

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

**Актуальные вопросы
диагностики, лечения
и реабилитации больных**

**Материалы XVII научно-практической
конференции с международным участием
ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России**

10 сентября 2014 года

Пенза - 2014

УДК 616-071-08-036.868

ББК 53.4/5

А-43

Редакционная коллегия: А. И. Кислов – отв. редактор, Л. В. Мельникова – зам. ответственного редактора, И. П. Баранова, Л. Ф. Бартош, В. Г. Васильков, А.С. Ивачев, В. А. Моисеенко, Б. А. Молотиллов, Н. К. Починина, Н. В. Сопина, В. И. Струков, И. П. Татарченко

А-43 Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных: Материалы XVII научно-практической конференции с международным участием : Сб. статей. Пенза, 2014. 231 с.

ISBN 978-5-9903637-4-8

УДК 616-071-08-036.868

ББК 53.4/5

А-43

ISBN 978-5-9903637-4-8

© ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, 2014

Любое воспроизведение данного текста разрешается только с указанием источников

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В ГБОУ ДПО ПИУВ МИНЗДРАВА РОССИИ

А.И.Кислов, Титикин В.А.

ГБОУДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Дистанционное обучение получает все большее распространение в подготовке медицинских кадров и охватывает в наибольшей степени уровень дополнительного профессионального образования. В настоящее время понятие и порядок оказания образовательных услуг с применением дистанционных образовательных технологий определяются Федеральным законом от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" (Статья 16. Реализация образовательных программ с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий), приказом Минобрнауки России №2 от 09.01.2014 г. "Об утверждении порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ" и рядом других документов.

Востребованность дистанционного обучения в системе дополнительного профессионального образования медицинских кадров, с одной стороны, обусловлена необходимостью в постоянном обновлении знаний и технологий оказания медицинской помощи и их внедрения в практику работы медицинских организаций, что требует практически непрерывного обучения специалистов; невозможностью отвлекать от практической деятельности на длительный срок для переобучения и повышения квалификации большое количество специалистов; потребностью в снижении затрат. С другой стороны, развитие дистанционного обучения обусловило широкое распространение информационных компьютерных и Интернет -технологий, позволяющих успешно его осуществлять.

С целью повышения качества медицинской помощи и квалификации медицинских кадров приказом Минздрава России от 18 февраля 2013 г. № 82 создан Координационный Совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования. Основная задача, которую предстоит решить Координационному совету в ближайшее время - модернизировать систему дополнительного профессионального образования, сделать его непрерывным, инновационным и отвечающим запросам практического здравоохранения. Дополнительное профессиональное образование должно стать интересным и удобным для медицинских работников, с возможностью обучаться на рабочем месте. Для этого будут широко внедряться современные дистанционные, электронные и симуляционные образовательные технологии, как это происходит в большинстве развитых стран.

В 2013 г. под эгидой Минздрава России и Общественной медицинской палаты начал реализовываться пилотный проект, в котором врачи первичного

звена здравоохранения 9 субъектов Российской Федерации пройдут по большей части в виде дистанционного обучения без отрыва от работы персонифицированное повышение квалификации в одном из государственных образовательных учреждений в объеме 144 час. и дополнительного обучения в объеме 22 час., предоставляемого медицинским обществом в виде модульного дистанционного обучения в режиме offline. Обученные таким образом врачи первичного звена здравоохранения смогут получить преимущество при получении сертификата до 2015 г. и внеочередного присвоения квалификационной категории.

Дистанционное образование в институте стало развиваться с 1997 г. когда кафедрой анестезиологии и реаниматологии (зав. кафедрой, профессор В.Г.Васильков; ответственный исполнитель, д.м.н. А.И.Сафронов) одной из первых в системе дополнительного профессионального образования медицинских кадров были разработаны и успешно реализованы в нескольких субъектах Российской Федерации образовательные программы повышения квалификации врачей анестезиологов-реаниматологов в объеме 144 час. с применением дистанционного обучения offline. С 2005 г. по 2012 г. в режиме удаленного доступа offline реализовывалась программа повышения квалификации врачей по вопросам антимикробной терапии в клинике внутренних болезней в объеме 144 час. (зав. кафедрой пульмонологии и фтизиатрии до 2013 г., доцент В.П.Сергеева).

Дополнительное развитие дистанционного обучения в институте с применением технологии online началось с 2008 г. Данному периоду предшествовал этап повышения квалификации профессорско-преподавательского состава по вопросам разработки и применения инновационных образовательных технологий в образовательном процессе, и создание необходимой материально-технической базы. Выделенные для дистанционного обучения помещения были оборудованы необходимой компьютерной техникой, проекционной аппаратурой, техникой для проведения телеконференций - Polikom VSX 8800 и вебинаров, высокоскоростным стабильным каналом связи, а также заключены договоры с провайдерами услуг, что дало нам возможность проводить занятия online высокого качества в режиме видеоконференции (3-х канальный поток информации) и в режиме «многоточечного» вебинара одновременно со многими участниками из разных территорий.

При реализации дистанционного обучения мы исходим из того, что роль дистанционных образовательных технологий в реализации образовательных программ в рамках дополнительного профессионального образования ограничена только теоретическими занятиями, и они должны лишь гармонично дополнять традиционные формы обучения «у постели больного». В настоящее время программы повышения квалификации с дистанционным обучением слушателей реализуют 15 из 24 кафедр института: анестезиология-реаниматология и скорая медицинская помощь; пульмонология и фтизиатрия; инфекционные болезни; ультразвуковая диагностика; неврология; клиническая лабораторная диагностика; организация здравоохранения и общественное здоровье; психиатрия; аллергология и иммунология; оториноларингология и сурдология- оториноларингология; рентгенология; психиатрия-наркология; психотерапия и сек-

сология; хирургия, онкология и эндоскопия; терапия, кардиология и функциональная диагностика; терапия, общая врачебная практика и гастроэнтерология. На перечисленных кафедрах по запросам практического здравоохранения в режиме online были обучены врачи из 9-ти субъектов Российской Федерации (Ульяновск, Тамбов, Бузулук, Калининград, Чебоксары, Ижевск, Йошкар-Ола, Сургут, районы Пензенской области). Ежегодно в режиме дистанционного обучения в институте обучается в среднем 500 слушателей, что составляет около 12% от числа всех обученных.

Одним из направлений по совершенствованию дистанционного обучения следует отметить разработку кафедрами института электронных учебных пособий существенно дополняющих учебно-методический комплекс образовательных программ дистанционного обучения. С 2008 г. по настоящее время разработано 45 электронных учебных пособий на 13 кафедрах: ультразвуковой диагностики; терапии, кардиологии и функциональной диагностики; анестезиологии-реаниматологии и скорой медицинской помощи; инфекционных болезней; клинической лабораторной диагностики; хирургии, онкологии и эндоскопии; оториноларингологии и сурдологии-оториноларингологии; нефрологии; аллергологии и иммунологии; пульмонологии и фтизиатрии; рентгенологии; педиатрии; терапии, общей врачебной практики и гастроэнтерологии; и в отделе медицинской информатики.

Помимо обучения врачей по программам повышения квалификации и профессиональной переподготовки в рамках системы непрерывного медицинского образования дистанционное обучение широко внедряется в институте в рамках локальной системы непрерывного обучения врачей - интернов и клинических ординаторов (с 2011 г.) и профессорско-преподавательского состава института (с 2012 г.). Так преподаватели, а также интерны, ординаторы и аспиранты были активными участниками проводимых в режиме online научно-практических мероприятий (конгрессы, симпозиумы, конференции, «круглые столы», «школы», мастер-классы) по самым актуальным проблемам медицины, с участием ведущими российских и зарубежных специалистов, с 2011г. было проведено 16 подобных мероприятий. При участии института в период с 2012 г. по 2014 г. 36 преподавателей выступили с научными докладами в 11-ти виртуальных научно-практических Интернет-конференциях на платформе PAXGRID. Помимо этого, институт явился организатором аналогичной виртуальной научно-практической международной конференции с 19 по 20 апреля 2013г. «II Международная научно-практическая Интернет-конференция «Медицина в 21 веке: тенденции и перспективы», в которой приняло участие 84 человека из России и других стран.

Таким образом, в институте созданы условия для развития дистанционного обучения и решения задач по модернизации системы дополнительного профессионального образования. Сочетание традиционного обучения с дистанционным способно эффективно и своевременно, при более низких финансовых и временных затратах, отвечать запросам практического здравоохранения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАЧ В ОСОБЫХ УСЛОВИЯХ

Е.А.Абрамичева, В.М.Николаев, М.Г.Сарайкина

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пензенской области»,
ГБОУДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

В настоящее время отмечается несомненный рост проблем, обусловленных неблагоприятными последствиями человеческой деятельности. К ним относятся многообразные социальные конфликты, локальные военные конфликты, терроризм, природные катаклизмы, техногенные катастрофы и другие.

При выполнении задач в особых условиях профессиональная деятельность сотрудников органов внутренних дел носит экстремальный характер. Это обусловлено специфичностью их деятельности, в которой имеет место высокая вероятность причинения вреда здоровью или гибели человека при исполнении служебного долга. Поэтому особенно актуальным является проведение комплекса реабилитационных мероприятий у сотрудников органов внутренних дел, выполняющих задачи в особых условиях, для выявления лиц со сниженными функциональными резервами, имеющими факторы повышенного риска развития заболеваний, а также находящихся в состоянии психической дезадаптации.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности реабилитационных мероприятий у сотрудников органов внутренних дел после выполнения задач в особых условиях.

Задачи исследования:

1. Изучение психологических, когнитивных и соматовегетативных особенностей исследуемых.
2. Рекомендации применения комплекса реабилитационных мероприятий.
3. Оценка психофизиологических параметров после проведения реабилитационных мероприятий.

Проводилось динамическое двухнедельное наблюдение 27 сотрудников органов внутренних дел, проходивших амбулаторную реабилитацию в условиях поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пензенской области» (25 мужчин и 2 женщины) в возрасте от 22 до 43 лет с неспецифическими пограничными отклонениями в состоянии здоровья и предболезненными изменениями в состоянии здоровья. В исследование не включались пациенты с болезненными изменениями в состоянии здоровья (гипертоническая болезнь, соматоформная вегетативная дисфункция, различные формы неврозов).

Использовались клинико-психопатологический, клинико-психологический (тест СМИЛ, Госпитальная шкала тревоги и депрессии) методы исследования. Психофизиологическое исследование применялось для оценки когнитивных функций (уровень произвольной краткосрочной памяти, способность к концентрации внимания) и соматовегетативных функций (произ-

вольные двигательные реакции, координаторные пробы, артериальное давление, частота сердечных сокращений, масса тела). Данные параметры оценивались по 7-бальной шкале от 1 до 7 баллов (от «очень низкого» до «очень высокого»). Всем сотрудникам проводилось ЭКГ-исследование.

В преморбиде у 63% обследованных обнаружены психологические особенности личности в виде тревожности, сензитивности, ригидности, не достигающей уровня акцентуации. Гармонический склад личности с эмоциональной восприимчивостью, синтонностью, стеничностью наблюдался у 37 % сотрудников.

Основными проявлениями когнитивных нарушений являлись снижение краткосрочной памяти, концентрации внимания с жалобами на усталость, истощение сил, снижение интеллектуальной продуктивности, вялость, снижение общей активности, «упадок сил», «отсутствие прежней энергии», «падение жизненного тонуса».

Соматовегетативные расстройства характеризовались тахикардией, чувством «замирания», «перебоев» сердца, дискомфортными ощущениями в области сердца в виде давления, жжения, чувством нехватки воздуха, неполноты вдоха, комом в горле, дрожью, потливостью, тремором рук и ног, мышечной слабостью, чувством жара, ознобом.

Выявленные расстройства были достаточно структурно простыми и не имели четкой синдромальной очерченности.

В комплекс реабилитационных мероприятий входили психотерапевтические методики: методы психической саморегуляции (аутогенная тренировка, медитация), арттерапия, групповая психотерапия, эмоциональный дебрифинг, психологическая коррекция и психологическое консультирование, музыкотерапия, ароматерапия. Также применялись ноотропы, седативные средства, адаптогены.

Данные подходы реабилитации позволили улучшить показатели у 83% в I группе (когнитивные нарушения) с «низких» и «ниже среднего» до «средних», «выше среднего» и «высоких», у 67% во II группе (соматовегетативные нарушения) с «низких» и «ниже среднего» до «средних», «выше среднего» и «высоких».

Таким образом, проводимые реабилитационные мероприятия показали высокую эффективность в восстановлении когнитивных и соматовегетативных функций у сотрудников органов внутренних дел после выполнения задач в особых условиях, что позволяет рекомендовать разработанный нами комплекс реабилитации для дальнейшего практического использования.

ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ КОНСТРУКЦИЙ ДЛЯ ВРЕМЕННОГО МЕДИАЛЬНОГО ЭПИФИЗЕОДЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАЛЬГУСНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Д.В.Агафонов, О.В.Тарасов

ГБУЗ ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова, Пенза

Варусные или вальгусные искривления коленных суставов являются нередкой причиной обращения родителей к ортопеду. У новорожденных варусная деформация нижних конечностей является физиологической, уменьшающейся к концу первого года жизни. После года физиологическое варусное положение нередко меняется на вальгусное вследствие того, что ребенок ставит стопы при ходьбе широко, приводя коленные суставы. К возрасту 5-7 лет вальгусный бедренно-большеберцовый угол не должен отличаться от нормального угла у взрослых – 4-7°, но не более 9° (M.Fakoor, 2010). Прогрессирование деформаций коленных суставов после 5-7 лет свидетельствует о нарушении синхронности между ростом костей и мускулатуры. Причинами таких нарушений могут быть: дисплазия тазобедренных суставов, приводящая к вторично компенсированным искривлениям в коленном суставе; идиопатические деформации; рахитические искривления; искривления вследствие нарушений эпифизарного роста костей; посттравматические; после перенесенного остеомиелита; паралитические деформации и врожденные искривления. Вальгусная деформация коленных суставов может быть симметричной, но чаще встречаются асимметричные формы. Выбор метода лечения вальгусной деформации проводят в зависимости от возраста и степени вальгусной деформации. Выделяют три степени вальгусной деформации: I ст. легкая – угол отклонения 15°, II ст. средняя – угол отклонения 16-20°, III ст. тяжёлая - угол отклонения более 20°. При I степени применяются, как правило, консервативные методы лечения. При II и III степенях – консервативное лечение сочетают с хирургическими методами лечения. Известно, что самостоятельного исправления вальгусных деформаций II - III ст. у детей 5-7 лет не происходит. Среди хирургических методов лечения вальгусных деформаций применяются корригирующие остеотомии с одномоментным исправлением деформации. Однако, данный метод травматичен, нередко дает рецидивы. Применение компрессионно–дистракционных аппаратов является эффективным методом лечения угловых деформаций нижних конечностей, но сопряженным с необходимостью длительного ношения аппарата. Это заставило ортопедов искать малотравматичные и малоинвазивные методы лечения больных с искривлениями коленных суставов (P.Castaneda, 2008). Наибольшее применение приобретают операции, не связанные с непосредственным вмешательством на ростковой зоне, а основанные на законе Hueter – Volkman, заключающемся в создании механического блока с одной стороны зоны роста, в то время, как противоположная сторона остается свободной и продолжает расти, исправляя ось конечности (A. Arkin , 1956).

С 2011 году в отделении травматологии и ортопедии ГБУЗ ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова находились на лечении 7 детей с вальгусными деформациями нижних конечностей. 1 ребёнок наблюдался с 1 года с диагнозом: Д – зависимый рахит, варусная деформация нижних конечностей, Ребенок постоянно принимал Рокальтрол. К возрасту 5 лет варусная деформация нижних конечностей изменилась на вальгусную: справа 25°, слева 28°. Ребёнку проведена операция медиальный дистальный эпифизеодез обеих бедренных костей и проксимальный эпифизеодез обеих большеберцовых костей при помощи 2-х дырочных пластинок Лена и спонгиозных винтов. Через 8 мес на контрольных рентгенограммах отмечалось исправление оси правой нижней конечности и веерообразное расхождение винтов. Пластины удалены. Через 10 мес отмечалось исправление оси левой нижней конечности и также веерообразное расхождение винтов, пластины удалены. У двух детей в возрасте 1г 2 мес и 4 лет при вальгусной деформации конечностей посттравматического и врожденного характера использовались S-образно изогнутые спицы Киршнера, приспособленные в качестве стабилизирующих пластин закрепленных кортикальными винтами введёнными на весь поперечник эпифиза. Применение скоб из спиц Киршнера вызвано маленьким размером эпидиофизарной зоны у детей младшего возраста и трудностью адаптации стандартной пластины. У всех детей через 1,5 года на контрольных рентгенограммах отмечалось исправление вальгусной деформации нижних конечностей на фоне веерообразного расхождения винтов. У 4 детей в возрасте от 11 до 15 лет с деформацией коленных суставов более 20° эпифизеодез проводился винтами и укороченными пластинами с угловой стабильностью: у одного ребенка с идиопатической деформацией нижних конечностей и у троих детей с эпифизарной дисплазией и вальгусной деформацией коленных суставов. При обследовании патологии со стороны минерального обмена и эндокринной системы не выявлено. Применение пластин с угловой стабильностью повысило эффективность эпифизеодеза. Применение ЭОП позволило более точно установить винты и пластины. Через 6 - 8мес. проводилось последовательное удаление винтов и пластин из одной нижней конечности, затем из другой, создавался небольшой запас – 2-3° варусной деформации с целью компенсации возможного рецидива, так как рост детей не закончен. На контрольных рентгенограммах ось конечностей исправлена, веерообразного расхождения винтов не отмечалось. В течение лечения дети вели обычный образ жизни: ходили в школу, занимались физкультурой.

Таким образом, первый опыт применения различных конструкций для эпифизеодеза в отделении травматологии и ортопедии ГБУЗ ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова для лечения вальгусных деформаций показывает хорошие перспективы для дальнейшего его использования в детской ортопедии. Применение пластин с угловой стабильностью в качестве стабилизирующего элемента увеличивает эффективность эпифизеодеза и сокращает сроки лечения больных. У детей младшего возраста применение S-образно изогнутых спиц Киршнера в качестве блокирующих пластин является наиболее подходящим способом эпифизеодеза, обладающего достаточной для данного возраста прочностью.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ФУРУНКУЛЕЗА И ФАГОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА В ГРУППАХ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ СЫВОРОТОЧНОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА E

Н.Ю.Алексеева, Т.А.Дружинина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Хронический рецидивирующий фурункулез (ХРФ) – заболевание, характеризующееся гнойно-некротическим поражением волосяных фолликулов, сальных желез и окружающей подкожной жировой клетчатки (1). Течение ХРФ может сопровождаться развитием у больных других глубоких гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ) кожных покровов. Одной из причин хронизации фурункулеза, как известно, является иммунная недостаточность, и в частности нарушения в системе фагоцитоза. По данным разных авторов, дефекты фагоцитоза при ХРФ составляют 60% - 70% (2,4).

Цель работы состояла в сравнительной оценке тяжести течения заболевания, частоты развития сопутствующих глубоких гнойно-воспалительных заболеваний кожи (карбункулы, гидрадениты) и показателей нейтрофильного звена фагоцитоза у больных ХРФ.

Материалы и методы.

Обследовано 103 пациента. Таким образом, при обследовании пациенты были разделены на две группы. В 1-ую группу составили 73 пациента с нормальными значениями IgE – Me (LQ-UQ) - 29,5 (14,0-82,0) МЕ/мл, 2-ую – 30 больных с повышенными значениями указанного иммуноглобулина Me (LQ-UQ) – 355,5 (254,0-578,0) МЕ/мл. Таким образом, повышенный уровень искомого иммуноглобулина констатировали в 29,1% случаев.

Оценку тяжести ХРФ в стадии обострения проводили по бальной шкале, используя классификацию Л.Н. Савицкой (1986) (5).

В рамках оценки иммунного статуса проводили количественную и функциональную характеристику показателей нейтрофильного звена иммунитета. Статистическую обработку результатов проводили с использованием методов непараметрической статистики. Количественные показатели сравнивали с помощью критерия Манна-Уитни, Вальд-Вольфовича; качественные – с использованием точного двустороннего критерия Фишера. Результаты считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты.

В результате анализа тяжести течения ХРФ, проведенного по бальной шкале Савицкой Л.Н., установлено, что в 1 группе больных с нормальными значениями IgE легкую степень заболевания наблюдали у 6 больных (8,2%), среднюю – у 58 (79,5%), тяжелую – у 9 (12,3%). Во 2 группе больных, с повышенными значениями сывороточного IgE, легкая степень заболевания установлена у 1 больного (3,33%), средняя – у 19 (63,34%), тяжелая – у 10 (33,33%).

В 1 группе у 8 больных течение фурункулеза осложнилось образованием карбункулов, еще у 13 - констатировали воспаление апокринных подмышечных потовых желез – гидраденита. Таким образом, общее число дополнительно развивающихся глубоких гнойно-воспалительных заболеваний кожи в 1 группе составило 28,76% (n=21) (Табл.1)

Таблица 1.

Частота сопутствующих глубоких форм стафилодермий у больных ХРФ в группах с различным уровнем сывороточного IgE

Группы больных	1 группа (n=73)	2 группа(n=30)
Глубокие стафилодермии (гидраденит, карбункул)	21 (28,76%)	3 (10%)

Оценка частоты развития сопутствующих глубоких ГВЗ кожи у больных 2 группы позволила выявить наличие гидраденита у 2 больных, у одной больной наблюдали поражение кожи в виде карбункула. Сравнительный анализ развития указанных сопутствующих ГВЗ кожи в 1 и 2 группе показал, что у больных 2 группы они развивались почти в 3 раза реже. При проверке гипотезы наличия ассоциативных связей повышенного уровня иммуноглобулина Е и частоты развития сопутствующих глубоких гнойно-воспалительных заболеваний кожных покровов с использованием точного двустороннего критерия Фишера, были выявлены статистически значимые различия ($p=0,043$).

При сравнении показателей количества лейкоцитов, нейтрофилов, спонтанного НСТ – теста и спонтанной хемилюминесценции не выявлено статистически значимых различий как между группами, так и в сравнении показателей с группой контроля. При оценке показателей, характеризующих резерв реактивности нейтрофилов, установлено повышение индуцированной хемилюминесценции у больных 1 группы по сравнению с контролем. У больных 2 группы с повышенными значениями IgE наблюдали снижение индуцированной хемилюминесценции по сравнению с 1 группой больных ($p=0,01$), при этом показатели индуцированного НСТ-теста не имели статистических различий. Индуцированный НСТ-тест и индуцированная хемилюминесценция аналогично отражают резерв кислородзависимого метаболизма нейтрофилов.

Обсуждение.

Сравнительная оценка тяжести заболевания ХРФ в группах больных с различным уровнем сывороточного иммуноглобулина Е позволила установить наличие статистически значимых различий между группами. Это проявлялось в значительно более редкой встречаемости у больных с повышенными значениями IgE легких форм, несколько меньшей частоте среднетяжелых форм (63,34% против 79,5% у больных 1 группы) и более чем в 2 раза частой встречаемости тяжелых форм заболевания (соответственно 8,2% и 3,3%). Таким образом, у значительной части больных с повышенными значениями иммуноглобулина Е течение фурункулеза характеризовалось формированием стойкого непрерывно рецидивирующего хронического гнойно-воспалительного процесса с множест-

венными фурункулами и слабой воспалительной реакцией. С другой стороны, у больных этой группы статистически реже развивались дополнительные глубокие ГВЗ кожных покровов (карбункулы и гидрадениты). Это может свидетельствовать об определенной ограничивающей роли иммуноглобулина Е и его участия в местном иммунитете. Источником IgE в коже могут быть тучные клетки, широко представленные в соединительной ткани дермы (3,6).

Реакция фагоцитарного звена врожденного иммунитета на обострение пиогенной инфекции была слабо выражена в обеих группах больных, о чем свидетельствовали показатели количества и функциональной активности нейтрофилов. Сравнительный анализ показателей фагоцитоза в группах обследуемых больных позволил установить у больных с повышенными значениями IgE статистически значимое снижение индуцированной хемилюминесценции и РСС-теста, отражающего изменение спонтанной хемилюминесценции при экспозиции крови *in vitro*. Это может быть следствием недостаточности резервного пула нейтрофилов, пара-аутокринных взаимодействий и воздействия различных гуморальных биологически активных субстанций (7). Снижение оксидантного потенциала нейтрофилов под воздействием стафилококка и эндогенного воздействия (по данным РСС-теста) при нормальных значениях индуцированного зимозаном НСТ-теста у больных с повышенным уровнем иммуноглобулина Е может свидетельствовать о снижении экспрессии рецепторов к стафилококку и/или ингибировании функциональной активности нейтрофилов эндогенными субстанциями. В работах ряда авторов (7) показано участие нейтрофилов в IgE – опосредованных реакциях через особый тип лектиноподобных рецепторов (Mac-2/epsilon BP), а также выявлен супрессивный эффект IgE - содержащих иммунных комплексов на хемотаксис нейтрофилов (8).

Таким образом, выявленное у больных ХРФ с повышенными значениями IgE, снижение оксидантного потенциала нейтрофилов может служить одной из причин формирования стойкого непрерывно-рецидивирующего хронического гнойно-воспалительного процесса и являться показанием к проведению направленной иммунотерапии.

Литература.

1. Гостищев В.К. Инфекции в хирургии: Руководство для врачей. - М, ГЭОТАР – Медиа, 2007, 768с.
2. Сетдикова Н.Х., Латышева Т.В. Комплексные механизмы развития хронического рецидивирующего фурункулеза и пути их коррекции. Иммунология, 2000, №3, С.48-58.
3. Железникова Г.Ф. Иммуноглобулин Е: биологическая роль при инфекционных заболеваниях. Медицинская иммунология, 2002, №4-5, С.515-534.
4. Манько К.С. Дифференцированный подход к назначению синтетических иммунорегуляторных пептидов в составе комплексной терапии хронического рецидивирующего фурункулеза. Автореф. Дисс. ...канд. мед. наук. М., 2006, с.54.

5. Савицкая Л.Н. Клинико-иммунологические особенности патогенеза, течения, терапии фурункулеза в Казахстане (клинико-экспериментальное исследование): Дис. ... д-ра мед. наук.- Семипалатинск, 1987.
6. Яглова Н.В. Тучные клетки и врожденный иммунитет. Иммунология, 2009, № 2, С.139-189.
7. Truong MJ, Gruart V, Kusnierz JP, et al. Human neutrophils express immunoglobulin E (IgE)-binding proteins (Mac-2/epsilon BP) of the S-type lectin family: role in IgE-dependent activation // J. Exp. Med.-1993.-Vol.177.- P. 243-248.
8. Ito S, Shinomiya K, Mikawa H. Suppressive effect of IgE soluble immune complex on neutrophils chemotaxis. // Clin. Exp. Immunol. -1983.-V.51(2).- S.407-412.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ФОРЛАКС» В ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛЬЮ

Ю.Е.Аленова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, ГБУЗ ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова, Пенза

Актуальность: Распространенность запоров среди детей составляет от 10 до 30% (3-5% от всех амбулаторных визитов), а в структуре обращений к детскому гастроэнтерологу-25-40% и выше [1].

Сущность запора, независимо от его генеза, заключается в нарушении функции кишечника и проявляется урежением, по сравнению с индивидуальной физиологической нормой и возрастным ритмом, акта дефекации, его затруднением, систематически недостаточным опорожнением кишечника и/или изменением формы и характера стула [2,3].

У детей данная патология наблюдается во все возрастные периоды. При этом приблизительно половина случаев запоров наблюдается в раннем детском возрасте. В раннем школьном возрасте проблема запоров также остается весьма актуальной. Здесь стоит отметить, что до наступления периода пубертата запоры встречаются с одинаковой частотой у мальчиков и девочек [4].

Абдоминальные боли на фоне функционального запора характеризуются доминированием именно запоров, при этом боли могут возникать лишь на фоне длительной задержки стула и не являются ведущим симптомом. При установлении факта запоров следует ориентироваться не только на частоту, но и на его характер. Для более объективной оценки удобна Бристольская шкала форм кала, поскольку именно форма кала, а не частота стула в большей мере соответствует времени кишечного транзита [5].

Лечение функциональных запоров на современном этапе следует проводить дифференцированно с учетом возраста ребенка и течения запора, а также механизма запора.

Цель исследования: изучить эффективность применения препарата «форлакс» в лечении функциональных запоров у детей, проявляющихся абдоминальной болью.

Материалы и методы: группу наблюдения составили 58 детей (27 мальчиков и 31 девочка) в возрасте от 3-х до 12 лет, страдающих функциональными запорами с болевым синдромом. По данным первичного гастроэнтерологического приема выявлено: задержка стула (92%), затруднение акта дефекации (98%), спастические боли в животе (78,4%), вздутие живота (83%), «овечий стул» (62%). Почти у половины детей (48%) близкие родственники страдали запором. Часть детей с целью борьбы с запорами до обращения на прием, изменяли режим и характер питания (86%), около 56% пациентов беспорядочно применяли слабительные средства, пре- и пробиотики, растительные масла (67%) с кратковременным положительным эффектом. Из обследованных детей 26% регулярно использовали для опорожнения кишечника очистительные клизмы.

Согласно цели исследования был применен препарат «форлакс» 4 г (полиэтиленгликоль, макрогол 4000, компании «Ипсен») в индивидуальной дозе от 2-х до 4-х пакетиков в день. Большая молекулярная масса ПЭГ обусловлена длинными линейными полимерами, которые удерживают молекулы воды посредством водородных связей. В результате после перорального приема препарата увеличивается объем кишечного содержимого.

Результаты: при применении «форлакса» 4г в течение 2-х недель отмечено купирование абдоминальной боли у всех наблюдавшихся детей. Этому способствовало, прежде всего, облегчение опорожнения кишечника и исчезновение сопутствующих диспептических симптомов. Устойчивая нормализация акта дефекации была достигнута к концу первого месяца лечения у 92% детей. У 8% детей эффект от лечения был нестабильным, вследствие выраженных психогенных проблем. В этой группе были в основном дети от 3-х до 5 лет (симптом «боязни горшка»). Они направлены на консультацию к психоневрологу для дальнейшего обследования. Курс лечения препаратом «форлакс» для большинства детей составил 3 месяца. После отмены препарата рецидив запоров отмечен в 4,8% случаев. В данной группе оказались дети с длительностью заболевания более 2-х лет. Лечение было пролонгировано до 6 месяцев. После завершения курса лечения отмечена стойкая и длительная ремиссия. Побочные действия при применении данного препарата нами не выявлены.

Выводы:

1. Препарат «форлакс» 4 г (макрогол 4000, полиэтиленгликоль) эффективен для лечения функциональных запоров у детей, проявляющихся абдоминальной болью. При выраженных запорах препарат следует назначать сразу после очищения кишечника и продолжать терапию в течение нескольких месяцев.

2. Дозу данного препарата и курс лечения следует подбирать до достижения регулярного (не реже 3-х раз в неделю) стула и при отсутствии побочных эффектов.

3. Крайне важен при выработке тактики лечения функциональных запоров у детей индивидуальный подход с учетом преморбидного фона и сопутствующей патологии.

4. Целесообразно обсуждение более длительных курсов лечения функциональных запоров у детей препаратом осмотического действия, таким, как «форлак». Это необходимо для формирования регулярного рефлекса на дефекацию.

Литература

1. Хавкин А.И. Коррекция функциональных запоров у детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии.2012; 4(1): 127-30

2. Van den Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. Am gastroenterol.2006 Oct; 101(10):2401-9.

3. Хавкин АИ, Жихарева НС, Рачкова НС. Хронические запоры у детей. Лечащий врач.2003;5:42-4.

4. Бельмер СВ, Хавкин АИ. Детская гастроэнтерология на компакт-диске.7-е изд. М., 2010.

5. Ленюшкин АИ, Комиссарова ИА. Педиатрическая колопроктология. Руководство для врачей. СПб.: СПбГПМА; 2008;279-313.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ТОНУС ПРИ ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННЫМ ЯЗЫКАМ

Н.В.Антропова, Е.В.Чиркова

Медицинский институт ПГУ, Пенза

Эмоциональная атмосфера играет существенную роль в повышении аттрактивности учебного процесса. Если у учащихся не возникают наиболее благоприятные для учебной деятельности эмоциональные состояния, то неизбежно появляются дидактически-коммуникативные трудности. Хорошее настроение, как исходный базис, является одним из основных, условий успешного проведения занятий и успешности всего учебного процесса. Поддержанию высокого эмоционального тонуса аудитории способствует и юмор. Многие учебные пособия, издаваемые в нашей стране и за рубежом, содержат материалы юмористического характера. Опыт показывает, что остроумные, занимательные тексты, включенные в учебники, находят самый живой отклик у учащихся. Если на занятиях бытуют юмор, шутка, то, как правило, устанавливается контакт между преподавателем и учащимися. Шутка, смешной рассказ, остроумный текст или комическая сценка оживляют занятия. Смех снимает торможение, скованность, усталость. Он способствует также созданию благоприятного психологического климата на занятиях, лучшему усвоению учебного материала. Эмоциональный тонус аудитории определяется и началом занятия. Вопрос, реакция, реплика, шутка – то начало, которое задает тон всему занятию, стимулирует хорошее настроение у учащихся и создает доверительную обстановку. Эффективным в

создании хорошей эмоциональной атмосферы является введение в учебный процесс музыки, песен, стихов, а также пословиц и поговорок.

Усилению эмоциональных переживаний способствует и игровая деятельность на занятиях по иностранному языку. Одним из таких методических приемов может быть деловая игра. Деловая игра помогает обучать студентов на материале такой тематики, которая учитывает потребности общения и сферу профессиональных интересов. Участие в деловой игре, как правило, усиливает потребность в приобретении знаний, без которых такое участие вначале в игре, а затем и в современной реальной жизненной и профессиональной деятельности, было бы невозможно. Это способствует также усилению интереса к изучению языка, т.е. того положительного, эмоционального отношения, которое стимулирует интеллектуальную деятельность.

Например, работа над текстами проводится в форме игр, во время которых создается возможность порождения речи, потребность в речевом акте. Целью таких игр является усвоение лексического материала, автоматизация его употребления и понимания. Пересказ спецтекста, например, проходит как лекция «профессора» в студенческой аудитории, или доклад «ученого» на конференции, или реферат соискателя по его научной теме, или доклад врача на конференции. Речь в данных ситуациях является творческим процессом применения языковых средств в коммуникативных целях.

Во время игр преподаватель создает проблемные ситуации, побуждающие студентов к мышлению на иностранном языке. Например, студентам медицинского института даётся задание - написать статью о рекламе медицинских услуг и лекарств, об альтернативной медицине, о легализации наркотиков, о пользе гомеопатических препаратов и т.д. Далее задача несколько усложняется - обсудить данную проблематику с точки зрения представителей власти, медицинских работников, ученых, студентов. Распределение ролей сопровождается сменой имён. Смена имён является серьёзным психологическим фактором для эффективности непринуждённого общения на иностранном языке. Вряд ли оправдано и мотивировано общение двух студентов из одной и той же группы на иностранном языке. А если эти студенты превращаются благодаря своей роли в представителей Международной организации здравоохранения или учёных, то это общение вполне мотивировано.

Преимущества данного методического приёма очевидны. Это и конкретная демонстрация функционирования иностранного языка в жизни, и то, что проблема решается усилиями всей группы студентов. Приобретается опыт творческой и совместной деятельности. Таким образом, данный методический приём, деловая игра, оптимизирует учебный процесс, создает устойчивую мотивационную основу деятельности студентов по овладению языком специальности, повышает качество владения языком, оказывает позитивно-эмоциональное воздействие, что в конечном итоге стимулирует интеллектуальную деятельность.

УРО-ВАКСОМ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

*А.Н.Астафьева, В.И.Струков, Г.В.Долгушкина, Р.Т.Галеева, Л.А.Журавлева,
И.А.Прокофьев*

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

Актуальность. В структуре нефрологической патологии детей пиелонефрит занимает первое место, составляя от 40-70% (В.В. Длин, И.М.Османова, О.Л. Чугунова, А.А.Корсунский, 2011; А.В.Папаян, Н.Д. Савенкова, 1997). В течение многих десятилетий в этиологии пиелонефрита в большинстве случаев преобладают грамотрицательные микроорганизмы, среди которых ведущим является *E.coli*- от 41,7% до 80% по данным различных авторов (Н.А.Коровина, И.Н. Захарова, Э.Б.Мумладзе, Л.П.Гаврюшова, 2007). Известно, что *E.coli*, вызывающие пиелонефрит обладают большим набором факторов патогенности, чем *E.coli*, вызывающая инфекцию нижних мочевых путей (А.Ф.Возианов, В.Г.Майданник, В.Г. Бидный, И.В.Богдасарова, 2002). В последние годы, несмотря на широко проводимую ту или иную антибактериальную терапию, нередко выявляется хроническое течение заболевания, склонное к рецидивированию. Наряду с этим, наблюдается тенденция к росту антибактериальной резистентности среди уропатогенов, вызывающих пиелонефрит. Повторные курсы антимикробной терапии могут привести к развитию побочных эффектов - грибковой суперинфекции, иммуносупрессии и т.д. В связи с этим, альтернативным подходом в лечении хронического рецидивирующего пиелонефрита является стимуляция собственных иммунных механизмов пациента, направленных против патогенной флоры, с помощью назначения оральных иммунотерапевтических препаратов. Одним из таких препаратов является Уро-Ваксом - лиофилизированный белковый экстракт, полученный путем фракционирования щелочного гидролизата 18 штаммов *E.coli*. Установлено, что Уро-Ваксом стимулирует Т-лимфоциты, активизирует способность макрофагов уничтожать бактерии в дозозависимом режиме(том числе в отношении *Candida albicans*), достоверно повышает секреторный Ig A в моче, индуцирует образование эндогенного интерферона и обеспечивает защиту против инфекций, вызываемых *E.coli* и *Pseudomonas aeruginosa*.

Целью работы явилось изучение эффективности Уро-Ваксома в комплексной терапии хронического рецидивирующего пиелонефрита у детей.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находилось 19 детей с хроническим рецидивирующим пиелонефритом в возрасте от 4 до 17 лет. Диагноз поставлен на основании общепринятых в нефрологии методов исследования. Включению в данную группу больных подлежали пациенты с рецидивирующими заболеваниями- не менее двух эпизодов за год и степенью бактериурии *E.coli* 10^5 микробных тел в 1 мл мочи и более. Лечение Уро-Ваксомом проводилось согласно инструкции фирмы-производителя (OM Laboratories , Женева, Швейцария) : по 1 капсуле (6 мг стандартизированных иммуностимули-

рующих фракций) ежедневно утром натощак, курс 3 месяца. В качестве контрольной группы- 17 детей, получавших только традиционную терапию.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что в результате применения Уро-Ваксома в комплексной терапии хронического рецидивирующего пиелонефрита, наряду с антибактериальной, у больных основной группы, достоверно, по сравнению, с контрольной группой, уменьшилась частота рецидивов (у 84,2%), у большинства моча санировалась (у 89,5%) ($p < 0,05$). В последствии сократилась частота приема противомикробной терапии (антибиотиков, уросептиков). У 2/3 детей с хроническим пиелонефритом получена стойкая клиничко-лабораторная ремиссия, у остальных отмечалось улучшение. Лишь у 2 пациентов (у 10,5%) с хроническим пиелонефритом не удалось добиться снижения частоты рецидивов из-за наличия хронической ЛОР-патологии, требующей оперативного лечения. У 18 пациентов отмечалась хорошая переносимость Уро-Ваксома, у 1 пациента отмечалось незначительное головокружение.

Заключение. Таким образом, анализ использования Уро-Ваксома в комплексной терапии хронического рецидивирующего пиелонефрита у детей, свидетельствует о целесообразности его применения, так как данное патогенетическое лечение позволяет уменьшить частоту обострений, а следовательно, сократить курсы антимикробных препаратов, нередко вызывающих различные побочные эффекты, а у большинства детей (у 68,4%) добиться стойкой клиничко-лабораторной ремиссии. Рост резистентной микрофлоры мочи к антибактериальным средствам ведет к поиску новых современных альтернативных подходов в лечении хронического рецидивирующего пиелонефрита у детей, чем является иммунокоррекция.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ И ГИПОТИРЕОЗЕ

Г.А.Баранова

Медицинский институт ПГУ, Пенза

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) является широко распространенной группой сосудистых заболеваний головного мозга (выявляется у 20 – 30% лиц трудоспособного возраста и имеет тенденцию к возрастанию в структуре сосудистых заболеваний нервной системы). ДЭ часто сопровождается нарушениями в психоэмоциональной сфере. Наряду с ростом цереброваскулярной патологии, увеличивается число больных с эндокринопатиями, а именно гипотиреозом, который является важным фактором риска развития сосудистых заболеваний головного мозга. Удельный вес его постоянно возрастает, причем в старших возрастных группах количество больных гипотиреозом увеличивается. Гипотиреоз также сопровождается расстройствами психоэмоциональных функций. Для таких больных характерно состояние седации, торпидности, нарушение адаптации к меняющимся событиям повседневной жизни.

Целью настоящего исследования являлось выявление особенностей психоэмоциональных расстройств у больных с ДЭ и гипотиреозом, т. к. изучение сочетания этих патологий представляется актуальным для решения вопросов ранней диагностики, проведения своевременного адекватного лечения и профилактики данных заболеваний. Наряду с исследованием неврологического статуса, результатов параклинических методов, больным проведено психометрическое тестирование с использованием шкал и опросников. Использовались госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital anxiety and depression scale) по A.S. Zigmond, R.P. Snaithe, 1983; D. Wade, 1993; И.А. Бевз; шкала депрессии Гамильтона (HAM – D); самоопросник для выявления депрессии - опросник CES – D (Center of Epidemiological studies of USA – Depression), 1977; опросник депрессии Бека (Beck depression inventory) по Beck A.T. и соавт., 1961; шкала тревоги Спилбергера (State – trait anxiety inventory) по С. Spielberger и соавт., 1970; Ю.А. Ханин, 1976; И.А. Бевз, 1999.

Выделены группы больных: больные исследуемой группы с ДЭ III стадии и гипотиреозом - 35 человек (33 женщины, 2 мужчины), со средним возрастом $69,7 \pm 1,38$ лет. Контрольная группа больных с ДЭ III стадии без гипотиреоза - 25 человек (24 женщины, 1 мужчина), средний возраст – $70,3 \pm 1,42$ года. У всех больных в исследуемой группе выявлялся первичный гипотиреоз, который был обусловлен хроническим аутоиммунным тиреоидитом, послеоперационным состоянием и диффузно-узловым зобом.

Психоэмоциональные расстройства были выявлены у всех больных с ДЭ и гипотиреозом в виде общей слабости, снижения настроения, раздражительности, повышенной утомляемости, вялости, быстрого истощения после минимальных нагрузок.

При тестировании по госпитальной шкале тревоги и депрессии в группе больных с ДЭ III стадии и гипотиреозом средний балл по субшкале тревоги был равен $9,3 \pm 0,4$, по субшкале депрессии – $8,6 \pm 0,5$, что соответствовало субклинически выраженным проявлениям тревоги и депрессии. В группе контроля тревожных и депрессивных изменений не выявлено. Средний балл в этой группе по субшкале тревоги - $7,4 \pm 0,5$, депрессии – $6,3 \pm 0,6$.

По шкале Гамильтона симптомы депрессии также преобладали в исследуемой группе больных. Суммарный балл в ней был достоверно выше по отношению к больным контрольной группы: $8,5 \pm 0,7$ и $6,1 \pm 0,4$ соответственно ($p < 0,05$).

Проведение обследования по самоопроснику для выявления депрессии (опросник CES – D) и опроснику Бека выявило более грубые нарушения психоэмоционального состояния у больных с ДЭ и гипотиреозом. У них чаще диагностировалась выраженная депрессия по сравнению с контрольной группой. Средний суммарный балл был достоверно выше у пациентов с ДЭ и гипотиреозом, чем у больных без гипотиреоза ($p < 0,05$). Так, по опроснику CES – D средний суммарный балл был $19,8 \pm 0,7$ и $15,9 \pm 0,4$; по опроснику Бека $9,4 \pm 0,8$ и $7,5 \pm 0,3$ соответственно.

Шкала самооценки Спилбергера позволила определить субъективный уровень личностной и ситуативной тревожности. Высоким уровнем тревожности отличались пациенты с ДЭ и гипотиреозом. Низкий уровень тревожности чаще выявлялся у пациентов с ДЭ без гипотиреоза. Средний суммарный балл по личностной и ситуативной тревожности был достоверно выше в исследуемой группе по сравнению с контролем: $27,6 \pm 0,4$ и $24,5 \pm 0,7$; $28,8 \pm 0,6$ и $25,7 \pm 0,5$ соответственно, ($p < 0,05$).

Таким образом, ДЭ у больных с гипотиреозом протекает с более выраженными психоэмоциональными расстройствами (в виде астенических, тревожных и депрессивных нарушений). Своевременное проведение психометрического тестирования позволяет выявить изменения в эмоционально – волевой сфере и диагностировать латентно протекающий гипотиреоз. Назначение заместительной терапии тиреоидными гормонами в данных случаях способствует нормализации психоэмоциональных расстройств у таких больных.

РЕАЛИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К НЕПРЕРЫВНОМУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ ВРАЧЕЙ НА КАФЕДРЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

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

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Стратегической целью Государственной Программы Российской Федерации «РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» (Москва, 2012) является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки. В пункте 7 данной программы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» особо подчеркнута, что «необходимым условием достижения главной цели модернизации здравоохранения – является проведение эффективной кадровой политики в отрасли, в том числе ... построение современной системы непрерывного профессионального образования посредством совершенствования организации профессиональной подготовки, повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников на базе государственных образовательных учреждений».

Совершенствование непрерывного профессионального образования врачей на кафедрах инфекционных болезней предполагает комплексный подход к повышению профессионального уровня работников здравоохранения через реализацию следующих направлений деятельности:

1. образовательную деятельность (интернатура, ординатура, аспирантура, профессиональная переподготовка и повышение квалификации, дистан-

- ционное обучение, телемедицина, практическая направленность, формирование компетентности специалиста);
2. руководство научно-практическими обществами/ассоциациями, участие в работе постоянно действующих семинаров, организация и проведение научно-практических конференций/ конгрессов, выступления с научными докладами;
 3. интеграцию деятельности кафедры и базовых медицинских организаций (лечебно-консультативная и профилактическая работа, внедрение современных методов лечения, диагностики и профилактики в рамках порядков оказания помощи больным, стандартов, протоколов и национальных клинических рекомендаций, участие в реализации приоритетных программ модернизации здравоохранения, курация медицинских центров и др.);
 4. привлечение к НИР врачей клинических баз;
 5. экспертную деятельность (патологоанатомические конференции, судмедэкспертиза, руководство экспертными советами);
 6. организационно-методическую и аналитическую деятельность (разработка учебных пособий, методических рекомендаций и информационных писем, в т.ч. через УМО; участие в работе ведомственных комиссий / коллегий и медсоветов клинических баз, работа в аттестационных комиссиях, анализ деятельности медицинских организаций, мониторинг инфекционной заболеваемости и др.);
 7. формирование здорового образа жизни;
 8. повышение квалификации профессорско-преподавательского состава и другие виды деятельности.

Выводы: многолетняя работа кафедры инфекционных болезней и современные требования к профессиональному уровню специалистов свидетельствуют об исключительной роли институтов повышения квалификации врачей в развитии системы непрерывного образования медицинских и фармацевтических работников; комплексный подход к повышению квалификации работников здравоохранения реализуется через многоплановую деятельность кафедры (образовательную, клиническую, профилактическую, экспертную, научную, методическую, внедренческую), направлен на укрепление кадрового потенциала и выполнение приоритетных задач здравоохранения.

СЕГМЕНТОРНЫЕ ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ГИПОТИРЕОЗОМ

О.А.Батаров, А.И.Ермолаева, В.М.Бросалов

Медицинский институт ПГУ, Пенза

Гипотиреоидные неврологические расстройства в настоящее время стали часто встречаться, даже выдвигаются на одно из первых мест (Калинин, Ко-

тов). Поэтому совершенствование их диагностики и лечения является актуальной задачей неврологии. Гипотиреоз является патологическим состоянием, которое может возникнуть при многих заболеваниях. Несмотря на то, что имеется много литературных и клинических данных, указывающих на роль гормонов щитовидной железы в регуляции транснейрональной и нервномышечной передачи, особенности поражения периферической нервной системы, в частности сегментарные вегетативно-сосудистые расстройства, описаны недостаточно. В задачи нашей работы входило выявление особенностей сегментарных вегетативно-сосудистых расстройств у больных гипотиреозом. Проведено обследование группы больных с гипотиреозом количестве 20 человек, контрольная группа без гипотиреоза составила 10 человек. Изучались жалобы, анамнез жизни и заболевания обследуемых, проводилось исследование неврологического статуса, рентгенологическое, лабораторное обследования, использовались данные ультразвуковой доплерографии экстракраниальных и сосудов верхних конечностей. Также проводились кожно-вегетативные пробы, включающие исследование дермографизма, кожной термометрии, пробу на гидрофильность тканей Мак Клюра и Олдрича. Средний возраст больных гипотиреозом - 52 года. Жалобы на боль в области шеи, рук тянущего, ноющего характера, чувство онемения в кончиках кистей рук. В неврологическом статусе ЧМН в норме. Сухожильные и периостальные р-сы D=S низкие, чувствительность не нарушена. Лёгкая пастозность кистей рук. Кожные покровы обычной окраски, сухие.

При исследовании дермографизма в области верхнего плечевого пояса и верхних конечностей отмечен смешанный дермографизм у 7 обследуемых и красный дермографизм у 13.

Средняя арифметическая на правой и левой руках начало через 3 секунды и регресс средняя арифметическая через 14 минут, среднее квадратическое отклонение равнялось 8.08, средняя ошибка - 2,3. Достоверность разности средних величин составила 1,7.

При пробе на гидрофильность тканей время рассасывания увеличено. Средняя арифметическая справа 70 минут, слева 70,3 минуты, среднее квадратическое справа 3.2, слева 3.5, средняя ошибка средней арифметической равнялось 1 на правой и левой верхних конечностях, достоверность разности средних величин составила 10.0 справа и 10,3 слева. Термометрия в области плеч выявила асимметрию. Средняя арифметическая справа=33.2С⁰, слева=32,1С⁰. Среднее квадратическое отклонение справа=4.1, слева3.8, средняя ошибка средней арифметической=1.2 справа и 1.1 слева, достоверность разности средних величин=2.7 справа и 3.5 слева. Термометрия в области плеч выявила асимметрию. Средняя арифметическая справа=33.2С⁰, слева 32,1С⁰. Среднее квадратическое отклонение справа=4.2, слева 3.8. Средняя ошибка средней арифметической справа=1.2, слева 1.1. Достоверность разницы средних величин составила справа 2.7, слева3.5.

Таким образом, у больных гипотиреозом выявлено преобладание парасимпатического отдела В.Н.С. на сегментарном уровне. Результаты проведён-

ного исследования можно использовать при дифференцированном, патогенетическом лечении.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИЛЕЙКОТРИЕНОвого ПРЕПАРАТА МОНТЕЛУКАСТ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Е.В.Безрукова, Л.И.Бирюзова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, ГБУЗ ПГКБ №4, Пенза

В настоящее время большое внимание уделяется проблеме лейкотриенов в патогенезе воспалительных заболеваний дыхательных путей. В последние годы накоплен огромный материал, подтверждающий участие медиаторов липидного происхождения в формировании аллергических и воспалительных реакций, при этом показано определяющее значение изменений метаболизма арахидоновой кислоты в этих процессах.

Наша задача состояла в том, чтобы дать оценку использования антилейкотриенового препарата монтелукаст у группы пациентов с различными заболеваниями дыхательных путей. Большое значение антилейкотриеновые препараты имеют в патогенезе таких заболеваний как аллергические риниты, полипоз носа и придаточных пазух, бронхиальная астма.

Под наблюдением находилось 57 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет. Пациенты были разделены на 4 группы. Первую группу составили пациенты с аллергическими ринитами, вторая группа – больные с полипозом носа и придаточных пазух, третья группа – это пациенты с бронхиальной астмой легкого персистирующего течения в фазе обострения и четвертая группа - больные с острыми ринитами на фоне вирусной инфекции, у которых симптомы сохранялись более 10 дней. Препарат назначался в дозе 10 мг сроком от 2 недель до 3-х месяцев в 20:00 1раз в день. У пациентов до начала исследований, через 14 дней и 3 месяца проводился мониторинг показателей общего IgE и результатов пикфлоуметрии (пациенты с бронхиальной астмой), клинической симптоматики (заложенности носа, выделений из носовых ходов, приступов удушья, ночного кашля, одышки). У 15 исследуемых больных бронхиальной астмой на протяжении 3 месяцев осуществлялось мониторирование ПСВ с помощью индивидуальных пикфлоуметров. Анализ результатов мониторирования ПСВ показал, что уже с 3 - 4 дня от начала лечения препаратом монтелукаст у больных бронхиальной астмой отмечается увеличение значений ПСВ и уменьшение суточных колебаний этого показателя. При повторных исследованиях общего IgE наблюдалась тенденция к снижению данного показателя у тех пациентов, где изначально результат был выше нормы.

Терапия препаратом монтелукаст оказалась эффективной у 55 (96,4%) пациентов. На фоне лечения ими было отмечено улучшение самочувствия: снижение частоты приступов астмы и более легкое их течение, прекращение ночного кашля, прекращение выделений из носа, улучшение или полное вос-

становление носового дыхания. По полученным данным большинство пациентов отмечали положительный результат уже со 3-4 дня приема. Два человека отказались в дальнейшем применять препарат монтелукаст по различным причинам.

Полученные данные свидетельствуют о хорошей переносимости и эффективности применения антилейкотриенового препарата монтелукаст в широкой практике здравоохранения у пациентов с различными заболеваниями дыхательных путей.

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА БАДДА-КИАРИ

Л.П.Бородина

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

Лучевая диагностика пациентов с болезнями печени является актуальной проблемой для врачей многих специальностей. Очень часто для первичного скрининга используется УЗИ и КТ, что позволяет улучшить выявляемость образований, охарактеризовать структуру и распространенность. В отличие от вышеперечисленных методов МРТ обладает еще и способностью получить дополнительную информацию о функциональном состоянии печени.

Цель работы: оценить возможности МРТ в своевременном выявлении, установлении причин и дальнейшем планировании лечения синдрома Бадда-Киари (СБК).

Материалы и методы: исследование проводилось на аппарате Siemens Magnetom Symphony с напряженностью магнитного поля 1,5Т. При МРТ получали изображения срезов в 3 проекциях (в аксиальной, сагиттальной и корональной проекциях) с толщиной срезов 5 мм, включая T1-ВИ, T2-ВИ и программы с жироподавлением. Было обследовано 65 пациентов с гепатомегалией, из них 22 женщин и 43 мужчин. МРТ с в/в контрастным усилением была проведена 34 пациентам (20 пациентов с подозрением на узловую регенеративную гиперплазию, 8 пациентов с циррозом печени, 6 пациентов с объемными образованиями).

СБК - это комбинация портальной гипертензии и гепатомегалии, вызванные обструкцией венозного оттока на любом уровне (от мелких внутрипеченочных до уровня нижней полой вены). Основными причинами обструкции являются травмы живота, миелопролиферативный синдром, пароксизмальная ночная гемоглобинурия, системная красная волчанка, заболевания с дефицитом противосвертывающих факторов, антитромбина III, протеина C и S; опухоли поджелудочной железы, надпочечников и почек, печеночно-клеточный рак, а также встречается у беременных женщин и пациентов, принимающих препа-

раты, повышающие свертываемость крови (пероральные контрацептивы и дакарбазин). У 25-30 % пациентов никаких сопутствующих заболеваний диагностировать не удастся (в таком случае синдром Бадда-Киари называют "идиопатическим").

