенток, у 6 – гипертоническая болезнь 1-2 ст. (получали гипотензивные препараты), у 7 – хронический гастрит и холецистит.

Перед назначением ЗГТ проведено обязательное обследование: сбор анамнеза (для исключения онкологических заболеваний), УЗИ (для определения толщины эндометрия, чтобы М-ЭХО не превышало 5 мм), липидный спектр крови и консультация маммолога.

Для оценки степени тяжести КС использовали менопаузальный индекс (МПИ) Куппермана в модификации Уваровой.

Средний возраст пациенток составил 49,5 лет. Длительность постменопаузы не превышала 5 лет. Средний возраст наступления менопаузы составил 48 лет. Длительность течения КС на момент исследования 5,8 лет. По МПИ преобладали средняя и тяжелая клиническая симптоматика (МПИ – 52 балла). Все пациентки получали Анжелик в течение 6 месяцев.

В процессе лечения состояние пациенток значительно улучшилось. До лечения горячие приливы отмечались у 58% женщин, нейровегетативные симптомы у 88% пациенток. На фоне лечения психоэмоциональные расстройства, приливы заметно уменьшились уже к 4 нед. приема препарата, нормализовался сон, уменьшились нейровегетативные симптомы стабильно к 3 месяцу лечения. Уже через 1,5-2 месяца отмечено отсутствие тяжелого и среднетяжелого КС. Также уменьшились жалобы на частое мочеиспускание и недержание мочи.

У всех пациенток не отмечено повышение массы тела, у 9 – снизилась масса тела на 4 месяце приема препарата в среднем на 0,6 кг.

У 3 женщин с гипертензией 1 ст. АД стабилизировалось до нормальных показателей. У 3 – уменьшены дозы используемых гипотензивных средств. Не отмечено обострения экстрагенитальных заболеваний. Из побочных эффектов у 2 пациенток имелось нагрубание молочных желез, что потребовало дополнительного назначения мастодинона. У 4 (14,4%) женщин на фоне лечения отмечались мажущие кровянистые выделения от 1 до 3,5 мес., которые самостоятельно ликвидировались к 4 мес. приема препарата (это расценено как вариант нормы, что возможно и при приме-

нении других низкодозированных препаратов в непрерывном режиме в постменопаузе). У 2 пациенток имелись обильные выделения, что потребовало дополнительных методов обследования.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о положительном эффекте ЗГТ, в частности препарата Анжелик, у женщин в постменопаузе с различной тяжестью КС, который не оказывает отрицательного влияния на массу тела, АД и может быть рекомендован у пациенток с мягкой артериальной гипертензией. Препарат Анжелик улучшает качество жизни женщин с КС в постменопаузальном периоде.

## ДИФФУЗНЫЙ ЭУТИРЕОИДНЫЙ ЗОБ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Н.В. Федотова

Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина,
г. Пенза

Диффузный эутиреоидный зоб (ДЭЗ) – общее диффузное увеличение щитовидной железы (ЩЖ) без нарушения ее функции. Основной причиной ДЭЗ является недостаточное содержание йода в окружающей среде и как следствие снижение его потребления населением с привычными продуктами питания. Гипертрофия и гиперплазия ЩЖ при ДЭЗ носят компенсаторный характер.

Для оценки степени увеличения ЩЖ методом пальпации, ВОЗ рекомендована классификация в 2001 году: нулевая степень – зоба нет, первая степень увеличения – зоб пальпируется, но не виден при нормальном положении шеи, вторая степень – зоб четко виден при нормальном положении шеи.

Чувствительность и специфичность метода пальпации для оценки степени зоба довольно низкие. Поэтому для точного определения размеров и объема ЩЖ рекомендуется проведение ультразвукового исследования (УЗИ). Объем щитовидной железы подсчитывается по формуле, в которой учитываются ширина, длина и толщина каждой доли. У взрослых зоб диагностируется, если объем железы по данным УЗИ, превышает 18 мл у женщин и 25 мл у мужчин.

Эутиреоидный зоб небольших размеров, как правило, протекает бессимптомно, но он требует наблюдения и лечения, во-первых, потому что без лечения имеет тенденцию к увеличению. Во-вторых – если не лечить, то возникают гиперпластические и соматические мутации в тиреоцитах,

итогом которых является формирование функциональной автономии ЩЖ. Развивается тиреотоксикоз.

В-третьих, немаловажным является и фармакоэкономический эффект: лечение ранней стадии йоддефицитного зоба обходятся здравоохранению во много раз дешевле, чем лечение далеко зашедшей стадии.

*Лечение йоддефицитного зоба*

На сегодняшний день существует три варианта консервативной терапии ДЭЗ:

1. Монотерапия левотироксином
2. Монотерапия препаратами йода (например, йодидом 100; йодидом 200)
3. Комбинированная терапия препаратами йода и левотироксина.

*Монотерапия левотироксином*

Применяется иногда для быстрого достижения терапевтического эффекта. Прибегают к кратковременным курсам лечения. Необходимо учитывать, что терапия гормонами ЩЖ может вызвать лекарственный тиреотоксикоз, тахиаритмию, остеопороз. Поэтому назначается короткий курс левотироксина с дальнейшим переходом на поддерживающую терапию йодидом.

*Монотерапия препаратами йода*

В настоящее время общепринятым является положение: лечебные дозы йода при ДЭЗ почти не отличаются от профилактических и составляют 150-200 мкг в сутки. Назначение 100-150 мкг йода хорошо зарекомендовало себя для лечения зоба у детей.

*Комбинированная терапия препаратами йода и левотироксина*

Сочетание 150 мкг йода с индивидуально подобранной дозой тироксина из расчета 1 мкг на 1 кг массы тела более предпочтительно для лечения эндемического зоба.

*Заключение*

Основной целью в лечении йоддефицитного зоба является не только снижение объема ЩЖ, но и поддержание достигнутого результата. Для этого подойдут препараты йода как в виде монотерапии, так и в составе комбинированной терапии с левотироксином. Исходя из современных представлений, какое бы первоначальное лечение зоба не проводилось, резкое его прекращение не может быть рекомендовано без дальнейшего проведения профилактических мероприятий – использования йодированной соли.

# РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА У БОЛЬНЫХ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Л.А. Филиппова, Т.В. Чернова, Е.Ю. Ермаков, А.И. Сафронов

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина,
г. Пенза

При возникновении жизнеопасных осложнений у больных с внегоспитальной пневмонией пациенты, как правило, переводятся в отделение реанимации и интенсивной терапии. Основным вопросом, встающим перед реаниматологом при поступлении такого больного, является выбор респираторной поддержки. При этом возможны три варианта: ингаляция увлажненного кислорода, самостоятельное дыхание с постоянным положительным давлением (СППД), ИВЛ кислородно-воздушной смесью, включая режим ПДКВ (положительное давление в конце выдоха). Показаниями к переводу на ИВЛ являются: прогрессирующая острая дыхательная недостаточность, острая сердечно-сосудистая недостаточность, церебральная недостаточность.

В условиях постоянного отслеживания газового состава крови проблемы с переводом больного на ИВЛ решаются относительно просто, однако возможности для проведения такого мониторинга существуют не везде. Поэтому статистический анализ данных по больным с внегоспитальной пневмонией имеет определенное значение для прогнозирования развития критического состояния, а также для принятия врачебного решения по интенсивной терапии.

Нами проведен ретроспективный анализ лечебно-диагностического процесса у 393 больных с внегоспитальной пневмонией, поступивших в отделение реанимации Пензенской КБСМП им. Г.А. Захарьина в 1990-2005 гг.

В соответствии с принятой в нашей клинике классификацией структура неспецифических синдромов больных внегоспитальной пневмонией представлена в таблице 1.

При анализе выяснено, что искусственная вентиляция легких у больных внегоспитальной пневмонией потребовалась в 32,6% всех случаев; это наиболее тяжелые больные, у которых помимо выраженной дыхательной недостаточности имела место критическая нестабильность гемодинамики, коматозное состояние, ДВС-синдром.

Таблица 1 – синдромная характеристика больных с внегоспитальной пневмонией и перевод на ивл (1990-2005 гг.)

| Признаки | Поступило | % от числа б-х с пневм. | Умерло | Летальность (%) |
|---|---|---|---|---|
| Поступило (всего) | 393 | 100 | 138 | 35,1 |
| Проводилась ИВЛ | 128 | 32,6 | 106 | 82,8 |
| Критическая нестабильность гемодинамики | 171 | 43,5 | 88 | 51,5 |
| Психоз | 114 | 29,0 | 35 | 30,7 |
| Септический шок | 104 | 26,5 | 51 | 49,0 |
| Кома | 67 | 17,0 | 53 | 79,1 |
| ДВС-синдром | 58 | 14,8 | 23 | 39,7 |
| Отек легких | 37 | 9,4 | 24 | 64,9 |
| Сепсис | 29 | 7,4 | 18 | 62,1 |
| Острая почечно-печеночная недостаточность | 11 | 2,8 | 3 | 27,3 |

Таким образом, в условиях отделения реанимации Пензенской КБСМП им. Г.А. Захарьина респираторная поддержка, включающая проведение ИВЛ с индивидуальным подбором параметров, проводится почти у трети больных с внегоспитальной пневмонией (32,6%). При этом риск развития летального исхода у больных, потребовавших перевода на ИВЛ, определяется составом сопутствующих синдромов и в среднем составляет 82,8%.