По локализации места обструкции выделяют :I тип синдрома Бадда-Киари - обструкция нижней поллой вены и вторичная обструкция печеночной вены. II тип синдрома Бадда-Киари - обструкция крупных печеночных вен. III тип синдрома Бадда-Киари - обструкция мелких вен печени (веноокклюзионная болезнь). По течению: 1.острый синдром Бадда-Киари - является следствием тромбоза печеночных вен или нижней поллой вены. При острой закупорке печеночных вен внезапно появляются и быстро прогрессируют рвота, интенсивные боли в эпигастральной области и в правом подреберье (вследствие набухания печени и растяжения глиссоновой капсулы), желтуха. Важным диагностическим критерием является отсутствие узлов регенерации в печени. 2.основной причиной хронического течения синдрома Бадда-Киари может стать фиброз внутрпеченочных вен, в большинстве случаев вызываемый воспалительным процессом. Проявления: боль в правом подреберье, нарастающая гепатомегалия, асцит, тяжелая печеночная недостаточность как исход болезни, в печени узлы регенерации (ошибочно выставляется диагноз цирроз).

В зависимости от диагностических целей МРТ как неинвазивный метод обследования позволяет оценить вне- и внутрпеченочные сосуды, наличие тромба в НПВ, наличие или отсутствие узловых изменений и объемных образований.

Результаты: из 65 обследованных пациентов с гепатомегалией, у 8 пациентов были выявлены признаки СБК, у 4 мужчин на фоне объемного образования, 2 мужчин и 1 женщина на фоне тромбоза воротной вены, у 1 женщины выявлен «идиопатический» тип СБК острое течение.

Чувствительность и специфичность МРТ составляет 90%. Проводится в комбинации с ангио-, вено- и холангиографией. Основными МР-признаками являются: портальная гипертензия (расширение НПВ, воротной вены, усиление сосудистого рисунка), смещение ворот печени кпереди), уменьшение калибра или отсутствие печеночных вен, сужение внутрпеченочного сегмента НПВ; нарушения перфузии печени; участки атрофии, гипертрофии, долевого некроза; признаки жировой дистрофии или отложения железа; коллатеральные вены печени; нарушение венозного оттока в нижнюю полую вену; сдавление НПВ увеличенной хвостатой долей печени; при контрастном усилении - атипичное усиление паренхимы (за счет повышенного периферического сопротивления сосудов).

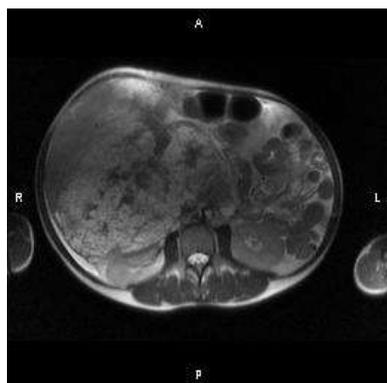


Рис. 1.

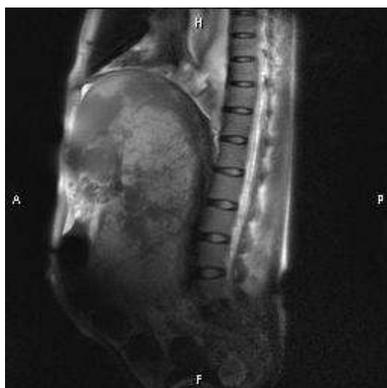


Рис. 2.

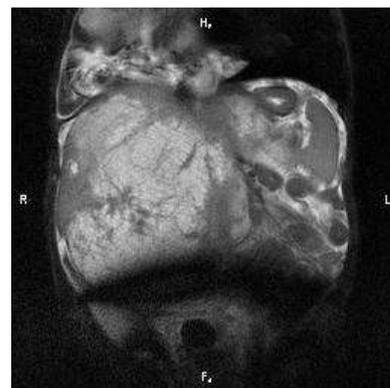


Рис. 3.

Рис 1., Рис2., Рис 3. – случай идиопатического СБК у молодой женщины 30 лет, на фоне СКВ. Структура печени диффузно-неоднородная, с признаками отека, с участками неизменной паренхимы в 8,4, 5 сегментах. МР сигнал от печеночных вен неоднородный за счет тромбоза. Воротная вена 0,8см, с признаками тромбоза. Выраженная компрессия нижней полой вены на уровне прилегания к значительно увеличенной печени. Асцит. Гидроторакс справа.

Синдром Бадда-Киари осложняется:

1. портальная гипертензия – варикозное расширение вен пищевода, желудка (приводит к желудочно-кишечным кровотечениям);
2. асцит;
3. спленомегалия;
4. печеночная недостаточность;
5. печеночная энцефалопатия;
6. смерть пациента.

Показатели 10-летней выживаемости составляют 55%. Факторами, ухудшающими прогноз, являются: пожилой возраст, мужской пол, наличие злокачественных опухолей (печени, почек, надпочечников).

Лечение:

- 1) медикаментозное (тромболитическая терапия, диуретики, антикоагулянты);
- 2) хирургическое лечение:
 - ангиопластика - при мембранозном заращении просвета нижней полой вены может проводиться чрескожная установка стента после баллонной дилатации;
 - проведения портосистемного шунтирования - снижение давления в синусоидальных пространствах печени. Если имеется тромбоз или обструкция нижней полой вены, то пациентам устанавливается мезоатриальный шунт. Если причина обструкции новообразование, то хирургическое лечение противопоказано;
 - трансплантация печени - пациентам с острым течением синдрома Бадда-Киари. Выживаемость через 4,5 года после этой операции составляет 50-95%;

- больным с почечно-клеточной и гепатоцеллюлярной карциномами, развившимися на фоне синдрома Бадда-Киари также показана трансплантация печени.

Выводы: Таким образом, МРТ – высокоинформативный, высокочувствительный метод, позволяющий выявить уже на ранних сроках причины СБК, оценить функциональное состояние печени и является точным диагностическим неинвазивным методом оценки печеночного кровотока (МР-портография). МРТ помогает не только решить вопрос о тактике лечения СБК, но и об объеме хирургического лечения.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Д.Ю.Бочарников, Е.А.Орлова, Б.А.Молотилев

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Кандидозный вульвовагинит наиболее часто диагностируется среди женщин репродуктивного возраста, причем хронической рецидивирующей формой кандидозного вульвовагинита болеет до 15% женщин. Кроме того имеется тенденция роста заболеваемости, а терапия данной нозологии представляет большие сложности. Факторы, приводящие к обострению кандидозного вульвовагинита многочисленны, и важным триггером является сама беременность. Причинами этого считают резкое изменение иммунного статуса и уровня гормонов, однако многое неизвестно в механизмах развития дрожжевого вульвовагинита, в частности, какие звенья иммунной системы задействованы. Кандида альбиканс является сильнейшим сенсибилизирующим агентом. Возможно, участие аллергического компонента в патогенезе кандидозного вульвовагинита обуславливает рецидивирующее течение болезни и способствует переходу острого течения в хроническое. Изучение взаимосвязи между клиническим течением и некоторыми показателями иммунитета может способствовать уточнению механизмов патогенеза данного заболевания.

Исследование проводится на базе ГБУЗ «Пензенский городской родильный дом» совместно с сотрудниками кафедры аллергологии и иммунологии. Обследованы беременные пациентки в возрасте от 17 до 43 лет. Распространенность вагинального кандидоза у беременных женщин составила около 18%. Из них 78% беременных женщин имели один эпизод вагинального кандидоза за год, а 22% - повторные эпизоды. Наиболее высокая степень колонизации отмечается в последнем триместре и у первородящих. Клинические проявления кандидозного вульвовагинита во время беременности характеризуется стертой симптоматикой: характерные проявления превышают частоту предъявления типичных жалоб. Тяжесть течения кандидозного вульвовагинита у беременных напрямую связана с обсемененностью грибами при микроскопии. Течение беременности у пациенток с кандидозным вульвовагинитом сопровождалось раз-

личной акушерской патологией. Наиболее часто встречались: угроза прерывания беременности, многоводие, маловодие, фетоплацентарная недостаточность.

В настоящее время проводится исследование общих и местных алерго-иммунологических показателей у беременных женщин с целью определения их роли в развитии данной патологии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ю.В.Бочкарева

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Артериальная гипертония является важнейшей социально-медицинской проблемой современности. Она относится к ведущим факторам риска сердечно-сосудистых осложнений и смерти, диагностируется у трети населения нашей планеты. Распространенность артериальной гипертонии (АГ) среди взрослого населения России в последние годы достигла катастрофических величин: 37,2% у мужчин и 40,4% у женщин. Накопленный практический опыт клиницистов всех стран, включая Россию, свидетельствует о том, что АГ занимает ведущее место среди факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Основная цель лечения пациентов с артериальной гипертонией (АГ) – снижение повышенного артериального давления (АД) и поддержание его на целевом уровне. Множество завершившихся в последние годы исследований наглядно продемонстрировали, что контроль АД может достоверно снизить частоту сердечно-сосудистых осложнений – инфаркта миокарда (ИМ), острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ). С учетом результатов этих исследований были определены желательные целевые уровни АД. Так, согласно рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) 2010 г. [1] целевым уровнем АД для больных ИБС, сахарным диабетом (СД) признаны величины, не превышающие 130/80 мм рт. ст. Однако, на последнем Европейском конгрессе по артериальной гипертензии в 2013 году [2], «целевые» цифры АД были пересмотрены. Рекомендуемые значения для пациентов, страдающих АГ и имеющим как высокий, так и низкий сердечно-сосудистый риск, стали менее 140/90 мм рт.ст.

Для профилактики снижения работоспособности и качества жизни больных, страдающих АГ и СД необходимо учитывать и особенности их психического состояния. АГ рассматривается как психосоматическое заболевание [3], при котором наиболее сложны психические и соматические взаимоотношения, так как психические факторы вызывают и влияют на становление соматического заболевания и, в свою очередь, соматическое заболевание отражается на психическом функционировании [4]. Ведущее место среди этих состояний за-

нимают невротические и невротоподобные расстройства, они усложняют диагностику, способны видоизменять ответ на проводимую терапию [5]. Как показывают исследования последних лет, депрессия является одним из наиболее важных факторов, определяющих развитие и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний [6,7]. Коморбидность депрессии и АГ по различным данным составляет от 30% до 70% [5,8].

Несомненно, что антигипертензивная терапия должна проводиться длительно, по существу пожизненно. При условии эффективного контроля АД риск возникновения осложнений сердечно-сосудистой системы существенно снижается.

Существуют разные подходы к тактике выбора антигипертензивных препаратов. В рекомендациях Европейского общества по АГ (2013 г.) выбор должен осуществляться из 5 основных классов в зависимости от поражения органов-мишеней, ассоциированных клинических состояний [2]. Согласно алгоритму Британского гипертонического общества выбор препарата зависит от возраста пациента. У пациентов до 55 лет лечение АГ начинают с ингибиторов АПФ (ИАПФ), или блокаторов рецепторов к ангиотензину II. Пациентам 55 лет и старше рекомендуется терапия блокаторами медленных кальциевых каналов (БМК).

Установлено, что ренин-ангиотензин-альдостероновая система (РААС) регулирует биологические процессы в сердечно-сосудистой системе и ее активация играет ключевую роль в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний. Лекарственные средства, ингибирующие ангиотензин-превращающий фермент (АПФ) снижают продукцию мощного вазоконстриктора ангиотензина II (АТ II), уменьшают распад вазодилатора брадикинина и снижают продукцию альдостерона, обладают свойствами артериовенозных вазодилаторов и корригируют альдостеронзависимую задержку натрия в организме. Ингибиторы АПФ были внедрены в клиническую практику как высокоэффективные антигипертензивные средства и являются препаратами первого ряда для лечения АГ, доказана их высокая клиническая ценность при гипертонии, осложненной дисфункцией левого желудочка (ЛЖ), при сопутствующем сахарном диабете (СД) [9], при почечных заболеваниях, ХСН. За последнее десятилетие роль ингибиторов АПФ в лечении сердечно-сосудистых заболеваний расширилась. Так, ИАПФ – рамиприл и периндоприл получили статус сердечно-сосудистых протекторов, так как доказана их эффективность для профилактики сердечно-сосудистых осложнений в группах высокого риска (исследования HOPE, EUROPA).

Особое место занимают и антагонисты кальция (АК) и в первую очередь – амлодипин. В основе действия антагонистов кальция лежит блокада медленных кальциевых каналов L-типа в кардиомиоцитах и гладкомышечных клетках сосудистой стенки с последующим расслаблением гладких мышц и снижением периферического сопротивления. Сегодня амлодипин – самый популярный в мире и наиболее изученный с позиций доказательной медицины антигипертензивный препарат. Результаты применения амлодипина при АГ свидетельствуют

о высокой гипотензивной эффективности этого препарата [10] и органопротективных свойствах [11].

В основе медикаментозной терапии АГ лежит оптимальная комбинация препаратов, патогенетически воздействующих на наибольший диапазон критериев стратификации риска, эффективных и безопасных, в том числе в плане лекарственного взаимодействия. Сочетанное применение дигидропиридинового АК и ингибитора АПФ можно рассматривать как эффективную тактику лечения больных с АГ, поскольку в этом случае обеспечивается более выраженное снижение систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) и мощный органопротективный эффект, доказанные в исследованиях ASCOT [12] и ACCOMPLISH (Avoiding Cardiovascular events through COMbination therapy in Patients LIving with Systolic Hypertension). Как ИАПФ, так и АК снижают АД за счет эффекта вазодилатации. Однако пути, с помощью которых осуществляется антигипертензивное действие ИАПФ и АК, кардинально различаются. Это определяет потенцирование действия препаратов данных классов при их совместном применении у больных АГ. Следует отметить, что ИАПФ и АК относятся к метаболически нейтральным антигипертензивным препаратам, что делает эту комбинацию привлекательной для пациентов с нарушенным липидным, углеводным и пуриновым обменом. Кроме того, совместное применение этих препаратов позволяет значительно уменьшить частоту появления побочных эффектов терапии (периферических отеков, сухого кашля).

Цель исследования: изучение влияния комбинированной терапии, включающей ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) и антагонисты кальция (АК) амлодипин на уровень артериального давления (АД) и показатели тревоги и депрессии у больных, страдающих ГБ.

Материалы и методы: Обследовано 425 пациентов с гипертонической болезнью средний возраст $53,1 \pm 4,1$ года. Согласно критериям исключения не допускалось наличие у больных злокачественной АГ, ИМ давностью менее 3 месяцев, ОНМК или транзиторной ишемической атаки давностью менее 3 месяцев, нарушений ритма и проведения, требующих дополнительной антиаритмической терапии, бронхообструктивных заболеваний (бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких), гипотиреоза или гипертиреоза, выраженного нарушения функции почек и печени, анемии. Не включались беременные и женщины детородного возраста, не соблюдающие надежных мер контрацепции.

До начала лечения имелся “отмывочный” период продолжительностью 1 неделя, после которого назначались ИАПФ (лизиноприл, рамиприл, периндоприл) и АК (амлодипин) в виде свободной комбинации или фиксированной терапии. Визиты проводились через 4, 8, 12 и 24 недели лечения; общая продолжительность исследования составила 24 недели. Регистрацию АД проводили по методу Короткова по средней величине 3 последовательных измерений. При недостаточном гипотензивном эффекте через 4 и 8 недель терапии проводили увеличение дозы препаратов.

Всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД до начала приёма антигипертензивной терапии, а также через 24 недели лечения. Характеристика больных по полу, возрасту, давности АГ, уровню АД, ЧСС представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Клиническая характеристика больных

Параметр	Показатель
Число больных	425
Мужчины/женщины	175/250
Средний возраст, лет	53,1±4,3
Давность АГ, годы	9,5±1,2
Ср. САД, мм рт. ст. (офисное измерение)	163,1±3,4
Ср. ДАД, мм рт. ст. (офисное измерение)	98,9±2,3
ЧСС, уд/мин	72,5±0,9

Больным проводили лабораторные исследования крови и мочи, ЭКГ для контроля за переносимостью и безопасностью лечения. Переносимость оценивали на основании жалоб больных, по выявлению побочных эффектов и отклонений в лабораторных и инструментальных исследованиях.

Комплекс исследования психологического статуса пациентов включал опросник депрессии Цунга, ММПИ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), госпитальную шкалу тревоги и депрессии Гамильтона, опросник Спилберга-Ханина для оценки личностной и ситуационной тревожности, консультацию медицинского психолога и психотерапевта.

Для статистической обработки результатов использовали статистический пакет программ "Statistica 6.0", SPSS 9.0. При анализе результатов исследования рассчитывались следующие величины, характеризующие полученные результаты: стандартизованная асимметрия (Stand. skewness) и стандартизованный эксцесс (Stand. kurtosis), среднее значение, стандартное отклонение, t-критерий Стьюдента, критерий χ^2 . Применялся критерий значимости (p), равный 0,05.

Результаты: При анализе клинико-психологического состояния пациентов, ведущее место занимают невротические расстройства, в клинической структуре которых преобладают депрессивные и тревожные симптомы различной степени тяжести. У 76,5% больных, включенных в исследование, выявлены депрессивные расстройства, при этом лёгкая депрессия отмечалась у 43,1 % пациентов, депрессия средней тяжести у 31,3%; а у 2,1% больных депрессивное расстройство было квалифицировано как тяжёлое. В структуре депрессивных состояний преобладали соматовегетативные нарушения (слабость, сердцебиение, головные боли, головокружение, повышенная потливость). Наблюдалась ипохондрия с преувеличением тяжести заболевания, обострённым самонаблю-

дением. Выявлены стойкие нарушения сна: трудность засыпания, раннее пробуждение, а также большая распространенность синдрома нарушенного дыхания во сне. Определённое место занимали симптомы астении, проявляющиеся повышенной слезливостью, вялостью, разбитостью. Кроме того, у больных отмечены повышенные уровни личностной ($53,6 \pm 3,2$) и в большей степени реактивной тревожности ($59,4 \pm 3,6$). По исходным результатам теста ММРІ из общего числа обследованных лиц, в целом имеющих смешанный тип реагирования, выделены 2-е подгруппы: в 1-ю подгруппу входит большинство испытуемых - 63,8%, где показатели Т-баллов невротических шкал Нs, D, Pt превалируют над шкалой импульсивности Pd, т.е. у испытуемых преобладает гипостенический характер эмоциональных и поведенческих проявлений; во 2-ю подгруппу входят - 36,2% испытуемых, у которых на первый план выступает стенический регистр эмоциональных переживаний и высокая импульсивность (показатели Т-баллов шкалы Pd (импульсивности) превышают оценки D (пессимистичности) и Pt (тревожности), с диагностированным расстройством личности (Таблица 2).

Таблица 2.

Показатели Т-баллов у пациентов в 1-ой и 2-ой психологических подгруппах

Шкала		1-ая подгруппа	2-ая подгруппа
L	Лжи	49,9±8,6	51,8±8,5
F	Достоверности	64,8±9,3	63,4±6,2
K	Коррекции	51,8±7,7	55,8±9,8
Hs	Невротического сверхконтроля	75,2±9,4	73,3±9,6
D	Пессимистичности	78,7±10,7	65,8±11,1*
Hу	Эмоциональной лабильности	65,6±10,7	70,2±10,6*
Pd	Импульсивности	66,4±8,9	79,6±10,9*
Mf	Мужественности – женственности	60,3±10,1	60,2±10,2
Pa	Ригидности	64,1± 9,4	63,8± 8,6
Pt	Тревожности	71,2±9,5	65,8±9,6*
Sc	Индивидуалистичности	70,4±11,3	69,6±11,1
Ma	Оптимистичности	52,6±10,1	59,9±11,5*
Si	Интроверсии	65,7±6,6	56,4±6,4*

* - достоверная разница $p < 0,01$

Объединяя данные психологического статуса и клинического обследования, первую подгруппу составили 64% больных с наличием депрессии различной степени выраженности (средний баллом депрессии $2,0 \pm 0,67$). Вторую подгруппу составили 84% больных с расстройствами личности.

При антигипертензивной терапии ИАПФ и амлодипином у больных наблюдался выраженный гипотензивный эффект (рис.1,2). При назначении свободной комбинации ИАПФ и амлодипина, гипотензивное действие развивалось постепенно. У больных снижение систолического АД (САД) через 24 недели

составило 15%, а диастолического АД (ДАД) АД - 12%, при отсутствии достоверной динамики ЧСС с $71,5 \pm 0,9$ до $72,3 \pm 0,8$ уд/мин. (рис.1,2). В результате лечения нормализация уровня АД ($\leq 130/80$ мм рт. ст.) при офисном измерении имела место у 74%.

При использовании фиксированных комбинаций ИАПФ и амлодипина у больных наблюдался более выраженный и быстрый гипотензивный эффект (рис.1,2). У больных снижение систолического АД (САД) через 24 недели на престансе составило 19%, а диастолического АД (ДАД) АД - 16%, на экваторе 17% и 14% соответственно. В результате лечения нормализация уровня АД ($\leq 130/80$ мм рт. ст.) при офисном измерении имела место у 83% и 76% пациентов.

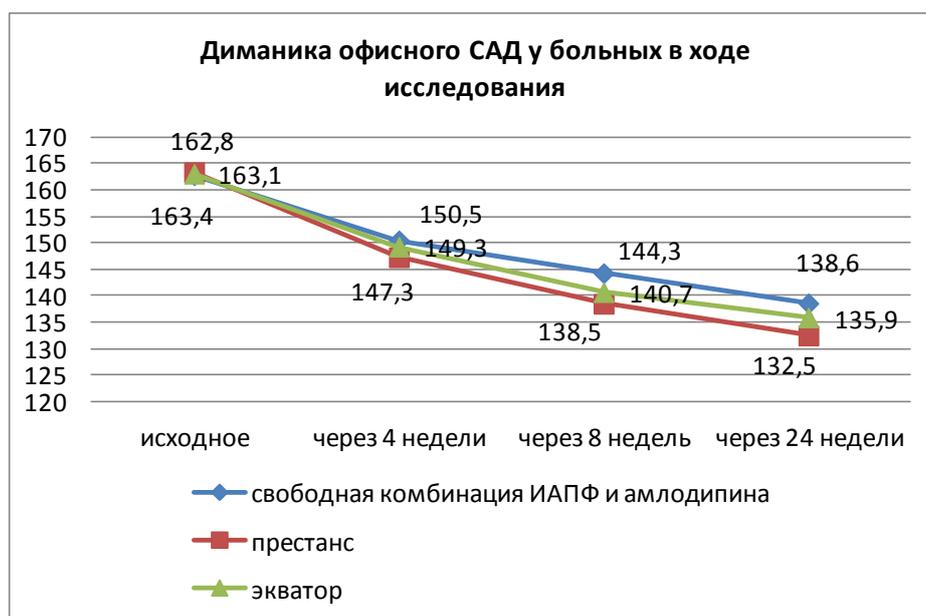


Рис.1. Динамика офисного САД у больных в ходе исследования.

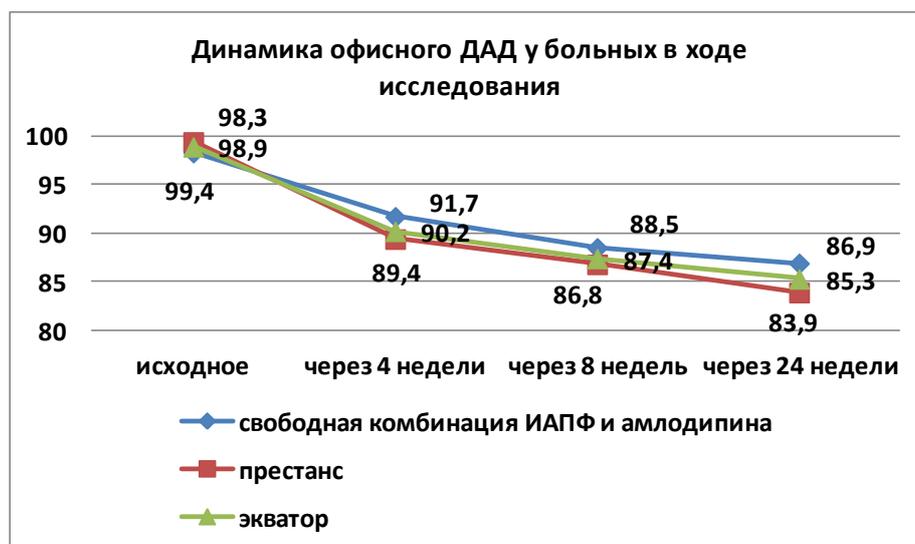


Рис.1. Динамика офисного ДАД у больных в ходе исследования.

По данным СМАД, через 24 недели лечения отмечено достоверное снижение среднесуточного, среднедневного и средненочного САД и ДАД в группах свободной и фиксированной комбинации.

Исходно индекс времени (ИВ) САД и ДАД был значительно повышенным, а в результате лечения ИВ достоверно снизился у всех больных практически до нормальных показателей, как в дневное, так и в ночное время суток. Динамики суточного индекса (СИ) в целом не произошло. Вместе с тем в обеих группах имело место увеличение числа пациентов с СИ "dipper".

Переносимость исследуемых препаратов была хорошей. Побочные явления наблюдали в виде головной боли, отеков лодыжек, покраснения лица, за счет приема амлодипина и кашель – за счет приема ИАПФ.

Под влиянием антигипертензивной терапии у пациентов 1-ой группы (с гипостеническим регистром) происходит снижение показателей Т-баллов всех шкал невротической триады - Hs, D, Hy (таблица 3) и уменьшение среднего балла депрессии до $1,38 \pm 0,5$ ($p < 0,01$). В профиле личности больных 2-ой группы (со стеническим регистром) снижение Т-баллов происходит по шкалам: Hs, Hy, Pd и Pt до нормативных значений (таблица 6), уменьшается разброс оценок между отдельными шкалами, расстройства личности стали регистрироваться меньше на 47,1%.

Таблица 3.

Динамика Т-баллов у пациентов в 1-ой и 2-ой психологических подгруппах на фоне приема комбинации рамиприла и амлодипина

шкала	1-ая подгруппа		2-ая подгруппа	
	начало	24 недели	начало	24 недели
L	50,9±8,8	49,7±8,5	51,4±8,9	55,1±8,0*
F	65,7±9,7	63,8±8,7	62,6±6,6	60,5±7,8
K	52,9±7,7	52,5±8,6	56,7±10,8	57,4±6,8*
Hs	74,3±12,1	69,6±10,1*	73,5±12,0	67,5±9,0*
D	77,7±11,8	71,6±11,3*	66,7±12,2	65,1±11,3
Hy	66,5±11,2	61,9±8,8*	68,2±10,6	61,7±7,3*
Pd	67,9±8,9	65,2±9,3	78,2±11,9	66,4±10,4*
Mf	60,4±10,1	59,3±8,4	59,4±10,2	62,7±7,5
Pa	65,1± 11,4	62,1±11,6	63,3± 8,4	57,7±12,2*
Pt	69,9±9,5	63,8±10,5*	66,0±9,6	61,7±10,9*
Sc	70,7±11,9	68,0±12,3	69,4±11,0	65,2±10,4
Ma	52,0±10,8	53,3±7,2	59,4±13,5	55,2±9,6
Si	66,4±6,7	64,7±6,5	56,8±6,7	59,1±8,0

Примечание:* - достоверность $p < 0,05$

Заключение: Полученные результаты свидетельствуют о наличии тревожно-депрессивных расстройств у больных с гипертонической болезнью и сахарным диабетом, что необходимо учитывать при антигипертензивной терапии. Комбинация ИАПФ и амлодипина является высокоэффективной в лечении па-

циентов с АГ в сочетании с СД. Благодаря аддитивному действию амлодипина и ИАПФ гипотензивная эффективность превышает 70%, и сопровождается не только улучшением метаболического профиля, переносимости, но и положительной динамикой клинико-психологического статуса, т.е. гармонизацией личности.

Литература

1. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый). Национальные клинические рекомендации. Москва. - Издательство «Силицей-Полиграф». – 2010. – С. 19-56.
2. Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии ESH и ESC 2013 (перевод российского медицинского общества по артериальной гипертензии). Евразийский кардиологический журнал, 2014. - №1. – С.3-79.
3. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Руководство для врачей. Психосоматические расстройства. М.: Медицина. – 1986. – 384 с.- Глава 5. Сосудистая дистония. - С. 123-139
4. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство». - 2005. – 784 с.: ил. - Часть 1. - Глава 1.3. - Депрессии в общемедицинской сети и у кардиологических больных. - С 141-221.
5. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Ильина Н.А. Расстройств личности: актуальные аспекты систематики, динамики и терапии.- Психиатрия. - 2003. - №5. – С. 7-16.
6. Погосова А. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти. Кардиология 2003;.2(4):86-90.
7. Evans DL, Straub J, Ward H, Leserman J, Perkins DO et al. Depression and Anxiety. Arch. Inter Med 1996, Vol. 97, N4, p. 199-208.
8. Lyness J.M., Caine E.D., Conwell Y., King D.A., Cox C. et al. Depressive symptoms, medical illness and functional status in depressed psychiatric inpatients. Am J. Psychiatry Vol. 150. – P. 910-915.
9. Bangalore S., Messerli F. H., Potter B. J., et al. Effect of Ramipril on the Incidence of Diabetes. N Engl J Med 2007;356:522-524
10. Levine CB, Fahrback KR, Frame D, et al. Effect of amlodipine on systolic blood pressure. Clin Therapeutics 2003;25:35-57
11. Epstein M. Calcium antagonists in the management of hypertension. In: Epstein M., editor. Calcium antagonists in clinical medicine. 3 rd edition. Philadelphia: Hanley and Belfus; 2002; 293–313.
12. Blood Pressure-Lowering Results of the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial (ASCOT) - Implications for Clinical Practice: An Expert Interview With Franz H. Messerli. Medscape Cardiology 2005; 9(2). Available at: <http://www.pharmateca.ru/magazines/source/2005/20/www.medscape.com>

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ю.В.Бочкарева

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

В последние годы активно обсуждаются отличия в протекании различных заболеваний у мужчин и женщин, что стало основой для формирования гендерных (зависимых от пола) подходов к лечению. Особое развитие приобрела гендерная кардиология, поскольку отличия в факторах риска, клинических проявлениях, диагностических и лечебных подходах к лечению мужчин и женщин более всего выражены именно при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Об актуальности изучения гендерных аспектов кардиологии свидетельствует начатая в 2004 г. Американским обществом кардиологов программа «Акцент - на женщин» (Red in Women), а в 2005 г. - особая программа Европейского кардиологического общества «Женщины в сердце» (Women at Heart). Эти инициативы акцентируют внимание медицинских работников на росте уровня сердечно-сосудистых патологий у женщин и способствуют разработке индивидуализированных (отдельно для мужчин и женщин) подходов к выявлению и лечению этих заболеваний.

Цель нашего исследования состояла в изучении психологического статуса у мужчин и женщин, страдающих гипертонической болезнью 2-3 стадии.

Материалы и методы: Обследована группа пациентов из 475 человек, которую составили 189 мужчины (39,8%) и 286 женщины (60,2%). Средний возраст обследуемых – 50,6±7,1 лет. Средние цифры систолического АД у мужчин и женщин составили 167,6±9,6 и 169,8±10,3 мм рт. ст. ($p<0,05$), а диастолического АД - 97,4±5,5 и 99,3±8,64 мм рт. ст. соответственно. Согласно критериям исключения не допускалось наличие у больных злокачественной АГ, ИМ давностью менее 3 месяцев, ОНМК или транзиторной ишемической атаки давностью менее 3 месяцев, нарушений ритма и проведения, требующих дополнительной антиаритмической терапии, бронхообструктивных заболеваний (бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких), гипотиреоза или гипертиреоза, выраженного нарушения функции почек и печени, анемии.

Регистрацию АД проводили по методу Короткова по средней величине 3 последовательных измерений. Комплекс исследования психологического статуса пациентов включал опросник депрессии Цунга, MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), госпитальную шкалу тревоги и депрессии Гамильтона, опросник Спилберга-Ханина для оценки личностной и ситуационной тревожности, консультацию медицинского психолога и психотерапевта.

Для статистической обработки результатов использовали статистический пакет программ "Statistica 6.0", SPSS 9.0. При анализе результатов исследования рассчитывались следующие величины, характеризующие полученные результаты: стандартизованная асимметрия (Stand. skewness) и стандартизованный

эксцесс (Stand. kurtosis), среднее значение, стандартное отклонение, t-критерий Стьюдента, критерий χ^2 . Применялся критерий значимости (p), равный 0,05.

Результаты: У, страдающих АГ мужчин, по данным усредненного профиля личности ММРІ, отражающего в целом общую структуру смешанного, противоречивого типа реагирования, свойственного данным больным и сочетание в их характере разнонаправленных тенденций, создающих психосоматическую predisposition, отмечается явное преобладание гипостенических свойств (шкалы Hs $78,5 \pm 13,41$ и D $77,1 \pm 11,9$)(рис.1).

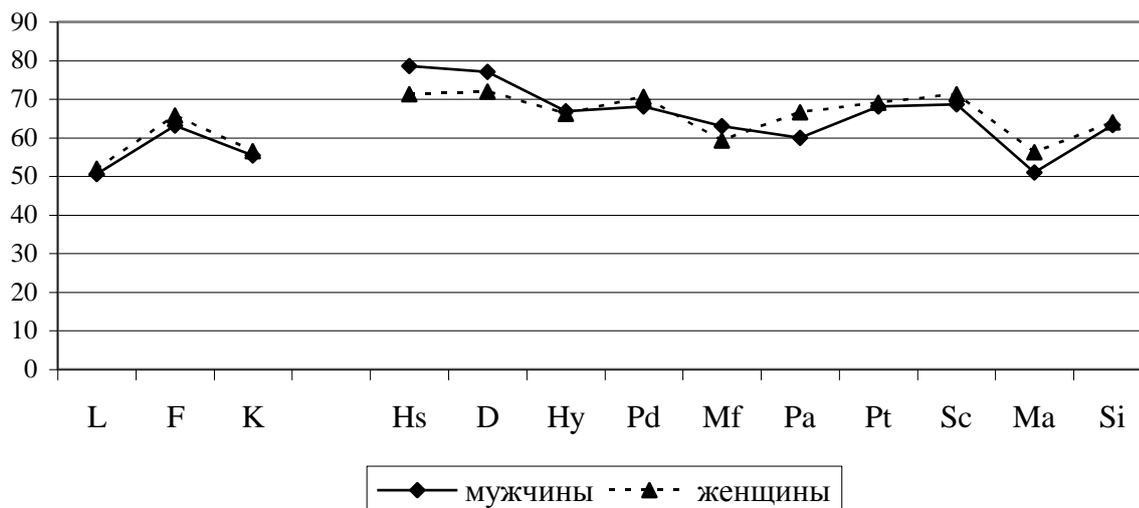


Рис. 1. Показатели психологического статуса в зависимости от пола.

Характеристики, свойственные лицам с подъемом выше 70T по Hs и D шкалам, усугубляются высокими показателями Pt ($68,1 \pm 8,98T$) и Sc ($68,6 \pm 12,95T$) шкал и низкими оценками шкалы Ma ($51 \pm 9,8T$) (рис.1). Такой профиль добавляет к психологическому портрету личности мужчин черты значительно выраженной тревожности, и признаки эмоционального стресса. Низкие показатели шкалы Ma, при одновременно повышенной D указывают на выраженную пассивность, астению, апатию с достаточно глубокой депрессивной окраской настроения и переживаний. Нерезко выраженный подъем в профиле личности мужчин по Pd шкале ($68,1 \pm 9,46T$) указывает на недостаточность ресурсов личности в плане противодействия внешним обстоятельствам, что приводит к нарастанию тревоги, которая трансформируется на организменном (биологическом) уровне в психосоматические нарушения, т.е. имеет место биологический способ защиты по типу «ухода в болезнь».

Анализ женского профиля личности указывает на несколько иной, по сравнению с мужчинами, тип реагирования и более широкий диапазон используемых женщинами механизмов психологической защиты, хотя общая структура профиля личности также содержит разнонаправленные тенденции и указывает на противоречивость структуры личности, что в целом является predisposition для психосоматического варианта дезадаптации. Женщинам с подобным типом профиля личности, свойственны все особенности смешанного типа

реагирования, но с менее выраженным регистром проявления тех или иных качеств личности. К этому добавляется более высокая поведенческая активность женщин, данного типа, для них не исключается возможность в ответ на фрустрацию отреагирования вовне на поведенческом уровне. Но все же в силу определенного напряжения контролирующих систем, осознанного самоконтроля (высокая шкала D) происходит сдерживание спонтанности поступков и сшибка мотивов, что проявляется соматизацией внутреннего конфликта, мишенью которого оказывается наиболее слабое звено организма человека.

В усредненном женском профиле личности практически на одном уровне (несколько превышена граница в 70 T) находятся показатели Hs ($71,2 \pm 10,1T$), D ($72 \pm 12,83T$), Pd ($70,6 \pm 10,91T$) и Sc ($71,3 \pm 10,59T$) шкал (рис.1), что позволяет выделить в структуре личности обследованных женщин черты стенического регистра. Выявляется подъем по шкале Pa ($66,6 \pm 9,51T$), что указывает на задействованность у женщин такого механизма психологической защиты, как рационализация психологического конфликта. Это вызывает эмоциональное напряжение и тревогу, со склонностью к внешнеобвиняющим реакциям, которые снимают с личности ответственность за сложившуюся ситуацию.

Выводы: Таким образом, для женщин характерен более высокий уровень активности, со стремлением задействовать широкий спектр механизмов психологической защиты и борьбы с высоким уровнем тревоги и эмоциональной напряженности. Кроме биологического способа защиты для женщин не исключается возможность отреагирования отрицательных эмоций на поведенческом уровне, а также, существует тенденция к рационализации психологического конфликта.

НАРУШЕНИЕ ГЕМОСТАЗА У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В ПРОЦЕССЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

В.Г.Васильков, Л.А.Филиппова, А.В.Аракчеев, С.В.Павенков

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России,
ГБУЗ «ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина», Пенза

Нарушения гемостаза существенно отягощают течение посттравматического периода, а тромботические и геморрагические осложнения зачастую являются непосредственной причиной неблагоприятного исхода сочетанной травмы.

Цель исследования. Оценить особенности нарушений гемостаза у пострадавших с сочетанной травмой в процессе интенсивной терапии.

Материалы и методы. Проведен анализ нарушений гемостаза у 138 пациентов с сочетанной травмой в процессе интенсивной терапии проводимой в отделении реанимации ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина. Среди пострадавших мужчин – 103 человека, женщин -35. Средний возраст пациентов – $36,5 \pm 1,2$ лет. Комплексное исследование гемостаза включало определение параметров тром-

боцитарного и коагуляционного гемостаза, антикоагулянтной и фибринолитической систем, маркеров внутрисосудистого свертывания крови. Этапы обследования 1, 2, 3, 5, 7 сутки интенсивной терапии. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от исхода травмы. 1-я группа – выжившие пациенты составила 110 человек, 2-я группа – умершие пациенты составила 28 человек.

Результаты исследования. Анализ параметров гемостаза показал, что средние значения АЧТВ у пациентов с сочетанной травмой были выше нормы почти на всех этапах исследования независимо от исхода травмы, однако в группе с благоприятным исходом к 5 – 7 суткам гипокоагуляция уменьшалась, в то время как у больных с неблагоприятным исходом гипокоагуляция прогрессировала.

Параллельно с гипокоагуляцией у пострадавших с сочетанной травмой имело место внутрисосудистое свертывание крови и накопление в плазме растворимых фибрин-мономерных комплексов. Об этом свидетельствовало многократное повышение уровня орто-фенантролинового теста относительно нормы. Причем в группе с неблагоприятным исходом к 7 суткам средние значения орто-фенантролинового теста были выше, что говорило о нарастании тромбинемии и прогрессировании ДВС. Кроме того, нарушения гемостаза у пациентов с травмой усугублялись за счет гипофибриногенемии ($p < 0,05$).

У всех пострадавших с сочетанной травмой выявлено замедление фибринолиза на 80 – 90%, что следует рассматривать как крайне неблагоприятную ситуацию для восстановления микроциркуляции, предупреждения и купирования полиорганной недостаточности.

Столь же выраженные нарушения отмечались со стороны тромбоцитарного гемостаза. У пациентов обеих групп на всех этапах исследования имела место тромбоцитопения, однако в группе с благоприятным исходом тромбоцитопения к 7 суткам регрессировала, в то время как при неблагоприятном исходе травмы количество тромбоцитов оставалось ниже нормы на 30% ($p < 0,05$).

Выводы.

1. У всех больных с сочетанной травмой развивается ДВС-синдром, который характеризуется гипокоагуляцией, тромбоцитопенией, гипофибриногенемией, угнетением фибринолиза и накоплением в плазме растворимых фибрин-мономерных комплексов.
2. Максимум внутрисосудистого свертывания и угнетения фибринолиза приходится на 3 и 7 сутки, что обусловлено истощением антикоагулянтного потенциала и возможно присоединением осложнений.
3. При неблагоприятном исходе травмы к 5 - 7 суткам отмечается прогрессирование ДВС-синдрома с нарастанием гипокоагуляции, тромбоцитопении и уровня растворимых фибрин-мономерных комплексов.
4. Параметры гемостаза могут использоваться как ранние прогностические критерии течения и исхода сочетанной травмы в комплексе с другими показателями.

ГЕНДЕРНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТАБАКОКУРЕНИЯ У ВРАЧЕЙ

Е.В.Волкова, А.И.Кислов

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Российская Федерация относится к странам с очень высокой распространенностью потребления табачных изделий. Одним из главных отягощающих обстоятельств проблемы табакокурения в России является высокое распространение его среди врачей, фактически не отличающееся от такового среди остального населения. Необходимо отметить высокую распространенность курения среди врачей в возрастной группе 25-64 лет: 51,3% у мужчин и 27,3% у женщин. В то же время в большинстве развитых стран уровень табакокурения среди врачей в несколько раз ниже, чем среди общего населения. Потребление табака является одним из регулируемых факторов риска для здоровья человека. Учитывая, что недостаточно изучены вопросы распространенности, клиники, гендерных особенностей табакокурения среди врачей, а также социальную значимость этой проблемы, нами проведено данное исследование.

Для изучения распространенности табакокурения среди врачей, выявлению гендерных, клинических особенностей табачной зависимости были исследованы 265 врачей (70 мужчин и 195 женщин), проходивших обучение в ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России в возрасте от 23 до 74 лет (средний возраст 39,24 года). Все врачи были включены в исследование методом сплошной выборки и разделены на две группы. В 1-ю группу входили женщины, средний возраст 36,96 года; во 2-ю группу мужчины, средний возраст 41,51 года. Табачная зависимость была диагностирована у 23 врачей (11,8%) (F 17.2) по МКБ-10 в 1-й группе и 27 врачей (38,6%) во 2-й группе, ($p < 0,01$).

Наследственная отягощенность табакокурением была выявлена в 1-й группе у 62 врачей (31,8%), алкоголизмом у 12 (6,2%). Суициды были у родственников в 2 случаях (1,02%). Во 2-й группе также отмечался наибольший удельный вес наследственной отягощенности по табакокурению - 16 врачей (22,9%). У 4 врачей (5,7%) наследственность отягощена по алкоголизму.

Первые пробы курения в 1-й группе были позже, чем во 2-й группе (18,64 года и 14,94 года). Средний возраст начала систематического курения у врачей 1-й группы составил 22,07 года, а у врачей 2-й группы 20,16 года. Коммуникативная мотивация курения встречалась у врачей 2-й группы (9 врачей- 12,9%) чаще, чем у врачей 1-й группы (4 врача-2,1%), ($p < 0,01$).

От 5 до 15 сигарет в день выкуривали 10 врачей (14,3%) 2-й группы и 10 врачей (5,13%) 1-й группы, ($p < 0,01$); от 16 до 30 сигарет 12 врачей (17,1%) 2-й группы и 2 врача (1,03%) 1-й группы, ($p < 0,01$). Толерантность к табаку (количество выкуриваемых сигарет в день), соответственно и табачная зависимость, была выше у мужчин врачей, чем у женщин врачей, ($p < 0,01$). Но только в 1-й группе у 4 врачей (2,1%) встречался «мерцающий вариант». Для обеих групп

характерен периодический тип течения табачной зависимости. Тягу к курению осознали врачи 1-й группы в среднем в 24,42 года, во 2-й группе в 23,68 года.

Во 2-й группе (у 14 врачей - 20%) преобладал идеаторный компонент влечения к табаку, в виде мыслей, воспоминаний, представлений о курении по сравнению с 1-й группой (14 врачей - 7,2%), ($p < 0,01$). Психический компонент патологического влечения к табаку (неусидчивость, раздражительность, слабость, тревога, беспокойство) преобладал также у врачей 2-й группы (7 врачей - 10%) по сравнению с 1-й группой (7 врачей - 3,6%), ($p < 0,05$). Сенсорный компонент, который проявлялся ощущением вкуса и запаха табачного дыма, и являющийся самым клинически тяжелым из всех других компонентов, преобладал во 2-й группе (6 врачей - 8,6%) по сравнению с 1-й группой (1 врач - 0,5%), ($p < 0,01$).

Первую утреннюю сигарету сразу выкуривали после пробуждения натошак 4 врача (2,1%) 1-й группы и 19 врачей (27,1%) 2-й группы, ($p < 0,01$). Это говорит о более выраженной зависимости к табаку у врачей 2-й группы.

В табачном абстинентном синдроме у врачей мужчин раздражительность (10 врачей-14,3%) и непреодолимое желание курить (10 врачей-14,3%), более выражены, чем у женщин врачей (5 врачей-2,7%) и (6 врачей - 3,1%), ($p < 0,01$); повышенный аппетит преобладал у женщин (6 врачей-3,1%), чем у мужчин (3 врача- 4,3 %), ($p < 0,01$).

В 1-й группе пробовали бросить курить 17 врачей женщин (8,7%), во 2-й группе - 22 врача мужчины (20%), ($p < 0,01$). У 5 врачей женщин (2,6%) и 8 врачей мужчин (11,4%) отказ от курения был связан с проблемами со здоровьем, ($p < 0,01$). Психологические проблемы (отрицательное отношение к курению в семье, на работе) повлияли на отказ от курения у 8 врачей (4,1%) 1-й группы и 7 врачей (10%) 2-й группы. При отказе от курения у 3 врачей (1,53%) 1-й группы были сновидения, где они курили, во 2-й группе у 5 врачей (7,14%), ($p < 0,01$). Отсутствие влечения к никотину в ремиссии испытывали 9 врачей (4,6%) 1-й группы и 10 врачей (14,3%) 2-й группы, ($p < 0,01$). После лечения от табака длительность ремиссии в среднем составила 45 дней у женщин врачей и 159 дней у мужчин врачей.

Таким образом, табачная зависимость распространена больше у мужчин врачей, чем у женщин врачей, ($p < 0,01$). Толерантность к табаку выше у мужчин врачей, чем у женщин врачей, ($p < 0,01$). В патологическом влечении к табаку преобладают идеаторный, психический и сенсорный компоненты у врачей мужчин по сравнению с врачами женщинами, ($p < 0,05$, $p < 0,01$). В табачном абстинентном синдроме раздражительность, непреодолимое желание курить преобладают у мужчин врачей, ($p < 0,01$), у женщин повышенный аппетит, ($p < 0,01$). Отсутствие влечения к табаку в ремиссии испытывают больше мужчины врачи, чем женщины врачи ($p < 0,01$).

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИКА ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ Г. ПЕНЗЫ

Е.В.Волкова, Ю.А.Уткин, С.В.Адмаева, А.К.Амплеев

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, ГБУЗ ПОНБ, Пенза

Российская Федерация относится к странам с очень высокой распространенностью потребления табачных изделий. По абсолютному числу курильщиков Россия занимает четвертое место в мире. Среди взрослого населения Российской Федерации 39,1% (43,9 миллиона) являются активными курильщиками табака. Необходимо отметить высокую распространенность курения среди врачей в возрастной группе 25-64 лет: 51,3% у мужчин и 27,3% у женщин, фактически не отличающуюся от остального населения. Сравнение показателей распространенности аддиктивного поведения среди врачей, имеющих различную специализацию, показало, что табакокурение чаще встречалось у психиатров и наркологов, чем у врачей терапевтического профиля (Н.В. Говорин, Е.А. Бодагова, 2013).

Работа врачей связана с обязательной пропагандой здорового образа жизни населению, и от настроенности и приверженности врачей к контролю собственных факторов риска зависит формирование мотивации врачей к коррекции факторов риска у своих пациентов (Firth-Cozens J., 2001; М.А. Винникова, 2013).

Цель: изучить особенности распространенности и клиники табакокурения среди врачей психиатров-наркологов г. Пензы.

Материалы и методы: для изучения распространенности табакокурения, выявлению клинических особенностей табачной зависимости были исследованы врачи психиатры-наркологи Пензенской областной наркологической больницы (21 врач), (средний возраст 40,67 года). Они составили основную 1-ю группу. В группу сравнения вошли 154 врача терапевтического факультета, проходившие обучение в ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России на циклах тематического усовершенствования и профессиональной переподготовки (средний возраст 40,92 года). Все врачи были включены в исследование методом сплошной выборки. Для обеспечения стандартизации исследования использовалась анкета анонимного характера, разработанная на кафедре психиатрии-наркологии, психотерапии и сексологии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России. Для статистического анализа полученных результатов были использованы компьютерные программы Microsoft Excel (Версия 7.1), Statistica 6.0.

Результаты исследования: в 1-й группе табачная зависимость была диагностирована у 5 врачей (23,81%) (F 17.2) по МКБ-10, во 2-й группе у 18 врачей (11,69%). Наибольшая наследственная отягощенность была выявлена по табакокурению: 15 врачей* (71,43%) 1-ой группы и 52 врача (33,77%) 2-ой группы, ($p < 0,01$). Наследственная отягощенность по алкоголизму была у 2 врачей (9,52%) 1-й группы 12 врачей (7,79%) 2-ой группы, по неврозам в каждой группе по одному врачу (4,76% и 0,65%), по психопатиям у 1 врача (4,76%) 1-ой

группы и 2 врачей (1,29%) 2-ой группы, по суицидам только во 2-й группе (2 врача-1,29%). Социально-психологические характеристики (стаж работы, отношения на работе, семейное положение, отношение в браке, увлечения) врачей наркологов-психиатров и врачей терапевтического факультета статистически значимых различий не имеют, кроме преобладания ровного настроения у врачей наркологов-психиатров (19* врачей – 90,48% 1-ой группы и 93 врача – 60,39% 2-ой группы, $p < 0,01$). Мотивацией курения врачей 1-й группы чаще всего являлись другие мотивы, которые не были расшифрованы при заполнении анкеты, (3 врача – 14,29%); стресс (2 врача – 9,52%). Во 2-й группе преобладали коммуникативные мотивации (7 врачей - 4,55%), другие мотивы (6 врачей – 3,89 %); сниженное настроение (5 врачей - 3,25%), стресс (5 врачей – 3,25%).

Систематически стали курить психиатры-наркологи с 18 лет, врачи терапевтического профиля с 20, 88 года. Во 1-й группе зависимость от табака выше, так 4 врача* (19,05%) выкуривали от 15 до 30 сигарет ежедневно по сравнению со 2-й группой (4 врача - 2,59%), ($p < 0,01$). Тягу к курению позже осознали врачи 1-й группы в среднем в 26,25 года, во 2-й группе в 23,63 года. Психический компонент патологического влечения к табаку (неусидчивость, раздражительность, слабость, тревога, беспокойство) преобладал у врачей 1-й группы (4 врача* - 19,05%) по сравнению со 2-й группой (6 врачей - 3,89%), ($p < 0,01$). Идеаторный компонент влечения к табаку, в виде мыслей, воспоминаний, представлений о курении был выявлен в 1-й группе (1 врач- 4,76%) и 2-й группе (9 врачей - 5,84%). Первую утреннюю сигарету сразу выкуривали после пробуждения натошак 4* врача (19,05%) 1-й группы и 4 врача (2,59%) 2-й группы, ($p < 0,01$). Это говорит о более выраженной зависимости к табаку у врачей 1-й группы. В табачном абстинентном синдроме преобладали аффективные нарушения (раздражительность, тревога) у 4* врачей (19,05%) 1-й группы и 7 врачей (4,55%) 2-й группы, ($p < 0,01$).

Преобладающим при формировании спонтанных и терапевтических ремиссий у врачей с табачной зависимостью было колебание настроения в течение суток у 3 врачей (14,29 %) 1-й группы и 6 врачей (3,89%) 2-й группы. Основной причиной отказа от табака в 1-ой группе стали психологические проблемы в виде отрицательного отношения к курению в семье, на работе - (4* врача-19,05%), во 2-ой группе - (6 врачей-3,89%), ($p < 0,01$). Проблемы со здоровьем послужили причиной отказа от табака у 9 врачей (5,84%) 2-ой группы и 1 врача (4,76%) 1-ой группы.

Выводы: Социально-психологические характеристики врачей психиатров - наркологов и врачей терапевтического факультета не имеют статистически достоверных различий, кроме преобладания ровного фона настроения у врачей психиатров - наркологов ($p < 0,01$). Наследственная отягощенность по табакокурению, степень выраженности зависимости к табаку, толерантность больше у врачей психиатров - наркологов ($p < 0,01$). В патологическом влечении к табаку, табачном абстинентном синдроме преобладает аффективный компонент, ($p < 0,01$).

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ

Д.М.Галахов, Н.К.Починина, А.В.Федин, В.Г.Недоваров

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России,
ГБУЗ ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина, Пенза

Ранее считалось, что проблема аденоидных вегетаций характерна исключительно для пациентов детского возраста. Однако внедрение в медицинскую практику таких методов обследования как эндоскопическая диагностика, компьютерная и магнитно-резонансная томографии позволило обнаружить, что проблема гипертрофии носоглоточной миндалины актуальна и для взрослых. По данным разных авторов в структуре причин затруднения носового дыхания у взрослых пациентов аденоиды составляют от 10,5 до 21% (Manas Ranjan Rout, Diganta Mohanty, Y. Vijaylaxmi, Kamlesh Bobba, Chakradhar Meta, 2013 год). Кроме того аденоиды способствуют развитию хронического воспалительного процесса в полости носа и околоносовых пазухах, нарушению дренажной функции слуховой трубы, являются одной из причин постназального синдрома. Общими причинами гипертрофии аденоидов у взрослых являются хроническая инфекция верхних дыхательных путей и аллергия. Курение и воздушные загрязнители также являются важными предрасполагающими факторами к развитию данной патологии. В редких случаях аденоидные вегетации ассоциированы с такими заболеваниями, как злокачественные новообразования полости носа и околоносовых пазух, неходжкинские лимфомы и ВИЧ – инфекция.

Специалистами часто недооценивается гипертрофия аденоидов как возможная причина затруднения носового дыхания. Проблема диагностики аденоидов заключается ещё и в том, что их редко удается обнаружить при помощи стандартных методов обследования. Задняя риноскопия в большинстве случаев не выполнима ввиду анатомических особенностей (гипертрофия мягкого неба и т.д), выраженного рвотного рефлекса обследуемого. Эндоскопическая диагностика на данный момент не является рутинным методом обследования в амбулаторных условиях. Именно поэтому аденоиды часто остаются не диагностированными, а пациенту проводится лечение, в том числе и хирургическое, по поводу других заболеваний, которое, как правило, является безрезультатным. Указанные выше факторы, а также отсутствие исчерпывающей информации в отечественной литературе по этой теме определили интерес авторов к данной проблеме.

В качестве примера предоставляется клинический случай. Больная С., 56 лет госпитализирована в ЛОР – отделение 20 ноября 2008 года с жалобами на затруднение носового дыхания, периодические слизистые выделения из носа. Из анамнеза выяснено, что больная около 30 лет лечилась амбулаторно у оториноларинголога с Ds: Вазомоторный ринит. Проводилась консервативная терапия, антигистаминные препараты, топические глюкокортикостероиды со слабopоложительной динамикой. Больная бала направлена на госпитализацию с

целью проведения радиоволновой вазотомии нижних носовых раковин. При обследовании выявлено затруднение носового дыхания с двух сторон при умеренной деформации носовой перегородки влево по типу гребня, бледность слизистой оболочки полости носа, слизистое отделяемое в носовых ходах. Больной проведена эндоскопическая диагностическая риноскопия, выявлено мягкотканое образование носоглотки полностью obtурирующее хоаны. Образование безболезненное, розового цвета, поверхность не изъязвлена, бугристая, мягкой консистенции, слизистая оболочка вокруг не изменена. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Выполнена биопсия образования, материал направлен на гистологическое исследование. Заключение гистологического исследования – лимфоидная ткань. Выставлен клинический диагноз: Аденоиды 3 степени. Больной проведена операция – эндоскопическая шейверная аденотомия. Послеоперационный период протекал удовлетворительно, осложнений не было. Носовое дыхание восстановилось полностью на 2-е сутки после операции. Больная выписалась в удовлетворительном состоянии с улучшением 2 декабря 2008 года, рекомендовано применение ингаляционных глюкокортикостероидов сроком на 3 месяца. Через 3 месяца при контрольном осмотре жалоб со стороны ЛОР- органов не предъявляет. Носовое дыхание удовлетворительное, при эндоскопическом осмотре лимфоидной ткани в носоглотке не обнаружено.

Заключение: Аденоидные вегетации у взрослых на данный момент требуют пристального внимания специалистов. Аденоиды должны непременно присутствовать в списке дифференциальных диагнозов при обследовании пациентов с нарушением носового дыхания. Для диагностики данной патологии на амбулаторном этапе наиболее подходящим вариантом является эндоскопия полости носа. При лечении пациентов с данным заболеванием необходимо учитывать возможность наличия болезней ассоциированных с аденоидами (лимфома, ВИЧ- инфекция, злокачественных новообразований и т.д). Аденотомия является единственным радикальным способом лечения гипертрофии носоглоточной миндалины во взрослом возрасте. Преимущество отдается эндоскопической аденотомии с обязательным гистологическим исследованием операционного материала.

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

М.Н.Гербель, И.В.Бакулина, П.А.Андрянова

Медицинский институт ПГУ, ГБУЗ ПОДК им. Н.Ф.Филатова, Пенза

Актуальность

В структуре детской кардиологической заболеваемости и причин летальности нарушения ритма сердца (НРС) занимают ведущее место (60-70%). Достоверные сведения о распространенности НРС у детей отсутствуют, их статистический анализ затруднен. Это связано с тем, что аритмии в детском возрасте

часто выявляются случайно. Ведь, в отличие от взрослых, дети даже при серьезных нарушениях сердечного ритма не жалуются на перебои в сердце, потому что не чувствуют их. Нужно отметить, что целый ряд нарушений ритма и проводимости диагностируется только по данным электрокардиографии (ЭКГ), которая, производится в детском возрасте достаточно редко и нерегулярно.

Ведущими этиопатогенетическими факторами развития нарушений ритма у детей раннего возраста являются наличие аритмогенного субстрата, гипоксия, морфофункциональная незрелость ткани миокарда. Некоторые виды аритмий развиваются в антенатальном периоде, чаще всего они регистрируются в третьем триместре беременности при стандартном амбулаторном обследовании. Аритмии встречаются примерно у 12% плодов, частота встречаемости внутриутробной тахикардии составляет 0,4-0,6%.

Значимость проблемы своевременной диагностики и лечения аритмий уже в раннем возрасте обусловлена их распространенностью, склонностью к хроническому течению, потенциальным риском внезапной смерти.

Таким образом, неопределенность критериев риска осложнений и внезапной сердечной смерти и отсутствие данных о естественном течении патологического процесса, факторах, способствующих формированию и манифестации аритмий у детей раннего возраста, указывают на важность дальнейших исследований в этой области.

Целью работы явилось изучение частоты, структуры и причин нарушений ритма сердца у детей различного возраста. Анализ нарушений ритма был проведен у 345 пациентов раннего возраста с периода новорожденности до 2-х лет по материалам историй болезни 3, 35 и 9 отделений ГБУЗ ПОДКБ им. Н.Ф.Филатова за период 2009 – 2011гг. Всем детям проводилось холтеровское мониторирование для определения количества экстрасистол. По нашим наблюдениям суточное количество экстрасистол в сутки составляло от 2000 до 5000, что не является критическим и гемодинамически значимым. У обследуемых детей отмечались гипоксия, внутрижелудочковые кровоизлияния, натальная травма ЦНС, персистирующая легочная гипертензия и другие состояния, которые ведут к гипоксии.

Нарушение ритма было выявлено у 21 ребенка (6,1%). Из них: предсердная экстрасистолия - 7 человек (2%), желудочковая экстрасистолия – 5 человек (1,4%), мерцательная аритмия - 1 человек (0,3%), синдром WPW – 2 человека (0,6%), хроническая непароксизмальная тахикардия - 3 человека (0,9%), пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия – 3 человека (0,9%). По тяжести состояния данные дети находились в отделениях реанимации, где проводился суточный мониторинг ЭКГ, ЧСС и АД.

По результатам анализа нами было выявлено, что предсердная и желудочковая экстрасистолия является часто встречаемой патологией детей раннего возраста. Изменения со стороны сердца в данных ситуациях являются вторичными.

Мерцательная аритмия (МА) наблюдалась у 1 новорожденного. Возникла в первые сутки после рождения. В родах наблюдалась асфиксия и накладыва-

лись акушерские щипцы. В данной ситуации МА носила идиопатический характер. По данным других авторов МА в периоде новорожденности встречается довольно часто и при нормосистолической форме носит доброкачественный характер. У детей старшего возраста МА является грозным осложнением и требует оказания экстренной помощи для предотвращения тромбоэмболических осложнений.

Синдром WPW наблюдался у 2 детей. У одного из них он манифестировал наджелудочковой пароксизмальной тахикардией. У второго пациента был обнаружен случайно, клинически никак не проявился.

Наиболее серьезную и прогностически неблагоприятную группу составили дети с хроническими тахикардиями (ХТ). Под нашим наблюдением находились 6 детей (1,7%) с данной патологией. Из них: 4 девочки и 2 мальчика. У троих детей ХТ возникла на фоне ВПС - ДМПП, аномалии Эбштейна. Внезапно возникшее нарушения ритма в данных ситуациях отягощает течение ВПС и требует оказания высокотехнологичной помощи.

У других 3-х детей отмечалась суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия с узкими комплексами QRS. Нужно отметить, что данный вид нарушения ритма трудно дифференцировать с желудочковой пароксизмальной тахикардией. У детей раннего возраста при пароксизмальной тахикардии быстро возникает сердечно - сосудистая недостаточность, которая проявляется мраморностью кожного покрова, увеличением печени, одышкой, отеками.

Заключение:

1. Характер и причины аритмий в детском возрасте существенно варьируют в различные возрастные периоды. У новорождённых и детей раннего возраста нарушения ритма могут протекать как бессимптомно, так и тяжело, с осложнениями.

2. Основной метод выявления и оценки аритмий у детей раннего возраста - ЭКГ.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦЕДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ ГОРОДА КАЗАНИ АЦИКЛОВИРОМ И ЕЁ ОЦЕНКА

А.П.Горшенина, О.Ю.Кузнецова

ГБСМП №2, ФГБОУ ВПО КНИТУ, Казань

Рост рецидивирующего герпетического стоматита (РГС) среди работников промышленных предприятий (Горшенина А.П., Кузнецова О.Ю., 2013) заставляет задуматься о проведении его профилактики.

С этой целью мы использовали ацикловир (Aciclovirum). Аналог пуринового нуклеозида дезоксигуанидина – компонента ДНК. Сходство ацикловира и дезоксигуанидина позволяет ацикловиру взаимодействовать с вирусными ферментами, что приводит к прерыванию размножения вирусов. После внедрения в

пораженную герпесом клетку ацикловир под влиянием выделяемой вирусом тимидинкиназы превращается в ацикловир-монофосфат, который ферментами клетки хозяина превращается в ацикловир-дифосфат, а затем активную форму ацикловир-трифосфат.

При герпесе ацикловир предупреждает появление новых элементов сыпи, уменьшает вероятность кожной диссеминации и висцеральных осложнений, ускоряет образование корок, ослабляет болевые ощущения. Препарат оказывает также иммуностимулирующее действие.

Целью нашей работы было дать оценку воздействия ацикловира на местный иммунитет полости рта, а также на гуморальный и клеточный иммунитет, что при положительных результатах даст возможность рекомендовать данный препарат для применения его в системе практического здравоохранения.

Ацикловир с целью профилактики РГС часто болеющих работников промышленных предприятий назначали по 1 таблетке (0,2г) 4 раза в день. Продолжительность курса 4 дня. Такие курсы проводили 2 раза в год в начале осени и в начале весны.

Нами было обследовано 145 работников промышленных предприятий города Казани часто болеющих РГС в возрасте от 19 до 55 лет. Срок наблюдения составил от 3 до 6 лет.

До и после профилактики РГС у всех работников промышленных предприятий изучали показатели местного иммунитета полости рта. Определяли уровень лизоцима слюны фотонейтриметрическим методом по В.Г.Дорофейчуку и секреторный иммуноглобулин А (SigA) в слюне методом радиальной иммунодиффузии по G.Mancini. Определяли показатели клеточного иммунитета (постановка реакции бласттрансформации лимфоцитов с фитогемагглютинином, определяли Т-лимфоциты), гуморального иммунитета (определение иммуноглобулинов класса G, A, M в сыворотке крови, а также В-лимфоцитов).

Результаты исследования. До проведения профилактики ацикловиром РГС работникам промышленных предприятий наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) снижение показателей лизоцима и Sig A слюны, также достоверное ($p < 0,05$) снижение показателей реакции бласттрансформации, число Т-лимфоцитов и показатели IgG, IgA и IgM оставались в норме.

После проведения профилактики наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) повышение показателей лизоцима и Sig A слюны, а также достоверное повышение показателей реакции бласттрансформации лимфоцитов, числа Т-лимфоцитов, а также концентрации IgG.

Проведенная профилактика ацикловиром часто болеющим РГС работникам промышленных предприятий города Казани повысила их иммунитет, что привело к уменьшению частоты и продолжительности РГС, течение заболевания стало легче, сократились сроки реабилитации, что позволило рекомендовать ацикловир в практику широкого применения в системе здравоохранения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОЗИНОПРИЛА СО СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

О.А.Гречишкина, Л.В.Мельникова, Л.Ф.Бартош

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Цель. Изучить взаимосвязь структурно-функциональных изменений общих сонных артерий и параметров внутрисосудистой гемодинамики у больных артериальной гипертензией (АГ) на фоне приема фозиноприла в зависимости от достижения целевых цифр артериального давления.

Материал и методы. В исследование включено 116 больных эссенциальной АГ 1-2 степени. Всем пациентам проводилось ультразвуковое исследование ОСА, эхокардиография с помощью ультразвуковой системы Vivid 7 Dimension (GE, США) до включения в исследование и через 24 недели на фоне антигипертензивной терапии фозиноприлом (фозикард, Актавис, Исландия). Измерялись диаметр ОСА в систолу и диастолу, толщина комплекса интима-медиа (ТИМ), определялись пиковые скорости кровотока в систолу и диастолу (V_{ps} , V_d); усреднённая по времени максимальная и средняя скорости кровотока (ТАМХ, ТАМН), индекс периферического сопротивления и индекс резистентности (PI, RI). Для оценки эластичности ОСА рассчитывались коэффициент растяжимости (DC) и индекс жесткости (β) по формулам: $DC = 2 \times \Delta D / \Delta P / D$ [$10^{-3} / \text{кПа}$], где D – диастолический диаметр артерии, ΔD - изменение диаметра артерии в течение сердечного цикла, ΔP - пульсовое артериальное давление; $\beta = \log(\text{САД}/\text{ДАД}) / (\Delta D / D)$, где D – диастолический диаметр артерии, ΔD - изменение диаметра артерии в течение сердечного цикла, САД - систолическое артериальное давление, ДАД - диастолическое артериальное давление. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводилось аппаратом ВРLab МнСДП-2 (Петр Телегин, Нижний Новгород) по общепринятой методике. Эффективность антигипертензивной терапии оценивалась при помощи «офисного» измерения АД и СМАД: критерием эффективности лечения считалось достижение целевых показателей АД: «офисного» АД (<140/90 мм. рт. ст.); среднесуточного АД (<125/80 мм. рт. ст.), среднедневного АД (<135/85 мм. рт. ст.), средненочного АД (<120/70 мм. рт. ст.) по данным СМАД.

Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании.

Выделены две группы пациентов: первую группу составили 74 человека (средняя доза препарата $17,1 \pm 6,9$ мг/сут) с достижением целевых показателей АД, вторую - 42 человека (средняя доза $25,2 \pm 6,4$ мг/сут), у которых не были достигнуты целевые цифры АД. По исходным клинико-демографическим характеристикам группы между собой не различались.

Результаты исследования. При анализе структурно-функциональных особенностей общих сонных артерий (табл. 1) не отмечалось существенного

изменения ТИМ в первой группе, а во второй данный показатель увеличился с $0,068 \pm 0,015$ до $0,074 \pm 0,008$ мм ($p=0,0248$).

Таблица 1

Изменения внутрисосудистой гемодинамики и структурно-функциональных особенностей общих сонных артерий за 24 недели при лечении фозиноприлом ($M \pm SD$)

Параметр	Группа с достигнутыми целевыми показателями АД (n=74)			Группа с недостигнутыми целевыми показателями АД (n=42)		
	До лечения	После лечения	p	До лечения	После лечения	p
ТИМ, см	$0,073 \pm 0,028$	$0,067 \pm 0,013$	0,0967	$0,068 \pm 0,015$	$0,074 \pm 0,008$	0,0248
Диаметр ОСА	$0,61 \pm 0,05$	$0,61 \pm 0,04$	1,0000	$0,62 \pm 0,06$	$0,61 \pm 0,08$	0,5187
ДС, кПа/ 10^3	$33,5 \pm 11,7$	$48,4 \pm 29,0$	0,0001	$40,7 \pm 18,4^*$	$29,6 \pm 8,7$	0,0007
β , усл. ед	$5,4 \pm 2,1$	$5,3 \pm 1,2$	0,7226	$4,6 \pm 1,1^*$	$6,1 \pm 1,4$	0,0001
Vps, см/с	$94,2 \pm 32,3$	$109,2 \pm 27,6$	0,0028	$107,2 \pm 21,8^*$	$87,2 \pm 12,8$	0,0001
Vd, см/с	$27,3 \pm 8,2$	$28,1 \pm 4,0$	0,4519	$28,4 \pm 7,7$	$23,9 \pm 4,1$	0,0013
TAMX, см/с	$47,6 \pm 17,2$	$48,8 \pm 7,8$	0,5855	$50,3 \pm 10,7$	$42,7 \pm 7,5$	0,0003
TAMN, см/с	$28,3 \pm 9,1$	$29,5 \pm 4,6$	0,3130	$30,4 \pm 6,4$	$26,0 \pm 6,1$	0,0018
RI	$0,71 \pm 0,03$	$0,73 \pm 0,06$	0,0113	$0,73 \pm 0,06^*$	$0,72 \pm 0,04$	0,3714
PI	$1,4 \pm 0,1$	$1,7 \pm 0,6$	0,0001	$1,6 \pm 0,4^*$	$1,6 \pm 0,5$	1,0000

Примечание: * - $p < 0,05$ при сравнении с показателями первой группы до лечения;

В группе эффективного лечения коэффициент растяжимости ОСА возрос с $33,5 \pm 11,7$ до $48,4 \pm 29,0$ кПа/ 10^3 ($p < 0,0001$), увеличилась пиковая систолическая скорость кровотока с $94,2 \pm 32,3$ до $109,2 \pm 27,6$ см/с ($p=0,0028$), индекс резистентности и пульсаторный индекс повысились с $0,71 \pm 0,03$ до $0,73 \pm 0,06$ ($p=0,0113$) и с $1,4 \pm 0,1$ до $1,7 \pm 0,6$ ($p=0,0001$) соответственно.

Во второй группе коэффициент растяжимости достоверно уменьшился с $40,7 \pm 18,4$ до $29,6 \pm 8,7$ кПа/ 10^3 ($p=0,0007$), индекс жёсткости увеличился с $4,6 \pm 1,1$ до $6,1 \pm 1,4$ усл. ед. ($p < 0,0001$), уменьшились скоростные характеристики кровотока: пиковая систолическая скорость с $107,2 \pm 21,8$ до $87,2 \pm 12,8$ см/с ($p < 0,0001$), конечная диастолическая с $28,4 \pm 7,7$ до $23,9 \pm 4,1$ см/с ($p=0,0013$), TAMX с $50,3 \pm 10,7$ до $42,7 \pm 7,5$ см/с ($p=0,0003$), TAMN с $30,4 \pm 6,4$ до $26,0 \pm 6,1$ см/с ($p=0,0018$).

В первой группе через 24 недели лечения фозиноприлом наблюдалось снижение жесткости сосудистой стенки и увеличение скоростных характеристик кровотока в ОСА. Во второй группе сохраняющийся повышенный уровень АД способствовал ухудшению структурно-гемодинамических особенностей крупных сосудов: за 24 недели произошло снижение эластических свойств сосудистой стенки и достоверно увеличилась толщина комплекса интима-медиа по сравнению с исходными величинами, хотя и оставалась в пределах нормативных значений (менее 0,9 мм согласно Национальным рекомендациям по лечению артериальной гипертензии, 2010).

Заключение. Эффективность фозиноприла зависит от структурно-функциональных особенностей артерий эластического типа.

ДИАГНОСТИКА ФЛОТИРУЮЩИХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТЭЛА

В.И.Давыдкин, В.В.Щапов, В.В.Махров, Т.В.Саврасова, М.Ф.Ерзин

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

Введение. Острые венозные тромбозы нижних конечностей – одна из важнейших проблем клинической флебологии вследствие высокой распространенности, недостаточности консервативной терапии, высокой частоты тромбоэмболий легочной артерии. В связи с этим очень важна точная диагностика эмбологенных состояний с использованием доступных и неинвазивных способов (прежде всего на основе неинвазивной ЦДС нижних конечностей) и своевременная хирургическая профилактика фатальных тромбоэмболий.

Цель исследования: улучшение диагностики и результатов лечения больных с острыми венозными тромбозами нижних конечностей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 334 пациента с острыми венозными тромбозами нижних конечностей в возрасте от 20 до 81 лет, из которых 52,4 % составили женщины, 47,6 % – мужчины; 57,0 % – трудоспособного возраста, 19,5 % – молодого возраста, 42,6 % – лица старше 60 лет. Первичная и динамическая эхоскопия проводилась на ультразвуковых аппаратах SonoAce Pico (Корея), Vivid 7 (General Electric, США), Toshiba Xario SSA-660A (Toshiba, Япония), работающих в режиме реального времени с использованием датчиков 7 и 3,5 МГц. В ходе обследования устанавливался характер венозного тромба: пристеночные, окклюзионные и флотирующие тромбы.

Результаты исследования. Острые венозные тромбозы у мужчин чаще отмечены в возрасте до 45 лет, что связано со злоупотреблением внутривенным введением психоактивных веществ. В возрастной группе 60 лет и старше женский пол начинает преобладать над мужским за счет гинекологических заболеваний, ИБС, ожирения, травм, варикозной болезни и другие.

По данным ультразвуковой диагностики флотирующие тромбы обнаружены у 118 (35,3 %) обследованных пациентов. Наиболее часто флотирующие тромбы по данным ЦДС выявляются в системе глубоких вен (особенно в илеофemorальном сегменте – 42,0 %), менее часто в системе глубоких вен голени и большой подкожной вены бедра.

Разницы в частоте флотирующих тромбов в системе глубокой системе у мужчин и женщин не выявлено. В последние годы отмечается постепенный рост доли пациентов с асимптомными флотирующими тромбами в поверхностной системе. В связи с этим при всех случаях варикозной болезни, а также локальном варикотромбофлебите необходимо ЦДС для обнаружения субклинического флотирующего тромбоза как в системе поверхностных, так и глубоких вен.

При ЦДС нижних конечностей нефлотирующие тромбы были установлены у 216 (64,7 %) пациентов: окклюзионный тромбоз был обнаружен у 183

(54,8 %) больных, неокклюзионный пристеночный (асимптомный) тромбоз — у 33 (9,9 %). Пристеночные тромбы хотя и были фиксированы к стенкам вены на протяжении и характеризовались сохранением просвета между тромботическими массами и венозной стенкой, однако и они представляют угрозу для ТЭЛА вследствие возможной фрагментации на фоне лечения и миграции в малый круг кровообращения. При флотирующих же тромбах, спаянных с сосудистой стенкой лишь в дистальном отделе пораженной вены, создается реальная высокая опасность эмболии легочной артерии. Контрольное ЦДС проводили всем пациентам до момента фиксации флотирующего хвоста тромба к стенке вены и в последующем в сроки от 4 до 7 суток лечения и перед выпиской больного.

С целью хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии при флотирующих тромбах выполнялись 3 способа операциями: установка кава-фильтра, пликация сегмента вены и кроссэктомия и/или флебэктомия.

Перед имплантацией кава-фильтра или пликации вены в обязательном порядке проводилось ЦДС. В дальнейшем ЦДС выполнялось через 48 ч после операции или в другие сроки (при необходимости). Несмотря на проведение антикоагулянтной (гепарин, фраксипарин, варфарин, клексан), дезагрегантной терапии в 32,0 % случаев на установленных кава-фильтрах при ЦДС выявлены массивные тромбы, что является весьма убедительным доказательством эффективности профилактики фатальной ТЭЛА. Сегмент вены после пликации был проходим у 29 (82,9 %) из 35 больных, у 4 (11,4 %) выявлен восходящий тромбоз ниже места пликации, у 2 (5,7 %) кровотоков в области пликации вообще не удалось визуализировать. Установлено, что частота прогрессирования тромботического процесса и рецидивов тромбозов наиболее высока у пациентов, перенёсших имплантацию кава-фильтра, что можно объяснить нахождением в просвете НПВ инородного тела, изменяющего характер кровотока в сегменте. Частота рецидивов тромбозов у пациентов, перенёсших пликацию, либо лечившихся только консервативно, практически одинакова и при этом существенно ниже в сравнении с аналогичным показателем после эндоваскулярных вмешательств.

Выводы. К ведущим факторам риска тромбообразования у мужчин следует отнести травмы и комбинированные хирургические вмешательства, тяжелые кардиоваскулярные заболевания; у женщин – сердечно-сосудистые заболевания и заболевания женских половых органов. ЦДС является информативным способом диагностики наличия и уровня тромботического процесса в вене, флотации тромбов, оценки эффективности медикаментозной терапии. У 32,0 % больных выявлены массивные тромбы на кава-фильтре после ее эндоваскулярной имплантации, у 17,0 % больных после пликации вен обнаружены флотирующие тромбы ниже места операции, что подтверждает целесообразность и высокую эффективность экстренной хирургической профилактики эмболий легочной артерии.

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ И РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ СЫВОРОТОЧНОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА Е

Т.А.Дружинина, А.С.Ивачёв, Н.А.Ивачёва, Г.В.Щербаков

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Обследовано 15 пациентов с различными формами острого аппендицита. Повышенный уровень общего IgE обнаружен у больных острым аппендицитом в 33,3% случаев (n=5). Больные с нормальными значениями иммуноглобулина Е составили первую группу; соответственно, больные с повышенными значениями искомого иммуноглобулина – вторую группу.

Оценка иммунологических показателей, характеризующих основные звенья защиты организма от гнойной инфекции, позволила выявить у больных обеих групп ряд аналогичных статистически значимых различий по сравнению со здоровыми донорами. А именно, повышение показателей спонтанного НСТ - теста, общего количества лейкоцитов, абсолютного количества нейтрофилов, снижение абсолютного количества лимфоцитов, уровня иммуноглобулина М, титра антител к *E.coli*. При сравнительном анализе иммунологических показателей у больных 1 и 2 групп статистически значимые различия были обнаружены только в содержании общего количества лейкоцитов крови и абсолютного количества нейтрофилов, что свидетельствовало о более выраженном воспалительном процессе у больных с повышенным уровнем IgE.

Гуморальный иммунный ответ характеризовался аналогичными изменениями у больных обеих групп: статистически значимым снижением уровня иммуноглобулина М по сравнению с контролем, разнонаправленными изменениями уровня иммуноглобулина А.

При анализе коррелятивных связей иммунологических показателей у больных выявлены аналогичные взаимосвязи в обеих группах: спонтанного и индуцированного НСТ-теста, общего количества лейкоцитов и нейтрофилов крови. При оценке коррелятивных взаимосвязей показателей, характеризующих протективный иммунный ответ у больных с повышенным уровнем IgE, была установлена положительная корреляция титра антител к *E.coli* с уровнем IgM ($r=0,6$; $p=0,012$), ЦИК ($r=0,64$; $p=0,007$) и спонтанным НСТ-тестом ($r=0,59$; $p=0,016$). Установленная у этих больных положительная коррелятивная связь уровня ЦИК, IgM, спонтанного НСТ-теста с титром антител к кишечной палочке и отсутствие их корреляции с иммуноглобулином Е свидетельствует о том, что повышенный уровень общего IgE не взаимосвязан с основными показателями, характеризующими протективный иммунитет.

ОЦЕНКА УРОВНЯ Ig E У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Т.А.Дружинина, Н.С.Рябин, А.С.Ивачёв, М.М.Беренштейн, Н.А.Ивачева

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России,
ГБУЗ ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина, Пенза

Актуальность. Острый панкреатит (ОП) является одной из наиболее важных проблем в ургентной хирургии. Частота развития гнойно-некротических осложнений (ГНО) у больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП) колеблется в пределах 24-73%, при этом летальность достигает 23,5-70%. Известно, что у больных с острыми и хроническими гнойно-воспалительными заболеваниями в ряде случаев наблюдают повышение общего IgE, роль которого остается практически неизученной.

Цель работы состояла в сравнительной оценке уровня сывороточного IgE у больных ОП.

Материалы и методы. В исследование включены 109 больных с ОП. У 56 (51,4%) пациентов диагностирована деструктивная форма (1 группа), гнойные осложнения (ГО) - у 36 (64,3%) больных. Вторую группу составили 53 пациента с отечным панкреатитом. Уровень Ig E определяли методом ИФА наборами фирмы «АЛКОР-БИО». Статистическую обработку результатов проводили с использованием методов непараметрической статистики.

Результаты и обсуждение. Значения (Me (LQ-UQ)) уровня IgE в группе с ОДП составили 195 МЕ/мл (101,0-523,0), в группе с отечным панкреатитом - 70 МЕ/мл (27,0-204,0) При сравнении этого показателя между группами его уровень был статистически более высоким у больных с ПН ($p=0,0016$)

Известно, что особенностью гуморального иммунного ответа у ряда больных с острыми и хроническими гнойно-воспалительными заболеваниями и осложнениями является повышение общего IgE, роль которого в патогенезе данных заболеваний и протективном иммунитете остается недостаточно изученной. В зарубежной литературе упоминание о повышении IgE при остром панкреатите встречается в единичных публикациях. Известно, что иммуноглобулин E является наиболее реактогенным из всех иммуноглобулинов, рецепторы различных типов к нему находятся на тучных клетках, базофилах, моноцитах, нейтрофилах и т.д. При присоединении антигена к IgE, происходит активация указанных клеток с выделением БАВ и развитием реакций гиперергического воспаления. Таким образом, у больных с деструктивными формами острого панкреатита более выражены процессы гиперергического воспаления с участием IgE и тучных клеток с преформированными в них БАВ. Также нами было показано, что у больных с панкреонекрозом статистически чаще развивались ГНО. Так в 77,8% (у 28 из 36 больных с ГНО) случаев уровень IgE был выше 150 МЕ/мл (за верхнюю границу нормы принят 99% интервал значений в контрольной группе), а во второй группе - в 13,2% (у 7 из 53 пациентов с отечным панкреатитом). При проверке гипотезы наличия ассоциативных связей повышенного уровня иммуноглобулина E с частотой развития деструктивных

форм ОП и ГНО с использованием точного двустороннего критерия Фишера, были выявлены статистически значимые различия (соответственно $p=0,017$ и $0,0029$).

Высокую частоту ГНО у больных с повышенным уровнем IgE мы связываем с более частой встречаемостью у пациентов указанной группы деструктивных форм ОП с участием реакций реактинового типа. С другой стороны, большая частота развития ГНО во 2 группе может быть связана с преобладанием у больных Th2 типа иммунного ответа, что, как известно, является фактором риска развития гнойно-воспалительных осложнений.

Выводы. Определение уровня IgE у больных ОДП выше 150 МЕ/мл может с высокой долей вероятности свидетельствовать о развитии ГНО.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРЕДИНФУЗИИ МАФУСОЛОМ И РАСТВОРОМ РИНГЕРА ПРИ СПИНАЛЬНОЙ И ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Н.Г.Емелина, В.Н.Маринчев, В.Г.Васильков, А.Ф.Карпов

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России,
ГБУЗ «ГКБСМП им. Г.А.Захарьина», Пенза

Прединфузия является основным приёмом для профилактики артериальной гипотонии, которая развивается при эпидуральной и спинальной анестезии как результат симпатической блокады. Обычно используется для прединфузии кристаллоиды или коллоиды, но это не даёт полной уверенности в стабильности гемодинамики, особенно у пожилых пациентов. Другой путь защиты, это дополнительно использовать антигипоксанты. Мы выбрали препарат мафусол, который обладает гемодинамическим и антигипоксанта́нным эффектом.

Материал и методы. Обследовано 78 пациентов, средний возраст $68,3 \pm 1,7$ года, ASA 2-3, мужчин/женщин 38/40 которые были разделены на 2 группы: 1-я оперирована под эпидуральной анестезией (30 пациентов), 2-я (48 пациентов) под спинальной анестезией.

В 1-й группе прединфузия проводилась у 10 пациентов мафусолом (5-6 мл/кг), у 10 раствором Рингера (6-8 мл/кг), у 10 пациентов не проводилась. Во 2-й группе у 10 пациентов вводился мафусол (6-8 мл/кг), у 10 раствор Рингера (6-8 мл/кг), у 28 не проводилась прединфузия. Все пациенты прооперированы по поводу переломов бедра. Длительность операций, объём кровопотери и её восполнение было у всех пациентов аналогичным. Спинальная анестезия проводилась на уровне L-3-4, использовался бупивакаин (Spinal) 0,5% 0,18-0,2 мг/кг. Эпидуральная анестезия проводилась на уровне Th12 – L1 с использованием катетера. Использовали ропивакаин 0,75% 1,8-2,1 мг/кг.

Исследование гемодинамики (СВ, УО, ОПСС, СИ и др) проводили неинвазивным методом на следующих этапах: при поступлении в операционную,

после прединфузии, в середине операции и сразу после окончания операции. Мониторинг во время операции: АД, пульс, ЭКГ, SpO-2, газы крови.

Результаты. Прединфузия с мафусолом не вызывает значительных изменений гемодинамики. Эти изменения аналогичны тем, которые зарегистрировали после прединфузии раствором Рингера. Во время анестезии и операции наибольшие изменения гемодинамики произошли в группе пациентов, которым применяли эпидуральную анестезию без прединфузии (снижение АД, СИ, УО, ОПСС на 20-40% от исходного). У пациентов, которым использовали эпидуральную анестезию и прединфузию мафусолом или раствором Рингера также произошло снижение всех показателей гемодинамики, но в меньшей степени (на 10-30%).

При спинальной анестезии изменения гемодинамики были менее выражены у пациентов, которым проводилась прединфузия (снижение всех показателей на 10-15% от исходного уровня). По направленности и выраженности они были одинаковы у пациентов, которым вводился раствор Рингера и мафусол. После операции снижение показателей гемодинамики сохранялись во всех группах пациентов, но наибольшими они были у пациентов с эпидуральной анестезией и без прединфузии.

Заключение.

1. Мафусол, также как и раствор Рингера не предотвращает развитие артериальной гипотензии во время спинальной и эпидуральной анестезии, но делает её менее выраженной.
2. Изменения основных параметров гемодинамики во время спинальной и эпидуральной анестезии при использовании мафусола и раствора Рингера аналогичны по направленности и выраженности.
3. Наиболее выраженные изменения гемодинамики были зарегистрированы у пациентов без прединфузии во время операции и сразу после её окончания.
4. Мафусол не обладает выраженным гемодинамическим действием, но создаёт антигипоксикантную защиту органов, что очень важно, особенно у пожилых пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II ТИПА

А.И.Ермолаева, С.И.Коврыгин, Е.Л.Коган

Медицинский институт ПГУ, Пенза

Сахарный диабет увеличивает риск развития ишемического инсульта. Больные сахарным диабетом II типа часто погибают вследствие нарушения церебрального кровообращения.

Целью данной работы, является выявление особенностей клиники ишемического инсульта при сахарном диабете II типа.

Группа больных с ишемическим инсультом и сахарным диабетом составила 102 человека: 70 женщин (68,6%) и 32 мужчины (31,4%). Контрольная группа больных с ишемическим инсультом без сахарного диабета состояла из 50 человек (30 женщин и 20 мужчин). В обеих группах преобладали больные в возрасте от 50 до 70 лет. Длительность сахарного диабета к моменту развития ишемического инсульта составила преимущественно более 5 лет (65,7%). Более 10 лет сахарный диабет отмечен у 30 человек (29,4%), от 5 до 10 лет у 37 больных (36,3%), от 2 до 5 лет у 24 больных (23,5%), до 2 лет у 9 человек (8,8%). Впервые выявлен у 2 больных (2,0%). Инсулинопотребный сахарный диабет отмечен у 32 больных (21,6%). Таблетированные антидиабитические препараты принимали 52 человека (51%). Уровень глюкозы при поступлении больного в неврологическое отделение в первые дни инсульта составил: до 8 ммоль/л у 3 больных (2,9%), от 8 до 10 ммоль/л – у 26 больных (25,5%), от 10 до 15 ммоль/л – у 61 больного (59,8%), более 15 ммоль/л – у 12 больных (11,8%). У больных со средней тяжестью и тяжелым течением инсульта уровень глюкозы в крови был выше 10 ммоль/л. Повторный ишемический инсульт отмечен у 34 (33,35), из них у 5 больных (4,9%) было сочетание ишемического и геморрагического инсультов. Повторный ишемический инсульт возник в другом сосудистом бассейне у 15 больных (14,7%). Сроки возникновения повторных инсультов от 3 недель до 6 лет, чаще в пределах 2 лет. В контрольной группе повторный ишемический инсульт отмечен лишь у 5 человек (10%). Транзиторные ишемические атаки предшествовали развитию инсульта у 22 человек (21,6%), в контрольной группе у 4 человек (13,3%).

У больных сахарным диабетом течение инсульта было более тяжелым. Так, достоверно чаще, чем в контрольной группе, отмечено выраженное расстройство сознания. Средние значения суммарного балла по шкале Глазго составили в исследуемой группе $12 \pm 0,4$; в контрольной группе $14 \pm 0,9$ ($p < 0,05$). При поступлении расстройство сознания до уровня оглушения отмечено у 28 больных (27,5%); сопор – у 18 больных (17,6%); кома – у 6 больных (5,9%), психомоторное возбуждение у 6 больных (5,9%). Соответственно в контрольной группе: оглушение – 8 человек (16%); сопор – 4 человек (2%), психомоторное возбуждение – 2 человека (4%).

Ишемический инсульт в исследуемой группе протекал с выраженной очаговой неврологической симптоматикой. Среднее количество баллов по шкале Оргогозо составило в исследуемой группе $36 \pm 1,6$; в контрольной группе $48 \pm 4,8$; по Скандинавской шкале соответственно $32 \pm 0,52$; $42 \pm 1,4$ ($p < 0,05$). Летальность в 2,5 раза была выше, чем в контрольной группе и составила 16,7% (17 человек). При изучении клинических проявлений преобладали поражения в каротидном бассейне, правополушарной локализации. Поражение магистральных артерий головы отмечено у 51% и внутримозговых артерий у 34,3%. Сосуды поверхности мозга страдали реже. Это подтверждает обусловленность ишемического инсульта развитием макроангиопатии.

По патогенетическому варианту в исследуемой группе, также как и в контрольной, большинство составил атеротромботический инсульт, что свидетель-

ствует о значительных атеросклеротических изменениях стенок церебральных сосудов, хронической мозговой сосудистой недостаточности.

В исследуемой группе достоверно чаще наблюдалась артериальная гипертонзия (86%), ишемическая болезнь сердца (78,4%), ожирение разной степени (62,7%), также чаще были в анамнезе инфаркт миокарда и мерцательная аритмия, недостаточность кровообращения. Отмечены также поражения почек, сетчатки глаза и периферических нервов. Таким образом, в развитии инсульта имело значение наличие сопутствующих факторов риска у больных диабетом. В ряде наблюдений ишемический инсульт возникал в период активной деятельности, в дневное и вечернее время, что на этапе предварительной диагностики нередко склоняло даже в пользу геморрагического инсульта. Объяснить это можно наличием у больных хронической недостаточности мозгового кровообращения. При необходимости увеличения кровоснабжения мозга в период активной деятельности развивалась острая гипоксия. Индекс Бартела при завершении стационарного лечения в исследуемой группе был достоверно ниже, чем в контрольной. Прогноз в исследуемой группе хуже, так как имеется большое количество повторных инсультов.

Таким образом, ишемический инсульт при сахарном диабете II типа имеет особенности клинических проявлений, что следует учитывать в процессе диагностики и лечения.

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕВЫХ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ СИНДРОМОВ

В.С.Животоцук, С.Е.Бунтин, А.А.Ковалев, Ю.П.Матонин

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Проблема лечения болевых миофасциальных синдромов является весьма актуальной не только потому, что они широко распространены среди населения среднего возраста и составляют до 63,4% от числа обратившихся за лечением, но и тем, что раз возникши, они у 86,7% больных рецидивируют и утяжеляются.

В последнее время широкое распространение в лечении этого недуга приобрела современная физиотерапия с использованием аппаратов квантовой физиотерапии и КВЧ-терапии.

Нами проведено обследование и лечение 45 больных с болевым миофасциальным синдромом мышц грудной клетки. Больные обоего пола были в возрасте от 30 до 54 лет. Стаж заболевания у всех больных был от 3 до 7 лет. 18 больных (40%) поступили на лечение впервые, 27 больных (60%) – повторно; 23 больных (51%) обращались за лечением от 3 до 9 раз, каждый раз выписываясь из стационара с временным улучшением. Все больные были разбиты на три равновеликие группы по 15 человек. Больным первой группы проводили традиционное лечение с использованием фармакотерапии и квантовой физиотера-

пии, кроме аппаратов КВЧ-терапии. Больным второй группы проводили лечение аппаратом КВЧ-терапии старого поколения («Аист-2» с длиной волны 5,6мм и 7,1 мм). Больным третьей группы проводили лечение аппаратом последнего поколения «Аист-3», оснащенный терминалом-сумматором одномоментной интегральной КВЧ-терапии с длиной волн 4,9 мм; 5,6 мм; 7,1 мм (патент № 2159605). Кроме того, этим больным перед сеансом КВЧ-терапии акупунктурной иглой проводили локальные проколы триггерных зон (от 1 до 3) в поле КВЧ-облучения. На сеанс лечения обычно брали не более 3-х зон с наиболее выраженными болевыми синдромами, обнаруженными при поисковой прессации пострадавших мышц.

Полученные результаты показали, что у больных первой группы эффективность лечения к 5-му дню начатого курса составила 27%. К выписке – 62% в виде улучшения, с частичным рецидивом и прогрессиентностью заболевания через 6 недель (у 36,6% больных).

У больных второй группы к 5-му дню сеанса КВЧ-терапии эффективность лечения составила 42,8%, к выписке – 76,3%. Рецидив заболевания возникал, в среднем, через 6-8 недель у 21,3% больных.

У больных третьей группы болевой синдром купировался в зоне комбинированного облучения почти полностью на 2-3 день лечения. Это составило в общей популяции обследованных до 97,7%. При этом, общее количество сеансов КВЧ-терапии удалось сократить на 43,6% как и сроки лечения в стационаре. Ни в одном из наблюдений в этой группе обследованных осложнений не наблюдалось. У части из них уже в ходе первого лечебного сеанса боль проходила полностью, у больных восстанавливался объем движений без ограничения и боли в триггерных зонах.

Можно полагать, что такой комбинированный подход к лечению болевых миофасциальных синдромов с помощью аппарата современной интегральной КВЧ-терапии позволяет быстро блокировать болевую реакцию в триггерных зонах за счет пункции мышц в зоне тензорного напряжения и локального отека. Последующее облучение зоны интегральным сумматором позволяет активизировать обмен в ишемизированной зоне триггерного напряжения, восстанавливая гомеостаз и включая ранее блокированный мышечный комплекс в привычную моторику.

Одномоментное облучение зоны поражения терминалом КВЧ-терапии с тремя видами частот позволяет в три раза сократить количество сеансов КВЧ-терапии, за счет исключения необходимости подбора и апробации всего спектра используемых волн в курсовом лечении этим видом физиотерапевтического воздействия.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В РАННЕЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В.С.Животоицук, О.К.Командирова, И.Г.Жарков, Т.В.Преснякова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Несмотря на всестороннее внимание медиков всего мира к своевременной диагностике, лечению и профилактике гипертонической болезни (ГБ), уровень этого заболевания все-таки неумолимо растет (Оганов Р.Г. и соавт., 2010; Чазов Е.И., 2012). Среди факторов риска, патогенетически связанных с развитием артериальной гипертонии (АГ), основными признаны: избыточный вес, нарушение водно-солевого обмена, постоянно повышенное потребление соли, хронический стресс, гиподинамия, наличие вредных привычек (курение и злоупотребление алкоголем), привязанность к чрезмерному потреблению кофе и тонизирующих напитков.

Цель работы: разработать методы комбинированной (корпоральной и аурикулярной) рефлексотерапии для курсового лечения больных ГБ на фоне основных факторов риска. Уточнить их роль в стойкости достижения лечебного эффекта и профилактике обострения заболевания.

Материалы и методы. Нами было обследовано 125 больных ГБ в I и II стадиях заболевания, I - II степени АГ (согласно классификации ВНОК, 2010). Всем больным проводили общепринятое клиническое обследование, а также специальное: исследование состояния основных классических меридианов по методу Накатани. Кроме того, больным проводились электрометрия и термометрия биологически активных точек классических меридианов и точек ушной раковины с целью составления дифференцированного рецепта комбинированной рефлексотерапии. Избыточный вес отмечался у 57,6% больных ГБ, табакозависимость - у 64,8%, постоянно повышенное потребление соли – 34,4%, хронический стресс - 48%, гиподинамия - 52%, злоупотребление алкоголем – 33,6%, чрезмерное потребление кофе и тонизирующих напитков – 28%.

Комбинированная рефлексотерапия обследуемым больным проводилась курсовым лечением один раз в день, в среднем, в течение 10 дней с подкреплением аурикулярных биологически активных точек методом акупрессуры 4 раза в день по индивидуально подобранной рецептуре. Рецепт акупунктурного воздействия подбирался с учетом ширины физиологического коридора и степени отклонения параметров классических меридианов в системе риодораку.

Если лечение ГБ проводить на фоне курения, то эффективность лечения АГ наблюдалась лишь у 33,6% пациентов. Если же акупунктурную рефлексотерапию проводили после отлучения больных ГБ от курения (в среднем 10 дней), это позволило добиться эффективности в лечении ГБ в 87,2% случаев. Там, где эффективность лечения от курения была надежной, то стабилизация показателей АД и его составляющих наступала быстро (уже после 3-4 сеанса акупунк-

туры). Следует особо отметить, что у больных ГБ уже после 2-3 сеансов лечения ушло большинство жалоб, составляющих клиническую картину заболевания. У большинства больных существенно улучшились такие показатели как внимание, умение сосредоточиться, умственная работоспособность, улучшалась память и др. (обследование проводили по методу Шульца, 1984 г.; Векслена, 1981 г.).

Результаты. У большинства больных ГБ с избыточной массой тела (59,7%) снижение показателей артериального давления и их стабилизация без коррекции веса наступала на короткий промежуток времени. Для этого нами была разработана специальная комплексная рефлексотерапия больных ГБ с избыточным весом. Этим больным дополнительно давались рекомендации по соблюдению низкокалорийной диеты, изменения стереотипа пищевых привычек, посещения занятий лечебной гимнастики с увеличением дневной физической нагрузки и др. Снижение веса у этих больных за 2 недели лечения обычно не превышало, в среднем, 10% от исходного уровня. Достигнутые целевые показатели АД у больных этой группы оставались относительно стабильными на протяжении 4-6 месяцев (у 81,4%). На фоне проведенного лечения, у больных ГБ с избыточным весом улучшилось психоэмоциональное состояние, улучшилось общее самочувствие, уменьшилась тревожность, повысилась работоспособность, улучшились сон и адаптация к внешним раздражителям. Уменьшились или ушли основные клинические проявления заболевания: головная боль, головокружение, эпизодические расстройства зрения и слуха, уменьшились приступы кардиалгий, аритмий, одышки и др.

Выводы. Таким образом, комбинированная акупунктурная рефлексотерапия больных ГБ с выраженными факторами риска позволяет в начальных стадиях заболевания добиться у большинства больных ГБ (в среднем 75% случаев) клинически ощутимого результата со снижением основных показателей АД до целевого уровня и стабилизации клинического эффекта на значительный срок (до 4-6 месяцев). При сочетании нескольких факторов риска в 25% случаев это удалось лишь частично на короткий промежуток времени (2-3 недели). Отдельно взятый фактор риска в патогенезе ГБ, по видимому, играет меньшую роль, чем сочетание нескольких, хотя основную роль играет степень их представленности у конкретного пациента. Акупунктурная коррекция главного фактора риска из менее значимых позволяет в короткие сроки не только купировать основные симптомы заболевания, но и стабилизировать показатели АД на целевом уровне и значительно удлинить сроки ремиссии.

СЕРОЗНЫЕ И ГНОЙНЫЕ МЕНИНГИТЫ: ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ И ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

*О.А.Зыкова, И.П.Баранова, О.А.Коннова, Д.Ю.Курмаева, Е.А.Воробьева,
А.А.Павелин*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, ГБУЗ ПОКЦСВМП, Пенза

Бактериальные и вирусные менингиты относятся к числу наиболее актуальных и проблемных инфекций в мире, что обусловлено повсеместным распространением заболеваний, вовлечением в эпидемический процесс лиц всех возрастных групп с преимущественным поражением детей, тяжестью течения заболевания, длительной реабилитацией больных, высокими показателями смертности и значительным социально-экономическим ущербом. Основная особенность менингитов - полиэтиологичность возбудителей, а определение этиологического агента необходимо для выбора тактики проведения лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий. Известно, что этиологический состав бактериальных менингитов представлен широким спектром возбудителей. Наиболее значимыми из них являются *Neisseria meningitidis*, *Escherichia coli*, *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae* типа b. В последние годы возрос удельный вес серозных менингитов в структуре инфекционных заболеваний, а наиболее частой причиной серозных менингитов у детей и взрослых признаны энтеровирусы.

Цель исследования: изучить клиническую и возрастную структуру серозных и гнойных менингитов у больных, госпитализированных в «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи» за период 2010-2013гг.

Материалы и методы: в материалах данной работы представлены результаты четырехлетнего мониторинга заболеваемости гнойными и серозными менингитами больных, пролеченных в областном клиническом центре. Были использованы клинические и статистические методы исследования. Лабораторное подтверждение диагноза проводили с помощью классических (бактериоскопическое и микробиологическое исследование спинномозговой жидкости) и современных (некультуральных) методов исследования ликвора (латекс-агглютинация и ПЦР).

Результаты и обсуждение: за исследуемый период пролечено 171 больных: в 2010г – 28, 2011г. – 31, 2012г. – 58, 2013г. – 54.

Среди пациентов преобладали дети и подростки до 18 лет - 156 чел. (91,2%). Возрастной состав пациентов: до 1года - 6 чел. (3,5% от числа всех пролеченных больных с менингитами), от года до 3-х лет – 42 чел. (24,6%), от 4-х до 14 лет – 59 больных (34,6%), подростки – 49 пациента (28,6%), взрослые - 15 чел. (8,7%).

Анализ этиологической структуры менингитов показал, что менингококковая инфекция составила 34,5%, энтеровирусная – 25,2%, пневмококковая –

4,7%, гемофильная – 4,1%, сальмонеллезная инфекция – 0,6%; в 30,9% случаев возбудитель не идентифицирован.

Среди менингитов неуточненной этиологии: гнойные менингиты составили 30 случаев (56,6%), серозные - 23 (43,4%). Средняя степень тяжести заболевания диагностирована у 32,7% больных; у 67,3% - наблюдался тяжелый симптомокомплекс клинических проявлений, требующий лечения в отделении интенсивной терапии.

Выводы: среди больных менингитами преобладают дети с тяжелыми формами заболевания; удельный вес этиологически верифицированных бактериальных менингитов (доминирует менингококковая инфекция) составляет 43,8%, вирусных (преобладает энтеровирусная этиология) – 25,3%, остаются нерасшифрованными 30,9% случаев заболеваний; внедрение в лабораторную практику сочетания классических бактериологических и современных экспресс-методов исследования ликвора (таких как латекс-агглютинация и ПЦР) позволяет повысить процент этиологической расшифровки менингитов.

ВАРИАНТ НЕПРОНИКАЮЩЕЙ ГЛУБОКОЙ СКЛЕРЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Е.А.Ивачёв, М.Ю.Савельев

ГБУЗ ПООБ, Пенза

Актуальность. То, что глаукома является актуальной проблемой современной офтальмологии, – не секрет. Коварность глаукомы заключается в её бессимптомном течении и сложности диагностики на раннем этапе, что ведёт к позднему обращению пациентов за медицинской помощью и необратимости структурных изменений глаза. И это всё способствует высокому проценту инвалидности больных.

Глаукома сопровождается триадой признаков в виде повышения ВГД, атрофии зрительного нерва, сужения полей зрения. Из всего этого мы можем повлиять на офтальмотонус, который приведёт к стабилизации остальных признаков. На начальном этапе в связи с минимальным риском осложнений и хорошим гипотензивным эффектом офтальмологи назначают лекарственные средства и лазерное лечение. Отсутствие положительного эффекта данных методов является показанием к оперативному вмешательству.

Чаще всего гипотензивная эффективность операции уменьшается в результате избыточного рубцевания вновь созданных путей оттока, которое может достигать 45% случаев. Хирургический метод лечения даёт наиболее стабильное и выраженное снижение ВГД, но, к сожалению, до определённого момента.

Залогом успешности антиглаукоматозной операции является длительная сохранность интрасклерального и субконъюнктивального пространств, которые формируются для оттока внутриглазной жидкости. Процесс рубцевания зависит

от многих факторов, но основными являются интра- и послеоперационные осложнения, характер и степень нанесённой в ходе операции травмы. Повреждение тканей возникает из-за отсепаровки конъюнктивы от склеры и применения диатермокоагуляции в ходе операции.

Мы хотим представить свой способ хирургического лечения глаукомы, который, по нашему мнению, минимизирует интраоперационную травму и ведёт к уменьшению рубцевания фильтрационной подушечки.

Цель нашей работы - оценить гипотензивный эффект модифицированной непроникающей глубокой склерэктомии у больных с первичной открытоугольной глаукомой.

Материал и методы. Нами было оперировано 22 пациента (22 глаза) с первичной открытоугольной глаукомой по разработанной модифицированной методике. Стаж глаукомы составил от 4 месяцев до 12 лет. Все больные перед операцией получали максимальный режим гипотензивных средств.

6 пациентов (27,3%) имели начальную стадию глаукомы, 11 (50%) – развитую стадию, 5 больных (22,7%) – далеко зашедшую. Среднее значение тонометрического давления составило $32,9 \pm 3,4$ мм рт.ст. Всем пациентам проведено обследование в следующем объеме: визометрия, биомикроскопия, гониоскопия, офтальмоскопия, периметрия, суточная тонометрия (по Маклакову), электронная тонография.

Техника операции модифицированной непроникающей глубокой склерэктомии осуществляется следующим образом (заявка на изобретение № 2013153430/14 (083475) от 02.12.2013). Анестезия заключается в 2х кратной инстиляции дикаина 0,5% в конъюнктивальную полость и субтеноновом введении ультракаина 2.0. Производят разрез конъюнктивы паралимбально трапециевидной формы. Затем отсепаровывают П-образный склеральный лоскут размером 3х6 мм свободным краем к лимбу, а основанием в сторону экватора. С помощью лезвия для парацентеза формируют склеральный тоннель глубиной 3 мм, который открывается в субконъюнктивальное пространство. Следующим этапом отсепаровывают более глубокий склеральный лоскут на 1/3 толщины склеры прямоугольной формы. При отсепаровке удаляют единым блоком периферическую часть роговичной ткани и наружную стенку Шлеммова канала, при этом вскрывается его полость. Затем в сформированный тоннель помещают в переднезаднем направлении нить из полиамида 5/0, тем самым расширяя его. Поверхностным склеральным лоскутом накрывают фильтрующую зону. На конъюнктиву накладывают непрерывный шов.

Результаты. При данной методике внутриглазная жидкость вытекает из тоннеля по практически неизменным и нетравмированным структурам. В зоне отсепаровки конъюнктивы и склеры образуется рубцовая ткань, но на фильтрацию жидкости это не влияет.

Спустя 7 месяцев после операции тонометрическое давление у больных составило $18,5 \pm 1,2$ мм рт.ст. ($p < 0,001$). У всех больных была плоская, умеренно разлитая фильтрационная подушечка. За этот срок 7 пациентам (31,8%) из-за

повышения ВГД потребовалось выполнить лазерную десцеметогониопунктуру, после чего офтальмотонус нормализовался.

Выводы:

1. Представленная модифицированная непроникающая глубокая склерэктомия позволяет уменьшить травму тканей и, соответственно, спаечный процесс в зоне фильтрации;
2. Введённая в склеральный тоннель нить из полиамида расширяет его и способствует постоянной фильтрации внутриглазной жидкости;
3. Предложенная операция даёт стабильный и стойкий гипотензивный эффект.

СИСТЕМНАЯ ОЦЕНКА МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ПРИ БЕСПЛОДИИ (обзорная характеристика фолликулометрии и М-эхо)

Д.С.Ирышков, Rogulenko Roman W.

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза
Sant Johannes Hospital, Dortmund, Deutschland

Бесплодный брак - одна из важнейших проблем в акушерстве и гинекологии, и, особенно, актуальна для европейских стран в связи низкой рождаемостью. Выполненные исследования показали, что у женщин, страдающих бесплодием, наблюдаются различные нарушения менструального цикла (МЦ). Возможная причина этих нарушений может быть установлена с помощью трансвагинального ультразвукового обследования (ТВ-УЗИ), как одного из методов, входящих в перечень необходимых методов диагностики причин бесплодия.