Общая летальность в анализируемой группе больных с пневмониями составила 35,1%.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА

Г.С. Хасаншин, А.Л. Кокурочников, Н.А. Абрамов, В.И. Кафтайкин, О.И. Клюев, Е.В. Аленкин, С.А. Каверин, С.А. Шиганов

ГУЗ Областной противотуберкулезный диспансер, г. Пенза

В настоящее время, на фоне постоянно растущей заболеваемости туберкулезом среди населения РФ, отмечается увеличение количества больных с распространенными и запущенными формами туберкулеза органов дыхания. Присоединившаяся деструкция легкого часто становится важным и критическим этапом в клинической картине, течении и исходе заболевания. Распад ткани легкого зачастую сопровождается опасностью дальнейшего бронхогенного распространения МБТ и присоединения ряда

серьезных осложнений, прежде всего таких, как легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, эмфизема средостения, массивный выброс МБТ в плевральную полость.

Больные с деструктивными процессами в основном становятся источником повышенной опасности для окружающих их лиц и контактирующих с ними людей.

Распад туберкулезного очага в легком, с последующим формированием каверны, может возникать при прогрессирующем течении любой формы легочного туберкулеза. В результате некробиоза и гнойного расплавления участков казеоза, с последующим их опорожнением в просвет бронха, формируется полость, величина которой может варьировать от нескольких миллиметров до 15 и более сантиметров. Под воздействием проводимой специфической противотуберкулезной терапии участок деструкции может разрешиться заживлением каверны с образованием грубого звездчатого рубца, либо перейти в кавернозную форму туберкулеза.

Учитывая низкий процент возможного абациллирования и закрытия полости распада (29%) необходимо широкое применение хирургических методов лечения у группы больных с деструктивными формами туберкулеза.

За контрольный период с 2003 г. по 2005 г. в торакальном отделении Областного противотуберкулезного диспансера проведено 209 операций. Из них по поводу:

- фиброзно-кавернозного туберкулеза – 89 (18,5%);
- диссеминированного туберкулеза – 17 (2,4%);
- кавернозного туберкулеза – 11 (1,5%);
- инфильтративного туберкулеза – 11 (1,5%);
- туберкулезной эмпиемы – 81 (11,4%).

Из приведенных данных превалируют в процентном отношении больные с фиброзно-кавернозным туберкулезом.

Как правило, мы оперируем этих больных после прекращения положительной рентгенологической динамики и стабилизации процесса, и большого срока лечения. Объем операции в этих случаях:

- пневмоэктомия – 34 (4,8%);
- долевые – 85 (12%);
- билобэктомии – 9 (4,8%);
- комбинированные – 58 (8,2%).

Учитывая низкий процент достигаемого абациллирования и закрытия полостей, на фоне проводимой консервативной терапии (29%) можно сделать *вывод* о принципиальном увеличении хирургического лечения деструктивных форм туберкулеза, в сочетании с другими лекарственными воздействиями.

Проводя анализ работы торакального отделения у большинства больных наступает излечение, либо стабилизация процесса не только при локальных, но и распространенных прогрессирующих формах туберкулеза. Закрытие полостей, абациллирование достигается в 85%. В 9% происходит реактивация процессов, либо осложнения в послеоперационном периоде 6%, которые купировались путем проведения повторных хирургических вмешательств.

## ПОВЫШЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНЦИИ И ПРОФИЛАКТИКА «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» КУРСАНТОВ НГИУВ

О.И. Хвостова

ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Федерального агенства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Новокузнецк

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) в англоязычной литературе (burnout) обозначается понятием «профессиональное выгорание», что позволяет рассматривать это явление в аспекте личной деформации под влиянием профессиональных стрессов. Среди профессий, в которых СЭВ встречается наиболее часто, следует отметить медицинских работников, чей рабочий день – это теснейшее общение с больными людьми, требующими неусыпной заботы и внимания. Входящие в эту категорию личности ассоциируют свой труд с предназначением, миссией, поэтому у них стирается грань между работой и частной жизнью. Педагог – это одна из профессий альтруистического типа, труд характеризуется очень высокой интенсивностью и эмоциональной напряженностью, необходимостью постоянной внеурочной работы над предметом и собой. Часто встречается СЭВ среди психологов, социальных работников. Их профессиональная деятельность относится к группе профессий с повышенной моральной ответственностью за здоровье и жизнь людей. Негативное влияние на здоровье оказывают постоянные стрессовые ситуации, в которые попадают эти работники в процессе социального взаимодействия, проникновения в суть проблемы клиента, а также по причине личной незащищенности и других морально-психологических факторов. В международной классификации болезней (МКБ-Х) СЭВ отнесен к рубрике Z73 – «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни».

Из нашей практики, наиболее эффективный подход к профилактике СЭВ основывается на концепции стресс преодолевающего поведения

(коппингповедения). Главное – научить преодолевать психологический стресс, используя позитивные формы поведения. Необходимо развитие внутренних ресурсов – самоуважение, уверенность в своих силах, умение брать ответственность на себя, принимать решения. И еще очень важно развивать умение верно оценивать ситуацию. То есть то, что называется социальной компетенцией. Все это – человеческие ресурсы, которые и помогают в предупреждении профессионального «выгорания».

Нами разработана, утверждена и практически реализуется программа факультативных занятий для курсантов НГИУВ по теме «Повышение психологической компетенции специалистов помогающих профессий и профилактика профессионального стресса».

*Цель*: подготовить курсантов к ускоренной психологической адаптации в обучаемой группе, познакомить курсантов друг с другом, так как уровень доверительных отношений благоприятно сказывается на процессе обучения и усвоения учебного материала. Повысить личностное развитие как необходимое условие успешной профессиональной деятельности и профилактика профессионального стресса курсантов-врачей за счет коррекции эмоциональной сферы. Освоить на факультативных занятиях методы профилактики профессионального стресса, проверить себя на модели тех ситуаций, которые предстоит решать в жизни. Овладеть умением, восполнять внутренние ресурсы собственной личности.

Программа состоит из 17 тем (общение; качества личности, необходимые для эффективного общения; эмоциональное общение, его значение в профессиональной деятельности; психология первой встречи с пациентом; способы достижения эмоционального соответствия с пациентом с учетом его психологических качеств и др.). Помимо базовых тренинговых «номеров», ролевой дискуссии, упражнений на невербальную коммуникацию, психогимнастики, применялись элементы гештальттерапии, трансактного анализа, нейролингвистического программирования. Программа рассчитана на 72 часа.

Целесообразна работа в группах по 10-12 человек – критерий так называемой малой группы, социально-психологические характеристики и закономерности, функционирования которой достаточно изучены. К ним относятся объективные закономерности групповой динамики с характерными фазами в развитии группы (фаза ориентации и зависимости, фаза конфликтов, фаза сотрудничества и целенаправленной деятельности), особенности внутригрупповой структуры (групповая динамика, феномены лидерства, социометрического статуса) и многие другие. Важнейшими правилами работы группы являются следующие: говорить от себя, от своего имени, избегая общения и обращения к участникам в третьем лице; правило присутствия на протяжении всей групповой работы; искренность

в общении; безоценночность суждений по поводу других участников группы; оценка того, что происходит «здесь и теперь», а не «там и тогда»; во время работы в группе слушать и слышать, что говорят другие.

Занятия проводились в изолированной комнате с удобными креслами, расставленными по кругу. Интенсифицировался тренинг музыкой и видео съемкой, с последующим просмотром и обсуждением, взгляд на себя со стороны, «под другим углом зрения», можно рассматривать как вариант обратной связи.

Курсанты факультативных занятий отметили, что в результате работы в группе улучшилось настроение, они избавились от головной боли, нормализовалось артериальное давление, улучшилось дыхание, сон стал спокойным, повысилась работоспособность, приобрели навыки межличностного общения, повысили свою психологическую компетенцию. Следовательно, обучение специалистов помогающих профессий по предлагаемой программе эффективно и целесообразно.

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА В УСЛОВИЯХ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

С.Е. Хоронеко, М.М. Артюкова

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

В условиях метаболического дисгомеостаза адаптационные возможности сердечно-сосудистой системы снижаются, это требует дополнительной разработки оптимизирующих методов коррекции. *Целью работы* явилось исследование морфологической структуры миокарда, аорты и печени в условиях моделирования гиперхолестеринемии.

В качестве модели, воспроизводящей нарушение обмена, использовалась модель экспериментальной гиперлипидемии у кроликов. Раствор холестерина вводился животным per os в подсолнечном масле и витамин Д (S.Y.K. Jowsufzai et al., 1976) в течение 20 суток. Животным 1-й опытной серии на фоне холестериновой диеты ежедневно внутримышечно вводили а-токоферола ацетат; кролики 2-й опытной группы подвергались воздействию отрицательных аэроионов кислорода; 3-ю опытную серию составили животные, которым дополнительно внутривенно вводился вамин, аминокислотно-электролитный сбалансированный комплексный раствор. Контрольная группа продолжала получать холестериновую диету без коррекции.