Первый мониторинг МЦ при помощи ТВ-УЗИ выполняется на 4-7 дни цикла, в ранне-пролиферативную фазу. В структуре яичников здоровых женщин репродуктивного возраста в этой фазе визуализируются фолликулы диаметром от 2 до 8 мм. Толщина М-эхо при этом от 3 до 6 мм, имеет веретенообразную форму, низкую эхогенность и трехслойный характер за счет гиперэхогенной центральной линии на стыке передней и задней стенок матки и четкого гиперэхогенного ободка на границе с миометрием. Выявление в ранне-пролиферативную фазу средних или крупных фолликулов возможно либо при их стимуляции в данном цикле, либо в случаях персистенции с прошлого цикла. Решающее значение для дифференциации этих состояний имеет оценка состояния М-эхо. В тех случаях, когда М-эхо утолщено до 6-8 мм, что соответствует средне-пролиферативной фазе, или более 8 мм, что характеризует уже поздне-пролиферативную фазу, в яичниках, при фолликулометрии, визуализируются доминантные (диаметром 11-17 мм) или преовуляторные (диаметром 18-24 мм) фолликулы. Ускоренное созревание фолликулов характерно для гиперэстрогении пациенток с гормонозависимыми заболеваниями (миомой матки, аденомиозом, гиперпластическими процессами эндометрия). При тонком

М-эхо жидкостное образование может представлять собой неовулированный фолликул из прошлого цикла, либо кистозное желтое тело (отличающееся более толстыми стенками и неоднородным содержимым), что нередко наблюдается у пациенток с воспалительными заболеваниями гениталий. При нормальном темпе созревания фолликулов второе УЗИ выполняется на 10-11 день цикла, т.е. на границе средне- и поздне-пролиферативной фаз МЦ в целях обнаружения доминантного фолликула. При ускоренном созревании фолликулов в этом сроке возможно выявление зрелого фолликула, а толщина М-эхо - колеблется от 8 до 12 мм. При гормональных нарушениях - доминантный фолликул не визуализируется, а М-эхо остается тонким вследствие гипозэстрогении. Срок проведения третьего УЗИ в целях выявления преовуляторного фолликула определяли исходя из того, что размеры доминантного фолликула в сутки увеличиваются в среднем на 2 мм. Чаще всего фолликулометрия выполняется на 12-14 дни МЦ. При обнаружении преовуляторного фолликула (диаметром 18-24 мм), ТВ-УЗИ в целях диагностики овуляции производили на следующий день. О наличии овуляции свидетельствуют: исчезновение или значительное уменьшение в размерах преовуляторного фолликула, приобретение им звездчатой или щелевидной формы, появление в структуре фолликула пристеночного гиперэхогенного включения, а также наличие фолликулярной жидкости в позадматочном пространстве. Если овуляция не произошла, ТВ-УЗИ проводили на следующий день или в течении нескольких дней подряд, пока не становится очевидным факт отсутствия овуляции. Если содержимое неовулированного фолликула становится более эхогенным, стенка уплотняется, а размеры начинают уменьшаться, то диагностировали синдром лютеинизации неовулированного фолликула. У некоторых пациенток зрелый неовулированный фолликул персистирует в яичнике, оставаясь неизменными практически до очередной менструации, у других - преовуляторный фолликул может превращаться в фолликулярную кисту. Утолщенное М-эхо в этих случаях остается пролиферативным. Если же у пациентки произошла овуляция, то М-эхо начинает быстро меняться и приобретает мишеневидный характер за счет более эхогенных периферических и гипозэхогенных центральных отделов. Такое М-эхо характерно для фазы ранней секреции, которая в норме длится не более 3-4 дней. Толщина М-эхо в эту фазу МЦ составляет в среднем 10-12 мм.

Очередное ТВ-УЗИ у женщин с овуляторным циклом следует проводить через 7 дней после овуляции в целях оценки адекватности лютеиновой фазы. Если желтое тело функционирует нормально, то М-эхо становится однородным гиперэхогенным, а толщина его может достигать 14-15 мм. Если М-эхо на 20-24 дни МЦ сохраняет мишеневидный характер - диагностируется лютеиновая недостаточность, которая может являться как причиной бесплодия, так и раннего самопроизвольного выкидыша.

Таким образом проведение мониторинга МЦ и фолликулометрии позволяет своевременно диагностировать 2 важнейшие причины женского бесплодия: лютеиновую недостаточность и ановуляцию.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

*О.А.Исмаилова, Н.В.Еремина, В.И.Струков, Т.В.Посметная, В.Д.Ноздрин,
Т.В.Кириллова*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

По данным ВОЗ заболевания пародонта на сегодняшний день занимают особое место среди стоматологических патологий. В нашей стране распространенность заболеваний пародонта достигает 95%, причем большая доля приходится на женщин в постменопаузальном периоде.

Патогенез воспалительных заболеваний пародонта недостаточно изучен. Болезни пародонта могут развиваться как самостоятельно, независимо от других систем, так и на фоне общесоматических патологий. Развитию заболеваний пародонта способствуют нарушения иммунологического статуса, сердечно-сосудистые заболевания, болезни эндокринной системы.

Большой интерес уделяют изучению влияния гипоэстрогенных состояний как этиологическому фактору в воспалительных заболеваниях пародонта.

Целью следования явилось изучение тяжести заболевания пародонта у женщин в постменопаузальном периоде с различной степенью минерализации костной ткани.

Материалы и методы. Обследованы 82 женщины (на базе кафедры стоматологии общей практики и стоматологии терапевтической и кафедры педиатрии ГБОУ ДПО Пензенского института усовершенствования врачей МЗ РФ) в возрасте от 55 до 75 лет. В ходе клинического исследования полости рта определяли гигиеническое состояние полости рта (гигиенический индекс Федорова-Володкиной, 1971г.), распространенность воспалительного поражения десен (индекс РМА), пародонтальный индекс (ПИ по Russel, 1956г.). Для выявления характера и степени патологического процесса в костной ткани челюстей и альвеолярных отростков применяли метод ортопантомографии. Исследования состояния костной ткани проводили с использованием рентгеновского абсорбционного денситометра DTX-100.

Результаты и обсуждение. Все обследованные были выделены в 4 группы. 1 группа - больные пародонтитом легкой степени тяжести (2 человека), 2 группа – больные пародонтитом средней степени тяжести (24 человека), 3 группа - больные тяжелой степенью пародонтита (44 человека) и 4 группа - с полным отсутствием зубов в результате осложнений тяжелой степени пародонтита (12 человек).

В 1-ой группе обследованный предъявляли жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов, неприятный запах из полости рта (100%), повышенную чувствительность зубов к температурным раздражителям (50%), ИГ $1,70 \pm 0,10$; ПМА $26,5 \pm 1,50$; ПИ $1,25 \pm 0,05$.

Во 2-ой группе обследованные предъявляли жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов, запах из полости рта (100 %), обнажение корней (50%),

повышенную чувствительность зубов к температурным раздражителям (58,33%), ИГ $2,51 \pm 0,51$; ПМА $53,75 \pm 11,62$; ПИ $3,50 \pm 0,35$.

Больные 3-ей группы предъявляли жалобы на кровоточивость, запах из полости рта (100%), подвижность и смещение зубов (77,27%), обнажение корней (90,91%) и повышенную чувствительность к температурным раздражителям (54,55%), ИГ $2,62 \pm 0,43$; ПМА $62,81 \pm 8,52$; ПИ $5,07 \pm 0,38$.

В ходе проведенного исследования была выявлена зависимость гигиенического индекса и индексов воспаления пародонта от степени тяжести пародонтита. Чем тяжелее степень тяжести пародонтита, тем выше данные индексные показатели.

При анализе ортопантограмм всех обследованных выявлены очаги просветления костной ткани от 2 мм. и более, истончение костных пластинок и коркового слоя. У обследованных 1-ой группы резорбция межальвеолярных перегородок составляла до 1/3, у 2-ой группы до 1/2, у 3-ей группы до 2/3 длины корня. Дистрофические процессы более выражены в костной ткани верхней челюсти у всех обследованных, а у пациенток 4-ой группы еще и в теле нижней челюсти.

При анализе абсолютных значений минеральной плотности костной ткани в дистальном участке костей предплечья обнаружено снижение МПКТ у обследованных 1-ой группы $-2,35 \pm 0,15$, 2-ой группы $-2,63 \pm 0,64$, 3-ей группы $-2,74 \pm 0,45$, 4-ой группы $-2,75 \pm 0,15$.

В ходе корреляционного анализа определена обратная связь значений пародонтального индекса с минеральной плотностью костной ткани в 1-ой группе $-0,9$ ($p < 0,05$), во 2-ой группе $-0,5$ ($p < 0,05$), в 3-ей группе $-0,79$ ($p < 0,05$).

Проведенные исследования позволили сделать выводы, что изменения в костной ткани и в тканях пародонта тесно взаимосвязаны. Остеопороз у женщин в постменопаузальном периоде является фактором риска развития пародонтита, способствует прогрессированию деструктивных изменений в тканях пародонта. Так же отмечено, чем меньше МПКТ, тем тяжелее степень пародонтита.

К ВОПРОСУ О ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ

В.Б.Калистратов; О.В.Плотникова, Л.В.Белоусова, М.В.Белоусова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, ГБУЗ ПОПБ им. К.Р. Евграфова, Пенза

В настоящее время в отделении сестринского ухода Пензенской областной психиатрической больницы содержатся два пациента со схожей клинической картиной исхода Корсаковского алкогольного психоза, относящегося к группе хронических алкогольных энцефалопатий. Наблюдение за динамикой течения и исхода этих энцефалопатий показывает, что иногда в условиях длительной ремиссии и проводимого комплексного симптоматического лечения

может наблюдаться значительный регресс амнестических и полиневритических расстройств. Чаще положительная динамика наблюдается у женщин.

Представлена история болезни одной из пациенток с данной патологией.

Татьяна Т., 1963 г.р., инвалид 2 группы, БОМЖ, находится на стационарном обследовании и лечении в 14 отделении ПОПБ с 14.02.2007 г. по настоящее время (на койке сестринского ухода). Родилась в семье рабочих в Пензе. В психическом и физическом развитии не отставала, характеризует себя «обычной девчонкой». В средней школе закончила 8 классов с одной тройкой по физике, пыталась поступать в торговый техникум, но не прошла по конкурсу. Закончила ПТУ по специальности «радиомонтажница», затем работала по специальности. В 1981 году поступила на заочное отделение машиностроительного факультета Пензенского политехнического института, который успешно закончила в 1987 году. После окончания института работала инженером по технике безопасности на заводе. Была замужем, детей не имеет, т.к. «наблюдалась и лечилась у гинеколога по поводу инфантильной матки». В 1995 году овдовела, муж умер «от сердечного приступа». Среди перенесённых заболеваний вспоминает лишь простудные и калькулёзный холецистит. Алкоголь начала употреблять со студенческих лет. Злоупотребление спиртным, по материалам медицинской документации, с 25-летнего возраста. Сначала алкогольные эксцессы пыталась скрывать. Многократно лечилась у частных наркологов, позднее в наркологических стационарах. В последние годы злоупотребление алкоголем не скрывала. Была уволена с работы за прогулы. Принимала суррогаты вместе с мужем, находясь на иждивении пожилых родителей. После смерти мужа и родителей в квартире больной постоянно собирались собутыльники, из-за чего вскоре вся мебель и предметы быта были распроданы. Квартира находилась в антисанитарном состоянии: перестала вести хозяйство, готовить себе еду. В течение 2006-2007г. не встает на ноги, не контролирует физиологические отправления, прогрессируют расстройства памяти на текущие события. В связи с беспомощностью больной двоюродная сестра осуществляла уход в домашних условиях и в последующем оформлена в отделение сестринского ухода ПОПБ. При поступлении в психиатрический стационар общее состояние тяжёлое. Пониженного питания. Тоны сердца приглушены, единичные экстрасистолы. Гемодинамика стабильная с наклоном к гипотонии, АД 90/55 мм рт. ст. Печень на 2 см выступает из-за края рёберной дуги по срединно-ключичной линии, плотной консистенции. Выражены явления атрофии мышц нижних конечностей, контрактуры в коленных и голеностопных суставах. Недержание функции тазовых органов. В психическом статусе выраженные проявления фиксационной амнезии, амнестическая дезориентировка в месте, времени и окружающей обстановке. Алкогольная анозогнозия, заявляет, «что обезножила в день смерти мамки, так как всю ночь простояла на коленях у её постели ...». В стационаре больной проводилась дезинтоксикационная инфузионная терапия с назначением витаминов В1, В6 в больших дозах, повторное длительное курсовое лечение эссливером, прозеринном, октолипеном, акатинола мемантином. Больная была впервые освидетельствована во МСЭ и признана инвалидом 1

группы. Параллельно с медикаментозной терапией назначались длительные повторные курсы массажа, физиолечение. Через несколько месяцев от начала терапии явления контрактуры постепенно нивелировались вплоть до полного их исчезновения, больная стала вставать на ноги, медленно передвигаться, прошли явления недержания мочи и кала, активно прибавляет в весе. Начато проведение больной лечебной физкультуры. С появлением физической активности стала проявлять сексуальную активность в отношении к слабоумному больному. Постепенно наблюдается регресс, вплоть до полного исчезновения фиксационной амнезии, стала следить и ухаживать за собой, пользоваться косметикой. Выявляет повышенный аппетит, не обнаруживая чувства насыщения. В связи с прожорливостью больной, выявленным у нее метаболическим синдромом, развилось резко выраженное ожирение. На очередном переосвидетельствовании во МСЭ была признана инвалидом 2 группы. В динамике заболевания на фоне длительной ремиссии алкоголизма констатируется психологом незначительное снижение распределения и переключение внимания, сужение его объема. Выявлено недостаточность ретенции мнестических следов, снижение смыслового запоминания, снижение уровня доступных обобщений. Отмечается инертность мышления, снижение критичности, конструирования, прогнозирования, эмоциональные расстройства смешанного типа. Выявленные нарушения составляют органический патопсихологический симптомокомплекс и оценивается как выраженный. В отделении внешне спокойна, упорядочена, благодушна и беспечна. Пребыванием в больнице не тяготится. Большую часть времени проводит в мужской палате, играя с мужчинами в карты. Охотно общается со студентами медицинского института, отрицая злоупотребление алкоголем в прошлом. Сетует на родственников, обвиняя их в том, что у нее пропала квартира по их вине. Высказывает пожелания жить дома, но реальные планы на жизнь отсутствуют. Допускает мысль, что помимо пенсии по инвалидности, «могла бы где-нибудь подрабатывать».

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ТЕРАПИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

В.Б.Калистратов, О.В.Плотникова, А.П.Костиков

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, ГБУЗ ПОПБ им. К.Р. Евграфова, Пенза

Важнейшее условие успешного лечения злокачественного нейролептического синдрома (ЗНС) - его ранняя диагностика. Лечение должно проводиться в специализированном стационаре (палате интенсивной терапии, реанимационном отделении) и должно быть полным, вплоть до нормализации всех показателей и полного исчезновения симптоматики. Важна также помощь на догоспитальном этапе, включая симптоматическую терапию: применение препаратов, снимающих возбуждение (например, бензодиазепинов; применения мер физи-

ческого стеснения при ЗНС следует избегать), внимание к состоянию дыхательных путей, функциям дыхания и кровообращения.

В специализированном стационаре первый и наиболее важный шаг в лечении - отмена всех нейролептиков или других медикаментов, явившихся причиной развития синдрома. Если ЗНС развивается как реакция на снижение дозы или отмену препаратов при лечении болезни Паркинсона, приём этих препаратов должен быть немедленно возобновлен и в дальнейшем должен сокращаться постепенно. Последующие лечебные мероприятия включают: а) симптоматическую терапию; б) лекарственное лечение; в) электросудорожную терапию (ЭСТ). Эти меры применяются раздельно или в комплексе в зависимости от характера и тяжести течения синдрома.

Необходима тщательная изоляция больных от контакта с нейролептиками, в том числе и от ингаляционного: установлено, что концентрация паров нейролептиков в воздухе общепсихиатрических отделений достаточна для поддержания и рецидивирования клиники ЗНС, и для сведения на нет любых усилий по его излечению.

В ходе лечения необходимо стремиться к максимально ранней «насильственной» активизации пациентов с целью восстановления двигательных функций и навыков самообслуживания (меры, позволяющие предотвратить гибель больных от пролежней и лёгочных осложнений).

Поддерживающая (симптоматическая) терапия включает в себя:

- гидратацию
- снижение температуры
- предупреждение аспирации
- профилактику глубоких тромбозов
- полноценное питание

Во многих случаях отмена антипсихотиков и адекватная симптоматическая терапия приводит к редукции симптомов ЗНС.

При нарушении дыхания и глотания необходимы интубация и искусственная вентиляция лёгких, введение назогастрального зонда для кормления и введения лекарств.

При состоянии обезвоживания, наблюдающегося у большинства пациентов, необходимо проводить активную регидратацию организма: массивное внутривенное введение соответствующих растворов. Парентеральные вливания полезны также в целях нормализации артериального давления - в частности, внутривенное капельное введение нитропруссид натрия. Кроме того, нитропруссид, являясь дилататором периферических сосудов, улучшает состояние больного, усиливает теплоотдачу и уменьшает лихорадку. Полезна и краткосрочная терапия антигипертензивными средствами, например нифедипином.

По возможности следует обеспечить мониторинг работы сердца.

При появлении признаков рабдомиолиза необходимо, в связи с опасностью развития почечной недостаточности, усилить гидратацию и добиваться ощелачивания мочи путём внутривенного введения раствора гидрокарбоната

натрия. Следить за диурезом помогает установка постоянного мочевого катетера.

При развившейся почечной недостаточности показан гемодиализ, который, впрочем, неэффективен для элиминации нейролептиков, так как они тесно связаны с белками крови.

Очень большое значение имеют меры по борьбе с лихорадкой, поскольку гипертермия ведет к гиперметаболизму и полиорганной недостаточности. Снижению температуры способствуют физические методы (холодные обёртывания, обкладывание льдом областей крупных сосудов, охлаждение испарением) и применение жаропонижающих средств. Существует точка зрения, что теплообразование при ЗНС связано исключительно с мышечной ригидностью и не поддается коррекции обычными фармакологическими средствами, поэтому в целях борьбы с лихорадкой следует использовать медикаменты для снятия мышечной ригидности.

Для повышения периферической вазодилатации, которая усиливает теплоотдачу, показан массаж.

Чрезвычайно важную роль должно играть предупреждение аспирации: мышечная ригидность при ЗНС может быть причиной утраты рвотного и кашлевого рефлексов. Необходимо чаще проверять наличие рефлексов, проводить парентеральное питание, обеспечивать положение пациента в постели, препятствующее аспирации. Физиотерапию грудной клетки, некоторые двигательные упражнения, частое переворачивание или изменение позы пациента следует применять для облегчения его обездвиженности и мышечной ригидности. В связи с опасностью аспирации при торакальной или пищеводной дистонии медикаменты не должны применяться перорально - их нужно вводить парентерально или через назогастральный зонд.

Для профилактики глубоких тромбозов и лёгочной эмболии используют подкожное введение гепарина или малые дозы ловенокса, с этой же целью можно применять специальные эластичные противотромботические чулки.

Пристальное внимание следует обращать на питание больных: большинство пациентов не могут самостоятельно есть из-за нарушения психики или мышечной ригидности со спазмом пищевода; кроме того, при ЗНС больные теряют много энергии в связи с лихорадкой и длительной мышечной ригидностью. Хорошее питание позволяет минимизировать рабдомиолиз и другие тканевые повреждения.

В случаях тотальной ригидности мышц с угрожающей жизни гипертермией спасти пациента могут наркоз и общая миорелаксация.

Лекарственная терапия:

Прежде чем начинать фармакотерапию ЗНС, важно правильно оценить ее риск и пользу, и торопиться при этом не следует; с другой стороны, специфическое медикаментозное лечение злокачественного нейролептического синдрома обычно эффективно на протяжении первых нескольких дней заболевания, и маловероятно увидеть отсроченный результат. Обычно решение о назначении

специфической фармакотерапии принимается в течение 3 дней. Если симптоматика ЗНС утяжеляется, медикаментозное лечение не следует откладывать.

Фармакотерапевтические рекомендации при ЗНС основаны лишь на неконтролируемых про- и ретроспективных исследованиях, а также на описаниях отдельных случаев заболевания - поэтому сведения об эффективности медикаментозного лечения данного расстройства могут быть иллюзорными. Тем не менее, обширный обзор литературы, проведенный Р. Sakkas и соавт., показывает, что такие препараты, как бромокриптин, амантадин и дантролен, наиболее эффективны при терапии синдрома. Другие исследователи отмечают, что применение указанных средств почти вдвое снижает летальность от ЗНС и сокращает сроки течения заболевания.

Доказано, что для борьбы с лихорадкой при злокачественном нейролептическом синдроме эффективны такие препараты, как леводопа и карбидопа.

Полезно применение мышечных релаксантов, которые моделируют сокращаемость скелетной мускулатуры как посредством воздействия на нервно-мышечные соединения, так и прямо активируя сами мышцы, что ведёт к понижению метаболизма и теплопродукции в мышцах и уменьшению гипертермии. На Западе из группы данных препаратов обычно используют дантролен-натрий (в России этот препарат не зарегистрирован). Лечение дантроленом показано лишь в тех случаях ЗНС, которые сопровождаются выраженной ригидностью, высокой лихорадкой и, как следствие, гиперметаболизмом.

Дантролен и бромокриптин могут использоваться в комбинации (первый - внутривенно, второй - энтерально) без нежелательных специфических эффектов, совместное применение дантролена и бромокриптина заметно сокращает длительность клинических проявлений ЗНС. Такая комбинация рекомендуется для лечения особенно тяжёлых, длительных или резистентных к терапии случаев ЗНС.

У некоторой небольшой части пациентов, не отвечающих на вышеописанную терапию, показано применение бензодиазепинов, в особенности при выраженной мышечной ригидности и тяжёлой кататонии. Чаще всего используются диазепам и лоразепам внутривенно.

Иногда в лечении ЗНС используют также барбитураты, верапамил, курапе.

У пациентов с дефицитом железа целесообразно назначение препаратов железа в качестве составной части стандартной терапии ЗНС, так как дефицит железа в организме способствует развитию тяжёлых двигательных нарушений, в том числе и данного синдрома.

У пациентов с дефицитом железа целесообразно назначение препаратов железа в качестве составной части стандартной терапии ЗНС, так как дефицит железа в организме способствует развитию тяжёлых двигательных нарушений, в том числе и данного синдрома.

Электросудорожная терапия и ЗНС:

Электросудорожная терапия применяется в тяжёлых, резистентных к медикаментозному лечению случаях. Особенно показана при высокой температу-

ре, нарушении сознания и обильном потоотделении, а также при выраженной кататонической симптоматике. Улучшение обычно наступает после нескольких сеансов (от 6 до 10)

Использование ЭСТ рекомендуется перед возобновлением нейролептической терапии основной психопатологии в качестве метода профилактики рецидива ЗНС.

Однако данный вид терапии эффективен только на ранних сроках после появления клиники ЗНС (первые – вторые сутки), в дальнейшем эффективность ЭСТ значительно снижается.

Список литературы:

1. Волков В.П. Злокачественный нейролептический синдром (обзор современной иностранной литературы) // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2010. - № 6.

2. Волков В.П. К проблеме злокачественного нейролептического синдрома // Независимый психиатрический журнал. - 2012. - № 2.

3. Buckley PF, Hutchinson M (March 1995). «*Neuroleptic malignant syndrome*». J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr. 58 (3): 271–3. DOI:10.1136/jnnp.58.3.271. PMID 7897404.

4. Яничак Ф. Дж., Дэвис Дж. М., Прескорн Ш. Х., Айд Ф. Дж. мл. Принципы и практика психофармакотерапии. - 3-е. - М., 1999. – 728 с.

5. Нельсон А.И. Психореаниматологические подходы к осложнениям нейролептической терапии // Вопросы социальной и клинической психиатрии и наркологии / Под ред. проф. Б. Д. Цыганкова. - Москва, 2000. - С. 153-155.

6. Шток В. Н., Левин О. С. Лекарственные экстрапирамидные расстройства // В мире лекарств. - 2000. - № 2.

7. Арана Дж., Розенбаум Дж. Фармакотерапия психических расстройств. Пер. с англ. - М.: Издательство БИНОМ, 2004. – 416 с.

8. Экстрапирамидные расстройства: Руководство по диагностике и лечению / Под ред. В.Н. Штока, И.А. Ивановой-Смоленской, О.С. Левина. - Москва: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛЮНЫ ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ЛИМФОМАМИ

Т.В.Кириллова, Н.В.Еремина, Т.В.Посметная, В.Д.Ноздрина, О.А.Исмаилова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

В настоящее время заболеваемость гемобластозами неуклонно возрастает. Наиболее часто в структуре гемобластозов встречаются злокачественные лимфомы (неходжкинские лимфомы и лимфома Ходжкина), на долю которых приходится более 50% всех гемобластозов и около 2-3% от всех других регист-

рируемых злокачественных опухолей в России. Полихимиотерапия (ПХТ) является основным методом лечения лимфом при котором могут развиваться патологические процессы в полости рта, что отягощает общее состояние и ухудшает качество жизни больных. Осложнения в полости рта могут проявляться в результате как прямого повреждающего действия цитостатических препаратов на слизистую оболочку полости рта, так и непрямого токсического действия опосредованно через клетки иммунной системы и защитные функции слюны. Профессиональная гигиена полости рта (ПГПР) - как основной метод профилактики, производится с целью устранения причин возникновения и развития стоматологических заболеваний, а также повышает устойчивость организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды. Заболеваемость лимфомой Ходжкина и неходжкинскими лимфомами лиц молодого и среднего возраста, увеличение средней продолжительности жизни пациентов выдвинули проблему выбора лечебно - профилактической тактики у данной категории больных в число важных задач, имеющих социальное значение.

Цель работы. Исследование иммунологических показателей слюны для обоснования применения ПГПР у больных лимфомами.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 60 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст составил $41,1 \pm 2,3$ года) с первично выявленным диагнозом лимфома, находящихся на стационарном лечении в гематологическом отделении Пензенского онкологического диспансера. У 34 пациентов установлен диагноз лимфома Ходжкина, у 26 больных верифицирован диагноз В - крупноклеточная лимфома. Все пациенты разделены на три группы. В первую группу вошли 20 пациентов, которым ПГПР не проводилась. Во второй группе, состоящей из 20 больных, ПГПР осуществлялась во время ПХТ. В третьей группе из 20 пациентов, ПГПР проводилась до начала и в период ПХТ. Больные обследовались до начала лечения и после цитостатической терапии. ПГПР осуществлялась набором ручных инструментов, с последующим полированием поверхностей зубов, в качестве антисептика использовался раствор гексорала. Количественные показатели секреторного иммуноглобулина А (sIgA), иммуноглобулина А (IgA), иммуноглобулина G (IgG), иммуноглобулина М (IgM) исследовали в слюне методом радикальной иммунодиффузии в геле – (G. Mancini, A. Carbonara, 1965); активность лизоцима определяли нефелометрическим методом (В.Г. Дорофейчук, 1968). Контрольная группа включала 20 практически здоровых человек сопоставимых по возрасту.

Результаты и обсуждение. Иммуноглобулины играют важную роль в компенсаторно-адаптационном процессе организма при воздействии на него какого-либо патологического фактора. Свидетельством тому являются данные, полученные в ходе исследования содержания иммуноглобулинов, одних из представителей гуморального звена иммунитета, в слюне. До начала цитостатической терапии, количество общего IgA у больных лимфомами во всех трех группах, было снижено по отношению к контролю в 1,52, 1,75, 1,45 раза соответственно. Синтез секреторного IgA во всех группах снижался в 1,86, 1,92, 1,8 раза по сравнению со здоровыми людьми. Прямо противоположная динамика

была получена при анализе данных IgG и IgM. Концентрация IgG у больных лимфомами была также примерно одинаковой во всех группах и возростала в 3,28, 3,1, 3,14 по сравнению с контролем. Аналогичная тенденция отмечалась в отношении IgM, его уровень возрос в 6,22, 6,88, 6,33 соответственно. Количество лизоцима в слюне у больных с лимфомами было понижено во всех группах в 1,22, 1,2, 1,23 раза по сравнению со значением показателя активности лизоцима здоровых людей. После проведения ПХТ происходит дальнейшее снижение концентрации IgA и sIgA во всех трех группах пациентов с лимфомами, однако меньше всего оно выражено в третьей группе. Уменьшение содержания IgG и IgM происходило на исходно повышенном уровне данных иммуноглобулинов у больных лимфомами до начала проведения ПХТ. Наиболее выраженное падение уровня IgG наблюдалось у третьей группы, и было статистически значимо по сравнению с первой и второй группами. Количество IgM также уменьшилось, статистически значимые отличия были только между третьей и первой группами, показатели второй и третьей групп достоверно не отличались. Концентрация лизоцима во всех исследуемых группах у больных лимфомами понижалась. Но меньше всего она снизилась в третьей группе по сравнению с первой и второй.

Выводы.

Проведение ПГПР у данной категории пациентов способствует активации компенсаторных механизмов в функционировании системы местного иммунитета полости рта.

Наибольшее снижение исследуемых показателей происходило в третьей группе у больных лимфомой, что показывает на необходимость применения ПГПР как до начала противоопухолевого лечения, так и в период ПХТ.

**ДИАГНОСТИКА ЭКСТРАСИСТОЛИИ И ПАРОКСИЗМОВ
СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ У НЕБЕРЕМЕННЫХ И
БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ХОЛТЕРОВСКОГО
МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ И
ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА**

*С.В.Климова, Ф.К.Рахматуллов, О.В.Савина, Н.Е.Дятлов, Е.Г.Зиновьева,
Л.Ф.Бурмистрова, А.М.Бибарсова, Т.М.Шибеева, Ю.Б.Беляева*

Медицинский институт ПГУ, ГБУЗ «ГКБСМП им. Г.А.Захарьина», Пенза

Введение. Экстрасистолия и пароксизмы суправентрикулярной тахикардии встречаются почти у половины беременных и возникают без каких-либо структурных изменений со стороны сердца и вызваны гестационными изменениями в организме женщины.

Цель исследования. Оценить роль холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМЭКГ) и чреспищеводного электрофизиологического исследования

(ЧПЭФИ) сердца в диагностике экстрасистол и пароксизмов суправентрикулярной тахикардии у небеременных и беременных женщин.

Материал и методы исследования. В исследование включены 26 небеременных и 30 беременных женщин без жалоб и структурных заболеваний сердца. Всем пациентам проводили ХМЭКГ на аппарате «Astrocard», ЧПЭФИ сердца на электрофизиологическом комплексе «Astrocard».

Полученные результаты, их обсуждение. У небеременных женщин среднее количество монотопных наджелудочковых экстрасистол за сутки составило $98,8 \pm 6,386$, парных – $12,3 \pm 0,792$, с АВ блокадой I степени – $20,3 \pm 1,287$. Среднее количество желудочковых экстрасистол за сутки составило для монотопных $6,08 \pm 0,396$, парных – $0,31 \pm 0,02$. Средняя ЧСС во время пароксизма наджелудочковой тахикардии составила $126,3 \pm 7,97$ мин., а длительность аритмии $2,6 \pm 0,168$ мин. По сравнению с небеременными женщинами, у беременных количество наджелудочковых экстрасистол увеличивалось в первом триместре на 190,2% ($p < 0,001$), во втором – на 413,0% ($p < 0,001$), в третьем – на 634,6% ($p < 0,001$). Аналогичная тенденция наблюдалась с парной наджелудочковой, с АВ блокадой I степени, монотопной и парной желудочковой. У небеременных женщин непрерывный тип кривой АВ проведения встречался в 80,8%, прерывистый – в 19,2%. По сравнению с небеременными женщинами у беременных в первом триместре происходило уменьшение непрерывного типа кривой АВ проведения с 80,8% до 40,0%, увеличение прерывистого типа с 19,2% до 60,0% ($p < 0,001$). Аналогичная тенденция наблюдалась во втором ($p < 0,001$) и третьем триместрах ($p < 0,001$). Через 6 месяцев после родов типы кривых АВ проведения существенно не отличались от небеременных женщин ($p = 0,1789$).

Выводы. По данным ХМ ЭКГ у небеременных и беременных женщин встречаются экстрасистолия, пароксизмы суправентрикулярной тахикардии. Во время ЭФИ сердца у небеременных и беременных женщин выявлены разные типы кривых АВ проведения – непрерывный, прерывистый, непрерывный с феноменом «гар», прерывистый с феноменом «гар». У небеременных женщин чаще встречается непрерывный тип кривой АВ проведения, у беременных – прерывистый.

ОЦЕНКА АНТЕРОГРАДНОГО ПРОВЕДЕНИЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ ПО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОМУ СОЕДИНЕНИЮ У НЕБЕРЕМЕННЫХ И БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

*С.В.Климова, Ф.К.Рахматуллов, О.В.Савина, Н.Е.Дятлов, Е.Г.Зиновьева,
Л.Ф.Бурмистрова, А.М.Бибарсова, Т.М.Шибалева, Ю.Б.Беляева*

Медицинский институт ПГУ, ГБУЗ «ГКБСМП им. Г.А.Захарьина», Пенза

Цель исследования. Изучить особенности антероградного проведения возбуждения по атриовентрикулярному (АВ) соединению у небеременных и беременных женщин без жалоб и структурных заболеваний сердца с наличием экст-

расистоллии и пароксизмов суправентрикулярной тахикардии, выявленных по данным суточного мониторирования ЭКГ.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 26 небеременных и 30 беременных женщин без жалоб и структурных заболеваний сердца. После информационного согласия на участие в обследовании проводилось чреспищеводное электрофизиологическое исследование (ЧПЭФИ) сердца небеременным женщинам однократно, беременным – в каждом триместре и через 6 месяцев после родов. Следующим этапом для оценки состояния антероградного проведения возбуждения по АВ соединению проводилась программированная электростимуляция сердца с построением графиков. Для этого на оси абсцисс откладывали $S_{t1}-S_{t2}$, по оси ординат – продолжительность $S_{t2}-R_2$.

Результаты исследования. У небеременных и беременных женщин по данным ЧПЭФИ сердца мы получили четыре типа кривых АВ проведения. Непрерывный тип АВ проведения характеризовался тем, что при «шаге» $S_{t1}-S_{t2}$ 10 мс однократный прирост интервала $S_{t2}-R_2$ не превышал 20 мс. Данный тип кривой АВ проведения возникал при одном пути проведения возбуждения через АВ соединение, при небольшой разнице ЭРП между α и β путями, при высоких значениях «шага» $S_{t1}-S_{t2}$. При прерывистом типе возникало скачкообразное увеличение интервала $S_{t2}-R_2$ более чем на 80 мс, при «шаге» $S_{t1}-S_{t2}$ не более чем 10 мс. Данный тип возникал в результате продольной диссоциации АВ соединения на α и β путях. Третий и четвертый типы кривых АВ проведения были разновидностями прерывистого и непрерывного при наличии феномена «гар». У небеременных женщин непрерывный тип кривой АВ проведения встречался в 80,8%, прерывистый – в 19,2%. По сравнению с небеременными женщинами у беременных в первом триместре происходило уменьшение непрерывного типа кривой АВ проведения с 80,8% до 40,0% и увеличение прерывистого типа с 19,2% до 60,0% ($\chi^2=35,17$, $p<0,001$). Аналогичная тенденция наблюдалась во втором ($\chi^2=35,17$, $p<0,001$) и третьем триместрах ($\chi^2=40,02$, $p<0,001$). Через 6 месяцев после родов типы кривых АВ проведения существенно не отличались от небеременных женщин ($\chi^2=1,81$, $p=0,1789$).

Таким образом, у небеременных и беременных женщин существует четыре типа кривых АВ проведения – непрерывный, прерывистый, непрерывный с феноменом «гар», прерывистый с феноменом «гар». У небеременных женщин чаще встречается непрерывный тип кривой АВ проведения, у беременных – прерывистый, а через шесть месяцев после родов – также непрерывный.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ДЕТСКОЙ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

О.Б.Ковалёва, Н.С.Карташева, С.Л.Тузов Л.А.Мусатова, А.В.Котовский

ГБУЗ «Городская детская поликлиника»,
ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) – метод лечения аллергических заболеваний, состоящий во введении в организм пациента возрастающих доз того аллергена, к которому выявлена повышенная чувствительность и который ответственен за клинические проявления заболевания.

Принцип АСИТ – специфическая гипосенсибилизация, целью которой является выработка у пациента толерантности к причинно-значимому аллергену и предупреждение или уменьшение проявлений болезни при последующем контакте с этим аллергеном.

На современном этапе развития практической аллергологии АСИТ стала стандартным способом лечения целого ряда аллергических заболеваний. В проведении АСИТ используются различные способы введения алерговакцин. Наряду с традиционным подкожным введением применяется сублингвальный способ проведения АСИТ, который в детской амбулаторной практике имеет преимущество, прежде всего, как безболезненный неинвазивный способ.

В аллергологическом кабинете ГБУЗ «Городская детская поликлиника» г. Пензы методика АСИТ при аллергических заболеваниях за последние 3 года была применена у 259 пациентов в возрасте от 6 до 18 лет. Под наблюдением находилось 126 (48,6 %) детей с поллинозом, 48 человек (18,5 %) – с аллергическим ринитом, 45 человек (17,5 %) – с респираторным аллергозом, 40 человек (15,4 %) – с бронхиальной астмой.

Длительность заболеваний была от 1 года до 5 лет. Все пациенты нуждались в постоянном применении антигистаминных препаратов, глазных капель и назальных спреев, а пациенты с бронхиальной астмой находились на базисной ингаляционной терапии кромонами или кортикостероидными препаратами, при необходимости применялись бронходилататоры.

По данным алергоанамнеза и результатам кожных проб 65 человек (25%) имели сенсibilизацию к пыльце деревьев, 32 человека (12,4%) – к пыльце злаковых трав, 51 человек (19,7%) – к пыльце сорных трав. 111 человек являлись больными с бытовой сенсibilизацией (42,9%).

Большая часть пациентов – 234 человека - получала терапию традиционным подкожным методом введения. Использовались пыльцевые и бытовые аллергены отечественного производства. Получали лечение пыльцевыми аллергенами 128 человек, из них один курс прошли 82 человека (64,1%), два курса - 25 человек (19,5%), три курса - 21 человек (16,4%). Во вторую группу вошли пациенты, лечившиеся бытовыми аллергенами - 106 человек, из них один курс

прошли 75 человек (70,7%), два курса - 19 человек (18%), три курса - 12 человек (11,3%).

Эффективность терапии оценивалась по четырёхбалльной системе:

- 1 балл - неудовлетворительно, т.е. улучшения клинического состояния не наступает;
- 2 балла - удовлетворительно, при сохранении симптомов с уменьшением их выраженности;
- 3 балла – хорошо, т.е. обострения редкие и легко купируются медикаментами;
- 4 балла – отлично, когда исчезают все симптомы заболевания.

Эффективность после проведения **одного курса** лечения пыльцевыми аллергенами: отлично - 7 человек (8,5%), хорошо - 12 человек (14,8%), удовлетворительно - 46 человек (56%), неудовлетворительно - 17 человек (20,7%).

Эффективность после проведения **двух курсов** лечения пыльцевыми аллергенами: отлично - 5 человек (20%), хорошо - 10 человек (40%), удовлетворительно - 9 человек (36%), неудовлетворительно - 1 человек (4%).

Эффективность после проведения **третьего курса** лечения пыльцевыми аллергенами: отлично - 8 человек (38%), хорошо - 10 человек (47,8%), удовлетворительно - 3 человек (14,2%), неудовлетворительно - 0 человек (0%).

При лечении бытовыми аллергенами показатели эффективности от проводимого лечения распределились следующим образом.

После проведения **одного курса** лечения: отлично - 5 человек (6,6%), хорошо - 21 человек (28%), удовлетворительно - 39 человек (52%), неудовлетворительно - 10 человек (13,4%).

После проведения **двух курсов** лечения: отлично - 3 человек (15,7%), хорошо - 7 человек (37%), удовлетворительно - 8 человек (42%), неудовлетворительно - 1 человек (5,3%).

После проведения **третьего курса** лечения: отлично - 5 человек (41,7%), хорошо - 5 человек (41,7%), удовлетворительно - 2 человека (16,6%), неудовлетворительно - 0 человек (0%).

Во всех группах после первого и, в большей степени, после второго курса АСИТ наблюдалось уменьшение всех клинических проявлений заболевания. Наилучшие клинические результаты были получены после трёх курсов АСИТ.

Сублингвальный метод АСИТ получала меньшая группа пациентов – 25 человек, из них 20 человек – с поллинозом и 5 человек – с бытовой сенсibilизацией. Использовались сублингвальные аллерговакцины Чешского производства, стоимость которых заметно выше отечественных водно-солевых вакцин для подкожного введения.

Для корректного сопоставления результатов применения сублингвальных и водно-солевых аллергенов был проведен сравнительный анализ эффективности последних в двух группах (25 и 58 человек соответственно), сопоставимых по возрасту (от 6 до 10 лет) и виду сенсibilизации.

В группе с применением сублингвальных аллергенов получены следующие результаты:

- после проведения одного курса лечения: отлично - 1 человек (4%), хорошо - 5 человек (20%), удовлетворительно - 17 человек (68%), неудовлетворительно - 2 человек (8%);
- после проведения двух курсов лечения: отлично - 3 человек (12%), хорошо - 7 человек (28%), удовлетворительно - 14 человек (56%), неудовлетворительно - 1 человек (4%).
- после проведения третьего курса лечения: отлично - 5 человек (20%), хорошо - 18 человек (72%), удовлетворительно - 2 человек (8%), неудовлетворительно - 0 человек (0%).

В группе с применением водно-солевых аллергенов получены следующие результаты:

- после проведения одного курса лечения: отлично - 5 человек (8,6%), хорошо - 15 человек (25,8%), удовлетворительно - 32 человек (55,2%), неудовлетворительно - 6 человек (10,3%).
- после проведения двух курсов лечения: отлично - 7 человек (12%), хорошо - 19 человек (32,8%), удовлетворительно - 31 человек (53,4%), неудовлетворительно - 1 человек (1,7%).
- после проведения третьего курса лечения: отлично - 8 человек (13,8%), хорошо - 46 человек (79,3%), удовлетворительно - 4 человек (6,9%), неудовлетворительно - 0 человек (0%).

Опыт применения различных методов АСИТ в амбулаторной детской аллергологической практике показал:

1. АСИТ является эффективным методом лечения аллергических заболеваний, приводящим к выраженному положительному клиническому эффекту;
2. получены сопоставимые результаты клинической эффективности использования инъекционных водно-солевых аллергенов отечественного производства и сублингвальных аллергенов, производимых в Чехии;
3. сублингвальная специфическая иммунотерапия является методом выбора проведения АСИТ у детей;
4. у детей младшей возрастной группы от 6 до 10 лет сублингвальное введение аллергенов является предпочтительным как неинвазивный метод с лучшей переносимостью.

Литература

1. Аллергология и иммунология. – Под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной, Изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2009 г.
2. Детская аллергология. Руководство для врачей/ Под ред. А.А. Баранова, И.И. Балаболкина, Изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2006 г.
3. Пыцкий В.И. Механизмы возникновения и развития бронхиальных астм и основные принципы их лечения. – Москва, Изд-во «ФАРМАРУС ПРИНТ МЕДИА», 2008 г.

4. Клиника и лечение респираторных аллергозов у детей/ Пособие для врачей, СПб МАПО, 2012 г.

ИЗУЧЕНИЕ ЕСТЕСТВЕННЫХ РЕГУЛЯТОРНЫХ Т- КЛЕТОК В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ

С.В.Коженкова, М.В.Осипова, Н.И.Баранова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Хроническая крапивница (ХК) в настоящее время занимает одну из лидирующих позиций в структуре аллергических заболеваний. Распространенность ХК колеблется от 0,1% до 5% в популяции [Данилычева И.В., 2012]. Среди всех форм ХК наиболее сложными для диагностики и лечения являются аутоиммунная форма крапивницы (ХАК), чья распространенность составляет от 30 до 50% среди ХК [Kaplan A.P., Greaves M., 2009] и идиопатическая форма ХК (ХИК), которая составляет около 45% (Goh, C.L., 2009). В последние годы были получены новые данные по изучению патогенетических механизмов при ХК. Однако вопрос участия регуляторных популяций Т-клеток совершенно не изучен, что создает большие трудности для диагностики и лечения данной патологии.

Согласно современным представлениям, одной из основных причин возникновения и развития аутоиммунного процесса может являться срыв естественной толерантности в иммунной системе. Известно, что поддержание иммунологической толерантности в организме осуществляет популяция естественных регуляторных Т-клеток (Treg). Среди популяций Treg выделяют несколько, которые отличаются по происхождению, функциональному состоянию и механизмам супрессии. Так, выделяют естественные, формирующиеся в процессе развития в тимусе Treg и адаптивные, индуцируемые антигеном на периферии. К естественным Treg относят CD4⁺ Т-клетки, экспрессирующие α -цепь рецептора IL-2 (CD4⁺CD25⁺). Наиболее специфичным маркером Treg является внутриклеточный транскрипционный фактор FOXP3. В последние годы была сформулирована концепция, согласно которой FOXP3 служит маркером развития аутоиммунной патологии. В настоящее время четко определилась направленность исследований на применение Treg – клеток с целью иммунотерапии аутоиммунных заболеваний.

Целью исследования явилось изучение экспрессии мРНК FOXP3 естественных регуляторных лимфоцитов у больных ХАК и ХИК.

Материалы и методы. Всего было обследовано 27 пациентов с ХАК и 23 пациента с ХИК возрасте 47±12 лет. В качестве контрольной группы было обследовано 20 здоровых лиц сопоставимых по полу и возрасту с основными

группами. Материалом для исследования служила кровь, которую забирали в пробирки с ЭДТА.

1. Выделение лимфоцитов из цельной крови осуществляли путем центрифугирования в градиенте плотности фиколла-урографина (плотность 1,077 г/мл). Выделение лимфоцитов проводили из 1 мл плазмы крови. Полученные клетки ресуспендировали в 100 мкл физиологического раствора хлорида натрия.

2. Выделение РНК.

Для выделения нуклеиновых кислот использовали наборы РНК-Экстран (ООО Синтол). Метод основан на лизисе образцов в 4М растворе гуанидинтиоцианата, осаждении нуклеиновых кислот изопропанолом в присутствии соосадителя с последующими отмывками этанолом и ацетоном. Объем полученной РНК составил 50 мкл.

3. Обратная транскрипция.

Экспрессию мРНК FOXP3 определяли методом полимеразной цепной реакции в реальном времени с предварительной обратной транскрипцией (ОТ-ПЦР). Использовали качественный вариант реакции. Реакцию обратной транскрипции проводили при температуре 40°C в течение 1 часа, с последующей инактивацией обратной транскриптазы при 95°C в течение 15 минут. Амплификацию проводили на приборе «ДТ-Лайт» в режиме реального времени. Праймеры и зонды для ПЦР были подобраны с учетом структур экзонов и интронов таким образом, чтобы исключить отжиг на матрице геномной ДНК FOXP3. Уровень экспрессии мРНК FOXP3 определяли относительно экспрессии мРНК гена «домашнего хозяйства» HPRT1. Последовательно проводили денатурацию, отжиг, синтез (всего 50 циклов). Уровень флюоресценции в ПЦР в режиме реального времени измеряли на каждом цикле при температуре 64°C. Экспрессию мРНК FOXP3 оценивали по пороговому циклу амплификации. Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 6.0»

Результаты. При оценке результатов экспрессии мРНК FOXP3 у больных ХАК было отмечено снижение уровня экспрессии по сравнению с показателями контрольной группы ($p < 0,05$). Однако в группе больных ХИК не было получено достоверных отличий по экспрессии мРНК FOXP3 по отношению к показателям здоровых лиц. Таким образом, по нашим предварительным результатам можно предположить, что у пациентов с ХАК получено снижение функциональной активности Treg, чего не наблюдается у пациентов с ХИК. Результаты проведенного исследования дают возможность предположить, что регуляторные Т-лимфоциты играют роль в патогенезе ХАК и могут стать мишенями для медикаментозной терапии.

ПОКАЗАТЕЛИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К ПЛЕСНЕВЫМ ГРИБАМ

А.И.Козина, Т.А.Дружинина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

У детей с аллергическими поражениями респираторного тракта, вызванными сенсibilизацией к плесневым грибам, имеют место нарушения в различных звеньях иммунитета: местном, гуморальном, клеточном, системе фагоцитоза. Поэтому, изучение иммунологической реактивности организма при данной патологии представляет большой интерес, так как позволяет уточнить неясные стороны патогенеза, оценить тяжесть состояния больного и выбрать наиболее рациональную терапевтическую тактику, а также оценить эффективность лечения.

В последние годы возрос интерес к исследованию показателей местного иммунитета и в частности к исследованию секрета ротовой полости [Абаджиди М.А., 2004]. Это связано с уникальными свойствами и диагностическими возможностями этого секрета, а также простотой и безопасностью забора биологического материала. В настоящее время оценка местного иммунитета является одним из важных параметров, оценивающим истинное состояние антигенного гомеостаза макроорганизма [Мареева И.М., Теплова С.Н., Минакина О.Л., 2008; Валиева С.Т., Гасанов А.И., Киреев И.В. и соавт, 2011].

В этой связи мы изучили следующие показатели: лизоцим по В. Г. Дорофейчуку [1968] в модификации А. И. Мартынова, С. С. Аршинова, А. В. Смирнова [2007], sIgA и ИЛ-4 – методом твердофазного ИФА (оценка указанных показателей проводилась в секрете ротовой полости) (табл. 1)).

Таблица 1

Показатели местного иммунитета у детей при сенсibilизации к плесневым грибам

Показатель (ед. измер.)	Здоровые n=20 Me (LQ;UQ)	Больные n=98 Me (LQ;UQ)
sIgA (мкг/мл)	155,0 (128,0;207,5)	350,0 (150,0;455,0)
ИЛ-4 (пг/мл)	13,5 (5,0;32,0)	20,0 (5,2;36,0)
Лизоцим (%)	41,5 (32,0;47,0) *	19,0 (9,5;30,0) *

Примечание: * – статистически значимые различия

При анализе содержания sIgA в слюне у детей с аллергическими заболеваниями дыхательных путей, обусловленными грибковой сенсibilизацией, выявлена тенденция к повышению указанных показателей 350,0 (150,0;455,0

мкг/мл) по сравнению с контрольной группой 155,0 (128,0;207,5 мкг/мл), что свидетельствовало о наличии воспалительного процесса на слизистых оболочках. Однако статистически значимых отличий в показателях sIgA в слюне не выявлено. Несмотря на то, что в группе больных значения Me в 2 раза превышали Me в группе контроля, большой разброс уровня sIgA в группе больных детей привел к тому, что данные показатели оказались статистически недостоверными.

Анализируя показатель ИЛ-4 в слюне у детей с аллергическими заболеваниями дыхательных путей, мы также не выявили статистически значимых отличий по сравнению с контрольной группой.

При анализе содержания лизоцима в слюне у детей с аллергическими заболеваниями дыхательных путей, обусловленными грибковой сенсибилизацией, выявлено статистически значимое снижение уровня данного показателя 19,0 (9,5;30,0%) по сравнению с группой контроля 41,5 (32,0;47,0%) $p=(0,001)$, что указывает на недостаточность фунгицидной активности слюны у детей с грибковой сенсибилизацией, т.к лизоцим является одним из важнейших элементов противогрибковой местной защиты.

Таким образом, сенсибилизация к плесневым грибам у детей с аллергическими заболеваниями дыхательных путей сопровождается дисбалансом в показателях местного иммунитета: уменьшением содержания лизоцима и тенденция к повышению sIgA в секрете ротовой полости.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФЕНОТИПОВ ИНФЕКЦИОННО-ИНДУЦИРОВАННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Е.М.Костина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Бронхиальная астма (БА) является одним из самых распространенных заболеваний аллергопатологии, снижающих качество жизни больных и представляющую значительную социально-экономическую проблему современной медицины [2]. В последние годы все больше появляется публикаций, подчеркивающих разнообразие клинических проявлений астмы. Различия в этиологических факторах (аллергены, вирусы, бактерии, поллютанты и т.д.) и патогенетических механизмах определяют клинические проявления БА [1, 3, 4, 5] и ответ на проводимую противовоспалительную терапию.

Цель исследования: определить клинико-патогенетические варианты инфекционно-индуцированной бронхиальной астмы.

Материалы и методы исследования: клинико-лабораторные, аллерго-иммунологические. Все исследования проведены сотрудниками Центральной научно-исследовательской лаборатории (ЦНИЛ) ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России (зав. ЦНИЛ – профессор, д.м.н. Молотилев Б.А.). *Аллергологическое*

обследование включало постановку кожных проб с нативными бактериальными аллергенами *Neisseria perflava* и *Staphylococcus aureus*. Регистрировались кожно-аллергические реакции немедленного (ГНТ), замедленного (ГЗТ) и сочетанных типов (ГНТ+ГЗТ). **Иммунологические:** содержание общего IgE и специфических IgE антител к бактериальным и неинфекционным аллергенам определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) на анализаторе Stat Fax 3200 наборами «Алкор-Био» Ставропольского НПО «Аллерген».

Результаты и обсуждения:

Под наблюдением находился 271 пациент с диагнозом «бронхиальная астма». Атопия к неинфекционным аллергенам служила критерием исключения из исследования. Средняя длительность заболевания составила – $10,34 \pm 0,31$ лет. Средний возраст – $45,8 \pm 1,8$ лет. Мужчины – 101 (37,3%) человек, женщины – 170 (62,7%). Бронхиальная астма характеризовалась персистирующим, не полностью контролируемым течением. Все пациенты имели взаимосвязь развития БА с респираторными инфекциями и сопутствующими заболеваниями респираторного и желудочно-кишечного тракта. 2/3 пациентов получали терапию стероидами в средних и высоких дозах.

Наиболее значимыми диагностическими критериями аллергического процесса и степени сенсibilизации являются данные аллергоанамнеза, результаты кожного тестирования с аллергенами, тип кожного реагирования на аллергены, выявление специфических IgE антител к причинно-значимым аллергенам, повышение уровня общего IgE.

Критериями участия неспецифических механизмов в патогенезе БА являются следующие: отрицательный аллергоанамнез, отрицательные и/или слабopоложительные кожные пробы с этиотропными аллергенами, отсутствие специфических IgE-антител к причинно-значимым аллергенам, низкий уровень общего IgE, триггерные неспецифические факторы бронхиальной гиперреактивности (холодный воздух, физическая нагрузка, непереносимость НПВП, инфекция), заболевания пищеварения, полипоз носа.

Учитывая, что данные клинических и аллергологических показателей значительно отличались у разных больных БА, был проведен комплексный анализ показателей для определения вариантов БА с учетом ведущего патогенетического механизма. Для оценки диагностической значимости данных критериев с целью определения ведущих патогенетических механизмов у больных с БА был применен непараметрический статистический метод А. Вальда («последовательный анализ»). Для каждого признака определяли процентное соотношение специфической (A1) и неспецифической (A2) роли факторов в патогенезе БА. Диагностический коэффициент (ДК) вычисляли по формуле: $ДК = 10 \times \lg (A1 : A2)$.

По суммарной совокупности вклада различных критериев разброс диагностического коэффициента составил от плюс 22,60 баллов и выше до минус 22,60 баллов и ниже. С вероятностью 95% можно говорить, что у пациента с суммой баллов плюс 22,60 и выше аллергический вариант (фенотип) БА (АБА), с суммой минус 22,60 и ниже – неаллергический вариант (фенотип) БА

(НАБА). В соответствии с концепцией В.И. Пыцкого была проведена оценка соотношения специфических (иммунных) и неспецифических (неиммунных) механизмов у каждого больного.

По результатам комплексного клинико-аллергологического обследования нами были выделены 3 группы больных (таблица 1):

- 1) с преобладанием специфических механизмов, аллергический фенотип БА (АБА) – 71 (26,2%) пациент;
- 2) сочетание специфических и неспецифических механизмов, смешанный фенотип БА (СмБА) – 73 (26,9%) человека;
- 3) преобладание неспецифических механизмов, неаллергический фенотип БА (НАБА) – 127 (46,9%) пациентов.

Для пациентов 1 группы пациентов с аллергическим фенотипом (АБА) были характерны следующие показатели: положительные результаты кожного тестирования с аллергеном *Neisseria perflava* и *Staphylococcus aureus* значительной интенсивности в пределах 3-4 «+» по гиперчувствительности немедленного типа, выявление повышенного уровня общего IgE, наличие специфических IgE антител к аллергенам *Neisseria perflava* и *Staphylococcus aureus* высокого уровня. При этом пациенты этой группы имели минимальные проявления неспецифической гиперреактивности бронхов, из сопутствующей патологии преобладали инфекционно-аллергические заболевания респираторного тракта. Суммарный средний ДК по А. Вальду у пациентов этой группы составил плюс 21,53±0,13 балла (Me – плюс 22,20 [плюс 20,50; плюс 22,60]).