По сравнению с интактными животными в миокарде кроликов, получавших холестериновую нагрузку, нарастала картина выраженного ве-

нозного полнокровия и гемостаза. Наблюдались явления набухания, отека мышечных волокон, гомогенизации саркоплазмы с появлением гранулярности и потерей поперечной исчерченности. Отмечался полиморфизм ядер кардиомиоцитов с признаками разрыхления и уплотнения хроматина. В межмышечных пространствах наблюдалась выраженная инфильтрация лимфоцитами и тканевыми клетками. В артериях мышечного типа миокарда появлялись очаги разрыхления интимы с отслойкой и десквамацией клеток эндотелия.

При введении а-токоферола значительно снижалась инфильтрация и выраженность венозного полнокровия и гемостаза. Разрыхление интимы в мелких артериях носило очаговый характер. В серии с использованием вамина в ткани миокарда уменьшались явления венозного полнокровия и гемостаза, выраженность набухания мышечных волокон, явлениями гомогенизации их саркоплазмы, полиморфизм ядер. Артерии мышечного типа в основном были сохранными, разрыхление клеток эндотелия было незначительным.

На фоне дополнительного проведения аэроионотерапии также удалось уменьшить степень венозного полнокровия. Мышечные волокна были в основном сохранными. Значительно снижалась инфильтрация: в мышечных промежутках по периферии сосудов встречались единичные лимфоциты и тканевые клетки. Процесс разрыхления интимы затрагивал только поверхностные слои.

Холестериновая нагрузка в течение 20 суток привела к выраженному изменению морфологической структуры печени. Ткань печени была набухшей, гепатоциты были слабо очерчены, отмечался клеточный и ядерный полиморфизм. Наблюдались выраженные дистрофические повреждения клеток: выявлялось большое количество гепатоцитов с резко набухшей цитоплазмой с грубой зернистостью. Нарушалось балочное строение ткани. Просвет центральных вен и пространство Диссе расширялись. Наблюдалась выраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация.

В отличие от контрольной группы на фоне введения а-токоферола при нагрузке холестерином выявлялось много двухъядерных гепатоцитов с рыхлым хроматином в ядрах клеток, меньше была выражена лимфогистиоцитарная инфильтрация.

Наиболее выраженное протекторное действие на морфологическую картину печени оказал вамин. При этом не наблюдалось венозного полнокровия, сохранялось дольчатое строение ткани. Предотвращались грубые дистрофические изменения гепатоцитов, встречались двуядерные клетки. Расширение пространства Диссе и просвета большинства центральных вен было умеренным, но сохранялась гистиолимфоцитарная инфильтрация.

При использовании аэроионотерапии в условиях нагрузки холестерином также ограничивалась степень венозной гиперемии ткани, сохранялась дольковая структура. Междольковые перегородки прослеживались отчетливо в проекции печеночных триад. В основном предупреждались дистрофические изменения гепатоцитов. Клетки печени были с округлыми центрально расположенными ядрами и мелкими ядрышками, выявлялось много двуядерных клеток. Отмечается слабый клеточный и ядерный полиморфизм. В проекции печеночных триад и междольковых пространствах встречались единичные мелкие инфильтраты из тканевых клеток и лимфоцитов.

Моделирование гиперхолестеринемии приводило к изменениям стенки аорты по сравнению с интактными животными: по всей окружности стенки наблюдались массивные явления липоидоза и липосклероза с разрыхлением интимы, подинтимального пространства и мышечной стенки, местами с нарушением целостности фиброзной оболочки с множеством гладкомышечных клеток, макрофагов, ксантимальных клеток, цистоплазма которых содержала большое количество липидов.

При воздействии отрицательных ионов кислорода с 11 дня опыта в стенке аорты сохранялись, но были менее выраженными явления липоидоза, липосклероза. При использовании аэроионотерапии в профилактическом режиме с первого дня эксперимента удалось в большей степени предотвратить повреждающее воздействие холестериновой нагрузки. Практически предотвращалась гладкомышечно-макрофагальная инфильтрация.

В стенке аорты при введении вамина дислипидемические поражения были наименее выраженными. Явления липоидоза, липосклероза и атеросклероза наблюдались только в поверхностных слоях интимы. Встречались отдельные гладкомышечные клетки и макрофаги.

## КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В.И. Цокуренко

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агенства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

Внедрение научно обоснованной и доступной для широкого применения в практике технологии экспертизы качества медицинской помощи является важнейшей задачей современного этапа развития здравоохранения.

По определению ВОЗ, под качеством медицинской помощи подразумевается свойство медицинской услуги удовлетворить конкретные потребности больного человека в получении необходимой ему помощи.

Всемирная организация здравоохранения при определении конкретных задач по обеспечению качества рассматривает четыре основных компонента:

- выполнение профессиональных функций (техническое качество);
- использование ресурсов (эффективность);
- контроль степени риска (опасность травмы или заболевания в результате медицинского вмешательства);
- удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием.

Опыт мировой и отечественной практики повышения качества услуг, в том числе медицинских, показывает, что для реализации такой политики необходимо создание адекватной законодательной базы, определяющей требования к услуге с позиции защиты пациента.

Создание единой системы обеспечения КМП на территории имеет целью решение ряда фундаментальных задач:

- защита прав потребителей (пациентов) в части предоставления им гарантированного объема и КМП;
- создание рациональной и эффективной системы контроля за использованием финансовых средств здравоохранения;
- создание механизма возмещения ущерба здоровью и трудоспособности граждан, возникшего по вине медицинских работников.

Любая система контроля качества должна определять соответствие фактически проводимых лечебно-диагностических мероприятий тем мероприятиям, которые гарантированы населению нормативными документами.

Согласно приказа МЗ РФ и ФФОМС от 24.10.1996 года № 363/77 обязательному экспертному контролю подлежат:

- случаи летальных исходов;
- случаи внутрибольничного инфицирования и осложнений;
- случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
- случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение года;
- случаи заболеваний с удлиненными или укороченными сроками лечения (или временной нетрудоспособности);
- случаи с расхождением диагнозов;
- случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов и их родственников.

Все прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми экспертной оценке.

Условия, в которых работает врач, должны быть досконально известны эксперту КМП, так как материально-техническое обеспечение медицинских учреждений определяет реальные возможности врача и влияет на результат оценки его профессиональной деятельности.

Для обеспечения качества обслуживания пациентов необходимо:

- проведение систематического мониторинга результатов оказываемой помощи, качества жизни, степени удовлетворенности пациентов и доступности помощи с точки зрения стоимости, опираясь на использование надлежащих информационных систем;
- использование соответствующих систем стимулирования, основанных на результатах помощи, включая обратную связь в виде сопоставимой информации о конечных результатах, сообщаемой отдельным представителям помощи, административным работникам и потребителям;
- обеспечение переориентации программ подготовки персонала здравоохранения с целью увеличения внимания к таким критериям как эффективность работы, состояние здоровья, качество жизни, степень удовлетворенности пациентов и экономическая эффективность.

Таким образом, формирование и развитие эффективных систем обеспечения качества медицинской помощи остается одной из наиболее актуальных задач современного отечественного и зарубежного здравоохранения.

## ЛЕТАЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ

Т.В. Чернова, А.Ф. Соколов, А.И. Сафронов

Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина,
ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Пенза

Как правило, летальные исходы у больных с сочетанной травмой наступают на фоне некупирующегося шока и полиорганной недостаточности.

В интенсивной терапии травматического и/или геморрагического шока у больных с сочетанной травмой перед клиницистом встают три основные задачи: выявление наиболее тяжелых повреждений, преимущест-

венно влияющих на общее состояние пострадавшего; безотлагательное проведение противошоковых, а иногда и реанимационных мероприятий; выработка оптимального плана лечебных мероприятий, сроков и объема хирургических вмешательств.

В этой связи выяснение истинной картины летальности больных сочетанной травмой имеет исключительное значение для оптимизации лечебно-диагностического процесса у этой категории больных.

*Целью исследования* явился анализ летальности больных с сочетанной травмой на этапе их лечения в отделении реанимации Пензенской КБСМП им. Г.А. Захарьина.

*Материал и методы исследования*. Проведен ретроспективный анализ летальности среди 448 больных, поступивших в отделение реанимации Пензенской КБСМП им. Г.А. Захарьина с травматическим и/или геморрагическим шоком, развившимся на фоне сочетанной травмы. Период наблюдений – 1995-2005 гг.

Среди пострадавших 361 (80,6%) – мужчины и 87 (19,4%) – женщины; 141 человек (31,5%) поступили в состоянии алкогольного опьянения. Виды травм: у 286 человек (63,8%) – бытовые травмы, у 162 человек (36,2%) – транспортные травмы; 229 больных (51,1%) были старше 40 лет.

В зависимости от локализации повреждения и выраженности клинических проявлений больные разделены на три группы:

- 1 группа (292 больных) – черепно-мозговая травма + травма груди + травма живота + травма таза + травма конечностей;
- 2 группа (137 человек) – травма груди + травма живота + травма таза + травма конечностей;
- 3 группа (19 человек) – травма живота + травма таза + травма конечностей.

В условиях отделения реанимации такое деление позволяет определить последовательность использования лечебно-диагностических мероприятий, направить усилия на главный фактор, угрожающий жизни. Помощь таким больным, как правило, оказывается поэтапно при участии нейрохирурга, травматолога, хирурга и реаниматолога.

Летальность среди выделенных групп больных представлена в таблице 1.

Среди поступивших больных более половины (52%) имели декомпенсированный гиповолемический шок; при этом летальность больных с декомпенсированным шоком составила 44,63%, в то время как у больных с компенсированным шоком она составляла 7,91%. Максимальная летальность (70,45%) отмечена у больных 1-й группы, поступающих в отделение реанимации в состоянии декомпенсированного устойчивого шока (таблица 2).

Таблица 1 – Летальность в группах больных

| Группа | **Характеристика группы** | **Количество больных** | **Умерло** | **Летальность (в %)** |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Черепно-мозговая травма + травма груди + травма живота + травма таза + травма конечностей | **292** | **98** | **33,6** |
| 2 | Травма груди + травма живота + травма таза + травма конечностей | **137** | **14** | **10,2** |
| 3 | Травма живота + травма таза + травма конечностей | **19** | **9** | **47,4** |
| Итого: | | **448** | **121** | **27,01** |

Таблица 2 – Структура летальности по группам больных

| Характер травмы | Фазы шока | | | | | | | | | Всего | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Компенсированный шок | | | Декомпенсированный, обратимый | | | Декомпенсированный, необратимый | | | | | |
| | б-х | ум. | лет. (%) | б-х | ум. | лет. (%) | б-х | ум. | лет. (%) | б-х | ум. | лет. (%) |
| 1.черепно-мозговая травма + травма груди + травма живота + травма таза + травма конечностей | 128 | 15 | 11,72 | 76 | 21 | 27,63 | 88 | 62 | 70,45 | 292 | 98 | 33,56 |
| 2.травма груди + травма живота + травма таза + травма конечностей | 81 | 1 | 1,23 | 32 | 5 | 15,63 | 24 | 8 | 33,33 | 137 | 14 | 10,22 |
| 3.травма живота + травма таза + травма конечностей | 6 | 1 | 16,67 | 4 | 2 | 50 | 9 | 6 | 66,67 | 19 | 9 | 47,37 |
| Итого | 215 | 17 | 7,91 | 112 | 28 | 25 | 121 | 76 | 62,81 | 448 | 121 | 27,01 |

*Выводы*

1. Более половины больных с сочетанной травмой (52%) поступают в отделение реанимации в состоянии декомпенсированного гиповолемического шока.

2. Если у больного с сочетанной травмой в клинической картине преобладает черепно-мозговая травма (1 группа исследования), то летальность таких больных в три раза выше, чем у тех больных, которые черепно-мозговой травмы не имели (2 группа исследования).

3. Анализ летальности больных с сочетанной травмой показывает, что проблема оценки тяжести состояния этой категории больных требует дальнейших и более глубоких исследований.

## ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ВОПРОСАХ ДИАГНОСТИКИ ГИПОТИРЕОЗА

Е.М. Шимотюк, С.М. Брызгалина, Я.А. Горбатовский

ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социального развития»,
г. Новокузнецк

*Цель исследования*: Оценить базовые знания по качеству диагностики гипотиреоза и аутоиммунного тиреоидита (АИТ) врачей терапевтического профиля.

*Материалы и методы*: В исследовании, которое проводилось на разных циклах усовершенствования врачей на кафедре терапии Новокузнецкого ГИДУВа, приняло участие 262 врача. На эти циклы откомандировывались врачи без какого-либо целевого отбора, разного возраста и стажа работы, обычно не проходившие усовершенствования в течение последних лет. Использована оригинальная анкета, которая включала 13 вопросов; они были лаконичны, имели конкретную формулировку, не содержали редко употребляемых или незнакомых слов. На заполнение анкет отводилось не более 15 минут. Анкеты или вопросы, которые респонденты вернули незаполненными, расценивались как отрицательный ответ. Оценка базовых знаний по качеству диагностики гипотиреоза и АИТ осуществлялась по показателю информированности врачей терапевтов, о распространенности, симптомах, методах ранней диагностики и основных методах терапии гипотиреоза, основной причиной которого является АИТ.

*Результаты*: Исходный уровень знаний врачей в вопросах клинических проявлений и диагностики гипотиреоза оказался довольно низким. Никто из опрошенных не смог перечислить все возможные причины, вызывающие гипотиреоз. Ни один респондент не указал всех основных признаков гипотиреоза. Никто не указал на повышение массы тела и гиперхолестеринемию. Четко диагностические критерии не указал ни один из опрошенных. 152 респондента (58%) указали на брадикардию. Только 5 че-

ловек (1,9%) могли ответить на вопрос «что такое скрытый гипотиреоз?» Лишь 5 врачей (2%) ответили на вопрос о гиперпролактинемии, как причине нарушений репродукции при гипотиреозе. Знания врачей в вопросах профилактики и лечения гипотиреоза иллюстрируют следующие полученные нами данные. Препараты йода смогли назвать 91 человек (35%). Препараты тиреогормонов и возможные дозировки перечислили только 70 опрошенных (27%); 29 врачей (11%) отдали предпочтение при лечении АИТ хирургическому методу лечения. Ведущим симптомом при АИТ назвали «сдавление» органов средостенья 37 респондентов (14%), а лихорадку – 5 (1%), в то время как правильный ответ (гипотиреоз) дали только 60 человек (23%).

*Выводы*: Возможным способом повысить информированность врачей может явиться переориентирование акцентов в нынешнем здравоохранении вообще и в системе сертификации врачей, в частности. Необходимо включать образовательный фрагмент, освещающий вопросы тиреоидологии, на циклах усовершенствования врачей терапевтического профиля.

## ДЭХОКГ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

О.А. Щербинина

ГУЗ Областная клиническая больница №1,
г. Воронеж

ХОБЛ относится к числу наиболее распространенных заболеваний; в России в качестве причин инвалидности и смертности они занимают 4 место среди прочих хронических заболеваний. Эта группа заболеваний характеризуется прогрессирующим течением, развитием легочной гипертензии и, как следствие, хронического легочного сердца.

Нарушение системной и легочной гемодинамики является одним из патогенетических механизмов у данной категории пациентов.

В связи с этим большое значение придается своевременной и точной диагностике нарушений гемодинамики у больных ХОБЛ.

На современном этапе по данным отечественной и зарубежной литературы среди неинвазивных методов исследования ДЭХОКГ является максимально информативным и точным.

*Целью* нашего исследования явилось определение возможностей ДЭХОКГ для выявления скрытой ПЖ-недостаточности и латентной легочной гипертензии.

*Материалы и методы исследования*

В открытое рандомизированное исследование было включено 35 пациентов, страдающих ХОБЛ (26 мужчин и 9 женщин), средний возраст – 52.3±1.1 г.

Продолжительность заболевания варьировала от 6 до 18 лет. В исследование не были включены больные с ИБС, клапанными пороками сердца, нарушениями ритма, ВПС.

Контрольную группу составили 10 здоровых лиц (8 мужчин и 2 женщины), средний возраст 47±1.5 г. Всем больным проводили ЭХОКГ с цветным картированием, с режимом tissue tracking на аппарате Voluson 730 (General Electric, США) датчиком 3.5 мГц из стандартных позиций в «В» и «М»-режимах, с использованием импульсного и постоянноволнового допплера, цветного картирования и режима «тканевый след».

Были оценены размеры правых и левых камер сердца, ФВ правого и левого желудочков, толщина передней стенки ПЖ, соотношение пиков А и Е – раннего и позднего наполнения ПЖ и ЛЖ, СДЛА, ДДЛА, степень трикуспидальной регургитации.

Все больные были разделены на 2-е группы в зависимости от наличия или отсутствия клинических признаков системной и/или легочной гемодинамики.

*Результаты и обсуждение*

1-ая группа представлена пациентами с ХОБЛ без клинической манифестации признаков ПЖ-недостаточности и ХЛС (20 пациентов). В ходе проведенного нами исследования установлено, что у 16 человек (80%) была выявлена диастолическая дисфункция ПЖ и ЛЖ 1-го типа, дилатация ЛП – у 15 человек (75%), ПП – у 14 (70%), ГПСПЖ – у 5 человек (25%), повышение ДДЛЖ – у 10 (50%), повышение СДЛА > 45 мм рт. ст. (что по данным литературы может служить критерием наличия латентной легочной гипертензии) – у 4 пациентов (20%). ФВ ЛЖ и ПЖ были нормальными у всех пациентов, у 12 пациентов (60%) – степень ТК-регургитации была умеренной, у 7 (35%) – 1-ой степени – невыраженной.