Таблица 1

Результаты диагностического коэффициента по методу А. Вальда у больных с различными клинико-патогенетическими вариантами бронхиальной астмы

Варианты БА	Число больных с БА	Диагностический коэффициент	
		M±m	Me 25%;75%
АБА	n=71	21,53±0,13	22,20* [20,50;22,60]
СмБА	n=73	-5,30±1,37	-11,00** [-16,40;9,00]
НАБА	n=127	-18,38±0,29	-18,90*** [-20,50;-16,90]

Примечание:

* – различие ДК между 1 и 2 группами статистически значимо (Mann-Whitney тест, $p < 0,05$);

** – различие ДК между 2 и 3 группами статистически значимо (Mann-Whitney тест, $p < 0,05$);

*** – различие ДК между 1 и 3 группами статистически значимо (Mann-Whitney тест, $p < 0,05$).

Во 2 группу были включены пациенты со смешанным вариантом БА (СмБА), для которых были характерны положительные результаты кожного тестирования с аллергеном *Neisseria perflava* и *Staphylococcus aureus* меньшей интенсивности в пределах 1-2 «+» по ГНТ и сочетании ГНТ и ГЗТ, уровень общего IgE в пределах нормальных значений. Выявлены специфические IgE-антитела к аллергену *Neisseria perflava* и *Staphylococcus aureus* низкого уровня. Вместе с тем более чем у 2/3 пациентов наблюдались умеренно выраженные неспецифические реакции в виде бронхиальной и назальной гиперреактивности на физические, химические факторы и холодный воздух и сочетание сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта и респираторного тракта, из которых преобладал полипоз носа. Суммарный средний ДК по А. Вальду у пациентов этой группы составил минус $5,30 \pm 1,37$ баллов (Me – минус 11,00 [минус 16,40; 9,00]).

В 3-ю группу с неаллергическим (НАБА) были включены пациенты с отрицательными и слабыми кожными реакциями на аллерген *Neisseria perflava* и *Staphylococcus aureus* 1 «+» по типу ГНТ и/или ГЗТ, значениями общего IgE в пределах нормального диагностического уровня. У всех пациентов выявлено отсутствие специфических IgE-антител к аллергену *Neisseria perflava* и *Staphylococcus aureus* в сыворотке крови. При этом у всех больных наблюдались выраженные неспецифические реакции, у всех больных отмечено наличие очагов хронической инфекции желудочно-кишечного тракта. Суммарный средний ДК по А. Вальду у пациентов этой группы составил минус $18,38 \pm 0,29$ баллов (Me – минус 18,90 [минус 20,50; минус 16,90]).

Полученные результаты показывают, что проведение комплексного анализа клинических и аллергологических критериев по методу А. Вальда позволяет достоверно определить патогенетический механизм и диагностировать различные варианты БА. Суммарный ДК статистически значимо различался при сравнении групп между собой (Mann-Whitney тест, $p = 0,0001$, $p = 0,0001$, $p = 0,0001$). Проведение ROC анализа позволило определить пороговые значения ДК между различными вариантами БА.

Таблица 2

Диапазон диагностического коэффициента (ДК) у больных с различными вариантами бронхиальной астмы по результатам ROC-анализа

Вариант БА	Диапазон ДК, баллы
АБА	от плюс 22,60 до плюс 18,69
СмБА	от плюс 18,70 до минус 12,69
НАБА	от минус 12,70 до минус 22,60

Таким образом, по совокупности клинических и аллергологических показателей при определении суммарного ДК от плюс 22,60 до плюс 18,69 баллов можно диагностировать АБА, в диапазоне баллов от плюс 18,70 до минус 12,69 баллов – смешанный вариант БА и в диапазоне от минус 12,70 до минус 22,60 баллов – НАБА (таблица 2).

Таким образом, на основании данного анализа определено:

– существуют различные клиничко-патогенетические варианты БА, осложненной коморбидной патологией (аллергический с сенсибилизацией к бактериальным аллергенам, неаллергический и смешанный);

– в основе патогенеза этих вариантов БА лежит разное сочетание специфических (иммунных) и неспецифических (неиммунных) механизмов.

Точность диагностики вариантов БА позволит дифференцированно подойти к выбору метода иммунотерапии в зависимости от ведущего механизма патогенеза и тем самым повысить эффективность лечения.

Литература:

1. Балаболкин, И.И. Современная концепция патогенеза бронхиальной астмы у детей / И.И. Балаболкин, И.Е. Смирнов, В.А. Булгакова и др. // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2006. – № 1. – с. 26-35.
2. Глобальная Стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (GINA), пересмотр 2006 г. перевод с англ. // Под ред. Чучалина А.Г. – М.: Издательский дом «Атмосфера». – 2007. – 104 с.
3. Пыцкий, В.И. Вопросы патогенеза и основные принципы лечения больных различными формами бронхиальной астмы / В.И. Пыцкий // Аллергология и иммунология. – 2008. – Т. 9, № 4. – с. 480-482.
4. Пыцкий, В.И. Механизмы возникновения и развития бронхиальной астмы и основные принципы их лечения / В.И. Пыцкий – М.: Фармус Принт Медиа, 2008. – 56 с.
5. Федосеева В.Н. Молекулярные механизмы формирования инфекционно-обусловленных форм аллергии / В.Н. Федосеева, Т.Г. Федоскова // Российский Аллергологический журнал. – 2013. – № 2. ч.2 – с. 298-300

**ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ НЕСКОЛЬКИХ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ
НЕФРЭКТОМИИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

И.Б.Кривошеев

ГБУЗ ООД, Пенза

Больной У-в ,61год. поступил в Областной онкологический диспансер с диагнозом рак правой почки Т1 №? М0 (ангиолипосаркома) для оперативного лечения. Сопутствующие заболевания: ИБС, стенокардия напряжения, 3 функциональный класс, постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз (инфаркт миокарда в 2000 и 2007г), сердечная недостаточность 2А стадии, гипертоническая болезнь 3 стадии, аневризма заднее-верхушечной области, облитерирующий эндоартериит сосудов нижних конечностей, язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки в стадии ремиссии. По данным экскреторной урографии – объёмное образование правой почки, выделительная функция левой

почки сохранена. Компьютерная томография (КТ) почек – умеренное снижение секреции и незначительное снижение экскреции правой почки, выраженное замедление экскреции левой почки. КТ головного мозга – нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в лобных, височных долях, выраженная атрофия головного мозга (наружная и внутренняя гидроцефалия), двусторонний мастоидит. Осмотрен кардиологом: боли в сердце нечастые, проходит 800 метров без нитроглицерина; жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке; постоянно принимает кардиомагнил. На ЭКГ: ритм синусовый, рубцовые изменения. Осмотр анестезиологом перед операцией: состояние относительно удовлетворительное, ASA -3, АД 130/80 мм рт ст, пульс 80 в 1 мин., ритмичный. Общий и биохимический анализ крови без отклонений от нормы кроме креатинина(171ммоль/л). Выполнена радикальная нефрэктомия справа. Осложнений во время операции не отмечено. После операции переведён в отделение реанимации на ИВЛ в состоянии медикаментозного сна. Гемодинамика стабильная. Экстубирован через 8,5 часов после операции. Сознание ясное, дыхание самостоятельное, адекватное. АД в течение первых суток от 110 до 150 мм РТ ст, пульс 60-70 в 1 мин, инфузия - 3,1л, диурез – 700мл. ЦВД= +. В течение последующих нескольких суток у больного на фоне общего стабильного состояния отмечалась олигурия с нарастанием азотистых шлаков. На 4 сутки после операции уровень шлаков составил: креатинин 708 ммоль/л, мочевины 19,5, калий 5,5. Это расценено как развитие ОПН единственной почки. В дальнейшем на фоне консервативного лечения азотистые шлаки снизились: креатинин 425, мочевины 22,8; уровень К – 4,0. Диурез восстановился и стал адекватным водной нагрузке. На шестые сутки после операции переведён в профильное отделение. Но через 2 часа после перевода состояние больного резко ухудшается: сознание отсутствует, дыхание шумное, хриплое, неэффективное; хаотичные движения в руках и ногах; зрачки 2-3мм, D=S, цианоз лица, шеи и грудной клетки, АД 250/120 мм рт ст; пульс 124 в 1 мин, аритмичный. проведена интубация трахеи, начата ИВЛ мешком АМБУ и больной переведён в ОРИТ. Вызван на консультацию хирург, который диагностировал эвентрацию кишечника. Операция: релапаротомия, ревизия и санация брюшной полости; холецистостомия (в связи с обнаруженным отёчным панкреатитом); дренирование сальниковой сумки, интубация тонкого кишечника. После операции при поступлении в ОРИТ АД =165 / 95 мм рт ст, пульс 90 в 1 мин. Продолжена ИВЛ через интубационную трубку; аускультативно дыхание выслушивается с двух сторон, проводные хрипы в небольшом количестве. АД 150/ 100 мм РТ ст, пульс 116 в мин, ритмичный. Сознание отсутствует, зрачки равномерно сужены, D=S. Возникло предположение о возможном нарушении мозгового кровообращения, отёке головного мозга. При ликворной пункции получен светлый ликвор. Выставлен диагноз: ОНМК по ишемическому типу. Степень нарушения сознания – глубокий сопор Продолжена интенсивная терапия с учётом ОНМК по ишемическому типу. Через сутки после релапаротомии отмечен рецидив ОПН: креатинин 550; мочевины 15.9; калий 7,74, анурия. Больному показан экстренный гемодиализ, но данным аппаратом лечебное учреждение не

располагает, а больной расценен как нетранспортабельный. В связи с этим решено было провести хирургическую детоксикацию (гемофильтрация, перитонеальный диализ) на месте. В эти же сутки проведена первая гемофильтрация, которая проводилась вначале ежедневно (3 дня), затем через сутки. Всего проведено 8 процедур. Характеристики гемофильтрации: подключение - двухпросветный венозный бедренный катетер; скорость кровотока – 200 мл/мин, ультрафильтрат – 11 л, замещение – полиионный раствор в объёме 9 л, гепаринизация – 7. 6 тыс. ед, вытеснение – жидкостное 400 мл физ. р-ра, продолжительность – от 5 до 6 часов. На следующие сутки начат перитонеальный диализ, который проводился постоянно в течение 10 сут. Особенность – введение и эвакуация жидкости для перитонеального диализа проводились через хирургические дренажи, ранее установленные при операции.

19-22 сутки. У больного отмечается двухсторонняя пневмония. Состояние оценено как крайне тяжёлое, продолжена ИВЛ. Заключение неврологов: ишемический инсульт в системе левой средней мозговой артерии. Правосторонний гемипарез. Тотальная афазия.

25-26 сутки. В неврологическом плане стал заметно активнее – выполняет элементарные команды. ИВЛ проводится сеансами. В лёгких сохраняются влажные разнокалиберные хрипы, больше слева. Выполнено УЗИ: левая почка – 107 на 44 мм, ТВС – 13 мм, чашечно-лоханочная система не изменена. На рентгенограмме в лёгких двухсторонний гидроторакс

34сутки. Переведён на самостоятельное дыхание через трахеостому.

39-е сутки. Осмотр невропатолога: Имеется положительная динамика неврологического статуса – более активен, выполняет простые задания, но быстро истощается; пытается произносить отдельные простые слова; движений в правых конечностях практически нет.

44 сутки, больной деканюлирован.

50-е сутки, общее состояние оценивается как средней тяжести, отмечено желудочно-кишечное кровотечение. Проведена фиброгастроскопия: язва луковицы 12-ти перстной кишки, угроза кровотечения 2а. Проведено консервативное лечение с положительным эффектом.

53 сутки. Осмотрен хирургами. Пунктирован инфильтрат. Получена светлая жидкость, которая направлена на исследование. Установлено, что инфильтрат представляет собой жидкость для перитонеального диализа.

58 сутки. ФГС: заживающая язва 12 п к-ки в стадии грануляций. Проводилась восстановительная терапия.

60 сутки после операции больной, для продолжения лечения ОНМК, переведён в отделение неврологии другого стационара. В настоящий момент (через 5 лет) пациент жив, уровень сознания на предоперационном уровне, обслуживает себя сам, передвигается самостоятельно с помощью палочки из-за слабости в правой ноге отличается от левой. АД=140/80. Симптомов метастазирования не выявлено.

Представленный случай демонстрирует спектр возможных осложнений послеоперационного периода у пациентов с сопутствующей сердечно-

сосудистой патологией. А также показывает, что своевременная диагностика и адекватное лечение этих осложнений позволяет успешно с ними бороться. В случаях подобных данному, при развитии ОПН, гемофильтрация и перитонеальный диализ могут оказаться эффективными.

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ФЗ от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О ДОНОРСТВЕ КРОВИ И ЕЁ КОМПОНЕНТОВ» В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Т.В.Крылова, Н.М.Иваногло, С.С.Козак, И.В.Гордюшина, С.В.Железнякова,
Н.В.Сопина*

ГБУЗ ПОСПК, ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Пензенская областная станция переливания крови (далее – ПОСПК) является единственным учреждением службы крови Пензенской области осуществляющим заготовку, переработку, хранение, обеспечение инфекционной и иммунологической безопасности донорской крови и ее компонентов, оказание организационно – методической помощи лечебным учреждениям области по вопросам гемотрансфузионной терапии. С января 2013 года вступил в силу Федеральный Закон от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови и её компонентов». В начале 2013 года, в связи с отсутствием нормативной базы по его реализации, у ПОСПК возникали сложности в организации работы с донорами крови. По мере опубликования новых законодательных актов, приходилось неоднократно перестраивать работу подразделений. В целях реализации Федерального Закона № 125-ФЗ и приведения нормативной правовой базы Пензенской области, регламентирующей работу в сфере службы крови, в соответствие с общероссийским законодательством, в 2013 году осуществлены следующие региональные мероприятия:

- Внесены изменения в Закон Пензенской области от 27.02.2010 № 1862-ЗПО «Об обеспечении граждан, сдавших кровь и ее компоненты, бесплатным питанием и о дополнительной мере социальной поддержки гражданам сдавших кровь и ее компоненты», которым отменено обеспечение бесплатным питанием на сумму 30 рублей.
- ПП Пензенской области от 18.01.2013 № 14-ПП внесены изменения в ПП от 28.06.2010 № 367-ПП «О порядке финансирования расходов, связанных с обеспечением граждан, сдавших кровь и ее компоненты на территории Пензенской области, бесплатным питанием и осуществлением выплаты денежной компенсации гражданам, сдавшим кровь и ее компоненты на территории Пензенской области» (с последующими изменениями).

В настоящее время, в соответствии с федеральным законом и региональными нормативными актами, стоимость бесплатного питания доноров рассчитывается на основании пищевого рациона, с учётом количества забора крови,

не нарушающего физиологических возможностей организма и безвозмездности её сдачи.

Выдача продуктовых наборов для доноров, сдавших кровь и ее компоненты на территории Пензенской области началась с 01.04.2013 года. Основанием для этого послужили следующие нормативные акты:

- Приказ МЗ РФ от 13.12.2012 № 1039н «Об установлении примерного пищевого рациона донора, сдавшего кровь и (или) ее компоненты безвозмездно».
- Приказ МЗ Пензенской области от 22.02.2013 № 96 «Об установлении пищевого рациона донора, сдавшего кровь и (или) ее компоненты безвозмездно на территории Пензенской области».
- Приказ МЗ Пензенской области от 22.05.2013 № 265 «О внесении изменений в пищевой рацион донора, сдавшего кровь и (или) ее компоненты безвозмездно на территории Пензенской области, установленный приказом Министерства здравоохранения Пензенской области от 22.02.2013 № 964».
- ПП Пензенской области от 09.04.2013 № 233-ПП «Об утверждении Порядка обеспечения донорской кровью и (или) ее компонентами для клинического использования медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на территории Пензенской области».
- Закон Пензенской области от 29.08.2013 № 2430-ЗПО «О внесении изменений в Закон Пензенской области «О дополнительной мере социальной поддержки гражданам, сдавшим кровь и ее компоненты»

Вышеозначенные нормативные акты позволили принять во внимание и реализовать расчёты диетологов с учетом энерго-химической ценности и взаимозаменяемости рекомендуемых продуктов. Кроме того, на территории региона введена оплата донорам, денежная компенсация утверждённых норм питания. Выплаты формируются в зависимости от величины прожиточного минимума, установленного для трудоспособного населения в регионе (март 2013г – 220 р.)

Выводы:

1. Сохранены все меры социальной поддержки в виде денежных выплат, которые осуществлялись в предшествующие годы, в зависимости от вида донации и статуса донора.
2. Благодаря своевременно принятым мерам, службе крови Пензенской области удалось не только сохранить донорский контингент, но и увеличить заготовку цельной донорской крови на 1000 л в сравнении с показателями 2012 года.

ВЛИЯНИЕ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ СТАНЦИИ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ

*Т.В.Крылова, Н.М.Иваногло, С.В.Железнякова, И.В.Шапошникова,
И.В.Гордюшина, С.С.Козак, Н.В.Сотина*

ГБУЗ ПОСПК, ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Большие достижения современной научной мысли, неуклонное внедрение в практику новых лекарственных препаратов, методов исследования, диагностики и лечения не снижают потребности медицинских организаций в препаратах крови и её компонентов. Вместе с тем, сократилось количество доноров. На современном этапе, технологии обеспечения препаратами крови и кровезаменителями должны исключить любые варианты переноса инфекционных заболеваний, в частности ВИЧ и гепатиты. В связи с чем, ГБУЗ ПОСПК постоянно внедряет новые методы работы, новейшие технологии, что позволило в 2013 году увеличить общее количество цельной донорской крови до 18 тонн (при плановых показателях – 10 тонн, в соответствии с категорийностью)

Внедрение новых технологий:

- Созданы условия и расширены показания для забора крови в выездных условиях. На выездах забор донорской крови осуществлялся в передвижном пункте забора крови НЕФАЗ, созданном по заказу на одном из предприятий нашей области. Используется мобильная станция переливания крови, полученная по федеральной программе.
- Увеличено число донаций плазмы методом плазмафереза. Средняя доза крови увеличилась с 380 мл до 421 мл. Применение такой методики позволяет увеличивать количество донорской крови, без наращивания количества доноров.
- Тромбоцитный концентрат (ТК) заготавливается только по заявкам лечебных учреждений (ЛУ) для конкретных пациентов.
- Внедрён метод автоматического цитафереза по принципу «один реципиент - один донор».
- Внедрены в производство и успешно используются современные технологии по обеспечению стандартов качества, иммунологической и вирусной безопасности выпускаемой продукции: лейкофилтрация гемотрансфузионных сред, удаление лейкотромбоцитарного слоя с использованием автоматического плазмоекстрактора с программным управлением, вирусинактивация плазмы фотодинамическим методом с применением метиленовой сини, автоматический тромбоцитаферез с использованием сепараторов клеток крови, дающий возможность получать от одного донора по 1-3 лечебных доз тромбоцитов, что эквивалентно переработке крови от 4-12 доноров, криоконсервирование эритроцитов, позволяющее создать банк замороженных эритроцитов

редких групп крови, создание банка карантинизированной свежезамороженной плазмы.

- С июля 2010 года в соответствии с постановлением Правительства РФ от 26.01.2010 №29 «Об утверждении технического регламента о требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионной терапии» вся заготовленная свежезамороженная плазма закладывается на карантинное хранения сроком не менее 180 суток и изымается для передачи в лечебные учреждения только после повторного обследования донора на гемотрансмиссивные инфекции или после процедуры вирусинактивации.

В условиях высокотехнологичной хирургической помощи из эритроцитосодержащих компонентов стали наиболее востребованными эритроцитная взвесь с удаленным лейкотромбоцитарным слоем, эритроцитная масса фильтрованная, отмытые эритроцитосодержащие компоненты, что так же освоено на современном этапе.

Внедрение новых технологий позволило выполнить государственное задание на 105,1 %.

Таблица 1

Основные результаты работы ГБУЗ ПОСПК за последние 5 лет
(динамика заготовки цельной донорской крови – ЦДК - и её компонентов)

Наименование	2009 год	2013 год	Динамика	%
ЦДК	17198,6л	17198,6л	+1513,7л	9%
Эритомасса (ЭМ)	2984л	3735л	+751л	25%
Свежезам. плазма (СЗП)	7216л	7988л	+772л	10%
Тромбоцитарный концентрат (ТК)	3656 доз	7725 доз	+4069 доз	111,3%
Закладка на хранение СЗП	3172,13л	7340,0л	+4467,9л	85%

Общее количество доноров с13046 до 14680 (1634 человека или 12,5%) и составляет 10,7 на 1000 населения. Из года в год растет объем заготовленной СЗП, заложенной на карантинное хранение. Внедрение новых технологий и методов работы позволил при незначительном увеличении доноров значительно увеличить заготовки донорской крови и её компонентов для больных нашего Региона.

Безопасность донорской крови контролируется лабораторными исследованиями.

Таблица 2.

Диапазон лабораторных исследований:

№ п/п	Наименование разделов исследований	Количество показателей и % от общего числа исследований
1.	Гематологические	34 (18%)
2.	Общеклинические	11 (5,8%)

3.	Биохимические	24 (12,7%)
4.	Гемостазиологические	14 (7,4%)
5.	Иммуногематологические	75 (39,8%)
6.	ПЦР	3 (1,6%)
7.	ИФА	9 (4,7%)
8.	Серологические	1 (1%)
9.	Бактериологические	17 (9%)
Всего		188 (100%)

Диапазон лабораторных исследований зависит от контингента обследуемых доноров, которые являются относительно здоровыми людьми. К последующей донации допускаются только лица, прошедшие осмотр терапевта в отделении комплектования донорских кадров.

В 2013 году забраковано 2761 литров, доля брака составляет 14,8% от заготовленной цельной донорской крови.

Структура брака

Таблица 3.

№ п/п	Подразделения и характер брака	2013 год (л)	2012 год (л)
1	КДЛ	903	810
2	По сроку годности (карантин + экспедиция)	1644	253
3	Карантин	148	114
4	Экспедиция	30	163
5	ОЗК	36	20
Всего		2761	1360

Росту структуры брака способствует ряд объективных факторов: снижение общего уровня здоровья населения, рост уровня заболеваемости гемотрансмиссивными инфекциями, внедрение и использование новых высокочувствительных методов диагностики, рост первичных доноров.

Такой подход к качеству ЦДК и её заменителей обеспечивает инфекционную и иммунологическую безопасность компонентов крови.

Работа по привлечению доноров: организация и участие во всероссийских и региональных акциях по заготовке крови, размещение информации на региональных и общероссийских сайтах, публикации материалов о донорстве крови в печатных изданиях, теле – радиорепортажи, участие в выставках, проведение открытых уроков и экскурсий в ПОСПК для учащихся средних школ и лицеев, организация детских праздников, подписание протоколов о социальном сотрудничестве с предприятиями и учреждениями региона проведение оржественных мероприятий, посвященных чествованию первичных доноров, вручение сувениров с символикой донорства, торжественные мероприятия, посвященные вручению нагрудного знака «Почетный донор России», заседание регионального Общественного совета по вопросам развития донорства крови и её компо-

нентов при Правительстве ПО, участие в Форуме Службы крови г. Москва; участие в конкурсе профессионального мастерства Службы крови г. Москва и др.

Выводы: ПОСПК поставляет свою продукцию в 47 лечебных учреждения области. Отказов в выдаче гемокомпонентов по абсолютным показаниям не было. В целях обеспечения инфекционной безопасности гемотрансфузий в лечебные учреждения Пензенской области в 100% случаев отпускается только свежезамороженная плазма, прошедшая карантинное хранение или подвергшаяся процессу вирусинактивации фотодинамическим методом с применением метиленовой сини.

В целях сохранения достигнутых позиций и дальнейшего развития службы крови Пензенской области, нашим учреждением в будущем планируется развитие новых форм работы с населением в вопросах пропаганды добровольного безвозмездного донорства крови и ее компонентов.

ГИРУДО- И ГИРУДОФАРМАКОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЦЕРВИКАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ И КОХЛЕО-ВЕСТИБУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ШЕЙНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

*Р.П.Крымская, Н.К.Починина, В.Г.Цыганков, Н.А.Сержантова,
А.Н.Сержантов, М.Н.Зигунова*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, НУЗ ОКБ на станции Пенза ОАО РЖД, ООО Клиника лечения позвоночника, Госпиталь ветеранов войн, Пенза

Остеохондроз - наиболее тяжелая форма дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника. В основе этого процесса лежит дегенерация диска с последующим вовлечением тел смежных позвонков, межпозвонковых суставов и связочного аппарата. Раздражения рецепторов синувентрального нерва возникает за счет смещения позвонков, за счет грыжи диска, ущемления капсулы межпозвонкового сустава, экзостозов, за счет отека, нарушения микроциркуляции, венозного стаза. Один из основных принципов лечения остеохондроза - воздействие на экстраартикулярные структуры, прежде всего на мышцы. Мышечная сфера отражает состояние сустава. От сустава и его суставных частей: связок, хряща, синовиальных мембран и капсулы идет поток патологической афферентной импульсации к мышцам, спинному мозгу, внутренним органам.

Лечение пиявками вертебральных болевых синдромов особенно показано тогда, когда при обследовании тела паравертебральной области обнаруживаются болезненные затвердения мышц и соединительной ткани. Признаком успешного лечения пиявками является локальное быстрое покраснение кожи (красный дермографизм) и отсутствие боли при смещении складок Киблера. В своей практике мы обычно ставили 6-8 пиявок на спину по обе стороны позвоночника паравертебрально, учитывая при этом области с наиболее ощутимыми мышеч-

ными затвердениями, в затылочной и околоушной областях. При хронических болевых синдромах, вызванных грыжей межпозвоночного диска, гирудотерапия является полезной за счет целебного мощного противовоспалительного действия пиявочной слюны, устранения микроциркуляторных нарушений.

Эффекты гирудотерапии (ГТ) обеспечиваются содержащимися в слюне пиявки соединениями и высокоспецифическими ферментами: гиалуронидазой, дестабилазой, аспиразой, коллагеназой и др.

Особенностью пиявочной гиалуронидазы является облегчение межпозвоночной проницаемости, а также ее существенная роль в образовании кутанеокапиллярного шунта, что создает предпосылки для целенаправленной доставки любых лекарственных препаратов до пораженного органа или ткани.

Материалы и методы: методом ГТ пролечено 157 больных с шейным остеохондрозом в возрасте от 18 до 72 лет в гирудотерапевтических кабинетах г. Пензы, среди которых у 42 пациентов (26,7%), кроме цервикалгии беспокоил шум в ушах, снижение слуха, вестибулярные расстройства. Лечение проведено в виде двух курсов по 10 сеансов. Перерыв между курсами составлял 1-1,5 месяца. Учитывая, что более 75% больных были лица старше 45 лет, у которых выявлены изменения реологических показателей крови, для поддержания эффекта от проведенной ГТ в промежутках между курсами ГТ назначали препарат ПИЯВИТ. ПИЯВИТ представляет лиофилизат, получаемый из тканей медицинских пиявок. Содержит гирудин, ингибиторы калликрейна, трипсина, химотрипсина; холестеринэстеразы и липазы, гиалуронидазу и др. биологически активные вещества.

Фармакологическое действие: антикоагулянт прямого действия. Блокирует одновременно плазменное и тромбоцитарное звено гемостаза. Активизирует микроциркуляцию.

Способ применения: внутрь по 1 капсуле (0,15г) 1 раз в день в течение 4-х недель.

Результаты: после проведенного ГТ у 74% наблюдалась положительная динамика. Сочетанное применение ГТ, гирудофармакопрепаратов способствовало улучшению показателей качества жизни пациентов, уменьшение или полное исчезновение алгических симптомов, уменьшение проявлений кохлеовестибулярной дисфункции, улучшение сна. Больные с тали более активными, возобновили пешие и лыжные прогулки, занятия плаванием.

Заключение: гирудотерапия, а также сочетание ее с применением гирудофармакосредств может быть использована в качестве симптоматической терапии у больных остеохондрозом позвоночника.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ ПРЕЛИНГВАЛЬНОЙ ГЛУХОТЕ У ШКОЛЬНИКОВ

Р.П.Крымская, Л.П.Петрова, Н.К.Починина, В.Г.Цыганков, Л.А.Мякинькова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, ГКОЦ спецшкола-интернат,
ГБУЗ «ПОДКБ им. Н.Ф.Филатова», Пенза

Из 100 учащихся ГКОЦ спецшколы-интерната г. Пензы 11 детей в возрасте 7-15 лет имеют кохлеарные импланты (КИ), диагноз: «Прелингвальная хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость IV степени, пограничная с глухотой, состояние после односторонней кохлеарной имплантации».

Средняя продолжительность глухоты на момент имплантации и средний возраст пациентов на момент выполнения КИ – 6,2 года.

При реабилитации детей после КИ в условиях образовательного учреждения необходимо создание положительного настроения в работе, доверительной обстановки и ее поддержание в течение всего реабилитационного процесса.

Основное внимание уделяется развитию способности понимать все, что слышит ребенок с помощью КИ. Способность слышать – это основа, на которой строится понимание, речь, коммуникация. Процесс обучения становится более эффективным, т.к. развитие слушания является частью всех видов деятельности как в урочное, так и во внеурочное время.

Длительный период глухоты оказывает отрицательное влияние на речь, язык, учебные занятия, грамотность и социальную адаптацию. Умение слышать помогает строить отношения с семьей, ровесниками, учителями.

Развивая слушание, мы развиваем речь, формируем коммуникативные навыки общения. Виды деятельности, развивающие слушание, мотивируют ребенка на осознание восприятия речевого материала и имеют практическую направленность.

Родителям принадлежит важная роль в образовательном процессе. Они взаимодействуют с педагогами и воспитателями: разучивают слова и фразы, создают ситуации, способствующие естественному использованию ребенком речи, стимулируют развитие слушания в домашних условиях. Педагог разрабатывает индивидуальную программу реабилитации для каждого ученика, учитывая его календарный и «слуховой» возраст, по мере развития слушания ставит перед школьником более сложные, но доступные задачи, чтобы у него был стимул для перехода на следующий уровень.

Развитие слушания и речи у каждого ребенка с нарушением слуха имеет свой путь и временные рамки. Процесс интеграции в слышащую среду строго индивидуален для каждого ребенка.

Наблюдения показывают, что проведение КИ в возрасте старше 4-х лет мало перспективно, т.к. пропущен период естественного овладения речью. Особые трудности возникают при реабилитации школьников в возрасте 10-18 лет, а именно: не всегда учитывается мотивированность подростков, уровень

развития словесной речи, адекватность самооценки, тип семейного воспитания и группы общения.

Критерии, от которых зависит успех реабилитации:

- Возраст ребенка на момент реабилитации;
- Момент постановки диагноза;
- Причина, место и степень нарушения;
- Интеллект ребенка;
- Дополнительные нарушения;
- Эмоциональное развитие;
- Способность принимать и перерабатывать новую информацию;
- Мотивированность ребенка
- Качество настройки КИ;
- Метод и объем реабилитации;
- Семья ребенка и взаимоотношение в ней;
- Сотрудничество родителей со специалистами;
- Профессионализм педагогов

На начальном этапе вместе с ожидаемыми положительными изменениями в развитии слухового восприятия возможны подростковые поведенческие реакции (ученик снимает КИ, не хочет заниматься, не вслушивается, не понимает слова).

Необходимо отметить, что с помощью КИ практически все глухие дети слышат тихие звуки, но не все понимают речь.

Таким образом, несмотря на ограниченные возможности развития слухоречевого восприятия лиц, потерявших слух в прелингвальном периоде, КИ может значительно повысить качество жизни детей даже с низким уровнем языковой компетенции, при условии постоянного ношения КИ и систематических занятий по развитию слуха и речи.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ НАГРУЗОК НА СОСТОЯНИЕ СЕТЧАТКИ ГЛАЗА У СТУДЕНТОВ ПО ДАННЫМ ОКТ

М.П.Куликова, С.В.Аксенова

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

Целью нашей работы было изучение состояния сетчатки глаза по данным ОКТ у студентов в начале учебного года (после летнего отдыха) и через 6 месяцев на фоне зрительной и психологической нагрузки, дефицита витаминов в осенне – зимний период.

Материал и методы. В исследовании по изучению состояния сетчатки принимала участие группа студентов из 30 человек в возрасте 20 – 25 лет. Обследование проводилось на базе ГБУЗ РМ «Республиканская офтальмологическая больница» г. Саранска с 1 по 15 сентября 2013г. и с 1 по 15 марта 2014г. Состояние сетчатки оценивалось на фоне определения остроты зрения, рефрак-

ции, по данным оптической когерентной томографии сетчатки. У всех 30 человек в начале и в конце обследования рефракция была эметропической, острота зрения правого и левого глаза – 1,0, цветоощущение – трихроматы. Каждый обследуемый участвовал в эксперименте в одно и то же время (с 12.00 – 13.00) после умеренной зрительной работы в утренние часы.

Результаты. В результате проведенных обследований было установлено, что у всех студентов после длительной зрительной и психологической нагрузки (обучении в течении 6 месяцев) острота зрения на оба глаза осталась равна 1,0, рефракция – эметропическая.

Основные показатели компьютерной томограммы сетчатки в начале и в конце исследования отражены в таблице 1.

Таблица 1

Основные показатели компьютерной томограммы сетчатки.

Показатель	Начало обследования	Конец обследования	Достоверность по t-стьюдента
Фовеолярный минимум, мкм	165,4±6,2	167,7±5,1	p>0,05
Средняя толщина фовеа, мкм	198,05±3,4	200,9±4,5	p>0,05
Объем фовеа, мм ³	0,15±0,003	0,15±0,003	p>0,05
Объем макулы, мм ³	6,7±0,05	6,7±0,04	p>0,05
Внутренний височный сектор макулы, мкм	259,7±2,5	259,8±2,6	p>0,05
Внутренний верхний сектор макулы, мкм	270,9±2,4	270,9±2,5	p>0,05
Внутренний носовой сектор макулы, мкм	270,05±2,3	269,8±2,7	p>0,05
Внутренний нижний сектор макулы, мкм	268,9±2,6	269,6±2,5	p>0,05
Внешний височный сектор макулы, мкм	219,9±2,7	220,6±2,7	p>0,05
Внешний верхний сектор макулы, мкм	228±1,8	229±2,1	p>0,05
Внешний носовой сектор макулы, мкм	240,4±2,4	246,4±3,2	p>0,05
Внешний нижний сектор макулы, мкм	219,8±2,5	212,3±3,4	p>0,05
Площадь диска зрительного нерва, мм ²	2,1±0,06	2,2±0,04	p>0,05
Объем нейроретинального пояска, мм ³	0,5±0,05	0,6±0,04	p>0,05
Площадь нейроретинального пояска, мм ²	1,6±0,07	1,7±0,05	p>0,05
Площадь экскавации, мм ³	0,5±0,06	0,4±0,05	p>0,05
Объем экскавации, мм ³	0,08±0,02	0,07±0,02	p>0,05

Соотношение площади и экскавации	0,24±0,02	0,29±0,02	p>0,05
----------------------------------	-----------	-----------	--------

Проведенный анализ полученных результатов показал, что после окончания эксперимента у обследованных профиль фовеолы сохранен. Архитектоника сетчатки не нарушена. Диск зрительного нерва нормального размера, объем и площадь нейроретинального пояса в норме. Объем физиологической экскавации в норме, площадь не увеличена. Соотношение площади экскавации диска зрительного нерва к площади диска зрительного нерва в пределах нормы: 0,029±0,02 и 0,28±0,002. Перипапиллярные нервные волокна сохранены.

Проведенная статическая обработка результатов обследования, полученных при помощи компьютерной томограммы сетчатки у студентов через 6 месяцев эксперимента не показала статистически достоверных различий между исследуемыми показателями, с $p > 0,05$ (по t -критерию Стьюдента)

Выводы. Следовательно, в условиях длительной осенне-зимней нагрузки (при выполнении зрительно напряженных работ) состояние сетчатки у студентов остается без достоверных изменений и не подвергается вредному воздействию.

ОПТИМИЗАЦИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ ДОНОРОВ - СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ И ПРЕДИКТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.Р.Кулюцина, О.А.Левашова, Е.В.Кривченкова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Кафедрой клинической лабораторной диагностики ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России на базе ГБУЗ Пензенская областная станция переливания крови (ГБУЗ ПОСПК) проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование доноров, поддержанное грантом ФГБУ «Российский фонд фундаментальных исследований» (проект № 12-07-97009/12-р_поволжье_a «Алгоритмы и программное обеспечение медицинской информационно-аналитической системы в области гематологии»). Данная работа выполнена в рамках научных исследований по договору о совместной научно-технической деятельности с Алтайским филиалом ФГБУ «Гематологический научный центр» Минздрава России и лабораторией гематологии ЦНИЛ ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Барнаул) по теме «Новые лабораторные технологии обеспечения эффективности трансфузий гемокомпонентов».

Цели проекта - планировалось создание:

- экспериментального программного обеспечения активной базы данных интерактивных электронных паспортов доноров;

- программно-методического обеспечения (базы знаний) для проведения клинико-лабораторных исследований по анализу здоровья доноров в режиме удаленного доступа по схеме клиент/сервер, для централизованной интеллектуальной системы обработки, хранения и защиты информации на уровне специализированного медицинского учреждения (станция переливания крови).

Проведено клинико-лабораторное обследование 301 донора ГБУЗ ПОСПК, подписавших информированное согласие и заполнивших анкету. В исследование были включены 77 доноров крови и 224 донора дискретного и аппаратного плазмафереза. В каждой группе доноров, разделенных по виду донорства, они были распределены по возрасту и полу.

В соответствии с темой проекта и поставленными задачами выполнен ретроспективный анализ здоровья доноров по данным анкетирования. В анкете отмечались возраст, пол, место работы, содержались два вопроса, отражавших анамнестические данные для выяснения возможной семейной склонности к тромбофилическим состояниям и связанных с ним патологиями. Также доноры отвечали на вопросы, касающиеся физической активности, питания, приема алкоголя, кофе и курения, т.е. тех факторов, которые имеют значение в развитии взаимосвязанных между собой анемического синдрома и склонности к тромбофилии и гипергомоцистеинемии. Была разработана бальная оценка результатов анкетирования. По сумме баллов определялся риск развития тромбозов.

Изучен комплекс лабораторных показателей, включающий гематологические, гемостазиологические, молекулярно-генетические, биохимические, иммуногематологические показатели, неспецифические и условно-специфические маркеры эндотоксемии у доноров крови и различных видов плазмафереза, дискретного или аппаратного, в зависимости от пола, возраста. Впервые у доноров Пензенской области исследованы предикторы сердечно-сосудистых заболеваний и маркеры синдрома эндогенной интоксикации (гомоцистеин, цистатин С, высокочувствительный С-реактивный белок, D-димер), генетические полиморфизмы ассоциированные с риском развития тромбофилии и нарушениями фоллатного цикла.

На основании результатов анкетирования и клинико-лабораторного обследования построена онтология предметной области – состояние здоровья доноров. Разработаны формальные модели взаимосвязей предшествующего здоровья доноров и составлены комплексные клинико-лабораторные алгоритмы, позволяющие оценивать качество жизни, здоровье доноров, что будет напрямую влиять на качество гемокомпонентов, как эритроцит- так и плазмасодержащих, и их сохранность.

Составлены стандартные клинико-лабораторные критерии оценки резерва здоровья доноров для оптимизации как процессов заготовки гемокомпонентов, так и повышения безопасности донорства.

Создан программно-методический комплекс на основе программного продукта «1С: Предприятие» с руководством пользователя для разработанной конфигурации активной базы данных электронных паспортов доноров, хране-

ния и обработки результатов анализов крови, выдачи заключения на основании анализов крови, с возможностью подключения сканера штрих-кода для автоматизированного поиска паспортов доноров. Данное программно-методическое обеспечение (базы знаний) для проведения клинико-лабораторных исследований по анализу здоровья доноров в режиме удаленного доступа по схеме клиент/сервер даст возможность проведения централизованной интеллектуальной системы обработки, хранения и защиты информации на уровне специализированного медицинского учреждения (станции переливания крови).

Таким образом, впервые выявлена взаимосвязь качества жизни доноров с показателями адаптационных процессов в системе крови, гемостаза, с наличием генетической предрасположенности к тромбофилическим состояниям, эндотоксической агрессией, - и качеством гемокомпонентов.

Впервые на основании системного анализа и системного подхода составлены математические модели (алгоритмы определения рисков развития анемического синдрома, синдрома эндогенной интоксикации, тромбофилических состояний, в том числе связанных с генетическими особенностями и образом жизни) здоровья донора и, как следствие этого, качественного гемокомпонента.

Впервые введена бальная оценка степени рисков развития анемического синдрома, синдрома эндогенной интоксикации, тромбофилических состояний.

Впервые в данном программно-методическом комплексе дается в автоматическом режиме интеллектуальная поддержка принятия решения в виде выделения параметров, которые вышли за пределы допустимых норм, и возможные виды патологий приводящих к этому, для врачей, осуществляющих освидетельствование доноров, выбирающих вид дальнейшего донорства для каждого конкретного донора и дающих рекомендации по поддержанию его здоровья и продлению его донорской функции.

Впервые создан программно-методический комплекс на основе программного продукта «1С:Предприятие» с руководством пользователя для разработанной конфигурации активной базы данных для ведения электронных паспортов доноров, хранения и обработки результатов анализов крови, выдачи заключения на основании анализов крови, с возможностью подключения сканера штрих-кода для автоматизированного поиска паспортов доноров.

Созданный программно-методический комплекс, на основании которого будет возможно подключение лабораторного оборудования для автоматического введения всех гематологических, биохимических, коагулологических и других параметров непосредственно с автоматических анализаторов без участия операторов, значительно облегчит, ускорит и стандартизирует процесс освидетельствования доноров.

Полученные результаты анкетирования, клинико-лабораторного обследования, включающего генетические полиморфизмы и предикторы сердечно-сосудистых заболеваний, позволят разработать и научно обосновать целевые программы профилактических мер, направленных на улучшение не только качества жизни и здоровья доноров, но и в целом населения Пензенской области.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

*М.Ф.Купцова, В.Г.Васильков, В.А.Бегунов, Т.В.Чернова, А.В.Аракчеев,
О.В.Кудашева, К.С.Кудашев, Н.Б.Ганяева*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России,
ГБУЗ «ГКБСМП им. Г.А.Захарына», Пенза

Развитие острого панкреатита у 15–20% пациентов носит тяжелый деструктивный характер, у 40–70% больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции с высокой частотой развития полиорганной недостаточности и выраженных гнойно-септических осложнений. (В.С.Савельев, М.И.Филимонов, Б.Р.Гельфанд, С.З. Бурневич 2000г).

Течение острого панкреатита отличается большим разнообразием клинических проявлений - с минимальными клиническими проявлениями, но выраженной патоморфологической картиной и, наоборот, при тяжелейших клинических признаках - минимальные патоморфологические изменения. Это создает большие трудности при определении методик интенсивной терапии, хирургической тактики и анализе данной патологии.

Целью настоящего исследования являлось повышение эффективности интенсивной терапии деструктивных форм панкреатита на основе современных методов экстракорпоральной детоксикации и дифференцированного подхода к нутриционно-метаболическому обеспечению пациентов.

Материал и методы исследования. Проведен анализ лечения в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) 167 пациентов с диагнозом острый деструктивный панкреатит (ОДП) с 2008 года по 2013 год.

Основу комплексной интенсивной терапии составило лечение респираторных и гемодинамических нарушений, коррекция электролитных нарушений, подавление избыточной функции поджелудочной железы, рациональная противомикробная терапия, иммунокоррекция, устранение волевических расстройств.

Исследуемый контингент пациентов был разделен на 2 группы:

– группа 1 (контрольная) – 65 пациентов которые получали базисное лечение с использованием традиционной тактики кормления больных в стационаре и методы детоксикации (биоспецифическим гемосорбентом «Овосорб»), плазмафереза, гемофильтрации на аппарате искусственная почка.

– группа 2 (основная) – 102 пациента, которых лечили современными методами экстракорпоральной гемокоррекции аппаратом Prisma flex методом постоянной низкопоточной вено-венозной гемофильтрации продолжительностью от 1 до 9 суток), объёмным плазмообменом (с замещением до 5 л плазмы) и применением нутриционно-метаболической терапии по разработанной программе дифференцированного выбора питательных смесей.

Структура исследования влияния методов экстракорпоральной гемокоррекции и нутриционной терапии на течение ОДП представлена в виде следующих функциональных блоков:

- оценка степени тяжести панкреонекроза (основные лабораторные показатели: амилаза, глюкоза крови, лейкоцитоз, ЦИК, СМП);
- оценка нутритивного статуса по лабораторным показателям (общий белок плазмы, уровень альбумина, абсолютное количество лимфоцитов, мочевины и креатинина крови, определение суточных потерь азота);
- интегральная оценка эффективности лечения панкреонекроза (показатели: длительность пребывания в реанимационном отделении, частота развития полиорганной недостаточности, необходимость оперативного лечения, уровень летальности).

Необходимый объем алиментации определяли конкретной клинической ситуацией: при нестабильном состоянии пациентов – энергия 20-25 ккал/кг, белок – 1-1,2 г/кг в сутки; в стадию стабильного гиперметаболизма – энергия 35-40 ккал/кг, белок 1,5-2 г/кг в сутки.

Результаты и их обсуждение. При анализе лечения отмечены: устойчивая стабилизация гемодинамики во второй группе к началу вторых суток, т.е. на $2,5 \pm 0,7$ дня раньше, чем в первой группе. Значительное снижение интоксикации (СМП на 12,8%; ЦИК на 9,2%). При исследовании динамики абсолютного количества лимфоцитов отмечен их рост на 10,2% во второй группе (78 пациентов).

При лабораторной оценке уровня белкового катаболизма пациенты основной группы характеризовались исходной гиперазотемией, аналогичной пациентам контрольной группы. Однако на фоне применения дифференцированной нутриционной терапии нормализация значений обоих показателей (мочевины и креатинина) имела место уже на 7-8-е сут, концентрация общего белка достигала нижней границы физиологической нормы (64 г/л) на 7-8-е сут, а к 10-м сут наступала полная нормализация показателя, что свидетельствует о значительном ингибирующем влиянии нутриционной терапии на темпы белкового гиперкатаболизма и интенсификации анаболических процессов.

Восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника, уменьшение застойного отделяемого по желудочному зонду, появление стула, т.е. разрешение СКН, позволяло начать интестинальное введение энтеральных смесей во 2-ой группе на 3,2 дня, раньше, чем в контрольной группе.

Суточные потери азота с мочой у пациентов 1 группы составили до 30 г/сутки, во 2-ой группе находились на уровне 12-15 г/сутки, что ниже на 40%.

При оценке интегральных показателей суммарной эффективности комплексного лечения панкреонекроза получены следующие результаты.

В контрольной группе, длительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) – $19,5 \pm 1,8$ (от 16 до 23 сут.) частота развития синдрома полиорганной недостаточности (СПОН) – 89,2% (58 чел.), уровень летальности составлял 38,4% (25 из 65 чел.)

Принципиально иная картина имела место в основной группе:

длительность пребывания в ОРИТ – $15 \pm 1,4$ (от 12 до 18 суток), частота развития СПОН – 65,6% (67 чел.), уровень летальности – 23,5% (24 из 102 чел.).

Количество гнойных осложнений снизилось во 2-ой группе на 18.6%.

Потребовали повторных оперативных вмешательств в первой группе 15 пациентов (23%), во второй - 10 пациентов (12%).

Снизилась длительность пребывания больных в ОРИТ на 4,5 дня. Снизилась летальность во второй группе на 14,9%..

Таким образом, удаление конечных продуктов перекисного окисления липидов и повышение антиоксидантной защиты организма является результатом лечебного действия длительной, постоянной низкопоточной вено-венозной гемофильтрации, нивелирующей тканевую гипоксию при полиорганной недостаточности у больных тяжелым острым деструктивным панкреатитом.

Катаболическая реакция на повреждение может быть модифицирована путем воздействия на ее причину - нутриционная поддержка позволяет ликвидировать голодание и уменьшить потерю ткани, поддержать и оптимизировать процесс ее восстановления. Энергетические потребности должны покрываться за счет энтерального питания, поскольку оно благоприятно влияет на функцию кишечника и иммунной системы, поэтому его нужно начинать как можно раньше.

Парентеральное питание должно применяться при дисфункции ЖКТ, невозможности полноценно восполнить энергетические и пластические потребности энтеральным путём.

На фоне проведения ранней дифференцированной энтеральной нутритивной поддержки уменьшается расход дорогостоящих сред для парентерального питания (смеси аминокислот, жировые эмульсии) и, следовательно, возрастает экономическая эффективность проводимой терапии.

Заключение. Проблема оптимизации интенсивной терапии острого деструктивного панкреатита пока остается до конца не решенной и требует дальнейших совместных усилий анестезиологов-реаниматологов и хирургов, использования более ранних и информативных тестов нарастания синдрома системной воспалительной реакции, синдрома кишечной недостаточности и интоксикации.

СИНДРОМ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

М.Ф.Купцова, Т.В.Чернова, В.П.Коякова, Е.Ю.Ефимова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России,
ГБУЗ «ГКБСМП им. Г.А.Захарьина», Пенза

Синдром полиорганной недостаточности (СПОН) встречается в 15–87% случаев при критических состояниях различного генеза и рассматривается как

ведущая причина летальных исходов у подавляющего большинства больных отделений реанимации и интенсивной терапии.

«Критическое состояние при поврежденном мозге – это особое состояние больного, развитие которого обусловлено первичным или вторичным поражением структур мозга, ответственных за регуляцию системных и гуморальных механизмов жизнеобеспечения, что требует неотложного применения средств и методов интенсивной терапии и реанимации для контроля и управления временно нарушенными системными функциями и гомеостазом до полного или частичного восстановления центральной регуляции ими». (Маневич А.З. 1977).

Первичное повреждение мозга – результат непосредственного воздействия на мозг повреждающих факторов очаговой ишемии мозга при ишемическом инсульте, тотальной ишемии при циркуляторной недостаточности, гипоксии различного генеза.

Повлиять на тяжесть первичного повреждения мозга врач не может.

Развившись, первичное повреждение мозга вызывает нарушение его центральных регулирующих влияний на системные функции и гомеостаз и как следствие этого происходит трансформация критического состояния в его особую форму. Особенность заключается в формировании факторов вторичного повреждения мозга - нарушении системных функций и гомеостаза (нарушение системной гемодинамики, газообмена, метаболизма) в условиях нарушенной центральной регуляции ими, воздействуя на уже поврежденный первично мозг, усугубляя клеточную гипоксию и ишемизацию мозговой ткани, тем самым усиливая тяжесть первичного церебрального поражения.

При тяжелых формах ишемического инсульта неврологические расстройства сопровождаются развитием экстрацеребральной патологии на уровне отдельного органа или системы.

У 90% больных происходит формирование СПОН, под которым понимают остро развившуюся недостаточность функций двух и более органов или функциональных систем, не способных поддерживать постоянство внутренней среды организма. Более чем в половине случаев СПОН при тяжелом инсульте носит многокомпонентный характер с вовлечением в патологический процесс 3–4 органов или систем.

Присоединение СПОН значительно ухудшает состояние больных с тяжелым инсультом и повышает вероятность летального исхода.

Недостаточность двух органов и/или функциональных систем приводит к летальному исходу в 50% случаев, трех – в 75%, а четырех систем – в 90% случаев.

Целенаправленные исследования СПОН при тяжелом инсульте отсутствуют.

Известно, что любой повреждающий фактор (травма, инфекция, кровоизлияние, гипоперфузия и т.д.) приводит к развитию как локальных, так и систем-

ных изменений. Выделяют первичные и вторичные системные изменения, приводящие к формированию первичного или вторичного СПОН.

Первичный СПОН формируется рано и является результатом прямого воздействия повреждающего фактора. Системное воздействие при первичном СПОН обусловлено распространенностью и глубиной локальных повреждений.

Вторичный СПОН представляет собой отсроченный результат генерализованного системного ответа организма на повреждающий фактор:

- а) синдром системного воспалительного ответа с развитием цитокинемии,
- б) системная гиперметаболическая гипоксия, в) тканевая гипоксия с развитием лактатацидоза, г) микроваскулярная коагулопатия и активация эндотелия,
- д) нарушение регуляции процессов апоптоза, е) «кишечная» эндотоксемия.

Клиническую картину при тяжелом инсульте дополняют такие системные нарушения, как электролитные расстройства, ДВС–синдром, гипер– и гипоосмолярное состояние, гипертермия, гипо– и гипертензия, гипоксия, гипер– и гипокания, анемия, гипер– и гипогликемия и нарушения кислотно–щелочного состояния.

Почти у 40% больных с обширными инфарктами и кровоизлияниями в мозг многокомпонентный СПОН формируется в первые 7 суток от начала инсульта – острейшего его периода.

Установлено пять наиболее часто встречающихся видов острой экстрацеребральной патологии, которые осложняют течение и оказывают влияние на исход тяжелого инсульта независимо от характера и локализации последнего: острая патология органов дыхания и сердечно–сосудистой системы, тромбоэмболия легочной артерии, патология мочевыделительной системы и желудочно – кишечного тракта.

Цель настоящего исследования: выявить частоту развития синдрома полиорганной недостаточности в нейрореанимационном периоде у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу.

Материал исследования: проведен анализ лечения 310 пациентов с острым ишемическим инсультом с апреля 2013 года по апрель 2014 года.

Синдром полиорганной недостаточности развился у 97 пациентов.

Возраст пациентов с СПОН колебался от 50 до 59 лет – 12%, 60 - 69 лет – 21%, 70 - 79 лет - 45%, от 80 до 89 лет - 22%.

У больных с ОНМК наиболее негативные последствия оказывает сопутствующая экстрацеребральная патология, последняя отмечена у 89% пациентов.

Тяжесть состояния пациентов оценивалась по шкале ком Глазго: 31 пациент (32%) имели 3 балла, 4-8 баллов – 46 пациентов (48%), 9-12 баллов – 15 пациентов (15%), и только 5 пациентов (5%) имели 13-15 баллов.

Острая патология органов дыхания отмечена у 86% больных, требовали протезирования дыхания 223 человека, длительность ИВЛ составила от 2 до 10

суток, в среднем $4,8 \pm 2,4$ дня. Развитие тяжелых форм пневмонии приведших к летальному исходу было у 4,5% больных, переживших период неврологических осложнений.

Характерно для больных с ишемическим инсультом развитие острого инфаркта миокарда (ОИМ), определяющего в 5% случаев исход инсульта.

Острая патология желудочно–кишечного тракта (ЖКТ) наблюдалась у 8% пациентов и была представлена острыми изменениями слизистой пищевода, язвами и эрозиями слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно–кишечным кровотечением, динамической кишечной непроходимостью и энтероколитом.

Синдром полиорганной недостаточности развился у 97 пациентов, что составило 31%, поражение двух систем было у 73 пациентов (75 %). Сочетание острой дыхательной недостаточности (ОДН) и острой сердечно-сосудистой недостаточности (ОССН) у 68 пациентов (70%). СПОН с поражением трёх систем развился у 20 пациентов (20 %), наибольшее количество пациентов из этой группы было с сочетанием ОССН, ОДН и синдрома кишечной недостаточности - 8 из 20 пациентов. СПОН с поражением 4-5 систем наблюдался у 4 пациентов из 97 (4 %).

Летальность в группе больных с СПОН с поражением 3 и 4-5 систем составила 98%, в группе больных с поражением двух систем составила 50%.

Большинство умерших пациентов с СПОН по шкале ком Глазго имели оценку в 4-8 баллов – 33 пациента (45%) и 3 балла – 30 (41%).

Всего умерли 86 больных с ОНМК, летальность составила 27,7%, досрочная летальность составила 17,4%.

Число умерших от первичного поражения мозга – 13 человек (15%).

Из 97 пациентов с СПОН умерли 73 человека, летальность - 75%

Заключение. Стрессорная реакция при тяжелых инсультах развивается в условиях первичной дезадаптации и становится частью патологического процесса. Структурно–функциональные изменения при инсульте запускают как местный, так и системный воспалительный ответ с развитием цитокинемии.

Наиболее часто встречающимся компонентом СПОН является острая патология органов дыхания.

Раннее начало и быстрое формирование многокомпонентного СПОН при тяжелых формах инсульта определяют необходимость проведения комплексной интенсивной терапии уже с первых часов заболевания. Основные усилия должны быть направлены прежде всего на профилактику и лечение ОДН, метаболических нарушений, как основную экстрацеребральную причину смерти данной категории больных.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ НЕЙРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА КАРОТИДНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

И.И.Кухтевич, Н.И.Алешина, И.Г.Золжорняев

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Нарушение толерантности к глюкозе является независимым фактором риска развития атеросклероза и инсульта, но нормализация уровня глюкозы крови не ассоциируется с существенным снижением этого риска (UK Prospective, 1998). Повышение сахара крови сопутствует целому ряду таких негативных явлений, как артериальная гипертония, дислипидемия, ишемическая болезнь сердца. Эти состояния также считаются независимыми факторами риска острого нарушения мозгового кровообращения. Нарушения углеводного обмена потенцируют атеросклеротическое поражение стенок сосудов. Такие патофизиологические особенности, как повышенная вязкость крови, гиперосмолярность, нарушение окислительных процессов у пациентов с сахарным диабетом, усугубляют и усложняют каскад ишемических изменений в мозге при инсульте. В литературе отмечаются некоторые особенности клиники инсульта на фоне сахарного диабета: более тяжелое течение, большая выраженность отека мозга, высокая летальность.

Проведен анализ лечения пациентов, страдающих сахарным диабетом 2-го типа (СД), в остром периоде каротидного ишемического инсульта средней степени тяжести. Пациенты основной группы получали комбинированную нейропротективную терапию, которая включала ежедневное, на протяжении первых 15 суток, введение глиатилина, цитофлавина и актовегина в среднесуточных дозах. Пациенты контрольной группы получали один нейротропный препарат – мексидол. В обеих группах нейропротективная терапия назначалась на фоне базисной и дифференцированной терапии ишемического инсульта. В каждой из групп оценивалась степень неврологического дефицита в динамике на 1-е, 5-е, 10-е и 20-е сутки по шкале NIHSS. На 21-й день проводили оценку функционального восстановления согласно индексу Бартела.

Пациенты имели стаж заболевания СД от впервые выявленного до 12 лет. Большинство пациентов до инсульта получали пероральные сахароснижающие препараты, у одного пациента контрольной группы СД был инсулинопотребный. Все случаи СД до наступления инсульта по уровню гликемии были компенсированными. В острейшем периоде инсульта пациенты получали инсулинотерапию по уровню сахара крови.

Общая характеристика пациентов основной и контрольной групп представлена в таблице. Отмечено, что большинство больных страдали, помимо СД, артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца и имели повышенный индекс массы тела (ИМТ).

Таблица 1.

Характеристика пациентов.

Показатель	Основная группа	Контрольная группа
Число больных, n	12	9
Мужчин, n(%)	7 (58,3%)	6 (66,6%)
Женщин, n(%)	5 (41,6%)	3 (33,4%)
Средний возраст, лет, M(s)	64,5(8,8)	66,7(9,2)
Факторы риска:		
Артериальная гипертензия, n(%)	12 (100%)	9(100%)
Мерцательная аритмия, n(%)	5 (41,6%)	5 (56%)
Ишемическая болезнь сердца, n(%)	9 (75%)	8 (89%)
Инфаркт миокарда в анамнезе, n(%)	3 (25%)	3 (33,4%)
ИМТ, кг/м ² , M(s)	31,6(3,7)	29,3(1,5)
Уровень холестерина, ммоль/л, M(s)	5,59(1,9)	5,56(0,62)
Уровень глюкозы крови, ммоль/л, M(s)	12,9(4,9)	9,01(1,45)
NIHSS, баллы, Me[25%;75%]	12,5[9;14]	12[9;13]

На фоне лечения в основной группе положительная динамика в виде уменьшения очагового неврологического дефицита отмечена у всех пациентов. В контрольной группе в двух случаях отмечена отрицательная динамика в виде усугубления неврологического дефицита. У остальных пациентов контрольной группы наблюдалась положительная динамика или отсутствие таковой. Разница баллов по шкале NIHSS между 1-м и 20-м днями лечения в группах представлена на рисунке. Между группами отмечена статистически значимая разница ($p=0,023$).

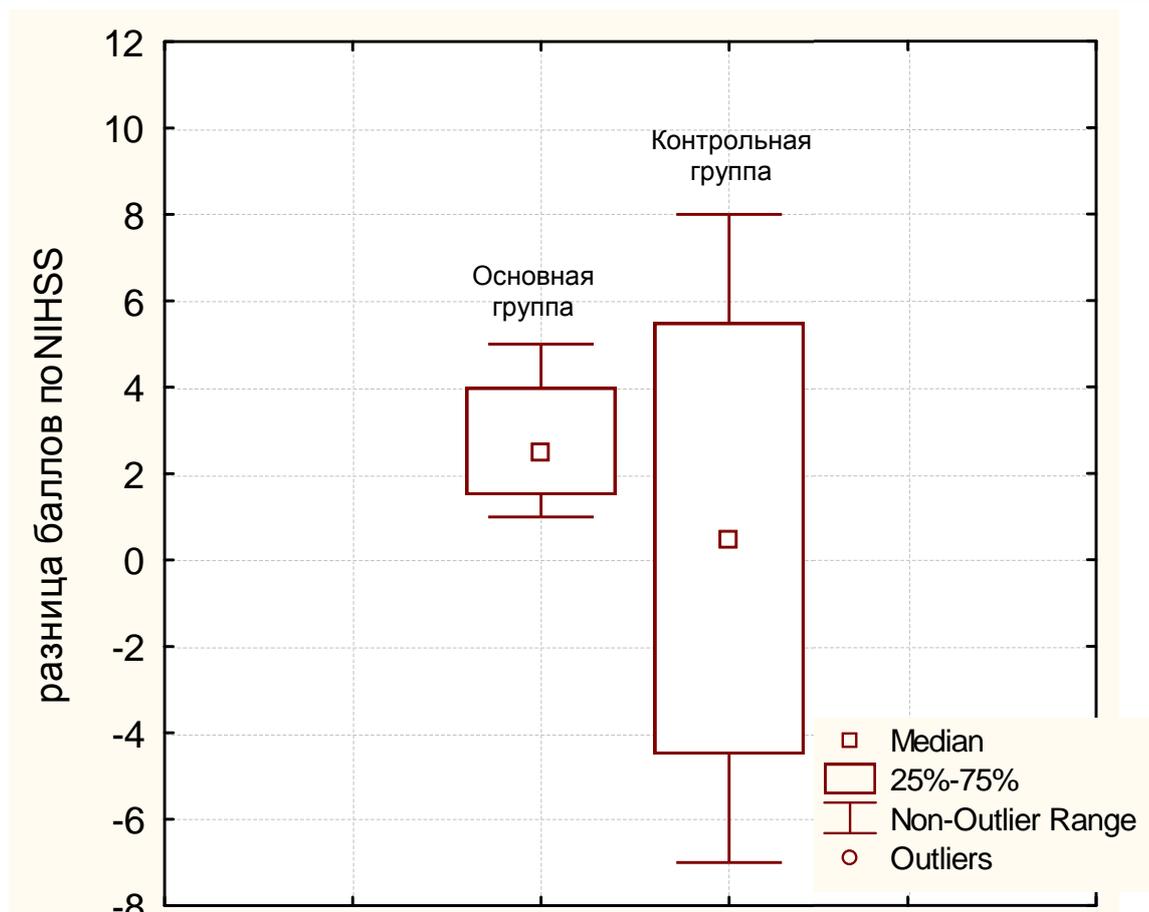


Рисунок. Регресс неврологического дефицита по шкале NIHSS на фоне лечения в группах.

К моменту выписки из стационара пациенты с СД имели существенную степень зависимости от окружающих как в первой, так и во второй группах. Так, индекс Бартела в основной группе составил (Me[25%;75%]) 40[20;70], в контрольной 30[20;60].

Таким образом, показана целесообразность и эффективность назначения комбинированной нейропротективной терапии в остром периоде ишемического каротидного инсульта средней степени тяжести у пациентов, страдающих сахарным диабетом.

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ ПО АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ

А.Н.Лавров, О.Ф.Фролкина, Л.В.Курашвили, Е.А.Кирякина

ГБУЗ Пензенская районная больница, Пенза

Цель работы: оценить функцию печени у здоровых детей Пензенского района по активности ферментов.

Материал и методы. Исследованы ферменты аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ), у -

глутамилтрансфераза (γ-ГТ), креатинфосфокиназа (КФК), холинэстераза (ХЭ), щелочная фосфатаза (ЩФ) в сыворотке крови 169 детей (девочек и мальчиков в возрасте от 8 до 16 лет).

Результаты исследования. По активности вышеперечисленных ферментов оценили функцию печени, используя каталитические свойства этих ферментов в различных биохимических реакциях. Ферменты, синтезируемые гепатоцитами и клетками эпителия желчных протоков подразделяются на индикаторные, секреторные и экскреторные.

Секреторные ферменты: ХЭ; ее активность в крови при заболеваниях печени снижается вследствие нарушения синтеза.

Экскреторные ферменты: ЩФ, (γ-ГТ), лейцинаминопептидаза (ЛАП).

Индикаторные ферменты: АЛТ, АСТ, ЛДГ и глутаматдегидрогеназа (ГлДГ). По их активности в цитоплазме и клеточных органеллах индикаторные ферменты подразделяют на цитоплазматические - АЛТ, АСТ, ЛДГ, митохондриальные - ГлДГ и митохондриально - цитоплазматические - АСТ.

Активность АСТ представлена в гепатоцитах двумя изоферментами: цитоплазматическим и митохондриальным.

Анализируя результаты проведенного обследования детей по активности фермента ХЭ, установили факт колебания её в пределах нижней границе нормы от 4015 до 4759 Е/л (норма 5300-12900 Е/л). Предположили, что у детей пензенского района подавление активности ХЭ за счет угнетения белковосинтетическая функция печени. Снижение активности ХЭ в сыворотке крови развивается при токсическом действии фармацевтических препаратов (цитостатики, пероральные контрацептивы, эстрогены, инсектициды, фунгициды, флюориты). Физиологическое снижение активности ХЭ развивается при беременности. Наиболее часто снижение активности ХЭ развивается под влиянием инсектицидов.

Активности фермента АСТ у здоровых детей Пензенского района колебалась в пределах "серой зоны", т.е. повышалась. Активность фермента АСТ в сыворотке крови была повышена у всех обследуемых детей района, КФК увеличена только у мальчиков, а активность ферментов АЛТ, ЛДГ и ГГТП соответствовала нормальным значениям.

Ферменты КФК, ЛДГ, АСТ принимают участие в энергетических процессах: ЛДГ локализована в цитозоле, а фермент АСТ в цитозоле и митохондриях. АСТ в высоких концентрациях присутствует в клетках сердечной и скелетных мышц, печени, почках и эритроцитах. При сохранении нормальной активности ферментов АЛТ, КФК, ЛДГ и ГГТП повышение активности фермента АСТ мы склонны объяснить возможной дисфункцией образования энергии в митохондриях гепатоцитов у здоровых детей.

Поражение любого из этих органов и тканей привело бы к существенному повышению активности АСТ в сыворотке. Но так как измерение активности фермента АСТ проведено в комплексе с ферментами АЛТ, КФК, ЛДГ, ГГТП сохранившими нормальную активность, то увеличение только активности АСТ

позволило нам предположить о "напряжении", реактивном состоянии функций митохондрий клеток, нежели о нарушении функции органа.

Хазанов В.А. (1992, 2003, 2004) в ряде своих работ показал возможность наступления стадии истощения адаптивной реакции системы образования энергии, если компенсаторные механизмы клетки не справляются с нарастающим расходом макроэргов, либо если перегружаются сервисные системы поставки субстратов и удаления продуктов реакций. Видимо, повышение активности только фермента АСТ у обследуемых детей происходит за счет активации процесса переаминирования на уровне митохондрий, т.е. использование аминокислот в качестве энергетического субстрата.

Обеспечивая клетку энергией, митохондрии интегрируют процессы катаболизма и анаболизма, поддерживая динамическую взаимосвязь обмена веществ. Длительное воздействие неблагоприятных факторов на растущий детский организм могло привести к истощению энергопродуцирующей функции митохондрий гепатоцитов.

Выводы

1. Снижение активности фермента ХЭ у детей свидетельствует о подавлении белково-синтетической функции печени.

2. Повышению активности фермента АСТ при нормальной активности ферментов АЛТ, ЛДГ, ГГТП позволяет утверждать о дисфункции процессов образования энергии в митохондриях.

АКУПУНКТУРНАЯ ДЭНС-ТЕРАПИЯ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНОГО ПЕРИАРТРОЗА

М.Ю.Левков

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Заболевания нервной системы вертеброгенного происхождения занимают 3-е место (5,8%) в общей структуре заболеваемости.

К настоящему времени описано около 30 неврологических симптомокомплексов шейного остеохондроза (Ш.О.Х.), среди которых существенное место занимают нейродистрофические синдромы (Н.С.), основным среди них является плечелопаточный периартроз (ПП).

Для лечения плечелопаточного периартроза применяют различные методы, в частности, околосуставные и внутрисуставные новокаиновые блокады. Отмечен определённый терапевтический эффект от инъекций гидрокортизона в периартикулярные ткани плечевого сустава, фонофореза лекарственных веществ, рентгенотерапии.

Уже одно перечисление большого числа лечебных мероприятий свидетельствует о том, что не имеется достаточно эффективного метода лечения этого заболевания. В ряде случаев возникают осложнения такие как, местное воспаление при введении новокаина, гидрокортизона, аллергические реакции.

Поэтому в последнее время все большее место в лечении ПЛП занимают альтернативные методы лечения. Среди них особое место занимает динамическая электронейростимуляция (ДЭНС-терапия).

ДЭНС-терапия позиционируется как лечебно-профилактический метод, сочетающий принципы физио- и рефлексотерапии.

Нами предложен метод мониторинга поверхностного импеданса в зонах биологически активных точек (БАТ), соответствующих базовой модели болевого синдрома. Именно электрокожное сопротивление позволяет оценивать реакции симпатического отдела вегетативной нервной системы на применяемые методы физио- и рефлексотерапии, т.к. ведущим синдромом является боль.

С этой целью было обследовано и проведено лечение 30 больным с ПЛП. Мужчин было – 21, женщин – 9. Возраст больных от 36 до 57 лет. Сроки заболевания составили от 2 до 1.5 месяцев.

Обследование включало: исследование неврологического статуса, рентгенографию шейного отдела позвоночника плечевого сустава, реовазографию сосудов верхних конечностей, реоэнцефалографию.

Клинически у обследуемых больных плечелопаточный перартроз проявлялся двумя ведущими синдромами – болью и контрактурой. Боль локализовалась преимущественно по передненаружной поверхности плечевого сустава и меридианального края ключевидного отростка лопатки с иррадиацией в руку по ладонно-срединной линии плеча, а также надостную и подостную область лопатки. Пальпаторно у больных определить болезненные точки в области: ключевидного отростка, большого бугорка, плечевой кости, надплечье, меридианально-верхнего угла лопатки.

Боль усиливалась в ночное время, при изменениях погоды, а также при движении в плечевом суставе, особенно при отведении руки или закладывании её за спину.

У 22 больных отмечалась мышечно-сухожильная контрактура с выраженным ограничением объёма пассивных движений при движении руки в сторону и вверх, назад, за спину или за голову

Кроме того, мы провели электро- и термопунктурную диагностику функционального состояния биологически активных точек, расположенных в проекциях мышц: надостной, подостной, большой круглой, большой грудной, дельтовидной, двуглавой.

Также проводилось измерение электрокожного сопротивления точек-поспособников ручных меридианов. Диагностика проводилась с помощью прибора "Lasper" и портативного цифрового прибора для электро- и термометрии типа "Диэг".

Наибольшие отклонения электро- и термопоказателей мы получили в точках P2 IG10 IG12 PI PC128 IG9 TR14 GI15 PC129 MC2 IG11 PN74(3) PC127. При этом за N принимались показатели симметричных точек здоровой стороны.

Основным критерием подбора БАТ для проведения электроаналгезии был максимальный коэффициент отклонения электрокожного сопротивления и температура кожи. Эффективным оказалось воздействие на следующие БАТ мери-

дианов, вовлеченных в патологический процесс: VB20 VB21 V10 T14 V11 V43 IG15 VB12. Лечебному воздействию подвергались также точки общего действия с выраженным противоболевым компонентом и антиспастические точки: GI14 E36 V60 IG4 F3 GI10 TR10 F2/

Для нормализации вегетативного тонуса верхних конечностей использовались следующие БАТ: V12-17 V42-46 на стороне больного сустава.

При купировании болевого синдрома для снижения контрактуры сустава всем больным рекомендовался специальный комплекс упражнений.

Используемый дифференцированный метрический способ выбора БАТ для проведения ДЭНС-терапии позволил купировать болевой синдром при ПЛП уже после 4-5 процедур.

Результаты лечения показали, что значительное улучшение отмечено у 20 больных, улучшение – у 7 больных, эффект отсутствовал в 2-х случаях.

Таким образом, использование данной методики лечения ПЛП с учётом функционального состояния БАТ позволяет значительно сократить сроки стационарного лечения больных, а также проводить объективный контроль во время лечения и в стадии ремиссии заболевания.

По данным катamnестического обследования у 14% наблюдали рецидив заболевания в сроки до 1 года после лечения, что свидетельствует о достаточно стойком эффекте.

Описанный метод терапии ПЛП достаточно прост, что позволяет широко использовать его в неврологических отделениях, поликлиниках и других ЛПУ.

ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ 25-ГИДРОКСИКАЛЬЦИФЕРОЛА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ РАХИТЕ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.Н.Максимова, В.И.Струков, Л.Г.Радченко

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Актуальность: Неуклонный рост патологии опорно-двигательного аппарата в детской и подростковой популяции, увеличение числа детей с остеопенией, формируют широкий спектр медико-социальных проблем (Мальцев С.В., 2012). Самым частым заболеванием, связанным с нарушением фосфорно-кальциевого обмена, у детей первых лет жизни является рахит (Демин В.Ф. 2006). Его частота в различных регионах страны колеблется от 35 до 80,6% (Коровина Н.А., Чебуркин А.В. 2007; Струков В.И. 2009). Одной из предпосылок возникновения остеопенического синдрома у детей первого года жизни является нарушение функции щитовидной железы, гормоны которой влияют на метаболизм витамина D (Касаткина Э.П.2003, Шабалов Н.П.,2006). Известно, что рахит развивается в период интенсивного роста, физиологической перестройки костной ткани, в условиях несовершенной регуляции остеогенеза и

фосфорно-кальциевого обмена у детей (Новиков П.В. 2004, Баранов А.А. 2009). В связи с этим представляет интерес изучение динамики содержания 25-гидроксикальциферола ($25(\text{OH})\text{D}_3$) в сыворотке крови при рахите у доношенных детей первого года жизни с функциональной недостаточностью щитовидной железы.

Цель исследования: изучить изменения содержания 25-гидроксикальциферола в сыворотке крови при рахите у доношенных детей первого года жизни в зависимости от функциональной недостаточности щитовидной железы.

Пациенты и методы исследования: За период с 2009 по 2013 гг. на базе ГБУЗ ПОДКП им. Н. Ф. Филатова обследовано 167 доношенных детей первого года жизни с проявлениями рахита и транзиторным неонатальным гипотиреозом. Все наблюдаемые дети были выделены в три равноценные группы: I (контрольная) – 33 ребенка, условно здоровые (без рахита и нарушений функции щитовидной железы); II – 68 детей первого года жизни с проявлениями рахита без нарушений функции щитовидной железы; III – 66 человек с проявлениями рахитического процесса на фоне функциональной недостаточности щитовидной железы. Контингент детей и их матерей в сравниваемых группах был сопоставим по возрасту, массе тела, состоянию после рождения, течению неонатального периода. Возраст женщин колебался: от 18-33 лет. Первородящие составили 64%, повторнородящие – 36%. Более чем в 70% случаев у матерей исследуемых детей отмечался отягощенный акушерский анамнез (токсикоз, гестоз, угроза прерывания, генитальная патология). Мальчики составили 48%, девочки – 52%.

Концентрации 25-гидроксикальциферола ($25(\text{OH})\text{D}_3$) в сыворотке крови определялись методом хемилюминесцентного иммуноанализа для количественного определения (АКСИТЕСТ – 25OHvitaminD с использованием технологии СМІА с гибкими протоколами анализа Chemiflex) на анализаторах закрытого типа Immulite 2000i (DPC). Определение гормонального профиля (ТТГ, Т4св.) в сыворотке крови осуществляется иммунохемилюминесцентным методом с помощью набора «Алкор-Био» на аппарате «Viktor».

Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа SPSS17, STATISTIKA 6. Количественные переменные выражали в виде среднеарифметической величины (M) и ее стандартной ошибки (m). Сравнение средних значений в группах проводили с помощью однофакторного дисперсионного анализа ANOVA. При множественных сравнениях использовали поправку Бонферони с установлением более высокого уровня значимости ($p < 0,017$).

Результаты. На протяжении первого и второго полугодия средний уровень 25-гидроксикальциферола у детей III группы был статистически значимо ниже по сравнению с I (контрольной) группой ($p < 0,001$). К трехмесячному возрасту у детей с функциональной недостаточностью щитовидной железы отмечалось снижение средних концентраций $25(\text{OH})\text{D}_3$ в сыворотке крови до $30,82 \pm 0,25$ нг/мл, которое имело статистически значимые различия в сравнении

со II группой ($39,70 \pm 0,37$ нг/мл, $p < 0,001$). Во втором полугодии, несмотря на динамическое повышение значений $25(\text{OH})\text{D}_3$, в III группе темп увеличения содержания 25 -гидроксикальциферола оставался низким и значимо отличался от показателей II ($p < 0,003$) и контрольной групп ($p < 0,001$).

Выводы: Функциональная недостаточность щитовидной железы у детей первого года жизни при рахите сопровождается гормональным дисбалансом кальцийрегулирующих систем, усугубляющих витамин D – недостаточность в организме. Это проявляется статистически значимым снижением уровня 25 -гидроксикальциферола в сыворотке крови у детей, с функциональной недостаточностью щитовидной железы, по сравнению с результатами II и контрольной групп.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОРВИ И ГРИППА У ПАЦИЕНТОВ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ИНФЕКЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ФБГУЗ МСЧ № 59 ФМБА РОССИИ Г. ЗАРЕЧНОГО

И.А.Малова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, ФБГУЗ МСЧ № 59 ФМБА России, Пенза

Актуальность проблемы: острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – группа наиболее распространенных заболеваний, близких по клиническим и эпидемиологическим характеристикам. Этиология ОРВИ чрезвычайно разнообразна: их вызывают более 200 разных представителей четырех семейств РНК-содержащих вирусов (ортомиксо-; парамиксо-; короно-; пикорно-вирусы) и двух семейств ДНК – содержащих вирусов (адено- и герпес- вирусы).

Благодаря совершенствованию методов лабораторной диагностики, включая полимеразную цепную реакцию (ПЦР), расширились возможности по идентификации возбудителей респираторных инфекций вирусной природы. Появились сообщения об обнаружении ранее неизвестных респираторных вирусов, таких как метапневмовирус (hMPV), бокавирус (hBoV) и коронавирус. Кроме того, изменился взгляд на роль некоторых известных вирусов в инфекционной патологии дыхательных путей.

Цель исследования: изучение этиологической структуры гриппа и ОРВИ у госпитализированных больных в эпидсезоны 2011-2014гг.

Материалы и методы исследования: забор материала производили в течение первых суток пребывания больного в стационаре путем взятия мазка из обоих носовых ходов сухим ватным тампоном с последующим помещением его в пробирку с 0,5-1,0 мл. среды. Для верификации возбудителей ОРВИ в клиническом материале использовали метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) с гибридизационно-флуоресцентной детекцией набором реагентов «АмплиСенсОРВИ–скрин-FL». Реакцию амплификации проводили при помощи прибора для ПЦР в режиме «реального времени» «ДТ-96» («ДНК-технология», Россия).

Исследование проводилось на базе ФБУЗ “Центр гигиены и эпидемиологии в Пензенской области” и ФГБУЗ ЦГиЭ № 59 ФМБА России.

Результаты исследования: согласно данным статистического анализа по инфекционному стационару МЧС-59 за период 2011-2013гг. и 1 кв. 2014г. в отделении пролечено 4304 человека, в том числе с острыми респираторными инфекциями – 2655, что составило 61,7% от числа госпитализированных больных. Среди пациентов с острыми респираторными заболеваниями было 36,3% взрослых и 63,7% детей. На базе инфекционного отделения в эпидсезон 2011-2012гг. обследованы 693 пациента с признаками ОРВИ и гриппа. Верифицировано 402 случая заболеваний, что составило 39,9% от числа госпитализированных больных с острыми респираторными заболеваниями в этот период. С 2013г. обследование методом ПЦР проводится всем пациентам с клиникой острой респираторной инфекции. За 2013г. и 3 месяца 2014г. обследовано 1065 пациентов, удельный вес этиологической расшифровки составил 28,4%. От числа этиологически верифицированных случаев острых респираторных инфекций больных гриппом А (H3N2) было 18,18%, гриппом А (H1N1) – 16,76%, гриппом В – 10,51%, парагриппом – 14,2%, респираторно-синцитиальной инфекцией – 9,52%, риновирусной инфекцией – 12,64%, метапневмовирусной инфекцией – 5,97%, бокавирусной инфекцией – 2,56%, аденовирусной инфекцией – 4,26%. В 4,12% случаях (29 пациентов) диагностирована микст-респираторная инфекция.

Выводы: этиологическая верификация ОРВИ и гриппа позволит прогнозировать эпидемиологические подъемы заболеваемости, своевременно планировать лечебно-диагностические мероприятия и обеспечить качественную и адекватную медицинскую помощь госпитализированным больным.

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ

Г.И.Мартынова, Ш.А.Таймазов, Т.Н.Семенова, М.Ю.Левков

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Большой процент (от 50 до 90 по данным разных авторов) диабетических полиневропатий (ДПН) позволяет считать данные изменения не как осложнение, а как неврологическое проявление сахарного диабета. По данным электронейромиографических исследований и соматосенсорных вызванных потенциалов при ДПН в большей степени страдают чувствительные и вегетативные волокна, что приводит к трофическим нарушениям и развитию диабетической стопы, ухудшая качество жизни больных. Это свидетельствует об актуальности точной диагностики и поиска новых методов лечения данного патологического состояния.

Целью нашего исследования явилось изучение и определение характера периферических вегетативных расстройств при ДПН для коррекции их соответствующими вегетотропными препаратами. О вегетативном статусе судим по

результатам исследования красного и белого дермографизма, электротермометрии кожи, приема белого пятна, ортоклиностаической пробы.

Обследовано 72 больных с симметричной дистальной сенсорной формой ДПН в возрасте от 25 до 65 лет (58 женщин и 14 мужчин). Диабет I типа диагностирован у 19 больных, II типа – у 53. Диагноз полиневропатии выставлялся на основании данных клинического неврологического обследования (жалоб, нарушений движений по пятибалльной системе, чувствительности поверхностной и глубокой, в том числе и вибрационной) и данных электронейромиографии. Группу сравнения составили 30 больных диабетом без признаков полиневропатии.

Проведенные исследования периферического вегетативного статуса на предплечьях, кистях, голенях и стопах у больных ДПН показали достоверное преобладание ($P < 0,01$) тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы по сравнению с контролем. При исследовании красного дермографизма отмечено его более раннее появление и длительное сохранение у больных. Более выраженные изменения наблюдались в кистях и стопах. Если у больных красный дермографизм появлялся на предплечье в среднем через $1,52 \pm 0,05$ мин., на кисти через $1,34 \pm 0,05$ мин., то в группе сравнения – соответственно, через $2,54 \pm 0,08$ мин. и $2,21 \pm 0,07$ мин. На голенях красный дермографизм у больных появлялся через $1,84 \pm 0,05$ мин., на стопе – через $1,64 \pm 0,05$ мин., в группе сравнения – соответственно, через $2,56 \pm 0,08$ мин. и $2,15 \pm 0,06$ мин. Исчезал красный дермографизм у больных на предплечьях через $34,12 \pm 0,30$ мин., на кистях – через $36,81 \pm 0,31$ мин., в группе сравнения – соответственно, через $20,54 \pm 0,26$ мин. и $22,53 \pm 0,27$ мин. На голенях красный дермографизм у больных исчезал через $33,10 \pm 0,31$ мин., на стопах – через $37,55 \pm 0,29$ мин., в группе сравнения – соответственно, через $21,12 \pm 0,27$ мин. и $23,04 \pm 0,28$ мин. Следует отметить, у 26 (36,1%) больных наблюдался возвышенный красный дермографизм; в группе сравнения данного феномена не было.

Белый дермографизм у больных поздно появлялся и раньше исчезал по сравнению с контролем. В опытной группе белый дермографизм появлялся на предплечьях через $31,28 \pm 0,27$ сек., на кистях – $32,45 \pm 0,28$ сек., в группе сравнения – соответственно, через $23,15 \pm 0,22$ сек. и $24,55 \pm 0,23$ сек. На голенях белый дермографизм появлялся через $30,95 \pm 0,27$ сек., на стопах – через $33,27 \pm 0,28$ сек., в группе сравнения – соответственно, через $21,25 \pm 0,22$ сек. и $23,38 \pm 0,24$ сек. Исчезал белый дермографизм у больных на предплечьях через $1,62 \pm 0,05$ мин., на кистях – через $1,58 \pm 0,04$ мин., в группе сравнения – соответственно, через $3,84 \pm 0,05$ мин. и $4,35 \pm 0,05$ мин. На голенях белый дермографизм исчезал через $1,76 \pm 0,06$ мин., на стопах – через $1,54 \pm 0,04$ мин., в группе сравнения – соответственно, через $4,12 \pm 0,05$ мин. и $4,34 \pm 0,05$ мин.

При исследовании приема белого пятна у больных ДПН наблюдалось его более быстрое исчезновение, чем в группе сравнения. На предплечьях белое пятно у больных исчезало в среднем через $2,72 \pm 0,06$ сек., на кистях – через $2,52 \pm 0,06$ сек., в группе сравнения – соответственно, через $3,18 \pm 0,04$ сек. и $3,22 \pm 0,04$ сек. На голенях исчезновение белого пятна у больных отмечено через

2,58±0,05 сек., на стопах – через 2,35±0,04 сек., в группе сравнения – соответственно, через 3,15±0,05 сек. и 3,20±0,05 сек.

О парасимпатической направленности периферических вегетативных нарушений у больных ДПН свидетельствуют и данные электротермометрии кожи. Температура кожи в местах поражений (предплечья, кисти, голени и стопы) была выше, чем в данных областях в группе сравнения. На предплечье температура кожи равнялась в среднем 32,21±0,23 градусов, на кистях – 32,74±0,21 градусов, в группе сравнения – соответственно, 31,62±0,20 и 30,52±0,21. на голених кожная температура была 32,15±0,23 градуса, на стопах – 33,18±0,22 градуса, в группе сравнения – соответственно, 30,84±0,23 и 31,16±0,24 градуса. У 16,7% (12 больных) наблюдалась асимметрия кожной температуры справа и слева, разница составляла 0,5-1,0 градус.

Парасимпатическую направленность периферических вегетативных реакций подтверждают и результаты ортостатической пробы. В ортостатической пробе АД повышалось у больных в среднем на 12,5 мм рт.ст., пульс учащался на 10 уд. в 1 мин., в группе сравнения – соответственно, на 18 мм рт.ст., на 20 ударов. В клиностатической пробе возврат АД и пульса к исходным величинам у больных был быстрым: АД и пульса – через 1,61±0,4 минуты, в группе сравнения – через 1,94±0,04 минуты.

Полученные нами данные об изменении периферического вегетативного статуса у больных ДПН позволяют сделать вывод о необходимости проведения вегетотропной терапии, а преобладание тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы говорит о целенаправленном применении парасимпатолитиков (холинолитиков) и симпатомиметиков (адреномиметиков).

ПОСТИНФЕКЦИОННЫЙ ПОДОСТРЫЙ ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ ЭНЦЕФАЛИТ БЕККЕРСТАФА (НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ)

*И.В.Метальникова, Е.А.Чернышова, О.С.Вербицкая, Р.Р.Масаева,
А.И.Ермолаева, Р.М.Мусеев*

Медицинский институт ПГУ, Пенза

Вирус простого герпеса проникает в ЦНС гематогенным и периневральным путём [4]. Характерны длительная персистенция в организме и способность периодически активизироваться под действием неспецифических факторов [2]. Неврологическая симптоматика может развиваться остро или постепенно. Клиническое своеобразие герпетического энцефалита в значительной степени зависит от преимущественной локализации очагов в височной и лобной долях [1]. В последние годы описывают атипичные формы герпетического энцефалита со стертой подостро развивающейся симптоматикой, с преимущественным вовлечением мозгового ствола (стволовой энцефалит), имитирующие острую психиатрическую патологию [3].

Пациентка М., 31 год, в апреле обратилась с жалобами на общую слабость, сонливость, которую заметили окружающие, был эпизод потери сознания. В течение двух дней спала дома с короткими периодами пробуждения.

Из анамнеза известно, что в марте болела герпетической инфекцией (*Herpes Labialis Simplex*), перенесла психоэмоциональный стресс.

В неврологическом статусе отмечено следующее: сознание ясное, в контакт вступает, в месте, времени и собственной личности ориентирована верно. Эмоционально лабильна, астенична, критика к своему состоянию снижена. Мелкоразмашистый нистагм влево, крупноразмашистый вправо, вертикальный нистагм. Двоение при взгляде вверх и прямо. Глоточные рефлексы резко снижены симметричны, фонация сохранена. Лицо симметричное, язык по средней линии. Глубокие рефлексы средней живости симметричные. Патологических рефлексов, менингеальных симптомов, парезов не выявлено. Имеется болевая левосторонняя гемигипестезия. Болезненность при пальпации мышц плечевого пояса, в паравертебральных точках шейного отдела. Пробы на координацию выполняет неточно. В пробе Ромберга неустойчива. Походка атаксическая.

Пациентка направлена в экстренное отделение неврологии с диагнозом: «Стволовой энцефалит вирусной этиологии». Выписана с улучшением, через неделю вновь обратилась с жалобами на головокружение, усиливающееся при смене положения тела, шаткость при ходьбе с отклонением влево, двоение в глазах при взгляде вверх и прямо, общую слабость, тошноту, боли в шейно-затылочной области. Пациентка госпитализирована в неврологическое отделение. В стационаре отмечен эпизод ночного неконтролируемого мочеиспускания. На фоне проводимого лечения течение заболевания было волнообразным: периодически наблюдались периоды улучшения в виде уменьшения атаксии, головокружения, общей слабости, а затем вновь был возврат к исходному уровню. Через две недели состояние резко ухудшилось, возникли оглушение, грубые когнитивные и эмоционально-волевые нарушения, спонтанный вертикальный и горизонтальный нистагм, грубая мозжечковая атаксия, двусторонняя пирамидная недостаточность, левосторонний гемипарез до 3,5 баллов. Отмечен генерализованный эпилептический приступ. Температура тела повысилась до 37,8 градусов.

На магнитно-резонансной томографии головного мозга выявлены МР-изменения в проекции ствола, которые при наличии клинико-лабораторных данных, могут быть признаками энцефалита.

Из дополнительных исследований: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические анализы крови соответствовали норме. На глазном дне выявлена ангиодистония сосудов сетчатки. Концентрическое сужение полей зрения.

При исследовании ликвора на АТ к вирусу простого герпеса: АТ к IgM — не обнаружены, IgG 1:3200 (в норме до 1:400 МЕ/мл).

Учитывая жалобы больной, данные анамнеза, осмотра и инструментального исследования выставлен клинический диагноз: Постинфекционный подострый прогрессирующий энцефалит с преимущественным поражением ствола

головного мозга (энцефалит Беккерстафа), тяжелое течение с нарушением сознания, грубым атактическим синдромом, генерализованными судорожными приступами, когнитивными и эмоционально-волевыми нарушениями, пирамидным синдромом.

Больной проведено лечение: виролекс, ацикловир, метипред, цефтриаксон, рибоксин, актовегин, преднизолон, релиум, глицин, карбамазепин, реосорб, сорбилакт.

В результате проведенного лечения отмечено клиническое улучшение состояния и на магнитно-резонансной томографии головного мозга отмечена положительная динамика по сравнению с предыдущими данными.

В динамике в ликворе: АТ к IgM — не обнаруж., IgG — не обнаруж.

Таким образом, в данном наблюдении отмечены особенности энцефалита в виде волнообразного течения, органической неврологической симптоматики, что следует учитывать в процессе диагностики и лечения данных заболеваний.

Литература:

1. Болезни нервной системы: Руководство для врачей: В 2-х т. - Т. 1 / Под ред. Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана. - 2-е изд., перераб и доп. - М.: Медицина, 2001. - 744 с.

2. Неврологические симптомы, синдромы, симптомокомплексы и болезни/ Гусев Е.И., Бурд Г.С, Никифоров А.С. -М.: Медицина, 1999.- 880 с

3. Неврология. Национальное руководство/Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцова, А.Б. Гехт. - ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 1112с.

4. Поражения нервной системы при герпетической инфекции/ Сорокина М.Н., Безух С.М. - СПб.: СПНИИДИ, 1996. - 34 с

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ БИПОЛЯРНОЙ ГАЛОТРАКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТЛАНТОАКСИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

В.А.Моисеенко, А.И.Кислов, А.В.Салаев, А.В.Гатин

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Актуальность проблемы. Среди повреждений шейного отдела позвоночника, удельный вес которых составляет 2-4,6% всей скелетной травмы наиболее сложными в отношении диагностики и лечения являются атлантоаксиальные повреждения. Оперативные вмешательства при травмах С1;СII - отдела, направленные на восстановление нормальных анатомических взаимоотношений и стабилизацию элементов позвонков, осуществляются трансфареангеальным, либо высоким косым переднелатеральным доступами. В свою очередь, это сопряжено с техническими сложностями манипуляций на атлантоаксиальном комплексе, а также дополнительной травматизацией области патологии. Настоящий период развития вертебрологии связан с внедрением высокотехнологичных методик лечения, в том числе и при повреждениях атлантоаксиального

отдела позвоночника. При выборе варианта, среди существующих способов оперативного лечения, наряду с его эффективностью, немаловажным оказывается принцип малотравматичности.

Малоинвазивность способа галотракции (Perry J., Nickel,) возможность динамической репозиции без скелетизации области повреждения, наряду с сохранением физиологической активности пациента, обеспечивают оптимальные условия регенерации костной ткани в зоне перелома.

Материал и методы исследования. В результате поиска малотравматичных и эффективных оперативных вмешательств при атлантоаксиальных повреждениях, нами предложен новый способ - биполярная галотракция шейного отдела позвоночника (патент АС 1683711). Сущность способа заключается в создании двух блоков чрескостной фиксации, расположенных по разные стороны от области повреждения. Краниальный блок крепят за кости черепа с помощью 2-х спиц, проведенных в пределах слоя «диплоэ» (патент РФ 2044079) и закреплённых в кольце Илизарова. Каудальный – крепят через остистый отросток СII перкутанно проведённой спицей, во фронтальной плоскости которую, в свою очередь, натягивают в полукольце Илизарова. Подвижно-стопорящаяся система соединения краниального и каудального блоков, сформированная по принципу основных канонов внеочагового чрескостного остеосинтеза по Г.А. Илизарову, позволяет проводить многоплоскостную репозицию перелома СI;СII.

Результаты. Предложенный способ используется в клинике травматологии и ортопедии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России более 20-ти лет.

Из всех 432-х больных с повреждением шейного отдела позвоночника, в возрасте от 15 до 81 года, у 141 (32,6%) выявлены нейрососудистые осложнения. У 183 пациентов (42,4%) были атлантоаксиальные повреждения.

Предложенный способ галотракции применён у 73-х больных, из которых, у 39 наблюдался трансдентальный подвывих атланта; у 32 - травматический спондилолистез СII, и с повреждением Джефферсона СI - 2 пациента. Из всех 39 больных с переломом зубовидного отростка СII, 11 пациентов поступило с признаками замедленной консолидации, в сроки от 2,5 до 8 месяцев с момента травмы.

При свежих повреждениях атлантоаксиальных повреждениях (28 пациентов) процесс дозированной репозиции длился 1-10 дней. Последующий период стабилизации в галоаппарате продолжался от 5-6 до 9-12 недель. Затем, на 1-2 месяца, для реадaptации мышц шеи накладывали воротник, типа Шанца, либо конструкция Philadelphia. При замедленной консолидации перелома зубовидного отростка СII этапная репозиция и стимуляция регенерата костной ткани осуществлялась путём дистракции в галоаппарате, в сроки от 10 до 32-х дней, с последующей стабилизацией до 2-3 месяцев. При наличии рентгенологических признаков формирующегося регенерата выполняли иммобилизацию гипсовой торакокраниальной повязкой до 3-5 месяцев.

В результате у всех пациентов достигнуто сращение через 5-6 месяцев после начала лечения. Репозиционно-ретенционный период в галоаппарате у

пациентов с травматическим спондилолистезом СII длился 1,5-2 месяца. Восстановление трудоспособности достигнуто, в сроки 4-6 месяцев от начала лечения. У двух пациентов с переломом Джефферсона СI лечение в галоаппарате проводили путём умеренной дистракции в течение 2-х месяцев под контролем нейросиндрома, затем накладывали гипсовую торакокраниальную повязку до 4-5 месяцев от начала лечения.

Анализируя функциональные возможности известных галоаппаратов, в том числе и нашей конструкции, нужно отметить, что при такой компоновке устройства имеются определённые ограничения условий репозиции повреждённых позвонков. Характерно, что краниальный блок (кольцо, стабилизирующее череп) фиксируют к вертикально расположенным резьбовым штангам через подвижно-стопорящиеся узлы многоплоскостного перемещения под углом, при этом перемещение этого узла в горизонтальной плоскости, не представляется возможным.

Для обеспечения возможности перемещения краниального блока галотракции горизонтальной плоскости, нами, в узлы краниального блока, введены дополнительные резьбовые штанги с гайками. При дополнительном перемещении краниального блока по этим резьбовым штангам с помощью гаек происходит дозированное перемещение краниального блока и, соответственно, определённый этап репозиции в горизонтальном направлении. При этом не требуется демонтажа основных узлов фиксации.

Таким образом, предложенный модернизированный способ биполярной галотракции шейного отдела позвоночника, является малоинвазивным и эффективным способом лечения атлантаксиальных повреждений.

ИЗУЧЕНИЕ ПАТОГЕНЕЗА ХРОНИЧЕСКОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ

Б.А.Молотилев, М.В.Осипова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Еще сравнительно недавно считалось, что на долю хронической идиопатической крапивницы приходится 80-95%, однако последние достижения в области диагностики и патогенеза различных форм ХК позволили в составе идиопатической крапивницы выделить аутоиммунную форму, которая выявляется в 30-52% среди всех случаев ХК.

В настоящий период патогенетические механизмы хронической идиопатической крапивницы представляются весьма сложными и недостаточно ясными, хотя и нет сомнения в том, что ключевая роль в ее развитии принадлежит тучным клеткам. При дегрануляции тучных клеток происходит выброс различных биологически активных веществ и, в первую очередь, гистамина. Именно гистамин повышает проницаемость капилляров и венул и вызывает расширение кровеносных сосудов кожи, что и приводит к развитию ограниченного отека и

образованию типичного волдыря. Остаётся неясным вопрос о том, что лежит в основе дегрануляции тучных клеток при идиопатической крапивнице. На наш взгляд, следует, в первую очередь, обратить внимание на роль сопутствующей хронической очаговой инфекции, которая давно рассматривается авторами многочисленных публикаций как триггерный фактор, способствующий обострению ХК.

Доказано, что одним из наиболее сильных Т клеточных митогенов является стафилококковый энтеротоксин А, который вызывает выраженную пролиферацию Т клеток с высвобождением большого количества провоспалительных цитокинов, включая ИЛ2 и лимфотоксин. Кроме того, суперантигены могут стимулировать секрецию лейкотриенов тучными клетками. Также и некоторые другие бактериальные токсины и вирусы могут действовать как суперантигены, индуцирующие непрерывное высвобождение различных медиаторов воспаления из Т клеток, макрофагов и тучных клеток.

Следовательно в одних случаях, при соответствующих условиях различные антигены (вирусные, бактериальные и др.) могут инициировать развитие аутоиммунной формы хронической крапивницы, а с другой стороны, они и сами могут вызывать дегрануляцию тучных клеток с последующим развитием воспалительной реакции в виде крапивницы. При этом совсем необязательно, чтобы рецидив болезни был связан с обострением, (хотя и этот вариант не исключается) очага инфекции. Может сыграть роль кумулятивный эффект, связанный с накоплением различных воспалительных медиаторов, а также дополнительные триггерные факторы (тяжелая физическая работа, бессонница, наличие вторичного иммунодефицита и т.п.).

Приняв такую позицию, можно полагать, что в большинстве случаев причиной идиопатической крапивницы является сам инфекционный агент и, в этих случаях, более правильно рассматривать такой вариант ХИК как инфекционно-обусловленную форму болезни. Такая постановка вопроса позволяет более целенаправленно проводить обследование больных данной категории и разработать дополнительные подходы к их лечению с включением различных вирусных и бактериальных иммунокорректоров.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА

О.А.Муфтахова, А.В.Вилков, А.Н.Кечайкин

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

Хронический аутоиммунный тиреозит (тиреозит Хашимото) - это хроническое воспалительное заболевание щитовидной железы аутоиммунного генеза. В настоящее время среди всех заболеваний щитовидной железы ХАИТ является преобладающим и встречается у 3-5% населения Земли. Заболевание

развивается постепенно, неизбежно приводит к гибели тиреоидной ткани и развитию гипотиреоза.

В современном мире рациональной тактикой ведения пациентов, страдающих ХАИТ, является длительная консервативная терапия тиреоидными гормонами с заместительной целью.

Оперативный метод лечения ХАИТ в настоящее время стал применяться реже. Нет четко сформированной группы показаний для проведения оперативного лечения. Наиболее обобщенными показаниями на данный момент являются: онкологические (подозрение на злокачественный процесс) и хирургические (влияние гипертрофированной щитовидной железы на окружающие ткани с развитием компрессионного синдрома). Оперативное лечение больных ХАИТ является вынужденным мероприятием, оно направлено на устранение осложненного заболевания, не приводит к излечению (без потери органа) и необратимо ведет к гипотиреозу.

В связи с развитием характерного осложнения в виде стойкого гипотиреоза ухудшается качество жизни пациентов, их физическое и эмоциональное состояние. Появляются определенные ограничения и неудобства в повседневной жизни, вследствие чего возникает необходимость проведения оценки качества жизни прооперированных пациентов. Подобное исследование является необходимым для усовершенствования методов и техники диагностики, оперативного лечения ХАИТ, а так же для тщательной детализации показаний к операции при этой патологии.

Цель исследования: оценка некоторых показателей качества жизни и результатов хирургического лечения больных ХАИТ.

Материалы и методы: нами проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов 1-го хирургического отделения ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница № 4» за период 2001 – 2012 гг. Выявлены больные с диагнозом «хронический аутоиммунный тиреоидит», которым было проведено оперативное лечение. Соотношение между мужчинами и женщинами составляют приблизительно 1:27,5 (96,5% и 3,5%). Подавляющим большинством больных ХАИТ (58,3 %) являются люди старше 60 лет. Преобладающим у пациентов имело место эутиреоидное состояние (либо субклинический гипотиреоз). Все это наиболее характерно для ХАИТ. У большинства больных было достаточно выраженное увеличение щитовидной железы (в 78% 2 степень), которое определяет в большинстве случаев необходимость оперативного лечения.

Исследование качества жизни пациентов, оперированных по поводу ХАИТ, мы проводили путем анкетирования с использованием опросника SF-36 и последующим сопоставлением полученных показателей с показателями группы здоровых женщин от 40 до 60 лет. Был подсчитан критерий Стьюдента для определения достоверности полученных данных.

Результаты: самыми низкими показателями у прооперированных больных ХАИТ оказались показатель «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» - 30,5% и физическое функционирование – 55,5% от показателей здоровых. Это свидетельствует о том, что физическое состояние

пациента после перенесенной операции ограничивает его повседневную трудовую активность.

Достаточно сниженными оказались такие показатели, как «общее состояние здоровья» (69,3%), «жизненная активность» (68,8%), «психическое здоровье» (67,6%). Невысокие данные по этим шкалам могут судить о наличии у больных утомляемости, пониженном настроении, наличии депрессивных состояний и, вместе с этим, о заниженной оценке собственного здоровья.

Незначительно сниженным у наших пациентов оказался показатель «интенсивность боли» (73,6% от показателя здоровых). Это говорит о том, что боль у пациентов мало имеет место, и не затрудняет повседневную их деятельность, а, учитывая то, что преобладающий возраст пациентов старше 60 лет, то можно предположить, что болевые ощущения вызваны какой-либо сопутствующей патологией.

У исследуемых нами больных не носили статистической достоверности и оказались довольно высокими показатели «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (70,8%) и «социальное функционирование» (97,9%). Это говорит о том, эмоциональное состояние у наших пациентов не ограничивает их в выполнении своей повседневной деятельности и не отражается на уровне общения.

Суммируя полученные результаты, получаем две шкалы: «физический компонент здоровья», который у наших пациентов достоверно составил 58,2% и «психологический компонент здоровья» который оказался 75,9% и не носил статистической достоверности.

Заключение: операция и, следующий за ней гипотиреоз, отрицательно сказался на физическом состоянии пациентов, снижение которого ограничило выполнение физических нагрузок больными. Однако, следует учитывать и возраст наших больных, которым уже сама по себе ограничивается тяжелая физическая деятельность.

Мы так же отмечаем положительный результат оперативного лечения больных ХАИГ. Перенесенная операция не сказалась на эмоциональной сфере жизнедеятельности пациентов, которая ни в какой мере не мешает им осуществлять им повседневную деятельность, и не повлияла на психологический компонент здоровья, что не менее важно для положительного настроения и улучшения качества жизни больных после операции.

РЕЦИДИВЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С, ПРОШЕДШИХ КУРС ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

М.В.Никольская, И.П.Баранова, О.А.Зыкова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Одна из актуальных проблем современной инфектологии – хронический гепатит С (ХГС), которым, по оценкам экспертов, страдает около 180 млн. че-

ловек. Современное лечение ХГС представляет собой комбинированную терапию препаратами интерферона и рибавирина в сроки, определяемые генотипом вируса. Известно также, что существует ряд факторов, которые могут повлиять на эффективность лечения. Некоторые из этих факторов невозможно или трудно изменить: генотип вируса, вирусная нагрузка перед началом лечения, коинфекция ВИЧ, расовая и половая принадлежность, выраженность стеатоза и воспаления в печени. Известно также, что лучшие результаты терапии отмечаются у больных молодого возраста, с исходно более низкой вирусной нагрузкой, более низким индексом массы тела, не 1 генотипом вируса. Конечной целью терапии является достижение – устойчивого вирусологического ответа (УВО). У части пациентов, достигших неопределяемого уровня РНК на фоне терапии, в процессе наблюдения в течение 6 месяцев после окончания лечения наступает рецидив и РНК вируса начинает вновь определяться.

Цель исследования: изучить зависимость частоты рецидивов гепатита С от применяемых противовирусных препаратов, генотипа вируса, степени начального фиброза, вирусной нагрузки, частоты достижения быстрого вирусологического ответа (БВО).

Материалы и методы. В исследование включено 419 больных с хроническим гепатитом С, прошедших полный курс противовирусной терапии (ПВТ) и достигших непосредственного вирусологического ответа (НВО). 1 группа (n=85) в составе комбинированной терапии получали пегинтрон и рибавирин; 1 генотип выявлен у 45 (53,9%) человек, 2 генотип – у 10 (11,8%), 3 генотип – у 30 (35,3%) больных; фиброз 0-2 степени выявлен у 74 (87,1%) пациентов, 3 - 4 степени – у 11 (12,9%); высокая вирусная нагрузка ($> 8,0 \cdot 10^5$ МЕ/мл) наблюдалась у 58 (68,2%) пациентов, низкая – у 27 (31,8%) больных. Быстрый вирусологический ответ (падение уровня РНК HCV ниже порога определения через 4 недели после начала терапии) получен у 55 (64,7%) пациентов. 2 группа больных (n=41) лечились рофероном в комбинации с инганоном и рибавирином; среди этих пациентов 1 генотип наблюдался у 13 (31,7%) лиц, 2 генотип – у 5 (12,2%), 3 генотип – у 23 (56,1%) больных; фиброз 0-2 степени выявлен у 38 (92,7%) больных, 3-4 степени – у 3 (7,3%) человек. Высокая вирусная нагрузка определена у 14 (34,1%) пациентов, низкая – у 27 (65,9%) больных; БВО получен у 26 (64,1%) пациентов. 293 пациента (3 группа) лечились альтевиром в сочетании с рибавирином; 1 генотип ГС выявлен у 102 (34,8%) больных, 2 – у 51 (17,4%), 3–у 140 (47,8%) пациентов; фиброз 0-2 степени определен у 232 (79,2%), 3-4 степени – у 61 (20,8%) лиц. Высокая вирусная нагрузка определена у 106 (36,2%) пациентов, низкая – у 187 (63,8%) больных; БВО получен у 22 (66,6%) пациентов.

Результаты. Рецидив гепатита в 1 группе зарегистрирован у 8 (9,4%) человек: 4 пациента с 1 генотипом (8,9% - от числа больных с 1 генотипом), по 2 больных с 2 и 3 генотипами (20% и 6,7% соответственно). Среди больных 2 группы рецидив отмечен у 6 (14,6%) человек: 1 генотип выявлен у 1 (7,7%) больного, 3 генотип – у 5 (21,7%) человек. В 3 группе рецидив зарегистрирован

у 36 (12,3%) пациентов: у 21 (20,6%) больных с 1 генотипом, у 3 (5,9%) с 2-м и у 12 (8,6%) с 3 генотипом.

Частота развития рецидива в зависимости от схемы лечения

Таблица 1

Больные с НВО, n	Больные с рецидивом, n	p
85	8 (9,4%)	$p_1 = 0,43$
41	6 (14,6%)	$p_2 = 0,79$
293	36 (12,3%)	$p_3 = 0,7$

Примечания: p_1 - достоверность различий между 1 и 2 группами; p_2 - достоверность различий между 1 и 3 группами; p_3 - достоверность различий между 2 и 3 группами.

Достоверных различий числа рецидивов в зависимости от схемы терапии не выявлено.

Проанализирована частота рецидива в зависимости от генотипа вируса. Рецидив отмечен у 26 (16,3%) больных с 1 генотипом, при 2 генотипе рецидив зарегистрирован у 5 (7,5%) человек, при 3 генотипе рецидив получен у 19 (9,8%) пациентов

Частота развития рецидива в зависимости от генотипа

Таблица 2

Больные с НВО, n	Больные с рецидивом, n	p
1 генотип = 160	26 (16,3%)	$p_1 = 0,12$
2 генотип = 66	5 (7,5%)	$p_2 = 0,11$
3 генотип = 193	19 (9,8%)	$p_3 = 0,61$

Примечания: p_1 - достоверность различий между 1 и 2 генотипами; p_2 - достоверность различий между 1 и 3 генотипами; p_3 - достоверность различий между 2 и 3 генотипами.

Изучена частота рецидива в зависимости от степени фиброза (перед началом ПВТ). Для лучшего сопоставления оценок стадий фиброза, сделанных разными исследователями, использована градация «стадия 3 и выше» и «стадия 2 и ниже»). Из 74 больных 1 группы с фиброзом 0-2 степени рецидив отмечен у 4 человек, из 11 больных с фиброзом 3-4 степени – у 44 больных ($p=0,006$); во 2 группе из 38 больных с фиброзом 0-2 степени рецидив получен у 4 пациентов, из 3 больных с фиброзом 3-4 степени – у 2 человек ($p=0,05$); в 3 группе наблюдения из 232 больных с фиброзом 0-2 степени рецидив выявлен у 28 пациентов, из 61 больного с фиброзом 3-4 степени – у 8 пациентов ($p=0,89$). Достоверная значимость различий частоты рецидива от степени фиброза отмечена в 1 и 2 группах наблюдения. Среди больных трех групп фиброз 0-2 степени выявлен у 344 больных, 3-4 степени – у 75 пациентов; среди больных с рецидивом фиброз 0-2 степени определен у 36 человек, 3-4 степени – у 14 больных; уровень значимости различий (p) частоты рецидива от степени фиброза составил 0,08.