У пациентов 2-ой гр. (15 пациентов) с клиническими признаками ПЖ-недостаточности и ХЛС, СДЛА и ДДЛА было достоверно выше аналогичных показателей пациентов 1-ой и контрольной групп; у 70% больных 2-ой гр. степень ТК-регургитации была от умеренной до выраженной; ГПСПЖ отмечалась у 80% больных; ДДПЖ и ЛЖ – у 100%, причем ДД псевдонормального и рестриктивного типов отмечены у 28% больных 2-ой гр.; ФВ ЛЖ была снижена < 45% (по Симпсону) у 5 человек (33.3%), ФВ ПЖ – у 4 человек (26.6%).

Таким образом, результаты проведенного нами исследования позволяют сделать следующие *выводы*:

1. ДЭХОКГ с цветным картированием и режимом tissue tracking является основным, максимально информативным и ценным методом для выявления нарушения гемодинамики до наступления клинической манифестации правожелудочковой дисфункции и ХЛС.

2. Наиболее информативными ДЭХОКГ показателями, по нашим данным, являются отношение Е/А ПЖ и ЛЖ, размеры правого и левого предсердий; СДЛА и ДДЛА.

3. Выявление ранних нарушений сердечно-легочной гемодинамики методом ДЭХОКГ с цветным картированием позволяет своевременно проводить их медикаментозную коррекцию для предотвращения прогрессирования дисфункции правого и левого желудочков.

## ПАТОМОРФОЗ ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА ЗА ПЕРИОД 1996-2005 гг.

А.П. Явкин, Е.А. Столяренкова

МСЧ-59 ФМБА МЗ РФ,
г. Заречный Пензенской обл.,
ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Пенза

В период важных политико-экономических реформ в России одной из актуальных для здоровья нации проблем является профилактика алкогольной зависимости у женщин. В эпоху интенсивного развития психофармакологии все более возрастает интерес к изучению биологических предпосылок аддиктивного поведения, в том числе наркозависимости. В то же время в биопсихосоциальной модели наркологии акцент делается на значение социально-средовых, психосоциальных факторов как внеличностного, так и внутриличностного характера. При этом для наркологов наибольший интерес представляет вопрос о стойких видоизменениях клиники (собственно длительный патоморфоз) синдрома алкогольной зависимости в условиях современной жизни общества.

*Цель настоящего исследования* – дать реальную оценку синдрома алкогольной зависимости (САЗ) в условиях насильственного внедрения рыночных отношений в обществе и происходящего патоморфоза (САЗ). Для выполнения данной цели перед нами была поставлена задача: дать динамическую оценку («Д» со знаком «+» или «-») возрастного и полового патоморфоза САЗ за 2 периода – 1996-2000 гг. и 2001-2005 гг., определить его клинические проявления – стадии САЗ, тяжесть алкогольного аб-

стинентного синдрома (ААС), тип злоупотребления алкоголем (ТЗА), темп прогредиентности заболевания (ТПЗ).

Общая популяция женщин, госпитализированных в отделение неотложной наркологической помощи МСЧ-59 (на койках той же мощности) в состоянии ААС, возросла в 5,4 раза – 35 в 1996-2000 гг. и 195 в 2001-2005 гг. Рост произошел в основном за счет фертильного возраста (Д+ 4,3%, до 2001 г. женщины в возрасте до 19 лет не поступали), III-й стадии САЗ (Д+ 68,9%), тяжелой степени ААС (Д+ 65,5%). Злоупотребляют алкоголем как периодически , так и систематически во все временные и возрастные изученные периоды, но прогредиентность заболевания возрастает (Д+ 52,6%), особенно у лиц от 40 до 59 лет (Д+ 75,1%).

В зависимости от отдельных клинических проявлений заболевания его динамические параметры имеют свои особенности: II-я стадия САЗ значительно возрастает у лиц в возрасте 20-39 лет (Д+ 69%), чтобы в дальнейшем снизиться (Д- 56%). Увеличивается число случаев тяжелой степени ААС (Д+ 83,3%) при равновеликом ТЗА и прогредиентности процесса. III-я стадия САЗ сохраняет тенденцию к возрастанию до 59 лет, соответственно с тяжелой степенью ААС, периодическим ТЗА, но темп прогредиентности более высок – злокачественный (Д+ 4,5%) и прогредиентный (Д+ 13,4%).

Количество случаев тяжелой степени ААС увеличивается не только с возрастом и в конечной стадии алкоголизма, но и в связи с прогредиентным темпом течения заболевания (Д+ 41,5%) и систематическим ТЗА (Д+ 10,8%).

Для женщин с систематическим ТЗА число поступлений в отделение к 2005 г. становится больше в возрасте до 39 лет (Д+ 25,6%) и при III-й стадии алкоголизма (Д+ 48,3%). Установлен рост больных с тяжелой степенью ААС (Д+ 68,4%) и прогредиентным ТПЗ (Д+ 58,8%). Однако, при периодическом ТЗА все параметры заболевания, касающиеся возраста, III-й стадии алкоголизма, степени тяжести ААС и прогредиентности значительно хуже, чем при систематическом.

Злокачественный ТПЗ особенно заметен к 2005 г. как в отношении возраста, так и в отношении стадий алкоголизма, тяжести ААС, хотя тип ТЗА сохранился систематический. Для прогредиентного ТПЗ характерна та же, но более смягченная тенденция. Умеренно-прогредиентный темп развития болезни встречается значительно реже (Д- 13,8%).

Наши данные подтверждают мнение ведущих специалистов России о том, что для аргументированного подхода к противоалкогольной терапии алкоголизма необходимо выделить два альтернативных варианта: социально-компенсированный и декомпенсированный – с выраженной прогредиентностью и тяжестью симптоматики у лиц с хроническим эмоцио-

нальным дискомфортом и социально-психологической дезадаптацией (Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, Е.В. Борисова, В.Я. Дробышева, 2003).

## ДИАГНОСТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

А.С. Ялдыгина

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Пенза

Психосоматические расстройства иллюстрируют тесную взаимосвязь психического и соматического, составляющих целостное единство в патологии. Термин «Психосоматика» был введен в 1818 г. немецким психиатром И. Хейнротом для обозначения расстройства функций органов и систем при воздействии психогенного фактора. Согласно данным эпидемиологических исследований, в последнее время отмечается значительное увеличение контингента больных, страдающих психосоматическими расстройствами (от 15 до 56% больных многопрофильных стационаров, А.Б. Смулевич, 2001, М.Ю. Дробижев, 2001, Ю.А. Александровский, 2004, Gallon R., 1982). При этом наиболее распространены психосоматические расстройства сердечно-сосудистой системы. По данным А.Б. Смулевича, А.Л. Сыркина (1999) данная патология регистрируется у каждого 10 пациента, обращающегося к кардиологу.

В общемедицинской практике характер расстройств нозологически четко не очерчен и рассматривается как функциональная патология: «кардионевроз», «вегетоневроз», «вегетативная дистония» с кардиалгией, кардиофобией. По МКБ-10 пересмотра данная патология обозначается как «соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы» (F 45.30). Клинически заболевание характеризуется невротическим уровнем расстройств с транзиторными функциональными реакциями изменения ритма сердечных сокращений, тахикардией, колебаниями АД и множественными жалобами, отражающими признаки вегетативной дисфункции: «жжение», «тяжесть», «напряжение» в области сердца, «перебои», «толчки» в сердце, «замирание» и «остановка его». Эти функциональные расстройства органов и систем, составляющих группу психосоматических нарушений невротического уровня нозологически оцениваются как системные («органные») неврозы (В.Н. Мясищев, 1960, А.Б. Смулевич, 2002), или «моносимптомные неврозы» (В.В. Ковалев, 1979).

Взаимоотношения между невротическими и вегето-сосудистыми расстройствами достаточно сложные, нередко образуя систему «порочно-

го круга», когда эмоциональные расстройства в виде тревоги, страха, опасений вызывают тахикардию, сердцебиение, загрудинную боль, одышку, что в свою очередь усиливает тревогу («тревожное неистовство»), вызывает «панические атаки», формирует сверхценное отношение к здоровью. Больные начинают следить за ритмом сердца, считают пульс, контролируют изменения АД, регистрируют одышку, «нехватку воздуха», появляются кардиофобии, нозофобии, танатофобии. При этом невротические расстройства могут перекрываться соматической кардиологической симптоматикой, носящий функциональный характер, или сочетаться с ней, формируя психосоматическую патологию.

В отличие от соматической органной патологии наблюдается диссоциация между выраженностью тревожно-фобических расстройств и отсутствием органической основы патологии сердца. Нередко наблюдается тревога «вперед», проявляющаяся «избегающим» поведением: страхом открытых и закрытых пространств, поездок в транспорте, лифте, что сопровождается вегетативной дисфункцией в виде озноба, тремора, одышкой и страхом внезапной смерти.

Необычность содержания жалоб на «остановку» сердца и «катастрофическое» состояние в связи с «замиранием» его, множественные страхи и кардиофобии, нетипичность клиники, не укладывающейся в известную соматическую патологию, отсутствие параклинических подтверждений органической патологии, функциональный уровень нарушений, в целом определяют клиническое содержание кардиальной формы системного невроза. На поздних стадиях заболевания при выраженности и продолжительности проявления тревожных, психовегетативных, функциональных расстройств сердечно-сосудистой системы формируется органический (соматический) этап психосоматического состояния – типичные психосоматические заболевания (ИБС, стенокардия, ГБ). В динамике формирования психосоматического заболевания можно выделить этапы развития: а) психогенно обусловленная манифестация в виде психовегетативных реакций, носящих преходящий характер; б) системный («органный») невроз; в) психосоматическое заболевание (психосоматоз). Таким образом, психосоматическая патология при заболеваниях сердечно-сосудистой системы представлена невротическими расстройствами и аффективной патологией (тревога, фобии, панические атаки, страх, «избегающее» поведение, сфокусированные на одной системе – сердечной деятельности); вегетативно-сосудистая дисфункция (сердцебиение, кардиалгия, колебание АД, ощущение «толчков», «перебоев», «жжения», «тяжести», «напряжения» в области сердца); возможны незначительные нарушения физиологического функционирования системы (преходящие нарушения ритма, тахикардия, одышка, повышение АД); отсутствие объективных данных об органических

структурных нарушениях данной системы; и только при выраженности и продолжительности расстройств на протяжении ряда лет на поздних этапах возможно перерастание функциональных расстройств в органические истинные психосоматические заболевания.

Проведение адекватной терапии на начальном этапе заболевания в психосоматических клиниках и психотерапевтических стационарах и центрах предупреждает возможность перехода функциональных нарушений в органическую патологию и психосоматические заболевания (так называемые психосоматозы).

Комплексная терапия включает патогенетическую терапию антидепрессантами (коаксил, леривон, пиразидол, паксил) в сочетании с транквилизаторами (алпразолам, феназепам, реланиум, сигнопам и др.), церебропротекторами и соматотропными препаратами. Большое значение имеет психотерапия.

# СОДЕРЖАНИЕ

А.И. Кислов
КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА РУБЕЖЕ XXI ВЕКА ..... 3

Р.В. Абрамочкин, С.И. Дегтярь, В.М. Готовщиков, Н.В. Савин
ОЦЕНКА МОТИВАЦИЙ НА ЛЕЧЕНИЕ КОДИРОВАНИЕМ ПО МЕТОДУ А.Р. ДОВЖЕНКО У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ..... 9

Д.В. Агафонов, И.В. Елисеев
ПРИМЕНЕНИЕ ТУТОРОВ ИЗ ПОЛИМЕРНЫХ МАТЕРИАЛОВ ТУРБОКАСТ, ОРТОПЛАСТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ ..... 12

Д.И. Алехин, А.А. Фокин, О.А. Михайлова, Д.Б. Сумная, Б.Г. Яровинский
ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ..... 14

Ю.А. Антропов, О.Ю. Кононенко
ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО РАЗВИТИЯ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ ПРИ НЕУСТОЙЧИВОЙ ПСИХОПАТИИ ..... 16

Л.О. Артемьева, И.Ю. Рогашова
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОКАЗАНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ..... 19

А.Н. Астафьева, В.И. Струков, Г.В. Долгушкина, Р.Т. Галеева
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ОМЕГА-3» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА И ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА У ДЕТЕЙ ..... 21

А.А. Астахов, А.Н. Липский, А.А. Астахов мл
МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ВЫЯВЛЕНИЮ МАРКЕРОВ ДИСГАРМОНОЗА У ЖЕНЩИН ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ АНЕСТЕЗИИ ..... 22

И.В. Балакина
ДЮФАЛАК В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ..... 24

И.П. Баранова, О.А. Коннова, О.Н. Лесина,
Л.И. Краснова, М.В. Никольская, О.А. Зыкова
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ НА КАФЕДРЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ: ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, ЦЕЛИ И РЕАЛИЗАЦИЯ ЗАДАЧ ОБУЧЕНИЯ ..... 26

И.П. Баранова, О.А. Коннова, О.Ю. Костромина,
Л.А. Шишкова, О.И. Симонова
СИНДРОМ РЕЯ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ) ..... 30

Л.Ф. Бартош, А.В. Крылова, Т.Н. Кузнецова, И.В. Дорогова,
Л.А. Косарева, Н.И. Магдеева, Е.А. Сапрыкина
ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ.. 33

А.А. Баулин, Н.А. Баулин, В.А. Андреев, В.А. Николашин, А.В. Белоусов
ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ ..... 37

Н.А. Баулин., И.В. Сергеев, М.И. Зайцева, Ю.Н. Беляков
МЕСТО ОСЛОЖНЕНИЙ, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, МАТЕРИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И СПОСОБА ОПЕРАЦИИ В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОИ БОЛЕЗНИ..... 39

В.А. Бегунов, А.И. Сафронов, Т.В. Чернова, А.В. Аракчеев
АВТОМАТИЗИРОВАННОЕ РАБОЧЕЕ МЕСТО РЕАНИМАТОЛОГА «АРМ-РЕА» ..... 41

М.В. Беляев, В.Б. Мысяков
ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРАВОВЫХ ПРОБЛЕМИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ОБЩЕРОССИЙСКОЙ СТАТИСТИКИ «ВРАЧЕБНЫХ» ДЕЛ ..... 42

М.В. Беляев, В.Б. Мысяков
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРАВОВЫХ ПРОБЛЕМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ОБЩЕРОССИЙСКОЙ СУДЕБНОЙ СТАТИСТИКИ ..... 45

Ю.Б. Беляева, Ф.К. Рахматуллов, А.М. Бибарсова
ВЛИЯНИЕ СУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ЭУТИРЕОИДНОГО ЗОБА ЛЕВОТИРОКСИНОМ НА ЧАСТОТУ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС ..... 47

И.Ю. Береснева, Г.В. Шевченко
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АБЛАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ И ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ ..... 48

Н.Н. Бисерова, Л.В. Фатеева, Н.В. Еремина, С.В. Зыков
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ «ДЮФАСТОНА» В ЛЕЧЕНИИ УГРОЖАЮЩЕГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ..... 51

Л.А. Бондаренко, Л.Е. Рудакова, Ф.К. Рахматуллов, Л.А. Морозова
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ..... 53

Н. Босая, Я. Хурейби, В. Маринчев, С. Шарджаби
ДВУХФАЗНЫЙ РЕЖИМ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У РЕЦИПИЕНТОВ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК ..... 56

В.П. Бровкин, Р.П. Савченко, Н.С. Карташова
ВЛИЯНИЕ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ Г. СЕРДОБСКА ..... 58

Н.Б. Булиева, Г.Х. Каюмова
ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОГО МОЗГА У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ..... 62

Л.В. Васильева, И.А. Гранкина
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОБУСЛОВЛЕННЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ, С ПОМОЩЬЮ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ..... 64

Л.В. Васильева, Е.Ю. Суслова
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОЧЕТАНИЯ СЫВОРОТОЧНЫХ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ КРОВИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, СВЯЗАННЫХ С РАЗВИТИЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗА ..... 66

В.А. Васильков
НАПРАВЛЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА ..... 68

В.Г. Васильков, С.С. Лиманский, С.И. Николаева
ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИЙ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ..... 70

М.А. Визе-Хрипунова, О.В. Нагаева, И.В. Тухтарова, Л.И. Плетинь, Л.Н. Мангушева
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ..... 72

О.П. Виноградова, Л.В. Фатеева
РОЛЬ СЕЛЕНА В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА ..... 74

Е.В. Волкова
ВАРИАНТЫ ПЕРВИЧНОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ
К АЛКОГОЛЮ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ
С ВОЗБУДИМЫМИ ЧЕРТАМИ ЛИЧНОСТИ В ПРЕМОРБИДЕ ..... 77

Н.С. Горбатовская, А.П. Тузлуков
КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
БОЛЕВЫХ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ СИНДРОМОВ ..... 78

Л.Г. Гриднева, А.В. Никитин
ПРИМЕНЕНИЕ ХРОМОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ..... 80

А.В. Гринкевич, Р.П. Савченко
ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ
САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА У ДЕТЕЙ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ..... 82

В.В. Дубровская
ВИД АНЕСТЕЗИИ И ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ АНЕМИИ
ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ..... 84

В.В. Дубровская, Н.Н. Гумельник
ВАРИАНТ КОМБИНИРОВАННОЙ СПИНАЛЬНО-ЭПИДУРАЛЬНОЙ
АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ..... 86

Е.А. Дудукина, И.П. Татарченко, Н.В. Позднякова
ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ САХАРНОМ
ДИАБЕТЕ II ТИПА В АНАЛИЗЕ ИШЕМИИ МИОКАРДА ..... 88

Н.В. Еремина, Л.Д. Романовская, Т.В. Посметная, Н.А. Вирясова
ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ФЛЮОРОЗОМ
ПРЕПАРАТОМ «КАЛЬЦИЙ ДЗ» ..... 89