Высокая вирусная нагрузка (выше $8 \cdot 10^5$ МЕ/мл) наблюдалась у 178 больных с НВО и у 27 пациентов с рецидивом; низкая вирусная нагрузка определена у 241 человека с НВО и у 23 больных с рецидивом ($p=0,12$).

При анализе зависимости рецидива от наличия быстрого вирусологического ответа получены следующие результаты: в 1 группе больных БВО получен у 55 больных, среди пациентов с рецидивом – у 6 (10,9%); во 2 группе БВО отмечен у 26 больных с НВО и у 4 пациентов с рецидивом (15,4%); в 3 группе из 195 больных с БВО рецидив зарегистрирован у 22 (11,3%). Значимых различий в группах не получено ($p_1=0,6$; $p_2=0,9$; $p_3=0,59$).

Выводы. Таким образом, настоящим исследованием не выявлено достоверных различий зависимости развития рецидива гепатита С (ХГС) от применяемых схем лечения, генотипа вируса, величины вирусной нагрузки, наличия быстрого вирусологического ответа; рецидив ХГС достоверно чаще наблюдался у больных с фиброзом 3-4 степени в группах больных, лечившихся с использованием в составе комбинированной терапии пегинтрона или роферона.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ НПВП– ГАСТРОПАТИЙ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Е.А.Новикова, С.В.Зюлькина

ООО «Фармация» МЦ «Эскулап», Пенза

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – наиболее применяемые в мире лекарственные средства. Ежедневно их используют до 30 млн. человек, причем в 12% больные в возрасте до 15 лет. Появление к концу 20 века большого числа новых эффективных НПВП позволило добиться высоких результатов в лечении ревматологических заболеваний и значительно улучшить качество жизни больных с данной патологией. Широкое применение этих «безрецептурных» препаратов в качестве противовоспалительных и анальгетических средств, привело к росту числа осложнений со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Это так называемые НПВП – индуцированные гастропатии, обусловленные ингибированием фермента ЦОГ-1. Для лечения и профилактики этих осложнений первоначально применялись H_2 – гистаминоблокаторы, а в дальнейшем ингибиторы протонной помпы (ИПП) и синтетические аналоги простагландинов (мизопростол, сайтотек). В последние годы в качестве гастропротекции стал применяться коллоидный субцитрат висмута де-нол, стимулирующий образование простагландинов, секрецию бикарбонатов и формирование защитного слоя слизи. Нами проведена оценка сравнительной эффективности вышеуказанных препаратов у 44 пациентов, принимавших НПВП по поводу ревматоидного артрита, хронического артрита, ревматизма. У этих больных при проведении эндоскопического обследования на 3-4 неделе от начала лечения были выявлены эрозивно-язвенные изменения СО желудка и 12

перстной кишки или диффузный неэрозивный гастрит. В 38% случаев имел место отягощенный по гастродуоденальной патологии наследственный анамнез. Умеренно выраженный абдоминальный болевой синдром в начале лечения НПВП отмечался у 37% больных. Инфицированность *Hp* составляла 84%. Больные были разделены на три группы: 1 группа – 15 пациентов получали омепразол (омез, ультоп) в дозе 20 мг 2 раза в сутки; 2 группа – 14 пациентов получали фамотидин в дозе 40 мг в сутки; 3 группа – 15 больных – де-нол 480 мг в сутки. Лечение проводилось на фоне продолжающегося приема НПВП ввиду невозможности их отмены у данной группы больных. На фоне проводимой терапии у всех больных отмечалось купирование болевого абдоминального синдрома на 3 – 7 день от начала лечения. В группах больных, принимавших омепразол и де-нол клинический эффект наступал раньше, чем в группе больных, принимавших фамотидин. Учитывая отсутствие гастроэнтерологических жалоб у 2/3 больных с НПВП – индуцированной гастропатией, всем пациентам этих 3 групп выполнялось повторное эндоскопическое обследование с целью контроля за проводимой терапией. Эпителизация эрозий и заживление язвенных дефектов к 14 дню терапии отмечалось в 1 и 3 группах больных соответственно в 91% и 93% случаев, а на 28 день от начала лечения в 100% случаев. Препараты хорошо переносились пациентами. У больных 2 группы эпителизация деструктивных изменений СО в желудке и / или в 12 перстной кишке по данным ЭГДС на 14 день имела место в 67% случаев, на 28 день - в 83% случаев. Через 4 недели дозу ИПП и Н2 – гистаминоблокаторов уменьшали в 2 раза и оставляли на все время приема НПВП, а де-нол отменяли полностью через 4 недели лечения.

Выводы: НПВП – индуцированные гастропатии являются серьезным осложнением терапии ревматических болезней. В то же время отмена виновных препаратов в большинстве случаев невозможна. Коллоидный субцитрат висмута (де-нол) и ИПП являются важными препаратами для лечения НПВП – индуцированных гастропатий. Их терапевтический эффект примерно одинаков и превышает Н2 - гистаминоблокаторы. Хорошая переносимость и безопасность препаратов позволяет широко применять их в гастроэнтерологической практике.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ И АДГЕЗИВНОГО БАЛЬЗАМА «АСЕПТА» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

В.Д.Ноздрина, Н.В.Еремина, Т.В.Посметная, Т.В.Кириллова, О.А.Исмаилова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Микробному фактору в настоящее время отводится ведущая роль в этиологии воспалительных заболеваний тканей пародонта. На сегодня в стоматологии «золотым стандартом» лекарственных средств, действующих на анаэроб-

ную микрофлору, является метронидазол, в особенности в сочетании с хлоргексидином. Данные активные вещества присутствуют в адгезивном бальзаме «Асепта». Так же в патогенезе данной патологии существенная роль принадлежит расстройству микроциркуляторного звена, на регуляцию которого активно влияют физические методы лечения больных. Применение низкоинтенсивного лазерного излучения позволяет купировать воспаление в тканях пародонта, нормализовать кровообращение, улучшить трофику, ликвидировать застойные явления и отек. На основании вышеизложенного представлялось обоснованным изучение эффективности воздействия низкоинтенсивного лазерного излучения и применения адгезивного бальзама «Асепта» при лечении воспалительных заболеваний пародонта.

Настоящая работа выполнена в пародонтологическом отделении ГАУЗ ПО «Городская стоматологическая поликлиника №2» г. Пензы, являющегося базой кафедры стоматологии общей практики и стоматологии терапевтической ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России. Представлены собственные результаты изучения эффективности аппарата лазерной терапии «Мустанг» и адгезивного бальзама «Асепта».

Цель работы: повышение эффективности лечения больных генерализованным пародонтитом путем включения в комплекс лечебных мероприятий низкоинтенсивного лазерного света аппарата нового поколения «Мустанг» и адгезивного бальзама «Асепта».

Материалы и методы: проведено обследование и лечение 73 больных генерализованным пародонтитом в возрасте от 24 до 58 лет из них мужчин-35, женщин-38, без сопутствующей соматической патологии. Пациенты основной группы были распределены на 2 подгруппы по степени тяжести пародонтита. Первая - с пародонтитом легкой степени (20 человек); вторая - с пародонтитом средней степени (18 человек). Контрольную группу составили 19 человек с пародонтитом легкой степени, 16 человек с пародонтитом средней степени. Пациентам контрольной группы проводили комплексное лечение пародонтита по общепринятой методике, включающей профессиональную гигиену полости рта, противовоспалительную терапию, кюретаж пародонтальных карманов по показаниям. Больным основной группы дополнительно к тем методам, которые применяли в контрольной группе, назначали лазерную терапию и адгезивный бальзам «Асепта». Лечение всех больных начинали при условии соблюдения ими рациональной гигиены полости рта. Для оценки состояния тканей пародонта и наблюдения за результатами лечения всем пациентам проводили стандартное стоматологическое обследование, включающее оценку гигиенического статуса полости рта, определение значений пародонтального индекса (ПИ, Russel, 1956), индекса РМА, индекса кровоточивости по ВОЗ (1990г.), степени подвижности зубов, определения глубины пародонтальных карманов; кроме того, применяли метод ортопантомографии челюстей.

В результате проведенного комплексного лечения пародонтита с применением лазерной терапии и бальзама «Асепта» отмечен положительный лечебный эффект за короткий временной промежуток по данным динамики субъек-

тивных и объективных клинических симптомов, достоверного снижения пародонтальных индексов. При анализе отдаленных результатов установлено, что через 6 месяцев у пациентов основной группы с пародонтитом легкой степени тяжести ремиссия достигнута в 93% случаев, а с пародонтитом средней степени тяжести в 81% случаев, что на 14% ($p < 0,05$) и 10% ($p < 0,05$) соответственно выше, чем в контрольной группе пациентов.

Таким образом, в ходе проведенного нами исследования установлено, что применение лазеротерапии и адгезивного бальзама «Асепта» в комплексном лечении заболеваний пародонта позволяет добиться сокращения продолжительности курса лечения и увеличить длительность периода ремиссии.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ У ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ КАТ ПРИ КРАТКОВРЕМЕННЫХ ОПЕРАЦИЯХ

М.Нузейли, Я.Хурейби

Госпиталь Аль-Таура, г. Сана, Йеменская Республика

Актуальность. Миллионы людей в Эфиопии, Кении, Сомали, Йемене др. употребляют побеги и молодые листья ката. Кат - вечнозелёное дерево, которое растёт в горах. Основная цель, ради которой жуют кат – получение удовольствия, повышение настроения, жизненного тонуса, снятия усталости, повышение энергетического потенциала. Как минимум, 70% мужчин и 40% женщин жуют кат в Йемене ежедневно. Основными активными составными частями ката являются Катин (псевдоэфедрин) и Катинон (амфетамин), которые оказывают стимулирующее влияние на ЦНС, психику, сердечно-сосудистую и другие системы аналогично действию симпатомиметиков. Это ставит перед анестезиологом серьёзные задачи, касающиеся оценке исходного состояния пациента, степени зависимости пациента от ката, риска анестезии, выбора средств для премедикации и обезболивания, профилактике возможных осложнений как во время анестезии и операции, так и в восстановительном периоде.

Цель работы. Выбор оптимальных вариантов анестезиологического пособия у лиц, принимающих природный стимулятор растительного происхождения (кат) при кратковременных операциях (около 30 минут).

Пациенты и методы исследования. Обследовано 85 пациентов, которым выполнены следующие операции: грыжесечение (11), геморридектомия (10), хирургическая обработка ран (20), биопсия, удаление липом, гигром (14), вправление вывихов и репозиция отломков (15), диагностическое выскабливание матки (15), 56 из них были амбулаторными. Преобладал мужской состав пациентов (70%), средний возраст $41,5 \pm 3,7$ лет. Часть пациентов (22,2%) имели сопутствующие заболевания. Физический статус пациентов определялся по классификации ASA. Кроме принятого в госпитале обследования, проводились следующие исследования: 1. вегетативный индекс Кердо (ВИК) 2.определение интенсивности послеоперационной боли с помощью визуально-аналоговой

шкалы. 3. опрос пациента по специальной анкете до операции с целью определения его зависимости от ката (за 1-3 дня для плановых пациентов, а для экстренных – непосредственно перед операцией). Анкета была разработана нами, апробирована и использована в данной работе. Анкета содержит 27 вопросов, по каждому есть возможность дать один из трёх ответов, которые оцениваются в баллах. По сумме баллов пациент относился в одну из трёх групп (слабозависимых, среднезависимых и сильнозависимых) пациентов 5. Исследование гемодинамики проводилось на этапах: до операции, после премедикации, во время операции каждые 15 минут от её начала. Во время анестезии проводился мониторинг: АД, ЭКГ, ЧСС, частота пульса, SpO-2, etCO-2, BIS - биспектральный анализ ЭЭГ, концентрация ингаляционных анестетиков на вдохе и выдохе. При операциях использовались две методики анестезии: 1. кетамин (1-2 мг/кг) с изофлюраном (1-1,5 МАК) 2. пропофол (2-3 мг/кг) с изофлюраном (1-1,5 МАК). Обе методики применялись после премедикации и введения атропина, при сохранении спонтанного дыхания пациентов смесью кислорода и закиси азота (1:1). Статистическая обработка проводилась с помощью программы Excel 7.0.

Результаты исследования. Гемодинамические показатели после премедикации оставались стабильными, в пределах нормы. Для индукции в анестезию у 23 пациентов использован кетамин (1-2 мг/кг). У пациентов со слабой и средней степенью зависимости индукция создавала адекватный уровень анестезии. Однако, у пациентов с выраженной степенью зависимости (13 случаев) индукция кетамин (1-2 мг/кг), была недостаточной, пациенты были напряжены, реагировали на боль, а поддержание анестезии изофлюраном не позволяло добиться адекватности анестезии. Послеоперационный и восстановительный период протекал нестабильно, у всех пациентов развилось психомоторное возбуждение, требующее порой не только седативных средств (диазепам 0,5 мг/кг) в больших дозировках, но и специального наблюдения за амбулаторным пациентом в стационаре, что приводило к удорожанию лечения. У 49 пациентов была использована методика анестезии с использованием внутривенно пропофола (2 мг/кг) с ингаляцией изофлюрана (1-1,5 МАК на выдохе) в потоке кислорода и закиси азота (1:1) с сохраненным самостоятельным дыханием. У пациентов с выраженной степенью зависимости доза пропофола была выше и составила 2-4 мг/кг. После индукции у пациентов со слабой и средней степенью зависимости показатели АД, ЧСС, SpO-2, et CO-2 были стабильными и не отличались от дооперационного уровня. На этапе поддержания анестезии показатели гемодинамики оставались стабильными, дыхание ровным, адекватным, что подтверждалось значениями SpO2 и etCO2. Значительно спокойнее протекала анестезия с применением пропофола с изофлюраном и у пациентов с выраженной степенью зависимости от ката.

Изменился и характер течения послеоперационного периода. Пациенты, которые получили пропофол, быстрее пробуждались, у них не наблюдалось возбуждения, тошноты, рвоты. У тех пациентов, которым применялся кетамин, возбуждение отмечалось в 25% случаев, тошнота, рвота в 10%. Возбуждение

после кетамина у пациентов с высокой степенью зависимости развивалось в 6 раз чаще, а тошнота, рвота 2 раза чаще, чем при использовании пропофола.

Таким образом, ближайший послеоперационный период протекал по-разному в зависимости от вида анестетика. Использование кетамина у пациентов с высокой степенью зависимости приводило к выраженным изменениям в психике и гемодинамике, что делало этот период опасным для жизни и требовало госпитализации в ОРИТ 25% пациентов этой группы. При использовании пропофола, ближайший послеоперационный период протекал более гладко и менее драматично.

Вывод. Применение кетамина у пациентов со средней и высокой степенью зависимости от ката должно быть исключено из практики анестезии при кратковременных оперативных вмешательствах, а предпочтение должно быть отдано пропофолу в комбинации с изофлюраном в потоке закисно-кислородной смеси.

СОСТОЯНИЕ ВНУТРИПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Е.В.Осипова, Л.В.Мельникова, А.В.Крылова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Материалы и методы. В группу исследования вошли 49 пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭГ) I–II стадии (24 мужчины и 25 женщин) в возрасте от 41 до 64 лет (средний возраст $52,8 \pm 12,9$ лет, средняя длительность заболевания $14,4 \pm 9,7$ лет). Группу контроля составили 20 здоровых лиц (8 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 31 до 67 (средний возраст составил $49,2 \pm 17,6$ лет). По возрасту и полу различий между группами не было.

Исследование проводилось на чистом фоне после отмены антигипертензивной терапии в соответствии с периодом полувыведения препаратов. Критерием включения было наличие эссенциальной гипертензии I–II стадии (согласно Национальным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению АГ, 2010). Критериями исключения являлись неудовлетворительная ультразвуковая визуализация почек и почечных артерий (ПА), вторичная артериальная гипертензия, сопутствующие заболевания почек, острые нарушения коронарного и мозгового кровообращения, сахарный диабет.

Измерение артериального давления (АД) в плечевой артерии на обеих руках проводилось по стандартной методике после 10-минутного отдыха непосредственно перед началом ультразвукового исследования, оценивалось среднее систолическое и диастолическое по двум измерениям.

Проводилось триплексное сканирование с оценкой спектра кровотока в магистральных артериях в устье и воротах почек, а также в сегментарных и междолевых почечных артериях. Анализировались пиковая систолическая скорость кровотока (Vps), индекс резистентности (RI).

Результаты. При анализе полученных данных наблюдались достоверные различия в параметрах кровотока магистральных почечных артерий между больными эссенциальной гипертензией и группой контроля. Так пиковая систолическая скорость в устьях правой ($78,4 \pm 21,4$ см/с) и левой ($59,3 \pm 11,4$ см/с) почечных артерий была достоверно ниже, чем в группе сравнения ($100,8 \pm 34,3$ см/с и $88,7 \pm 18,2$ см/с), $p < 0,05$. Индекс резистентности у пациентов с АГ в проксимальном отделе правой ($0,66 \pm 0,05$) и левой ($0,67 \pm 0,05$) ПА был значительно выше, чем в соответствующих артериях группы контроля ($0,62 \pm 0,06$ и $0,63 \pm 0,06$).

Показатели V_{ps} у пациентов с АГ в I сегменте левой почечной артерии ($51,6 \pm 12,6$ см/с) также оказались существенно ниже, чем в аналогичных сосудах у здоровых лиц, $p < 0,05$. Значения RI в дистальных отделах магистральных правой ($0,64 \pm 0,06$) и левой ($0,65 \pm 0,06$) почечных артерий определялись достоверно более высокими, чем в соответствующих артериях группы контроля, $p < 0,05$.

В сегментарных и междолевых артериях значимых различий в характеристиках пиковой систолической скорости между больными эссенциальной гипертензией и группой здоровых лиц не было выявлено, уровень значимости соответствовал $p > 0,05$. Однако значения индекса резистентности в сегментарных артериях левой $0,6 \pm 0,06$ и правой почек $0,6 \pm 0,05$ оказались достоверно выше, чем в аналогичных артериях группы сравнения $0,55 \pm 0,03$ и $0,54 \pm 0,05$, $p < 0,05$. Также более высокие величины RI междолевых артерий были у больных АГ правой $0,57 \pm 0,05$ и левой почек $0,57 \pm 0,06$ в отличие от аналогичных показателей группы контроля $0,51 \pm 0,05$ и $0,49 \pm 0,03$ ($p < 0,05$).

Выводы: 1) у больных артериальной гипертензией наблюдаются более высокие скоростные характеристики кровотока в проксимальных сегментах ПА по сравнению с контрольной группой;

2) индексы периферического сопротивления при артериальной гипертензии выше, чем у здоровых лиц как в проксимальных, так и дистальных отделах почечных артерий.

ЛЕЧЕНИЕ СТРЕПТОКОККОВЫХ ТОНЗИЛЛИТОВ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

В.Ф.Павелкина, М.Г.Ласеева, Н.П.Амплеева, Р.З.Альмяшева, В.Н.Игнатьев

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

Актуальность. Острый тонзиллит сопровождается развитием тяжелого синдрома эндотоксикоза, приводящего к токсическому поражению миокарда, почек, суставов, нервной системы, других органов. Риск развития тонзиллогенных заболеваний больше подвержены реконвалесценты, перенесшие повторный тонзиллит (ПТ) (Ляшенко Ю.И., 2003). Ведущее значение в патогенезе стрептококковых тонзиллитов является интоксикационный синдром. Залог эффектив-

ности терапии тонзиллитов – своевременная диагностика и рациональное этиопатогенетически обоснованное применение современных фармакологических препаратов. Немаловажное значение отводится патогенетическим лечебным мероприятиям, направленным на коррекцию ведущего синдрома заболевания – интоксикационного, выраженность которого влияет на исход заболевания.

Цель исследования: изучить некоторые показатели эндогенной интоксикации при ПТ на фоне базисной терапии и при дополнительном использовании препарата с дезинтоксикационным действием – реамберина.

Материалы и методы. Обследовано 70 больных ПТ, средней степени тяжести, 19 – 29 лет, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ РМ «Республиканская инфекционная клиническая больница». В исследование были включены больные ПТ, вызванные β -гемолитическим стрептококком группы А. Первая группа – 35 пациентов получала базисную терапию, второй (основной) группе из 35 пациентов назначали препарат реамберин (1,5% – 500 мл внутривенно капельно 1 раз в сутки в течение 5 дней), который обладает антигипоксическим, антиоксидантным, дезинтоксикационным действиями.

В ходе работы изучены параметры интоксикации по клиническим и лабораторным показателям: лейкоцитарный индекс интоксикации – ЛИИ (Васильев В.С. и соавт., 1994), молекулы средней массы – МСМ при двух длинах волн (254 и 280 нм) (Николайчик В.В. и соавт., 1991). Определяли общую и эффективную концентрацию альбумина (ОКА и ЭКА) флуоресцентным методом на анализаторе АКЛ-01 с помощью набора «Зонд – альбумин», рассчитывали индекс токсичности по формуле: $ИТ = (ОКА/ЭКА) - 1$ и связывающую способность альбумина: $ССА = ЭКА/ОКА \times 100$ (Миллер Ю.И., Добрецов Г.Е., 1994).

Результаты и обсуждение. Основу клинической картины при ПТ составляли интоксикационный и тонзиллярный синдромы. Заболевание у всех пациентов начиналось остро, часто внезапно. Анализ динамики клинических признаков заболевания показал, что длительность ведущих симптомов ПТ у пациентов, получавших реамберин, сокращалась. Так, продолжительность лихорадки снижалась с $4,20 \pm 0,71$ до $2,6 \pm 0,31$ суток ($p < 0,05$), общей слабости – с $4,10 \pm 0,72$ до $2,1 \pm 0,63$ суток, плохого аппетита – с $3,90 \pm 0,68$ до $2,2 \pm 0,37$ суток ($p < 0,05$), тахикардии с $4,60 \pm 0,70$ до $2,7 \pm 0,53$ суток ($p < 0,05$). Одним из показателей, характеризующих интоксикационный синдром, является ЛИИ. На фоне базисной терапии отмечено его повышение весь период наблюдения. Применение реамберина способствовало нормализации ЛИИ ($0,81 \pm 0,07$; $p < 0,05$).

Универсальным критерием эндогенной интоксикации (ЭИ) традиционно рассматривается уровень МСМ, которые оказывают многообразное повреждающее действие на организм. В первые 3 – 4 дня болезни отмечено повышение содержания МСМ₂₅₄ и МСМ₂₈₀ по сравнению с контролем, что составило $0,307 \pm 0,02$ и $0,301 \pm 0,014$ у. е. соответственно ($p < 0,001$; $p < 0,01$). После базисной терапии МСМ₂₅₄ продолжали превышать показатели здоровых лиц и составили $0,256 \pm 0,011$ у. е. ($p < 0,01$). Иная динамика наблюдалась у МСМ₂₈₀. В период клинического выздоровления их содержание становилось равным контролю.

Повышенный уровень МСМ свидетельствует о выраженности и длительности синдрома ЭИ, что согласуется с данными других авторов (Нагоева М.Х., 2006).

Изучая влияние реамберина на содержание МСМ₂₅₄ при ПТ выявлено, что препарат способствовало их нормализации – $0,221 \pm 0,012$ у. е., подтверждая его дезинтоксикационный эффект. Иная динамика наблюдалась у МСМ₂₈₀. В период клинического выздоровления, как на фоне базисной терапии, так и после применения реамберина, содержание в крови МСМ₂₈₀ становилось равным контролю – $0,272 \pm 0,015$ и $0,263 \pm 0,021$ у. е. соответственно.

С помощью альбуминовых тестов можно определить гидрофобные токсические вещества. Важнейшей функциональной характеристикой альбумина является уровень ЭКА, который был на низком уровне, что свидетельствует о нарушении детоксикационных свойств альбумина и развитии выраженной ЭИ, плохо купирующейся базисной терапией. Включение в терапию реамберина приводило к нормализации ЭКА, что составило $43,26 \pm 1,23$ г/л. О важности изучения альбуминовых тестов при ангидах показано в другой работе, результаты которой согласуются с нашими данными. Мониторинг альбуминовых тестов позволяет контролировать динамику ЭИ, оценить эффективность и продолжительность дезинтоксикационной терапии (Мельник Г.В. и соавт., 2005).

Для оценки степени ЭИ и прогноза течения заболевания важное диагностическое значение имеет ССА. Этот показатель у пациентов ПТ был снижен весь период наблюдения (соответственно $91,28 \pm 1,43$ и $90,98 \pm 1,92\%$; $p < 0,001$) по сравнению с группой контроля. Снижение к периоду ранней реконвалесценции ССА говорит о сохранении токсического синдрома. Применение реамберина приводило к повышению ССА до $97,49 \pm 1,78\%$ ($p < 0,05$).

Индекс токсичности в разгаре болезни был повышен в 11 раз, после базисной терапии его значения оставались высокими – $0,12 \pm 0,035$ ($p < 0,001$), что свидетельствует о длительности интоксикационного синдрома. Все это подтверждает усиленное образование токсинов на фоне ухудшения их элиминации. Сочетанная терапия с реамберинем приводила к снижению ИТ до $0,03 \pm 0,01$.

Выводы. Использование «Реамберина» в комплексной терапии ПТ способствует благоприятному клиническому течению, уменьшению степени выраженности интоксикационного синдрома, о чем свидетельствуют нормализация ЛИИ, уровня МСМ₂₅₄, снижение индекса токсичности, повышение ЭКА и ССА, что подтверждает его дезинтоксикационный эффект и он может быть рекомендован к применению в практическом здравоохранении.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ КОРВАЛОЛОМ

Л.М.Павлючик, О.Е.Пескова, Р.И.Кувакова

ГБУЗ ГКБСМП им. Г.А. Захарьина, Пенза

В последнее время резко увеличилось количество отравлений корвалолом. По данным Пензенского областного токсикологического центра по

лечению острых отравлений наблюдается рост отравлений психотропными медикаментами за последние 3 года, из них в процентном отношении доля отравлений корвалолом составляет 2011г-11%, 2012г-15%, 2013г- 21%.

В состав корвалола входят: масло перечной мяты, фенобарбитал, этиловый спирт альфа-бромизовалериановой кислоты. Фенобарбитал или люминал - психотропное лекарственное средство, длительно действующее, хорошо растворимое в жирах, обладает в токсической дозе способностью избирательного наркотического и нейротоксического воздействия на ЦНС, которое приводит к угнетению всех физиологических функций; его содержание в корвалоле-18,26мг в 1мл.

Клиника отравления корвалолом обусловлена действием фенобарбитала в токсичной дозе. Смертельная концентрация в крови для барбитуратов длительного действия около 50мкг/мл.

Корвалол можно назвать «народным любимцем». Стоит недорого, а «помогает от всего», очень любят его пенсионеры и лица, страдающие алкогольной и наркозависимостью. Корвалол, как правило, все «назначают» себе самостоятельно, без участия медицинских работников, т.к. считают его совершенно безвредным для организма.

По данным токсикологического центра в 80% случаев среди отравленных оказываются мужчины трудоспособного возраста, которые страдают алкогольной, наркотической зависимостью, которые заменяют спиртное, наркотики приемом корвалола, более дешевого средства «опьяняющего» действия.

Основной патогенетический механизм действия фенобарбитала - это блокировка ферментов цикла Кребса, в результате чего развивается чисто токсическая гипоксия. Это в первую очередь сказывается на угнетении функции ЦНС с развитием снотворного и наркотического эффекта, нарушением проведения импульсов в синапсах и подавлением активности вегетативных центров - дыхательного и сосудодвигательного. Нарушение функции сердечно-сосудистой системы связано с угнетением центральных структур и с прямым парализующим действием на вазорецепторы гладкой мускулатуры, в результате снижается АД, развивается экзотоксический шок, который может быть либо непосредственной причиной гибели пострадавшего.

Нарушения внешнего дыхания: аспирационно-обтурационная форма (вследствие бронхореи и гиперсаливации, западения языка, аспирации) и центральная (при параличе дыхательного центра), а также развитие аспирационных пневмоний и трахеобронхитов - являются наиболее частыми и грозными осложнением коматозных состояний и требуют незамедлительного проведения дыхательной реанимации, назначения антибактериальной терапии.

По данным отделения токсикологии преобладают тяжелые отравления барбитуратами составляли 2011г- 41%, 2012г-57,8%, 2013г- 42,5% в данной нозологической группе. Пациенты проходили лечение в ПРИТе, из них были на ИВЛ 2011г- 14%, 2012г-21%, 2013г-17%. Среднее пребывание больного на реанимационной койке составило в 2011г- 4,7 к/д, в 2012г-3,9к/д, в 2013г-3,7к/д.

Так как барбитураты потенцируют нейротоксическое действие алкоголя и других психотропных средств, поэтому отравления барбитуратами на фоне приема алкоголя, либо в сочетании с другими психотропными средствами протекают тяжелее.

При длительном приеме корвалола развиваются явления сходные с наркоманией или хроническим алкоголизмом, что ведет к изменению характера и поведения человека, появляются повышенная раздражительность, снижение интеллекта, неврологическая симптоматика (снижение сухожильных рефлексов) и вегетативные расстройства (тахикардия, потливость). Абстинентный синдром при барбитуровой токсикомании протекает тяжелее чем при алкоголизме, на 2-3 день воздержания часто возникают клонико-тонические судороги, зрительные галлюцинации, дезориентация и другие симптомы о. делирия с гипертермией, двигательным возбуждением и коллапсом.

По данным токсикологического центра в 2012г психозы возникали в 21% случаев тяжелых отравлений барбитуратами, в 2013г- в 15% случаев.

Детоксикационные мероприятия включают промывание желудка после интубации трахеи, гастроэнтеросорбцию, наиболее широко применяют метод форсированного осмотического диуреза с ощелачиванием плазмы, проводится метаболическая терапия. Высокая эффективность методов искусственной детоксикации - гемодиализа, особенно-гемосорбции с быстрой положительной динамикой клинических данных. Гемосорбция особенно эффективна при сочетанных отравлениях с другими психотропными средствами. При выраженной гипотонии и экзотоксическом шоке выгодным является метод перитонеального диализа, или кишечный лаваж. При лечении «барбитуровых» психозов проводится детоксикация с применением витаминов группы В1, В6, нейролептиков, хороший эффект дает гемосорбция.

При тяжелых отравлениях, когда пациенты в коме со следами травмы на голове, приходится проводить диф. диагностику с ЧМТ. Отсутствие очаговой неврологической симптоматики при осмотре нейрохирурга, инструментальные данные (КТ головного мозга), обнаружение барбитуратов в моче при ТХИ помогают поставить правильный диагноз.

Среди пациентов отделения токсикологии нередко оказывались пожилые люди, которые принимали корвалол с целью самолечения, в результате передозировки обнаруживались родственниками с нарушением сознания, и под маской ОНМК доставлялись СП в приемный покой, после диагностических мероприятий, уточнения анамнеза, осмотра невролога, токсиколога, лабораторного подтверждения (ТХИ мочи на барбитураты) ставился диагноз о. отравления психотропными медикаментами и они лечились в профильном отделении.

Для верификации отравления в токсикологической лаборатории ГБУЗ ГКБ СМП им. Захарьина используют метод тонкослойной хроматографии - качественного определения содержания производных барбитуровой кислоты в моче.

Таким образом, рост отравлений корвалолом связан с широким

использованием его в немедицинских целях лицами с алкогольной и наркотической зависимостью, а также с целью самолечения пожилыми людьми из-за относительной дешевизны препарата, что требует проведения разъяснительной работы среди населения СМИ, лечебно-профилактическими учреждениями, а также необходимо улучшение наркологической помощи населению.

К ВОПРОСУ О ТРУДОУСТРОЙСТВЕ ИНТЕРНОВ

Е.В.Пеганова, И.А.Шатилова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

В настоящее время одной из проблем здравоохранения является кадровое обеспечение отрасли. Как следует из отчета Минздрава России за 2013 год, в обеспеченности врачебными кадрами существует некоторый дисбаланс. Дефицит врачей по таким специальностям как «Анестезиология-реаниматология», «Патологическая анатомия», «Скорая медицинская помощь», «Клиническая лабораторная диагностика», «Рентгенология», «Фтизиатрия», «Психиатрия» отмечается в большинстве субъектов Российской Федерации. Диспропорция в кадровом обеспечении отрасли сочетается с дисбалансом в обеспечении медицинскими кадрами медицинских организаций, оказывающих стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь; медицинских организаций, расположенных в сельской местности и в городах; дисбалансом в соотношении между числом врачей и средних медицинских работников.

В проводимых мероприятиях, направленных на сокращение дефицита и увеличения притока и закрепления врачебных кадров в здравоохранении наряду с совершенствованием механизмов и условий целевого приема, развития региональных кадровых программ важно изучать пожелания по планируемому трудоустройству самих молодых специалистов.

С целью оптимизации трудоустройства методом анкетного опроса изучены пожелания врачей-интернов и предположительное трудоустройство в стационаре или амбулаторно-поликлиническом звене, в городских и сельских условиях Пензенского региона, а также в зависимости от формы собственности медицинской организации. Социологический опрос интернов проводился в период с 2010 по 2012 г.г. по завершении итоговой государственной аттестации по специально разработанной анкете. Опрошено 202 чел., в том числе: 61 - интерны терапевтического факультета, 141 - интерны хирургического факультета. Интерны отвечали на вопрос, где бы они хотели жить и работать, где они предполагают жить и работать. Реальное место жительства и реальное трудоустройство нами не изучались.

Результаты

1. Результаты по вопросу «Пожелания интернов и предположительное трудоустройство в Пензенском регионе»



Как видно из графика, доля интернов, желающих жить в Пензе, уменьшилась, а доля интернов, желающих жить в других регионах, выросла. Предполагаемое место жительства: Пенза – 75%, другие регионы – 12%, затруднились ответить 13%. То есть 14% интернов, которые по каким-то причинам остались в Пензе, хотели бы уехать из Пензы в другие регионы.

2. Результаты по вопросу «Пожелания и предположительное трудоустройство в городе или в селе».

Таблица 1.

Город		Село		Затрудняюсь ответить	
По желанию	Предполагаемое трудоустройство	По желанию	Предполагаемое трудоустройство	По желанию	Предполагаемое трудоустройство
91%	83%	3%	10%	6%	7%

Как видно из таблицы 1, 83% интернов предположительно будут работать в городе, а такое желание имеют 91% интернов.

3. Результаты по вопросу «Пожелания и предположительное трудоустройство в стационаре или в амбулаторно-поликлиническом звене»

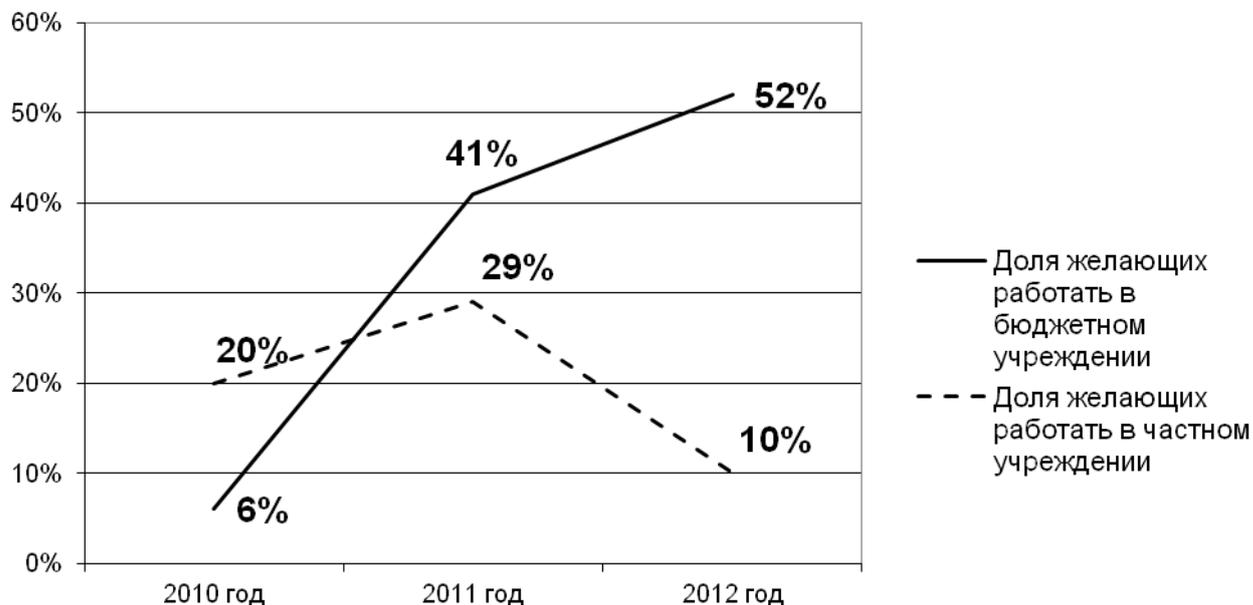
Таблица 2.

Стационар		Амбулаторно-поликлиническое звено		Затрудняюсь ответить	
По желанию	Предполагаемое трудоустройство	По желанию	Предполагаемое трудоустройство	По желанию	Предполагаемое трудоустройство
67%	51%	26%	33%	7%	16%

Как видно из таблицы 2, 51% интернов будут работать в стационаре, хотели бы работать в стационаре 67%.

4. Результаты по вопросу «Пожелания и предположительное трудоустройство в бюджетном или частном учреждении здравоохранения»

Динамика доли желающих работать в бюджетном учреждении и динамика доли желающих работать в частном учреждении 2010-2012г.г.



Как видно из диаграммы, доля желающих работать в бюджетном учреждении в период с 2010г. по 2012г. выросла, а доля желающих работать в частном учреждении снизилась.

Доля интернов, которые предполагали работать в учреждениях различных форм собственности (2010-2012г.г.)



Как видно из диаграммы, 80% интернов предположительно будут работать в бюджетном учреждении. 28% из них такого желания не имели.

Общие результаты по вопросам трудоустройства

Пензенский регион		Город		Стационар		Бюджетное учр.	
желание	предположительное трудоустр.	желание	предположительное трудоустр.	желание	предположительное трудоустр.	желание	предположительное трудоустр.
61%	75%	91%	83%	67%	51%	52%	80%

Доля ответов «Затрудняюсь ответить» на вопросы о месте жительства, месте работы составляет 15-20%.

Выводы:

1. Интерны предпочитают жить в городе, так как очевидно, что городская инфраструктура более комфортна для проживания.

2. Работа в стационаре привлекательнее для интернов, чем работа в амбулаторно-поликлиническом звене. Есть возможность обратиться за консультацией к другим специалистам, больше возможностей для профессионального роста. Привлекательно общение в коллективе.

3. Пожелания интернов и возможности трудоустройства в основном совпадают, что, по нашему мнению, должно положительно отразиться как на общем самочувствии интернов, так и на результатах профессиональной деятельности.

4. Меры финансового и материального стимулирования, предлагаемые органом управления здравоохранения для привлечения интернов в село, необходимы, однако только этих мер не достаточно.

5. 15-20% ответов «Затрудняюсь ответить» свидетельствует о том, что на момент окончания интернатуры часть интернов ещё не определилась с местом работы, поэтому работодатели должны активнее взаимодействовать с выпускниками интернатуры.

6. Желательно совместно с органами управления здравоохранением проводить мониторинг реального трудоустройства интернов.

К ВОПРОСУ ОБУЧЕНИЯ В ИНТЕРНАТУРЕ

Е.В.Пеганова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Проблема: необходимость оценки эффективности работы кафедр по подготовке интернов.

Актуальность: Первоочередная задача при обучении интернов – практическая направленность обучения в интернатуре. Психологическое тестирование интернов и врачей-специалистов выявило, что врачи-специалисты и врачи-

интерны не одинаково относятся к разным этапам итогового экзамена: тестовому контролю знаний и практической части экзамена. У врачей-специалистов большее волнение и тревогу вызывает тестовый контроль знаний. У интернов наоборот – тестовый контроль не представляет особой трудности. 95% интернов по результатам тестового контроля получают отличные и хорошие оценки. Вместе с тем, практическая часть экзамена представляет для интернов значительную трудность.

Наряду с решением образовательных задач преподаватели стараются закрепить и усилить имеющийся у интернов интерес к своей профессии. Каково мнение интернов об уровне практической подготовки? Насколько удалось преподавателям института укрепить у интернов мотивацию к профессиональной деятельности?

Для ответа на эти вопросы проведен социологический опрос интернов.

Цель: совершенствование учебного процесса в части практической подготовки.

Задачи:

1. Выявить удовлетворённость интернов теоретической подготовкой и освоением практических умений.
2. Выявить удовлетворённость интернов учёбой в целом и субъективную готовность интернов к самостоятельной работе.
3. Выявить мотивацию выбора специальности и динамику мотивации в результате обучения в интернатуре.

Методы: анкетный опрос, интервью, включенное наблюдение.

Период анкетирования: 2009г.- 2012г.

Процедура: анкетный опрос (анонимный, сплошной) по специально разработанной анкете. Анкета специально разработана. Оценка практической и теоретической подготовки проводилась по 5-ти балльной шкале. Число респондентов: 193, из них 89 – интерны терапевтического факультета, 104 – интерны хирургического факультета. В анкетировании участвовали 68% интернов после сдачи итоговой государственной аттестации.

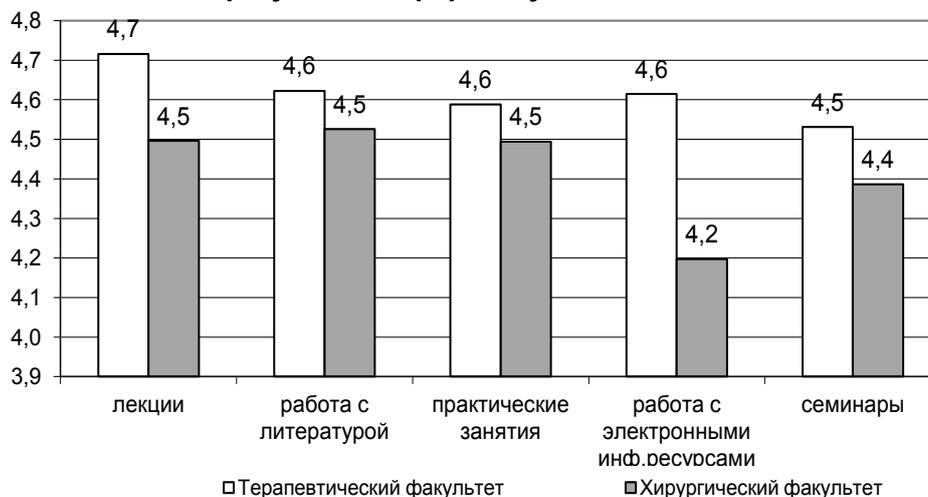
Обработка результатов: ручная и компьютерная в программе Excel с использованием t-критерия Стьюдента и показателя стандартного отклонения Z.

Результаты:

1. Удовлетворённость интернов теоретической подготовкой и освоением практических умений

1.1. Оценка интернами различных видов обучения

Оценка интернами терапевтического и хирургического факультетов форм обучения за 2009-2012г.г.



Оценивались следующие виды обучения: лекции, практические занятия, семинары, работа с литературой, работа с электронными информационными ресурсами.

Средний балл оценки различных видов обучения у интернов терапевтического факультета выше, чем средний балл у интернов хирургического факультета. Первые места в рейтинге занимают такие виды обучения как «лекция» и «работа с литературой». На последних местах в рейтинге – «семинары» и «работа с электронными информационными ресурсами». «Практические занятия» в рейтинге интернов хирургического факультета выше (2 место), чем у интернов терапевтического факультета (4 место).

В оценке интернами видов обучения больших различий не выявлено. Самый высокий средний балл за 3 года – 4,606 (лекции), самый низкий – 4,406 (работа с электронными информационными ресурсами). Статистически достоверно значимых различий в оценке различных форм обучения не выявлено.

Различные виды обучения интернов терапевтического факультета в разные годы имели разный рейтинг. Рейтинг лекций (2 место) и семинаров (4 место) интернов хирургического факультета стабилен в течение 2010-2012г.г.

1.2. Удовлетворённость интернов различными видами практической подготовки

Таблица 1.

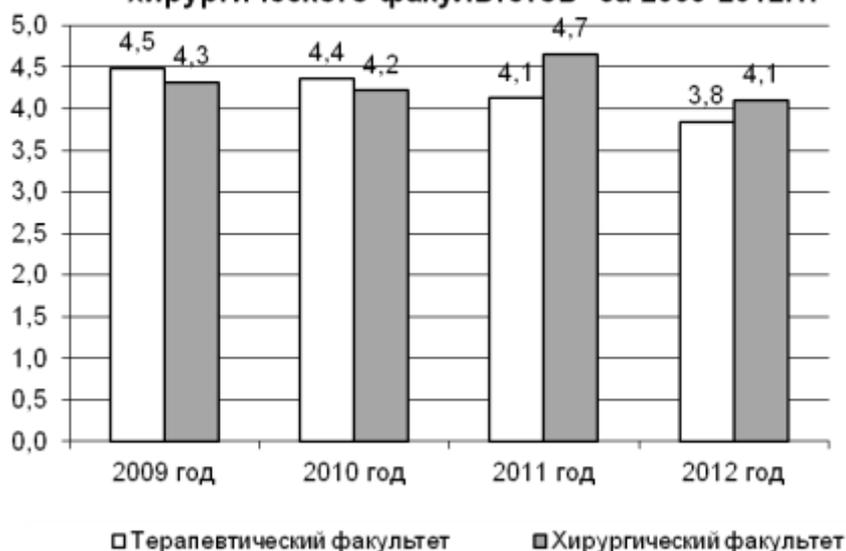
Оценка видов практической подготовки интернов терапевтического и хирургического факультета 2009-2012г.г.

Виды практической подготовки	Терапевтический факультет		Хирургический факультет	
	средний балл	рейтинг	средний балл	рейтинг
клинические разборы больных	4,505	3	4,489	4
участие во врачебных конференциях	4,245	5	4,409	5

участие во врачебных консилиумах	3,947	6	4,116	7
ведение медицинской документации	4,667	2	4,586	3
курация больных	4,77	1	4,701	1
участие в дежурствах в ЛПУ	4,462	4	4,666	2
работа на тренажёрах	3,899	7	3,492	9
участие в патологоанатомических конференциях и вскрытиях	3,036	8	3,33	8
работа в операционной, манипуляционной, перевязочной			4,369	6
Итого:	4,191		4,313	

Как видно из таблицы 1, интерны как терапевтического, так и хирургического факультета выше всего оценивали такой вид практической работы, как «курация больных»; ниже всего – «участие в патологоанатомических конференциях и вскрытиях». Высокие оценки (1-2-3 место в рейтинге) у интернов обоих факультетов по таким видам практической работы, как: «курация больных», «ведение медицинской документации», «клинические разборы больных». Интерны хирургического факультета так же высоко оценили «участие в дежурствах в ЛПУ». На 4-5-6 местах в рейтинге - «участие во врачебных конференциях», «участие во врачебных консилиумах»; на последних (7-8 место) – «участие в патологоанатомических конференциях и вскрытиях» и «работа на тренажёрах». Различия по среднему баллу оценки видов практической подготовки не достигают статистической значимости. Средняя оценка всех видов практической подготовки была выше у интернов хирургического факультета. Было отмечено постоянство в оценке клинических разборов больных (4 место в рейтинге 2009-2012 г.г.), дежурств в ЛПУ и ведения медицинской документации (2-3 места в рейтинге). Другие виды практической подготовки в разные годы были оценены по-разному.

Динамика удовлетворённости видами практической подготовки интернов терапевтического и хирургического факультетов за 2009-2012гг.



Как видно из диаграммы, удовлетворённость видами практической подготовки у интернов терапевтического факультета в течение 2009-2012 года постепенно снизилась, в тоже время у интернов хирургического факультета динамика удовлетворённости не имела чётко выраженной тенденции.

1.3. Удовлетворённость учёбой в целом

Таблица 2.

	Терапевтический факультет					Хирургический факультет				
	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.	2010-2012г.г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.	2010-2012г.г.
Удовлетворённость учёбой в целом	4,68	4,684	4,18	4,121	4,416	4,62	4,161	4,36	4,25	4,348

Как видно из таблицы 2:

- 1) у интернов терапевтического факультета удовлетворённость учёбой постепенно снизилась в период с 2010г. по 2012г.;
- 2) у интернов хирургического факультета не прослеживается чёткой динамики в оценке удовлетворённости учёбой.
- 3) удовлетворённость учёбой в целом у интернов обоих факультетов выше, чем удовлетворённость различными видами практической подготовки;
- 4) у интернов терапевтического факультета снизилась как удовлетворённость различными видами практической подготовки, так и удовлетворённость учёбой в целом. У интернов хирургического факультета такой динамики нет.

Освоение практических умений и навыков – только часть учебных задач интернатуры, хотя и очень важная. Можно предположить, что на удовлетворённость учебной работой в целом положительно влияют многие другие факторы. Это и высокий уровень общей и профессиональной культуры профессорско-преподавательского состава кафедры, и интересное общение со старшими коллегами. Кроме того, имеет большое значение личностное общение со сверстниками (профессиональное, досуговое).

1.4. Самооценка готовности к самостоятельной работе

Таблица 3

	Терапевтический факультет				Хирургический факультет			
	2010г.	2011г.	2012г.	2010-2012г.г.	2010г.	2011г.	2012г.	2010-2012г.г.
Готовность к самостоятельной работе	4,158	3,864	3,643	3,888	4,129	4,036	4,087	4,084

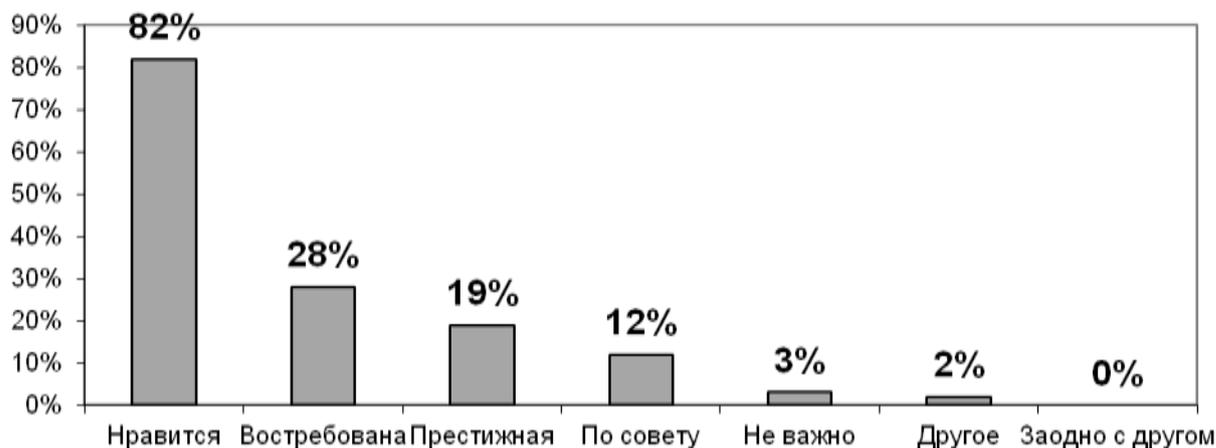
Как видно из таблицы 3:

1. Интерны хирургического факультета оценили свою готовность к самостоятельной работе выше, чем интерны терапевтического факультета;

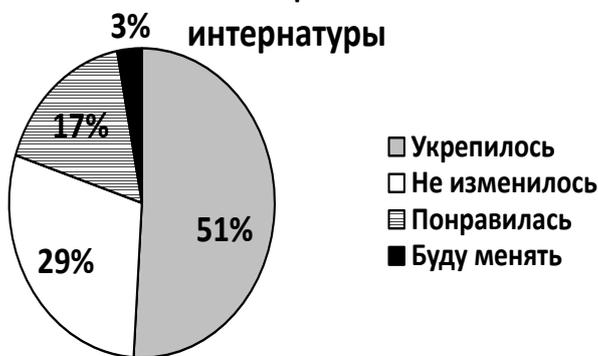
2. Оценка готовности к самостоятельной работе у интернов терапевтического факультета в течение 2010-2012г.г. постепенно снижалась.
3. У интернов хирургического факультета нет чёткой динамики оценки готовности к самостоятельной работе.

2. Мотивация выбора специальности и динамика мотивации в результате обучения в интернатуре

Мотивация выбора интернами специальности 2010-2012гг.



Отношение к специальности после интернатуры



Результаты оценки мотивации выбора специальности интернами, представленные на диаграммах свидетельствуют о следующем:

1. Выпускники интернатуры внутренне мотивированы на профессиональную деятельность.
2. Обучение в интернатуре укрепило внутреннюю мотивацию к профессиональной деятельности у тех, кто осознанно выбрал свою специальность и сформировало мотивацию у части интернов, сомневавшихся в своём выборе.

3. Молодые врачи начинают работать с большим желанием и интересом. Для сохранения на долгие годы этого замечательного настроения необходимы ряд условий. Это признание обществом ценности труда медиков, выражающееся в том числе в высокой заработной плате; снижение влияния фактора отчуждения труда (невозможность влиять на конечный результат своего труда); благоприятный социально-психологический климат в коллективе.

Выводы:

1. Интерны в целом удовлетворены обучением в интернатуре (средний балл 4,35).

2. Наиболее эффективными в обучении интернов являются традиционные формы обучения: лекции, работа с литературой, практические занятия.

3. Для практической подготовки интернов используются различные виды подготовки.

4. Наиболее эффективные виды практической подготовки – курация больных, ведение медицинской документации, клинические разборы больных.

5. Обучение в интернатуре укрепило профессиональную мотивацию интернов.

6. Самооценка готовности к профессиональной деятельности ниже, чем результаты ИГА

Рекомендации:

1. Улучшить подготовку интернов в тренажёрных классах.

2. При подготовке интернов больше использовать обучающие возможности патологоанатомических конференций.

3. Способствовать формированию высокой личностной и профессиональной самооценки интернов, используя, в том числе, возможности психологического консультирования и психологической коррекции.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У МУЖЧИН, ПОЛУЧАВШИХ ПРЕПАРАТЫ ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Е.В.Петрова, Т.Н.Вакина, О.А.Петров, Д.Г.Елистратов

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Несмотря на успехи фундаментальной медицины в области терапии сексуальных расстройств у мужчин: открытие ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа, использование андрогензаместительной терапии, до сих пор остаётся ряд нерешённых проблем – токсичность этих лекарственных средств, нежелательные побочные эффекты, а также нечувствительность к терапии отдельной группы пациентов (от 15 до 40%). Использование препаратов природного происхождения, с минимальным количеством побочных эффектов и при этом обла-

дающих способностью повышать сексуальное влечение и улучшать качество эрекции, является хорошей альтернативой решения мужских проблем.

Нами проводился анализ эффективности терапии сексуальных расстройств у мужчин, получавших препарат природного происхождения Эромакс.

Обследовано 30 мужчин с сексуальными дисфункциями (эректильной дисфункцией и снижением либидо) и тревожно-депрессивными расстройствами в возрасте от 28 до 62 лет ($49,6 \pm 6,9$ лет). Выраженность и динамика сексопатологической симптоматики на фоне терапии оценивались по клиническому вопросу «Сексуальная формула мужская» (СФМ), опроснику МИЭФ-5, шкале оценки состояния половой функции. Проводилось определение гормонального статуса. В клинко-психопатологическом исследовании учитывались показатели личностного опросника СМОЛ и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS).

Средняя продолжительность сексуальных расстройств составила $4,9 \pm 2,3$ года. У основной части исследуемых установлен слабый (48%) и ослабленный вариант средней половой конституции (24%). Большинство пациентов в анамнезе имели значительные психические и физические нагрузки, при этом клинко-психопатологическое исследование выявило расстройство адаптации у 56% больных, смешанное тревожно-депрессивное – у 20%, тревожно-фобическое – у 14%. Анализ результатов по шкале СМОЛ показал высокие уровни по шкалам ипохондрии у 64% больных, психастении — у 56%, депрессии — у 52%, истерии – 48%.