В.С. Животощук, О.К. Командирова, Р.Х. Ильясов, Е.В. Кондратьева
АУРИКУЛЯРНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ
РАННИХ СТАДИЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ ..... 91

В.С. Животощук, О.К. Командирова, И.В. Животощук,
Г.И. Жарков, Н.Ю. Левкова
РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ СНА
ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ..... 94

Ю.И. Заика
К ВОПРОСУ О РИНОСИНУСОГЕННЫХ
ВЕРТЕБРАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ..... 98

А.И. Зивенко, Н.С. Карташева, С.Л. Тузов, А.В. Котовский, Л.А. Мусатова
АЛГОРИТМ ПИТАНИЯ ПЛОДА И РЕБЕНКА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА И УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА ..... 101

Ю.И. Зимин, А.Г. Кавайкин, Р.Р. Магдеев
ВЕНТРАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ – ВЗГЛЯД ОНКОЛОГА НА ПРОБЛЕМУ ..... 102

О.А. Зыкова
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГЕПАТИТА А ПРИ ВОДНОЙ ВСПЫШКЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ..... 104

О.Г. Измайлова, Р.П. Савченко, Т.А. Евсеева
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БЕСПЛОДИЕМ ..... 106

Д.С. Ирышков, В.Ю. Тишин
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДАННЫХ УЗДГИ РОСТО-ВЕСОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ ..... 108

Б.Г. Искендеров, Т.В. Лохина, Л.Ф. Бурмистрова, Н.Н. Ермолаева, Г.Н. Абрамова
СВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ, СТРУКТУРЫ СОСУДОВ И СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ..... 110

Н.В. Ищенко, А.В. Никитин, В.И. Мордасова, Л.В. Струкова, Л.И. Тимченко
ИЗУЧЕНИЕ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ ИНТРАГАСТРАЛЬНОЙ КИСЛОТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ВЛИЯНИЯ НА НЕГО РЯДА ФАКТОРОВ ..... 112

Т.В. Калашникова, О.И. Хвостова, Е.Н. Лобыкина
ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ЕГО НАРУШЕНИЯ У ТЕЛЕУТОВ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ..... 114

М.С. Камнев, И.Г. Пащенко, И.К. Скоробогатова, С.А. Тагашева, Е.С. Шишеня
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ КРОВИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ..... 117

Е.П. Каширина, С.М. Брызгалина, И.В. Шупенко, В.И. Пантелеева, Н.П. Шахворост, О.В. Вылегжанина, Я.А. Кан
АНАЛИЗ ПЕРЕВОДА НА ИНСУЛИНОТЕРАПИЮ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В Г. НОВОКУЗНЕЦКЕ ..... 119

Е.П. Каширина, С.М. Брызгалина, И.В. Шупенко, В.И. Пантелеева, Н.П. Шахворост, О.В. Вылегжанина, Я.А. Кан
ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА В Г. НОВОКУЗНЕЦКЕ ..... 120

Ж.Н. Керимова
ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ..... 121

Т.М. Кислова, А.А. Цагаева, С.Б. Чернышова
ЛАЗЕРОМАГНИТОТЕРАПИЯ В ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ..... 123

Е.А. Кнолль, Г.Н. Бельская, Е.А. Деревянных, Л.Г. Крылова, Л.Д. Макарова
НЕВРОГЕННАЯ ДИСФАГИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА, ДИАНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ..... 125

И.В. Коваль
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЕРЛИТИОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСТАЛЬНЫХ ПОЛИНЕЙРОПАТИЙ ..... 127

О.К. Командирова, В.С. Животощук, И.В. Животощук, О.А. Копачева
СОЧЕТАНИЕ КОРПОРАЛЬНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И ГИРУДОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАННИХ СТАДИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ..... 128

О.Ю. Кононенко
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ ..... 131

Т.А. Костюченко
ПРОФИЛАКТИКА КАК ОСНОВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ..... 133

Л.И. Краснова, О.Н. Лесина, Г.Н. Рубцова, Н.Л. Кондратюк, Л.О. Краснова
НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ОТДЕЛЕНИЕ РЕСПИРАТОРНО-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ..... 136

Л.Г. Крылова, Г.Н. Бельская, Е.А. Кнолль, Е.А. Деревянных, Л.Д. Макарова
КОРРЕКЦИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МОЗГА ..... 140

Р.П. Крымская, С.С. Лиманский, И.В. Крымская,
С.А. Усанова, Л.А. Журавлева, А.И. Грачев
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ
ГИРУДОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА ..... 142

Л.А. Кубрина, Е.Д. Короткова
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА..... 145

Р.И. Кувакова, В.Г. Васильков
СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ..... 149

Г.М. Кульфаев
СОВРЕМЕННАЯ КОЦЕПЦИЯ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ..... 151

Е.Р. Кулюцина, Г.В. Крылова, Р.П. Савченко, О.А. Трошкина
ВЛИЯНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ И АНАЛИТИЧЕСКОЙ ВАРИАЦИИ
НА «РЕФЕРЕНТНЫЙ ИНТЕРВАЛ» НЕКОТОРЫХ
ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ..... 154

Л.В. Курашвили, С.В. Ушакова, Т.Н. Северина
ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНОМИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА
«СЕЛЕНЕС-КОРОНА» НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ
БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА..... 155

Л.В. Курашвили, С.В. Ушакова, Т.Н. Северина
ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ
НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ БОЛЬНЫХ
ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ..... 158

И.И. Кухтевич, Г.И. Мартынова
ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ – ВАЖНЫЙ ФАКТОР ПЕРВИЧНОЙ
И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА..... 161

М.Ю. Левков, И.Г. Жарков
ВОЗМОЖНОСТИ РАЦИОНАЛЬНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ
В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОЯСНИЧНОЙ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ БОЛИ ..... 164

Е.Н. Лобыкина
ОБУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И НАСЕЛЕНИЯ
ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ
И БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ..... 166

Е.Н. Лобыкина, О.И. Хвостова
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ОЖИРЕНИЕМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ..... 168

Т.В. Лохина, Б.Г. Искендеров, Н.В. Беренштейн, Л.В. Казанцева, А.М. Шутов
ВЛИЯНИЕ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ..... 171

Т.П. Маклакова, Т.В. Аппельганс, В.М. Подхомутников, Ю.В. Ковалева
БИОМЕТАЛЛЫ У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ГОРНОГО АЛТАЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ ДИФФУЗНОГО ЗОБА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ..... 173

В. Маринчев, Н. Босая, Я. Хурейби, Б. Барташевич
АНЕСТЕЗИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ ..... 174

В. Маринчев, Я. Хурейби, Н. Босая, Б. Барташевич
СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ..... 176

Л.В. Матвеева, Л.В. Новикова
ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОТОКСИКОЗА В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ..... 178

О.В. Медведева, Л.Д. Романовская, Т.В. Посметная, Н.В. Еремина
ЭСТЕТИЧЕСКОЕ РЕКОНСТРУИРОВАНИЕ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ..... 181

А.С. Мильцын, М.П. Алексеева
ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОЛИГОАНУРИИ КАК ПРОБЛЕМА НАЧАЛА ОСТРОГО ГЕМОДИАЛИЗА ..... 183

А.С. Мильцын, М.П. Алексеева
УРОВЕНЬ ПРОДУКТОВ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА И ПЛАЗМЕННОГО КАЛИЯ В СТРУКТУРЕ ПОКАЗАНИЙ К ГЕМОДИАЛИЗУ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ..... 184

В.А. Моисеенко, А.И. Кислов, В.И. Карасев, С.В. Аржанухин
ПРОБЛЕМЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛОЙ ТРАВМЫ СРЕДНЕ-НИЖНЕШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ..... 185

Е.А. Молокова, И.П. Татарченко, О.И. Морозова,
Л.В. Фатеева, А.Ф. Штах
ВЛИЯНИЕ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД ..... 188

П.Н. Москвитин
МЕТОД ПОЗИТИВНОЙ ПСИХОДРАМЫ В РЕАЛИЗАЦИИ МЕР ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИИ НА МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЕ ..... 190

Л.А. Мусатова
СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМИ ГЕПАТИТАМИ И НАРКОЗАВИСИМОСТЬЮ..... 192

В.Б. Мысяков, М.В. Беляев
ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ..... 194

А.В. Никитин, О.А. Щербинина
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НИЛИ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ..... 196

В.М. Николаев, Е.В. Петрова, О.А. Петров
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ И ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ..... 198

В.М. Николаев, А.П. Явкин
СУИЦИДАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ СРЕДИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ЗА 1996-2005 гг. ..... 201

М.В. Никольская, Л.А. Мусатова
НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ..... 203

М. Нузейли, В. Маринчев, Я. Хурейби
КЛИНИКО-ФОРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ НАТУРАЛЬНОГО АМФЕТАМИНА (Catha Edulis) ..... 205

Т.Л. Нуриев, С.П. Парсков
АНЕСТЕЗИЯ И ОБЪЕМНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ..... 207

Т.Л. Нуриев
СОСТОЯНИЕ БАРОРЕГУЛЯЦИИ ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИИ ПО ДАННЫМ МЕЗАТОНОВОГО ТЕСТА ..... 210

Р.Ш. Ожева, Р.П. Савченко
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПОДРОСТКОВ, ПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПОВЫШЕННОЕ КОЛИЧЕСТВО ПОВАРЕННОЙ СОЛИ. ..... 211

М.А. Орлов, В.П. Колчина, Е.И. Минеева,
Н.В. Никифорова, М.М. Орлов
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ..... 214

Е.А. Орлова, Б.А. Молотилов
ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ СУБСТАНЦИИ Р И ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С КРАПИВНИЦЕЙ..... 215

С.П. Парсков, А.А. Астахов
РЕГУЛЯЦИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАРОПИНА ..... 217

И.Г. Пащенко, Н.Н. Пащенко, Т.С. Лобанова, О.Н. Арапова
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ..... 219

Н.Ю. Попова, А.С. Духанин, Н.Л. Шимановский
ЛИМФОЦИТЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ КАК ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ИЗУЧЕНИЯ АНТИАНДРОГЕННОЙ АКТИВНОСТИ ДРОСПИРЕНОНА..... 221

А.А. Прибытков, Р.Н. Лемясова
НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПОСЛЕРОДОВЫХ ДЕПРЕССИЙ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ..... 223

И.В. Пугачева, Г.В. Пугачев
КАРДИОТОКСИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ КОАКСИЛОМ ..... 226

И.В. Пугачева
ОТРАВЛЕНИЕ СОКОМ ЖГУЧИХ РАСТЕНИЙ ..... 228

Л.Г. Радченко, В.И. Струков, Г.А. Балашова,
Т.Ю. Уланова, Е.С. Бочкарева, О.М. Дунчева, Ю.С. Назарова
ВСКАРМЛИВАНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ..... 230

Ф.К. Рахматуллов, Ю.Б. Беляева, А.М. Бибарсова
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ НА ФОНЕ СТРУКТУРНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ..... 232

М.Д. Романов, А.В. Водякова
ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ БОЛЬНЫХ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ ..... 234

Л.Д. Романовская, Т.В. Посметная, Н.В. Еремина, Н.А. Вирясова
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ЗУБОВ ..... 236

Л.Е. Рудакова, Л.А. Бондаренко, С.Р. Богданова, Л.А. Морозова, Ж.А. Бесчастнова
РОЛЬ ЭКГ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ..... 237

Н.А. Рыкалина, В.И. Рузов, Н.А. Брыгина
УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ И ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ..... 240

Р.П. Савченко, В.С. Иванова, И.В. Гордюшина, Л.А. Журавлева
ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ НИР В ПРАКТИКУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС КАФЕДРОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗА ПЕРИОД 2000-2005 гг. ..... 241

В.И. Сафонова, Р.И. Кувакова
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОЙ ТОКСИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ..... 247

А.И. Сафронов, Д.В. Осинькин, Н.В. Семакова
ОПЫТ ПОДГОТОВКИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ПО РАЗДЕЛУ ИНФОРМАЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ..... 249

В.Н. Сгибов, А.С. Ялдыгина, И.Л. Лан
ПСИХОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ СЕРДЦА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ..... 250

С.А. Секерко
ПРОГРАММА «ЗДОРОВЬЕ» КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЕДОМСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ ..... 253

Е.М. Селезнева, М.А. Орлов, С.Б. Селезнев
ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ..... 255

Ю.С. Семакова, А.В. Печерский, А.И. Сафронов
МУЛЬТИМЕДИЙНАЯ ТЕХНИКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЕКЦИЙ, СЕМИНАРОВ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ НА КАФЕДРЕ КЛД ПЕНЗЕНСКОГО ИНСТИТУТА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ..... 257

М.Ю. Сергеева-Кондраченко
ВЛИЯНИЕ КОМПЕНСАЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА ..... 260

М.Ю. Сергеева-Кондраченко
ВЛИЯНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ..... 262

М.Ю. Сергеева-Кондраченко
ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА ..... 264

Н.С. Симутина, Е.Н. Лобыкина, С.М. Брызгалина
ОСОБЕННОСТИ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ..... 267

Н.С. Симутина, Е.Н. Лобыкина, С.М. Брызгалина
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ..... 268

А.В. Скутин, И.В. Шадрина
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕЛОТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДИССОЦИАТИВНЫХ (КОНВЕРСИОННЫХ) И КОМОРБИДНЫХ С НИМИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОСТРАДАВШИХ В ХОДЕ РАДИАЦИОННЫХ АВАРИЙ НА ЮЖНОМ УРАЛЕ (ПЕРИОД ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ)..... 270

Т.П. Смирнова, Ф.Л. Бартош, Л.В. Мельникова
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРОПРАНОЛОЛА И КАРВЕДИЛОЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И СНИЖЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ..... 273

Н.В. Сопина
РОЛЬ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОГО ВРАЧА) В ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ..... 275

В.И. Струков, Р.Т. Галеева, Л.Г. Радченко,
Г.П. Дерябина, Л.В. Камардина, Н.В. Еремина, М.Н. Гербель
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОЗА ..... 277

В.Ф. Сыч, Е.П. Дрождина, Е.В. Смирнова
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТЕНКИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ БЕЛЫХ КРЫС ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПОТРЕБЛЕНИИ ДИСПЕРГИРОВАННОЙ ПИЩИ ..... 280

Ю.В. Тагварелия
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОКОРРЕКЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА ..... 282

И.П. Татарченко, М.В. Тришина
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА . 284

А.Е. Теричев, В.М. Бакайкин, Э.Г. Базеев, А.Н. Мялин
ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПЕРИТОНИТЕ ..... 288

С.Л. Тузов, А.И. Зивенко, Н.С. Карташева, А.В. Котовский, Л.А. Мусатова
ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА УЧАСТКОВЫХ ПЕДИАТРОВ ПО ВОПРОСАМ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ..... 290

Т.Ю. Уланова, В.И. Струков, Л.Г. Радченко, Г.А. Балашова, И.В. Разумова
ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ ..... 291

Л.В. Фатеева, М.А. Носов, Н.Н. Бисерова, М.А. Головина
ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА ..... 294

Л.В. Фатеева, Н.Н. Бисерова, С.Н. Мезенцева,
Е.В. Щербакова, М.А. Голубкова, Л.В. Пантюшова
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ У ПОДРОСТКОВ ..... 296

Л.В. Фатеева, С.Н. Мезенцева, Е.В. Щербакова, В.Н. Катунина
РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ ..... 298

Л.В. Фатеева, Н.А. Кулагина, А.Б. Дементьева,
О.П. Виноградова, А.В. Фатеев, Н.Н. Бисерова
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «АНЖЕЛИК»
В ЛЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ..... 299

Н.В. Федотова
ДИФФУЗНЫЙ ЭУТИРЕОИДНЫЙ ЗОБ:
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ..... 301

Л.А. Филиппова, Т.В. Чернова, Е.Ю. Ермаков, А.И. Сафронов
РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА
У БОЛЬНЫХ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ..... 303

Г.С. Хасаншин, А.Л. Кокурочников, Н.А. Абрамов, В.И. Кафтайкин,
О.И. Клюев, Е.В. Аленкин, С.А. Каверин, С.А. Шиганов
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА .. 304

О.И. Хвостова
ПОВЫШЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНЦИИ
И ПРОФИЛАКТИКА «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ»
КУРСАНТОВ НГИУВ ..... 306

С.Е. Хоронеко, М.М. Артюкова
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА
В УСЛОВИЯХ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ..... 308

В.И. Цокуренко
КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НАСЕЛЕНИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ..... 310

Т.В. Чернова, А.Ф. Соколов, А.И. Сафронов
ЛЕТАЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ
В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ..... 312

Е.М. Шимотюк, С.М. Брызгалина, Я.А. Горбатовский
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
В ВОПРОСАХ ДИАГНОСТИКИ ГИПОТИРЕОЗА ..... 315

О.А. Щербинина
ДЭХОКГ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ
У БОЛЬНЫХ ХОБЛ..... 316

А.П. Явкин, Е.А. Столяренкова
ПАТОМОРФОЗ ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА ЗА ПЕРИОД 1996-2005 гг.... 318

А.С. Ялдыгина
ДИАГНОСТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ..... 320

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

А-43 Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных: **Материалы XII межрегиональной научно-практической конференции ГОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию"**

Под редакцией А. И. Кислова
Редактор И. В. Сергеев
Корректор Ю. С. Семакова

План ПГПУ 2006 г. (Поз. 91)

Оригинал-макет изготовлен в лаборатории медицинской информатики ГОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию"

Подписано в печать 05.07.2006 г. Формат 60x84/16. Бумага офсетная. Гарнитура "Латинская". Печать офсетная. Уч.-изд. Л. 20,81. Усл. печ. л. 19,36 Тираж 210 экз. Заказ № 76/06. Цена С. 87
Издательство ПГПУ им. В. Г. Белинского: 440026, Пенза, ул. Лермонтова, 37, корп. 5, комн. 466.
Типография: 440060, г. Пенза, ул. Стасова, д. 8а