Сексуальные дисфункции у всех пациентов, включенных в исследование, проявлялись в виде снижения либидо с уменьшением сексуальных фантазий, поиска сексуальных стимулов, мыслей о сексуальной стороне жизни и затруднения в наступлении или поддержании эрекции, достаточной для удовлетворительного проведения полового акта. Примечательно, что в возрастной группе старше 45 лет (22 чел.) снижение полового влечения отмечено практически у всех пациентов (94,7%), при этом нарушение эрекции - в 73,7% случаев. При анализе эректильной дисфункции в соответствии со шкалой МИЭФ-5 было установлено, что у 6 пациентов (20%, в среднем 22 балла) - показатель находился в пределах нормальных значений, легкая эректильная дисфункция выявлена у 16 больных (53,3%, в среднем 18 баллов), умеренная ЭД - у 8 (26,7%, в среднем 14 баллов). У пациентов старше 45 лет значительно чаще отмечались жалобы на вегето-сосудистые нарушения - внезапную гиперемию лица, повышенную потливость, чувство нехватки воздуха, колебания уровня артериального давления; психоэмоциональную сферу – раздражительность, «снижение жизненных сил», ухудшение концентрации внимания, памяти; повышение массы тела, что в целом отражало клинику возрастного андрогенодефицита.

На фоне терапии с применением Эромакса большинство пациентов (62,5%) уже к 5-7 дню лечения отметили субъективное улучшение настроения, повышение самооценки и уверенности в своих сексуальных возможностях, снижение напряженности и уменьшение конфликтов в супружеских отношениях, а также учащение ночных эрекции. Изучение эффективности терапии с уче-

том клинико-динамического изменения гормонального статуса показало достоверное повышение содержания общего тестостерона (с $11,8 \pm 4,4$ до $17,1 \pm 5,7$ нмоль/л, $p < 0,02$) и ДГЭАС (с $1,2 \pm 0,3$ до $1,4 \pm 0,7$ мкг/мл) на фоне снижения уровня пролактина (с 548 ± 136 до $24,5-467$ мЕ/л, $p < 0,02$), последнее можно также расценить как повышение антистрессовых ресурсов у изучаемой группы больных. Кроме того, обнаруженная тенденция к увеличению уровня надпочечникового андрогена привлекает к себе внимание из-за особого нейропсихического действия ДГЭАС на когнитивные функции, а именно, улучшение памяти, внимания, ассоциативного мышления, а также его возможности превращаться в периферических тканях в тестостерон.

К 28 дню лечения у пациентов отмечалось значимое изменение показателей шкалы оценки состояния половой функции: либидо - 4,0 баллов против исходных 2,8 ($p < 0,02$), средний прирост показателя либидо составил 42,8%; эрекции - 3,8 баллов против исходных 2,9 ($p < 0,032$), средний прирост показателя эрекции составил 31%. При оценке сексуальной функции в соответствии с вопросником СФМ до лечения было выявлено общее снижение показателей мужского копулятивного цикла. На фоне терапии суммарный балл сексуальной функции мужской увеличился с $17,7 \pm 2,5$ до $23,8 \pm 2,9$ ($p < 0,02$). Среди структурных показателей СФМ более значимо улучшились нейрогуморальная и психическая составляющие мужского копулятивного цикла, что обусловило в первую очередь усиление либидо и общее удовлетворение половыми отношениями. По шкале HADS у изучаемого контингента отмечено значительное редуцирование уровня тревоги и депрессии ($p < 0,02$).

Таким образом, природный препарат Эромакс обладает способностью повышать сексуальное влечение и улучшать качество эрекции, стабилизировать сомато-вегетативную и психоэмоциональную сферу и, следовательно, является эффективным и безопасным средством лечения мужских сексуальных расстройств.

БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПЕРИАРТИКУЛЯРНЫХ ТКАНЕЙ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Т.Т.Полякова

ВМС УФСБ России по Пензенской области, Пенза

Учитывая широкую распространенность данной патологии вследствие анатомических особенностей плечевого сустава и окружающих его тканей, высокую степень травматизации при спортивных и профессиональных нагрузках, глубоко укоренившуюся привычку врачей разного профиля (травматологов, неврологов, хирургов, терапевтов) рассматривать многочисленную группу заболеваний периапартулярных тканей под общим названием “плечелопаточного периапартуроза”, была предпринята попытка ретроспективного анализа опыта лечения данной патологии в условиях ВМС УФСБ по Пензенской области и

выделение основных клинических проявлений поражения периартикулярных тканей плечевого сустава.

Проанализированы 37 случаев заболевания с поражением периартикулярных тканей плечевого сустава с 2008 по 2013 год, из них у 17 женщин и 20 мужчин в возрасте от 25 до 78 лет. Всем больным проводилось общеклиническое неврологическое обследование с измерением объема движения в плечевых суставах, с пальпацией периартикулярных тканей, с выделением пораженных мышц, параклиническое исследование (общий анализ крови и мочи, СРБ, серомукоид, фибриноген, РФ крови), рентгенография плечевого сустава. Этиологическими факторами возникновения патологии были:

- травма у 10 больных;
- спортивные и профессиональные перегрузки у 15 больных;
- длительная гиподинамия у 3 больных;
- переохлаждение у 3 больных;
- висцеральная патология у 2 больных (инфаркт миокарда, плеврит);
- у 4 больных этиологический фактор выделить не удалось.

Клинические проявления можно распределить следующим образом:

- адгезивный капсулит (плечелопаточный периартрит, замороженное плечо) – 12 случаев (7 женщин, 5 мужчин). Основными проявлениями являлись ограничение активных и пассивных движений во всех направлениях, исключая сгибание, ночной характер боли, отсутствие рентгенологических изменений;
- повреждение вращающей манжеты плеча (плечевой периартроз, тендиниты надостной, подостной, малой круглой, подлопаточной мышц), которое проявлялось ограничением, болезненностью движений в плечевом суставе, резистивными тестами, болью при пальпации пораженных мышц – 7 случаев (5 мужчин, 2 женщины);
- миофасциальные болевые синдромы (дельтовидной, лестничных, подостной, надостной, малой круглой, ромбовидных мышц и трапецивидной мышцы). Основными диагностическими критериями являлись регионарная боль, наличие миогеллезов и триггерных точек пораженных мышц – 10 случаев (7 мужчин, 3 женщин);
- артроз акромиально-ключичного сочленения, который диагностировался ограничением отведения в плечевом суставе при 140° – 180° , болезненностью при пальпации акромиально-ключичного сочленения, рентгенологическим подтверждением артроза АКС – 8 случаев (5 женщин, 3 мужчин).

Основные лечебные мероприятия проводились в 2 фазы:

- обострения: применение НПВП, компрессы с димексидом, новокаиновые блокады периартикулярных тканей плечевого сустава с гидрокортизоном, кеналогом, дипроспаном, миорелаксантами (тизалуд, толперизон); при выраженном болевом синдроме опиоидные анальгетики (трамадол), транквилизаторы (феназепам, сибазон), ан-

тидепрессанты (амитриптилин, феварин), физиолечение (СМТ с новокаином, лазеротерапия, импульсная магнитотерапия, фонофарез с НПВП, гидрокартизоном).

- в подостром периоде (ЛФК, мануальная терапия, физиолечение, блокады периартикулярных тканей плечевого сустава с хондропротекторами: алфлутоп, цель – Т, траумель), хондропротекторы (хондроитин, глюкозамин).

Фазность лечения давала положительные результаты, сокращая сроки лечения заболеваний.

Таким образом, на основании вышеизложенного можно сделать вывод, что четкое выделение диагностических критериев при данной патологии, целенаправленность воздействия лечебных мероприятий с учетом фазности заболевания позволяют эффективно и быстро купировать болевой синдром и двигательные нарушения при патологии периартикулярных тканей плечевого сустава.

НУТРИТИВНО-МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

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

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Актуальность. Характерная особенность современного травматизма - это высокая доля тяжёлых множественных и сочетанных травм. Основой патогенеза сочетанной травмы является закон взаимного отягощения, в силу которого один вид повреждения ухудшает течение другого, особенно с повреждением органов брюшной полости.

Стрессовый фактор, которым является травма, запускает порочный каскад реакций, характеризующийся повышенным катаболизмом, который приводит к белково-энергетической недостаточности, ослаблению иммунитета, развитию инфекционных осложнений.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с сочетанной травмой при нарушениях трофологического статуса путем подбора индивидуальной нутритивно-метаболической терапии.

Материалы и методы исследования. Обследовано 120 пациентов с сочетанной травмой в различных комбинациях: черепно-мозговая травма разной степени тяжести; скелетная травма; повреждения органов грудной клетки; повреждения органов брюшной полости. Исследованы трофологический статус по показателям соматического (методом антропометрии) и висцерального (лабораторные методы) пулов белка, и степень тяжести катаболизма.

Пациенты в возрасте - от 18 до 65 лет, преимущественно мужского пола, с тяжестью состояния по шкале АРАСН 2 - 12-15 баллов, были разделены на 2 группы:

- (контрольная) группа – пациенты, которые получали только базисное лечение с использованием традиционной тактики ведения больных в стационаре;
- (основная) группа – пациенты, при лечении которых применялась, помимо базисной терапии, адаптированная в клинике пошаговая схема дифференцированной нутриционно-метаболической коррекции.

Схема включает в себя 4 стандарта: стандарт действия, стандарт содержания, стандарт обеспечения и стандарт оценки эффективности.

Стандарт действия: определение состояния трофологического статуса; показаний к нутритивной поддержке.

Стандарт содержания: расчет суточной потребности в энергии, жирах, белке; на 1-2, 3, 5, 7, 10 суток, оценка функционального состояния желудочно-кишечного тракта.

Стандарт обеспечения: болюсная тест-проба, раннее энтеральное питание: (первые 12-24 часа).

Стандарт оценки эффективности: оценка степени катаболизма, эффективности нутриционной поддержки и её коррекция.

Стартовая нутритивная терапия, проводилась согласно рекомендациям и протоколам. После оценки трофологического статуса и метаболических потребностей, на основании расчета по уравнению Харриса-Бенедикта и суточных потерь азота определялись фактические потребности в энергии – углеводах, жирах, белке. Далее нутритивную поддержку продолжали, с постепенным увеличением количества белка (до 1,5г на кг/сут.) и энергетической нагрузки (до 35–50 ккал/кг в сутки) к 14–21 дню.

При невозможности использовать энтеральное введение питательных смесей восполнение потерь белка и энергозатрат проводили парентеральным способом.

С целью сохранения барьерной функции кишечника и поддержки трофики энтероцитов назначалось раннее энтеральное питание (первые 12-24 часа), за счёт полуэлементальных, стандартных смесей с постепенным увеличением объема и каллоража.

При восстановлении функции ЖКТ использовали сбалансированные, гиперкалорийные и высокобелковые смеси, с иммуномодулирующим эффектом и специальные фармаконутриенты и антигипоксанты.

Результаты исследования. Индекс массы тела при поступлении в стационар в среднем составил $25,5 \pm 5,56$ кг/м². В состоянии эйтрофии находились 85 пациентов, у 9 было повышенное питание, у 26 пациентов отмечалась недостаточность питания (НП) легкой степени - 92% средней 6% и 2 % тяжелой (диагностика недостаточности питания определялась по методу В.М. Луфта и А.Л. Костюченко).

Высокий уровень катаболизма отмечали в 80% случаев (96 пациентов). Висцеральный пул белка на момент поступления у всех больных характеризовался гипопроотеинемией (общий белок составлял 58-60 г/л, альбумин – 30-33г/л), которая сохранялась на протяжении первых 5-6 сут.

Показатели соматического пула белка при поступлении были в пределах нормы (окружность плеча (ОП) составляла 25,5-29,5 см, толщина кожно-жировой складки над трицепсом (ТКЖСК) 11,5-14,5 мм.). Изменение соматического пула белка у всех больных происходило к 5-6 сут. (ОП - 22-26,5 см, ТКЖСК - 10,5-12,6 мм), формирование начальной гипотрофии развивалось в течение 8-9 сут. нахождения в ОРИТ.

В контрольной группе показатели общего белка (61г/л) и уровня, альбумина (28г/л) оставались низкими более 10-12 сут. гипотрофия усугубилась к 15 сут. (ОП - 19-23,5 см, ТКЖСК - 8,6-10,4 мм).

В основной группе к 7-8 суткам достигали нормальных величин общий белок (68 г/л) и альбумин крови (36г/л), и уже к 12-13 суткам не происходило дальнейших потерь соматического пула белка.

Положительного азотистого баланса у пациентов основной группы достигали к 7-8 суткам. В контрольной группе высокий уровень катаболизма сохранялся более 15суток, что подтверждалось отрицательным азотистым балансом.

Заключение:

Метаболические нарушения и белково-энергетическая недостаточность развиваются у всех больных (80%), даже при отсутствии недостаточности питания при поступлении. Осложненная патологией ЖКТ сочетанная травма имеет высокий катаболизм.

Индивидуально подобранная нутритивно-метаболической терапия позволяла добиться более раннего перехода катаболической фазы в анаболическую, сокращения длительности ИВЛ (на 3,5сут. $\pm 1,4$), уменьшения сроков пребывания больных в ОРИТ (на 4,8сут. $\pm 2,2$), снижения летальности на 5,5%.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ЛИМФОГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА У ДЕТЕЙ

Н.К.Почнина, Е.В.Авдошина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России,
ГБУЗ «Городская детская поликлиника, детская поликлиника №3, Пенза

Заболевания органов лимфоглоточного кольца занимают первое место по распространенности среди всех заболеваний ЛОР-органов в детской оториноларингологии (Карпова Е.П. и соавт., 2009).

Небные и глоточная миндалины являются активными органами иммуногенеза и занимают важное место в формировании иммунитета у ребенка.

Неослабевающий интерес оториноларингологов к данной проблеме диктуется постоянной практической необходимостью принимать решение о лечебной тактике (В.Н.Грищук, М.С.Овсянникова, 2009). Несмотря на сложившиеся традиционные подходы к диагностике и лечению заболеваний лимфоглоточного кольца у детей, многие вопросы остаются нерешенными, что требует их дальнейшего изучения (В.П.Быкова, 2008).

Гиперплазия небных и глоточной миндалин чаще всего встречается у детей в возрасте 4-7 лет. Гиперплазия глоточной миндалины (аденоидные вегетации) может встречаться изолированно; а гиперплазия небных миндалин, как правило, сочетается с увеличением глоточной миндалины.

Целью нашего исследования явилось повышение эффективности лечения сочетанной патологии лимфоглоточного кольца у детей.

Под нашим наблюдением находилась группа детей в количестве 37 человек в возрасте от 4 до 7 лет. В группу для комплексного лечения были отобраны дети с сочетанной гиперплазией небных миндалин II степени и гиперплазией глоточной миндалины II- III степени.

Схема комплексной терапии выполнялась в два этапа.

Первым этапом проводилась аденотомия с целью восстановления свободного носового дыхания и элиминации инфекционного очага. Аденотомия проводилась под местным обезболиванием в амбулаторных условиях. У 11 детей, что составило 29% от общего количества, уже в ближайшие 5-6 дней после аденотомии произошло сокращение небных миндалин и восстановилось носовое дыхание. Такие дети не требовали дальнейшего лечения, но нуждаются в диспансерном наблюдении.

У 26 детей, что составило 71% от общего количества, размеры небных миндалин после аденотомии остались прежними. В этой группе через 3-5 дней после аденотомии вторым этапом проводилась консервативная терапия в амбулаторных условиях. Курс лечения состоял из 10 ежедневных промываний лакун небных миндалин 0,01% раствором мирамистина и курса физиотерапии.

Физиотерапевтические процедуры назначались после пятого сеанса промывания лакун небных миндалин. Использовалась лазеротерапия по следующей методике: излучатель устанавливали на проекцию небной миндалины у угла нижней челюсти, мощность излучения – 0,05 кГц, длительность процедуры от 3 до 5 мин. на каждую сторону. Курс лечения- 10 процедур.

Общее количество пролеченных детей - 37		
выздоровление	улучшение	без перемен
11	23	3
29%	62%	8%

Выводы:

1. Приведенная схема лечения подтверждает эффективность комплексного подхода к терапии сочетанной патологии лимфоглоточного кольца у детей.
2. Ступенчатая терапия позволяет сохранить небные миндалины - важный иммунокомпетентный орган для растущего детского организма.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЛАНОВЫХ ТРАХЕОТОМИЙ

Н.К.Починина, Д.Г.Филин, А.А.Валюхова, А.В.Федин, Н.А.Шкурова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России,
ГБУЗ «ГКБСМП им. Г.А. Захарьина», Пенза

Актуальность. В последнее время за счет появления нового эндоларингеального инструментария, усовершенствования методики эндоларингеальных операций, показания к плановой трахеотомии значительно сократили. Несмотря на ограничение показаний, в настоящее время данное вмешательство находит свое применение достаточно широко. В плановом порядке трахеостомия выполняется больным с онкологическими заболеваниями гортани и верхних отделов трахеи без острой дыхательной недостаточности. Пациентам длительное время, находящимся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) на 3-5 сутки, с целью уменьшить риск инфекционных осложнений и некротических изменений в области голосовых складок выполняется трахеотомия.

К интраоперационным осложнениям трахеотомий относятся: кровотечение, острое нарушение дыхания, повреждение паратрахеальных структур, воздушная эмболия, асистолия, подкожная эмфизема мягких тканей лица и шеи. Ранние послеоперационные осложнения включают подкожную эмфизему, пневмоторакс, пневмомедиастинум, раневую инфекцию, вторичные аррозивные кровотечения. К поздним послеоперационным осложнениям относятся кровотечения, рубцово-грануляционные разрастания в трахее, трахеопищеводный свищ, кожно-трахеальный свищ, ларинготрахеальный стеноз. (*Паршин, В. Д. Трахеостомия. Показания, техника, осложнения и их лечение / В.Д. Паршин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 176 с.*)

Материалы и методы. С 2008 г. по 2014 г. в ГБУЗ ГКБСМП им. Г.А. Захарьина врачами-оториноларингологами было выполнено 1269 плановых трахеотомий открытым доступом. В 55,2% (700 случаев) операции выполнялись пациентам с диагнозом ОНМК, находившимся длительное время на респираторной поддержке. В остальных 24,4%-(310 случаев) трахеотомия выполнялась больным хирургического профиля и в 20,4% (259 операций) больным с нейроинфекциями.

Результаты и обсуждение. Ранние и поздние осложнения в послеоперационном периоде наблюдались в 17,65% случаев (224 больных). Структура осложнений была следующая: в 36,2% (81 случай) развитие кровотечения на фоне антиагрегантной терапии у больных с диагнозом ОНМК. В 24,1% (51 случай) трахеотомия осложнилась эмфиземой лица и шеи. В 38% (85 случаев) осложнением было образование трахеопищеводного свища, вследствие ранения задней стенки трахеи. В одном случае было пересечение щитошейного ствола, что в последующем привело к некротическому трахеиту. В 1,8% (4 случая) во время трахеотомии развился повторный эпизод ОНМК, который привел к летальному исходу.

Выводы

1. Ранние и поздние осложнения трахеотомии зависят от квалификации врача и тщательного ухода за больным.

2. При выполнении трахеотомии необходимо учитывать патофизиологические процессы и анатомические особенности организма на фоне основного заболевания, чтобы избежать осложнений операций.

ОЦЕНКА УРОВНЯ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Н.С.Рябин, Т.А.Дружинина, Н.А.Ивачёва

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России,
ГБУЗ ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина, Пенза

Актуальность. В настоящее время можно говорить о том, что острый панкреатит (ОП) занимает лидирующую позицию среди неотложных заболеваний органов брюшной полости. Основную роль в патогенезе ОП в последние годы придают медиаторам воспаления. Определение концентрации цитокинов в сыворотке крови свидетельствует о выраженности воспаления и является ценным прогностическим фактором тяжести и системных осложнений ОП.

Цель: провести сравнительную оценку уровня некоторых цитокинов у больных острым панкреатитом в первые сутки госпитализации.

Материалы и методы. В исследование включены 113 больных с ОП. У 59 (52,2%) пациентов диагностирован острый деструктивный панкреатит (ОДП) (1 группа). Вторую группу составили 54 пациента с отечным панкреатитом. Уровень ИЛ-8, ИЛ-10, ИЛ-4 и ФНО α определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) наборами ООО «Цитокин», г. Санкт-Петербург. Статистическую обработку результатов проводили с использованием методов непараметрической статистики.

Результаты и обсуждения. В работе были проанализированы уровни цитокинов ИЛ-8, ИЛ-10, ИЛ-4 и ФНО α (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика ИЛ-8 и ИЛ-10 у больных ОДП, отечным панкреатитом и контрольной группы

Показатели пк/мл	1 группа Me (LQ-UQ)	2 группа Me (LQ-UQ)	Контрольная группа
ИЛ-8	454,5 (234,0-768,0)*#	126,0 (55,1-426,0) *#	5,1 (2,8-5,6)
ИЛ-10	66,1 (20,0-147,3) *#	6,4 (3,6-12,6) *#	2,1 (0,5-3,5)
ФНО α	8,75 (5,6-12,3) *#	4,5 (3,4-6,7) *#	0,5 (0,4-1,2)
ИЛ-4	7,5 (0,5-16,8) #	5,0 (0,0-9,6)	0,0 (0,0-2,59)

* – достоверность различий между 1 и 2 группами $p < 0,01$

– достоверность различий с контрольной группой $p < 0,05$

Значения ИЛ-8 в сыворотке крови были статистически выше в обеих группах больных по сравнению с контролем ($p=0,0000$), что было закономерным вследствие его роли как одного из основных хемокинов сыворотки, который вырабатывается многими клетками врожденного иммунитета, в т.ч. – нейтрофилами. Одним из основных источников ИЛ-8 в тканях служат тучные клетки, которые могут быть преформированы в гранулах. На сегодняшний день общепринято, что тучные клетки, экспрессируя Toll-like рецепторы различных типов, способны распознавать самые различные грамположительные и грамотрицательные бактерии и наряду с лейкоцитами формируют вторую линию защиты от патогенов благодаря огромному секреторному потенциалу. Вероятно, преформированный в гранулах ИЛ-8 дает высокий уровень данного цитокина в самые ранние сроки заболевания. При этом уровень ИЛ-8 был статистически более высоким ($p=0,0013$) в первой группе по сравнению с группой больных отечным панкреатитом. Это также свидетельствует о более высокой функциональной активности нейтрофилов у больных с деструктивной формой ОП. ИЛ-8 повышает адгезивность нейтрофилов и экзоцитоз ферментов.

Оценка уровня ИЛ-10 позволила установить следующие закономерности: значения указанного цитокина были достоверно выше ($p=0,0001$) в группе больных с панкреонекрозом как в сравнении с контрольной, так и с больными второй группы ($p=0,0003$). Известно, что Ил-10 контролирует гиперактивацию воспаления и повреждение собственных клеток, которое преимущественно имело место у больных 1 группы. С другой стороны, высокие значения данного цитокина могут приводить к деактивации нейтрофилов: ингибировать выброс хемокинов, снижать синтез провоспалительных цитокинов, циклооксигеназы 2 и простагландина E2 и являться одной из причин недостаточной эффективности фагоцитоза, что имело место при развитии у больных гнойно-некротических осложнений.

Уровень ФНО α у больных с ОДП и отечным панкреатитом превышал значения в контрольной группе доноров ($p=0,000001$ и $p=0,000007$ соответственно). При сравнении средних ранговых значений в 1 и 2 группах были выявлены статистически значимые более высокие показатели указанного цитокина в группе больных с панкреонекрозом ($p=0,0003$). Известно, что данный цитокин вызывает многочисленные повреждения тканей, наблюдаемые при остром воспалении.

Уровень ИЛ-4 в группе больных с ОДП был статистически выше аналогичных значений в контроле ($p=0,044$), тогда как во 2 группе эти различия были недостоверны. При сравнении ранговых значений сывороточного ИЛ-4 между группами эти различия также оказались недостоверными. Как известно, ИЛ-4 определяет дифференцировку лимфоцитов стойкого фенотипа Th2, это соотносится с более высоким уровнем IgE в группе больных с ПН.

Следовательно, у больных с деструктивной формой ОП при поступлении в стационар уровни цитокинов ИЛ-8, ИЛ-10 и ФНО α были статистически выше таковых у пациентов с отечным панкреатитом, что позволяет на этапе госпита-

лизации определить тяжесть состояния больных и выбрать адекватную тактику их ведения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ НА МОМЕНТ РАЗВИТИЯ ИНТОКСИКАЦИОННОГО ПСИХОЗА

Н.С.Рябин, Т.А.Дружинина, Н.А.Ивачёва

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России,
ГБУЗ ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина, Пенза

Цель работы состояла в проведении сравнительного анализа показателей эндогенной интоксикации у больных острым деструктивным панкреатитом на момент развития панкреатогенного психоза.

Материалы и методы. В исследование включены 59 пациентов с острым деструктивным панкреатитом (ОДП). Определяли показатели ЛИИ по Я.Я. Кальф-Калифу, В.К. Островскому и С.Д. Химичу, индекс средних молекул (ИСМ), разработанного нами РИС-теста (патент на изобретение №2463601), а также шкал оценки органной недостаточности - SOFA и MODS II. Молекулы средней массы (МСМ) определяли по методу Н.Г. Габриэляна и В.И. Липатовой. Принцип исследования основан на осаждении белков и последующем измерении оптической плотности надосадочной жидкости на спектрофотометре при длине волны 254 нм и 280 нм. Далее рассчитывали индекс интоксикации по формуле $CM1/CM2$, где $CM1$ – уровень средних молекул (СМ) при длине волны 280 нм; а $CM2$ – уровень СМ при длине волны 254 нм. Показатель РИС (разность индуцированной светосуммы) рассчитывали в условных единицах как разность значений результатов измерения индуцированной светосуммы хемилюминесценции через 4 часа после экспозиции крови *in vitro* и результатов измерения, проведенного сразу после забора крови. Методика проведения: венозная кровь больного ОП в объеме 3,0 мл отбирается в пластиковую пробирку с гепарином (из расчета 100 ед/мл). Раствор люминола готовят на диметилсульфоксиде (17,7 мг люминола на 10,0 мл ДМСО). Рабочий раствор люминола готовят из расчета 10,0 мл стерильного физиологического раствора и 0,01 мл люминола, раствор предварительно прогревается в термостате при 37°C. К 2 мл рабочего раствора добавляется 100 мкл гепаринизированной крови (коэффициент разведения гепаринизированной крови – 21) и 10 мкл ингибированной культуры *Staphylococcus aureus* (штамм 209) в концентрации 250 млн клеток на 1 мл. Исследование крови осуществляется сразу после забора. Измерение светосуммы индуцированной хемилюминесценции проводили на приборе хемилюцинометр-003в следующем режиме: время исследования – 10 мин., кювета термостатируемая - 37°C. Дальнейшее хранение крови происходило при ком-

натной температуре (18 – 25°C). При истечении 4-х часов кровь перемешивали ресуспензированием, после чего проводили повторное измерение.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием методов непараметрической статистики.

Результаты и обсуждения. Одним из проявлений интоксикационного синдрома при ОП является панкреатогенный психоз, который проявляется психомоторным возбуждением, дезориентацией в пространстве и времени, галлюцинациями, бредовыми идеями и отсутствием критики к своему состоянию.

Интоксикационный психоз наблюдался у 32 из 59 больных ОДП, что составило 54,2%. Из них было 27 (84,4%) мужчин и 5 (15,6%) женщин. Структура этиологического фактора в развитии ОДП у больных с панкреатогенным психозом представлена на рисунке 1.

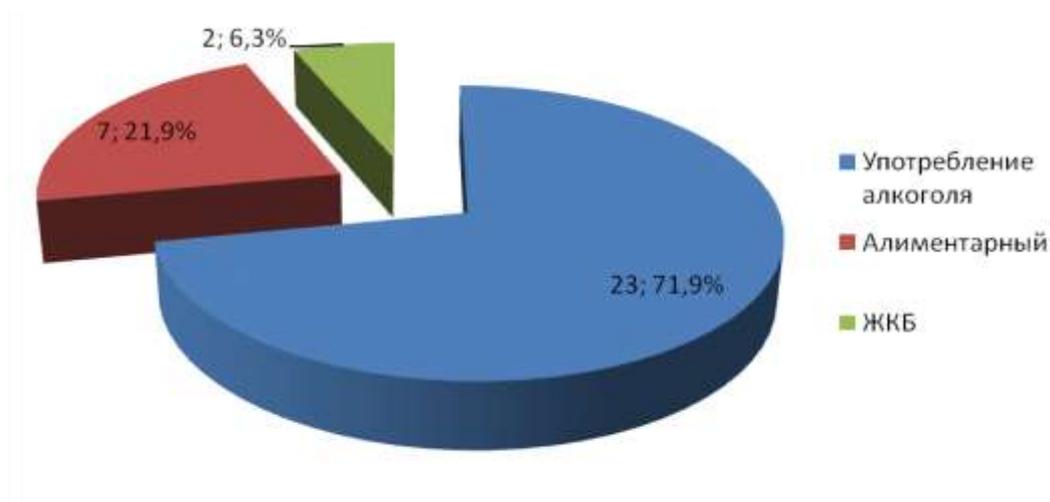


Рис. 1. Этиологические факторы у больных ОДП с панкреатогенным психозом

Согласно рис. 1 нарушение психического состояния у пациентов с ОДП развивается наиболее часто при алкогольной этиологии, чем при других причинах (71,9%, 21,9% и 6,3% соответственно при алкогольной, алиментарной и ЖКБ).

Развитие панкреатогенной энцефалопатии у пациентов ОДП наблюдалось на 2-11 сутки. Частота развития гнойно-некротических осложнений наблюдалась у 84,4% (у 27 из 32) больных. Летальность у пациентов с интоксикационным психозом составила 56,3% (18 из 32 больных).

Показатели эндогенной интоксикации у больных ОДП на момент поступления в стационар и развития панкреатогенного психоза представлены в таблице 2.

**Показатели эндогенной интоксикации у больных ОДП
с панкреатогенным психозом**

Показатели	На момент госпитализации Me (LQ-UQ)	На момент развития панкреатогенного психоза Me (LQ-UQ)
ЛИИ Кальф-Калифа, у.е.	5,0 (2,5-6,8)	6,0 (4,1-7,6)
ЛИИ Островского, у.е.	4,56 (4,56-7,8)	5,25 (4,0-6,6)
ЛИИ Химича, у.е.	7,02 (5,89-10,8)	7,0 (3,0-15,97)
ИСМ, у.е.	0,89 (0,87-0,96)*	0,85 (0,82-0,90)*
РИС-тест, у.е.	45,6 (33,46-96,27)*	107,0 (75,23-123,24)*
SOFA, баллы	2 (2-4)*	3 (3-5)*
MODS II, баллы	1 (1-3)*	3 (2-5)*

* – достоверность различий между группами $p < 0,05$

Согласно данным табл. 2 у больных ОДП на момент развития интоксикационного психоза показатели ИСМ были статистически ниже по сравнению с таковыми при поступлении в стационар ($p=0,03$), а значения РИС-теста - достоверно выше ($p=0,014$). При проведении корреляционного анализа индекса интоксикации средних молекул и разработанного нами РИС-теста была выявлена отрицательная корреляционная связь $R=-0,79$, $p=0,0039$. Как известно, молекулы средней массы считаются универсальным биохимическим маркером, отражающим уровень патологического белкового метаболизма, коррелирующего с наличием у больных интоксикационного синдрома, вследствие чего мы считаем, что РИС-тест также является показателем, отражающим наличие у больных эндотоксикоза.

Показатели шкал оценки органной недостаточности - SOFA и MODS II были статистически выше у больных с панкреатогенной энцефалопатией ($p=0,03$ и $0,04$ соответственно).

Таким образом панкреатогенный психоз как один из характерных признаков проявления выраженности интоксикационного синдрома у больных ОДП объективно отражали показатели ИСМ, РИС-теста и интегральные шкалы SOFA и MODS II. Большая чувствительность РИС-теста по сравнению с ЛИИ связана, на наш взгляд, с тем, что данный метод отражает непосредственно состояние периферической крови (наличие в ней эндогенных факторов интоксикации), тогда как ЛИИ отражают реакцию костного мозга на развитие воспаления.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТАБИЛЬНОСТИ СТЕРЖНЕВЫХ ФИКСАТОРОВ ПРИ ЧРЕСКОСТНОМ ВНЕОЧАГОВОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

А.В.Салаев, В.А.Мoiseenko, А.И.Кислов, В.Г.Кулаков, А.В.Гатин

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России; ФГБОУ ВПО ПГТУ, Пенза

Чрескостный внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез (ЧВКДО) показан при переломах трубчатых костей, прежде всего в случаях поллитравмы, а также при открытых переломах, осложненных травматическим шоком, ложным суставом, остеомиелитом.

Неудовлетворенность результатами лечения повреждений трубчатых костей с применением внеочагового чрескостного остеосинтеза обусловлена, прежде всего, расшатыванием в кости чрескостных фиксирующих элементов (до 60% случаев). В связи с этим возникает нестабильность остеосинтеза (Бейдик О.В., 2002; Краснов А.Ф., 1997; Dovid A. et al. 1994).

По мнению Виноградова В.Г. с соавт., 2010, данный вопрос недостаточно изучен, а экспериментальные данные, направленных на подробное изучение факторов, гарантирующих стабильность системы «стержневой фиксатор - кость» - противоречивы (Боровский Н.Г., 1996; Бейдик О.В., 1999; Городниченко А.И., 2000; Усков О.Н., 2001; Yilmaz E. et al., 2003).

Целью настоящей работы является изучение технологии установки стержней Шанца, а также исследование стабильности аппарата (ЧВКДО) в зависимости от пространственного и количественного расположения фиксирующих чрескостных элементов при диафизарных переломах трубчатых костей. Этот фрагмент работы выполнялся в научном сотрудничестве с Пензенской государственной технологической академией, кафедрой «Технология общего и роботизированного производства» (доц. В.Г. Кулаков).

Всего выполнено 20 экспериментов. Перелом трубчатой кости моделировали на большеберцовой кости, изъятый из ампутированных нижних конечностей с соблюдением этических и правовых норм (заключение ЛЭК от 16.04.14 г., ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России) по поставленным задачам.

Сравнительный анализ жесткости в зависимости от углового положения винтов показал, что с увеличением угла относительного расположения винтов изгибная и моментная жесткость повышаются.

При изменении угла от 0 до 30 градусов изгибная жесткость практически не меняется. При изменении угла от 45 градусов до 90 градусов жесткость повышается в 1,2 раза.

Необходимым условием равномерного распределения нагрузки между винтами является симметричное расположение основного стержня (М8 или М10 мм). При асимметрии приложения нагрузки по отношению к винтам возникают дополнительные изгибающие моменты в плоскости основного стержня. Данные, полученные в результате экспериментального исследования,

использованы при монтаже аппарата (ЧВКДО) на диафизе трубчатых костей в клинике у 58 больных.

Выводы.

1. С увеличением угла относительного расположения винтов его жесткость на изгиб и моментная жесткость повышаются. При изменении угла от 0 до 30 градусов изгибная жесткость практически не меняется. При изменении угла от 45° до 90° жесткость повышается в 1,2 раза.
2. При приложении к стержню осевой сжимающей нагрузки величиной 28-30 кгс он заметно изгибается и теряет устойчивость. При снятии нагрузки изгибные деформации сохраняются. Поэтому при компоновке стержневого аппарата вне очаговой редкостной фиксации, необходимо ограничение нагрузки для винта М8 значением 25- 30 кгс.
3. Учитывая несущую способность винтов Шанца, установленных в кости, целесообразно для верхней конечности, из-за её функциональной особенности, заключающейся в меньшей степени восприятия осевых механических нагрузок, устанавливать два чрескостных фиксирующих стержня, расположенных в различных плоскостях и на различном уровне. Для нижней конечности, у которой основной является осевая функция необходимо устанавливать не менее 3-х стержней Шанца, расположенных также в различных плоскостях и на различном уровне.

ОПЫТ НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И ВЫПИСЫВАНИЯ РЕЦЕПТУРНЫХ БЛАНКОВ, ИХ УЧЁТА И ХРАНЕНИЯ НА БАЗЕ ГБУЗ ООД

С.Н.Седова, Н.В.Сопина

ГБУЗ ООД, ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

С 2007 года в ООД назначение и выписывание лекарственных проводилось в соответствии с приказом МЗСР РФ г. №110. В 2012 году введены в действие ряд новых нормативных актов:

- Приказ МЗСР РФ от 17.05.2012 г. №562н «Об утверждении порядка отпуска физическим лицам лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих кроме малых количеств наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, другие фармакологические активные вещества (в ред. приказа Минздрава России от 10.06.2013 г. №369н)
- Приказ МЗ РФ от 20.12.2012 г. №1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядке оформления указанных бланков, их учета и хранения».

- Приказ МЗ РФ от 26.02.2013 г. №94н «О внесении изменений в приказ МЗСР РФ от 12.07.2007 г. №100 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания».

Во исполнение вышеозначенных актов в ООД введены следующие изменения: Назначение и выписывание лекарственных препаратов (ЛП) осуществляется врачом, при амбулаторном и стационарном лечении только в соответствии с международным непатентованным наименованием (МНН) или по его группировочному названию. Такой подход имеет ряд преимуществ, в том числе в поиске и выборе нужного ЛП, его стоимости. При необходимости изменения лечения (отсутствии эффекта, аллергической реакции, ухудшении состояния больного, необходимости дополнительного лечения - сверх стандарта), коррекция назначения ЛП проводится комиссионно. В целях оптимизации назначения ЛП в ООД создана ПВК (подкомиссия врачебной комиссии), на основании приказа МЗСР РФ от 05.05.2012 г. №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности ВК МО» (в ред. приказа МЗ РФ от 02.12.2013 г. №886н) и п.25, п.27 приказа №1175н.

В ряде случаев предусмотрено увеличение дозы ЛП на одном рецептурном бланке:

- Наркотические и психотропные средства списков II, III Перечня и иные лекарственные препараты, подлежащие предметно-количественному учету при оказании паллиативной помощи;
- Производные барбитуровой кислоты, эфедрин, псевдоэфедрин в чистом виде и в смеси с другими лекарственными средствами, лекарственные препараты с анаболической активностью, комбинированные препараты, содержащие кодеин, для лечения пациентов с хроническими заболеваниями (могут выписываться на курс лечения до 2-х месяцев);
- Рецепты на лекарственные препараты, выписанные на рецептурных бланках ф. №148-1/у-04(л) и ф. №148-1/у-06(л), гражданам, достигшим пенсионного возраста, инвалидам первой группы и детям-инвалидам выписываются на курс лечения до 3-х месяцев;
- Пациентам с хроническими заболеваниями на рецептурном бланке, ф.№107-1/у срок действия рецепта до 1 года с превышением рекомендуемого количества. При этом врач делает пометку «Пациенту с хроническим заболеванием», указывает срок действия рецепта и периодичность отпуска препарата из аптеки.

В настоящее время введены новые формы рецептурных бланков - РБ

Таблица 1

№ п/п	Форма РБ (№)	Назначение РБ	Срок действия РБ/хранения в аптеке	Соответствие нормативному акту
1.	107-1/у-НП	наркотические и психотропные ЛП списка II перечня	5 дней/ 10 лет	Приказ МЗ РФ от 01.08.2012 г. №54н
2.	148-1/у-88	психотропные ЛП списка III перечня, анаболических средств и других ЛП, подлежащих предметно-колич. учету	10 дн./ псих. – 10 лет, остальн. – 3г.	Приказ МЗ РФ от 20.12.2012 г. №1175н
3.	148-1/у-04(л) и 148-1/у -06(л)	ЛП льготной категории граждан (РБ выписываются в 3-х экземплярах)	5,10 дней, 1 месяц, 3месяца/ 5 лет	Приказ МЗ РФ от 20.12.2012 г. №1175н
4.	107-1/у	остальных ЛП и комбинированные ЛП	2 месяца, 1 год/ в аптеке не хранятся	Приказ МЗ РФ от 20.12.2012 г. №1175н

На рецептурном бланке ф. №107-1/у можно выписывать до 3-х наименований ЛП, на остальных - по одному наименованию.

При лечении в стационаре, в случаях назначения 5 и более препаратов одному пациенту, на основании приказа МЗ РФ N1175н, п.25 - издан локальный нормативный акт о необходимости согласования с зав. отделением или дежурным врачом. Учитывая специфику и высокую стоимость лечения онкологических больных, в ООД посчитали целесообразным в соответствии с п.27 приказа МЗ РФ №1175н, назначение препаратов, не входящих в перечень ЖНВЛС, при нетипичном течении заболевания, осложнениях и непереносимости, а также ЛП, не входящих в стандарты лечения, рассматривать на ПВК по рациональному назначению ЛП.

Назначение наркотических и психотропных средств в условиях стационара согласования с зав. отделением не требует. Это позволяет лечащему врачу (дежурному врачу), своевременно и без задержек снимать болевой синдром (Ф3№323-Ф3 ст.19, п.5). Внедрение п.29, раздела II Приказ МЗ РФ от 20.12.2012 г. №1175н позволяет врачу, при выписке для продолжения амбулаторного лечения назначать, либо выдавать наркотические или психотропные средства на срок до 5 дней. Однако, во всех нормативных актах, по учету и хранению наркотических средств, форма выдачи на руки больному наркотических препаратов на современном этапе отсутствует. В связи с этим, в ООД подготовлен приказ руководителя и готовится положение о назначении (выписке рецепта), одновременно с выпиской из стационара больному необходимым, в том числе и наркотических средств, для продолжения лечения, на срок до 5 дней. Такая практика позволит исключить для больного тяжёлый соматический период при отсутствии наркотиков.

Для своевременного купирования болевого синдрома (ФЗ №323-ФЗ ст.19, п.5), при наличии локального нормативного акта (приказа руководителя, положения), медицинский работник имеет право самостоятельно, либо по решению ВК выписывать наркотические и психотропные ЛП (ранее, в соответствии с приказом №110 - только по рекомендации специалиста и обязательно через ВК).

Не изменились требования к оформлению РБ для «льготников», они соответствуют приказу №110.

Учет рецептурных бланков осуществляется в журналах учета, пронумерованных, прошнурованных и скрепленных подписью руководителя и печатью медицинской организации. Форма и содержание журналов учета точно соответствуют приказу №1175н.

Для учета наркотических средств и психотропных веществ используется приказ МЗ РФ от 01.08.2012 г. №54н «Об утверждении формы бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления».

В ООД, приказом руководителя назначено лицо, ответственное за хранение и учет всех видов рецептурных бланков, в соответствии с нормативными актами. Состояние хранения, учета, фактического наличия и расхода рецептурных бланков, подлежащих учету, проверяет постоянно действующая комиссия, созданная приказом ГВ один раз в квартал.

Заключение: Краткий обзор действующих нормативно-правовых актов по лекарственному обеспечению, опыт ООД по применению современных нормативных актов позволит ряду медицинских организаций избежать недочётов при организации выписки и учета ЛП, способствует наиболее быстрому получению ЛП больному.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

М.Ю.Сергеева-Кондраченко, Т.П.Шебуняева

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Цель: оценить качество жизни (КЖ) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД 2) типа в зависимости от длительности заболевания, наличия осложнений и компенсации углеводного обмена и лиц, не имеющих СД 2 типа, используя опросник «SF-36 Heath Status Survey».

Материалы и методы: проведено анкетирование 60 пациентов, которые были разделены на 2 группы: первая – лица, не имеющие СД 2 типа (30 человек), вторая – 30 пациентов с СД 2 типа. Группы были сопоставимы по возрасту и полу (возраст - 57 ± 4 года). Степень компенсации углеводного обмена оценивалась по гликированному гемоглобину (HbA_{1c}), который составил 7%-7,5%. Для оценки КЖ был использован опросник «SF-36 Heath Status Survey». Сбор

данных осуществлялся путем анкетирования пациентов прямым опросом. Анкеты, имеющие пропущенные ответы на вопросы SF-36, были исключены из обработки. Все данные заносились в таблицу «Microsoft Office Excel 2007». Анализ КЖ проводился по всем шкалам опросника SF-36. Для статистической обработки полученных данных был использован U-критерий Манна-Уитни.

Результаты: группа лиц, не имеющих СД 2 типа, достоверно отличается от группы пациентов с СД 2 типа по всем анализируемым параметрам. Среднее значение параметра «физическое функционирование» в группе больных составляет $68,33 \pm 4,34$ (Ме – 72,50 [50,00;90,00]), а в группе здоровых – $94,83 \pm 1,16$ (Ме – 95,00 [95,00;100,00]) ($p < 0,05$). Среднее значение параметра «ролевое физическое функционирование» в группе больных равняется $46,67 \pm 7,06$ (Ме – 50,00 [0,00;75,00]), а в группе здоровых – $80,00 \pm 7,13$ (Ме – 100,00 [75,00;100,00]) ($p < 0,05$). Уровень параметра «шкала боли» у здоровых – $94,37 \pm 2,25$ (Ме – 100,00 [100,00;100,00]) и достоверно ($p < 0,05$) превышает данный показатель в группе больных – $58,37 \pm 3,90$ (Ме – 56,00 [41,00;74,00]). Показатель параметра «общее состояние здоровья» в группе больных составляет $56,27 \pm 3,88$ (Ме – 56,00 [35,00;72,00]), а в группе здоровых – $81,27 \pm 2,78$ (Ме – 81,00 [70,00;95,00]) ($p < 0,05$). Сравнение групп по параметру «шкала жизне-способности» показало достоверное различие ($p < 0,05$) между группами: среднее значение данного показателя в группе больных – $56,67 \pm 3,25$ (Ме – 55,00 [50,00;70,00]), а в группе здоровых – $73,50 \pm 2,65$ (Ме – 77,50 [65,00;85,00]). Среднее значение параметра «шкала социального функционирования» в группы больных равняется $71,67 \pm 3,93$ (Ме – 75,00 [62,50;75,00]), а в группе здоровых – $87,92 \pm 3,14$ (Ме – 87,50 [87,50;100,00]) ($p < 0,05$). «Ролевое эмоциональное функционирование» в группе больных – $51,11 \pm 8,11$ (Ме – 66,67 [0,00;100,00]), а у здоровых – $77,78 \pm 5,61$ (Ме – 100,00 [66,67;100,00]) ($p < 0,05$). Среднее значение параметра «психологическое здоровье» у больных СД 2 типа – $61,87 \pm 2,70$ (Ме – 64,00 [52,00;72,00]), а в группе здоровых – $76,13 \pm 2,71$ (Ме – 76,00 [68,00;84,00]) ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, показатели качества жизни больных СД 2 типа ниже, чем значения лиц, не имеющих СД 2 типа, что вероятно обусловлено интенсивной терапией сахарного диабета, необходимостью в постоянном контроле гликемии, соблюдении диеты и в целом, по мнению пациентов «обременяющим образом жизни».

АКТУАЛЬНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ КРИТИЧЕСКОЙ ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ

С.В.Симанина

ФГУЗ МСЧ-59 ФМБА России, Заречный

Актуальность: Невынашивание беременности – проблема репродуктивных потерь. В условиях демографического кризиса находится в центре внимания современной науки.

Решением международного конгресса «Контаверсии в акушерстве и гинекологии» (Барселона, 2007) было утверждено ставить диагноз и лечить хронический эндометрит у всех женщин, перенёсших хотя бы одну неразвивающуюся беременность.

В комплексном лечении невынашивания беременности в условиях стационара в ФГУЗ МСЧ-59 ФМБА России проводится комплекс реабилитационных мероприятий, предложенный В.Е. Радзинским, включающий плазмаферез.

Данное исследование необходимо для анализа эффективности реабилитационно терапии.

Цель исследования: анализ эффективности реабилитационной терапии за 3х-летний период наблюдения. Выделить группу женщин, у которых реабилитация привела к положительному эффекту.

Материалы и методы: Проанализировано 47 историй болезни пациенток гинекологического отделения, кому проводилась реабилитационная терапия в промежутки времени 2011-2013 гг. и 47 амбулаторных карт тех же пациенток.

Результаты: За 3 года проведено 47 реабилитационных терапий после критической потери беременности. После проведённого лечения беременность наступила у 62% женщин, причём в 95 % случаев в первый год после реабилитационных мероприятий. Повторных критических потерь беременности в этой группе не было. Всем пациенткам проводился полный объём реабилитационных мероприятий, включающий в том числе 3-х кратный плазмоферез.

Возраст женщин, проводивших реабилитационную терапию, составляет от 25 до 43 лет. Преимущество составляют пациентки от 25 до 35 лет-74%. В группе забеременевших после реабилитации по возрасту пациентки распределились следующим образом: 25-29 лет 59%; 30-35 лет 18% ; 36-40 лет 18%. Как и в исходной группе наибольшие показатели наблюдаются в группе от 25 до 35 лет-77%. Отмечается достаточно высокая эффективность реабилитации в 36-40 лет. Старше 40 лет реабилитация оказалась неэффективной.

Чаще всего замершая беременность диагностируется в первом триместре. В исходной группе преобладает замершая беременность на стадии эмбриобласта, в генезе которой возможны любые факторы (инфекционные, генетические, гормональные и др.). В группе забеременевших после реабилитации в анамнезе наибольшие показатели замершей беременности отмечаются на стадии эмбриона и плода. Сюда же вошёл случай прерывания беременности в 20 недель. В этой группе предположителен воспалительный фактор.

Профессия: В целом, эффективность реабилитации не зависит от статуса. Отмечается лишь незначительное увеличение доли домохозяек (12%) среди пациенток, забеременевших после реабилитации, что может быть связано с меньшим воздействием негативных факторов на работе (стрессовых и т.д.).

При анализе экстрагенитальной патологии нельзя сказать, что беременность наступила только у соматически здоровых женщин. В исходной группе, в отличие от забеременевших после реабилитации присутствуют Гиперандрогения, Единственная почка, что может свидетельствовать о преимущественной гормональной и генетической причинах невынашивания соответственно, а не инфек-

ционной. То есть противовоспалительная терапия у таких женщин оказалась неэффективной.

Среди генитальной патологии женщин, забеременевших после реабилитации заболеваемость распределилась следующим образом: Хр. Эндометрит 100%; Псевдоэрозия шейки матки 45%; Хр цервициты, кольпиты, аднексит 36%; Миома 27%; Аденомиоз 18%; Киста 14%; Первичное бесплодие, НМЦ 4,5%. Таким образом, беременность наступила у женщин со всеми исходными нозологиями, за исключением Порока развития матки, что может свидетельствовать о наследственном или анатомическом факторе невынашивания.

О преимущественной роли инфекции в генезе невынашивания таких пациенток также свидетельствует и наличие данных обследования на ЗППП методом ПЦР и посева на флору: В исходной группе - Эпидермальный стафилококк 29%; уреаплазмоз 23%; бактериальный вагиноз, кишечная палочка 13%; Энтерококк 8%; бета-гемолитический стрептококк, микоплазмы в 4%. В группе женщин, забеременевших после реабилитации также роль в развитии хронического эндометрита играет эпидермальный стафилококк, кишечная палочка, гарднерелла. Таким образом, в этиологии хронического эндометрита превалирует роль неспецифической микрофлоры и её микробной ассоциации, чувствительные к большому числу препаратов, чем и объясняется эффективность противовоспалительной терапии.

По паритету: женщины, у которых I беременность закончилась критическим прерыванием 42,5%; II беременность - 40%. Из них роды в анамнезе у 17%; III и последующие беременности - 17%. Из них роды в анамнезе 14%. Привычное невынашивание - 11%. Таким образом, в группе невынашивания преобладают первобеременные женщины. У повторнобеременных женщин достаточно большой процент приходится на предшествующие аборт или привычное невынашивание. Среди женщин, забеременевших после реабилитации, преимущество составляют повторнобеременные (67%) пациентки, в анамнезе у которых были роды (49%). Привычное невынашивание - 9%. Что само по себе исключает наличие тяжёлой гинекологической патологии и показывает эффект от противовоспалительной терапии.

Начало половой жизни: В исходной группе: до 18 лет - 45%; старше 18 лет 55%. Среди женщин, забеременевших после реабилитации: до 18 лет 23%; старше 18 лет 77%, что может быть связано с зависимостью эффекта противовоспалительного лечения от давности хронического эндометрита. Выводы: Отмечается достаточно высокая эффективность реабилитационной терапии в группе, предполагающей воспалительный генез невынашивания. Отмечаются высокие показатели желанной беременности при привычном невынашивании. Повторных критических потерь беременности после реабилитационной терапии не было. Наиболее частыми причинами невынашивания являются инфекционные заболевания половых путей. В характере возбудителей преимущество составляет неспецифическая микрофлора и её бактериальная ассоциация. Учитывая, что длительная персистенция хронической инфекции при эндометрите приводит к образованию аутоантител с повреждающим действием особенно

при беременности, именно реабилитационная терапия позволяет нормализовать иммунные параметры как одни из причин критической потери беременности. Реабилитационную терапию можно рекомендовать, как метод подготовки к желанной беременности при невынашивании воспалительного генеза, желательно у пациенток до 40 лет.

СОВРЕМЕННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ УКРЕПЛЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПЕНЗЕНСКОГО РЕГИОНА

Н.В.Сопина, Н.Н.Ашанина, Г.Г.Вишнякова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, ГБУЗ МИАЦ, Пенза

Основополагающими нормативными документами, определяющими демографическую политику в регионе являются:

- РП РФ от 25.12.2012г. №2511, которым утверждается программа «Развитие здравоохранения»
- РП Пензенской области от 30.04.2013г. №232-рП «Об утверждении программы «Развитие здравоохранения Пензенской области до 2020года»
- РП Пензенской области от 28.02.2013г. №86-рП «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты»)

Приоритетное направление в области официальной статистики - публикации в форме открытых данных. Для планирования мероприятий в рамках вышеозначенных документов, необходимо опираться на предшествующие показатели, с учетом тех, на которые, в основном делается акцент в программе «Развитие здравоохранения на период до 2020г.» и плана мероприятий («дорожная карта»).

Непосредственные результаты реализации программ
(государственной, региональной, «дорожной карты» до 2020 года)

Таблица 1.

Снижение смертности	РП РФ от 25.12.2012г. №2511, программа «Развитие здравоохранения на период до 2020г.»	РП ПО от 30.04.2013г. №232-рП « Об утверждении программы «Развитие здравоохранения Пензенской области до 2020года»	РП Пензенской области от 28.02.2013г. №86-рП «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») до 2018г.
от всех причин /на 1000 нас.	11,4	14,3	14,5
младенческой/на 1000 живорожд.	6,4	7,0	7,0
на 100 000			
материнской /на живорожденных	15,5	10,8	10,8
болезней системы	622,4	717,0	762,0

кровообращения/нас.			
новообразований/нас.	190,0	198,4	198,8
ДТП/нас	10,0	11,8	12,0
Туберкулёза/нас	11,2	6,5	6,5
ожидаемая продолж. жизни/ годы	74,3	74,0	74 года

Из представленной таблицы видно, что конечные результаты выверены и скоординированы, опираются на те показатели, которые сложились в предшествующие годы. Модернизация здравоохранения, оснащение медицинских организаций новейшей техникой, систематизация процессов доступности и качества медицинской помощи, позволят региону выйти на оптимальные статистические показатели. Реальному расчету предшествовали статистические показатели, сложившиеся в предшествующие годы.

Динамика основных показателей за 2011-2013 годы

Таблица 2.

Показатели смертности и ожидаемой продолжительности жизни	2011	2012	2013	2020-РФ	2020-ПО
всех причин на 1000 нас.	15,2	14,9	14,7	11,4.	14,3
младенческой на 1000 живорожд.	5,7	7,2	5,6	6,4	7,0
На 100 000					
материнской /живорожд	21,6	6,7	-	15,5	10,8
болезней системы кровообращения/нас	971,0	971,2	928,8	622,4	717,0
новообразований	214,3	212,7	208,0	190,0	198,4
ДТП	20,3	20,0	17,4	10,0	11,8
туберкулёза	6,4	6,1	5,1	11,2	6,5
Ожидаемая продолжительность жизни	70,2	70,9		74,3	74,0

По ряду показателей прослеживается положительная динамика или стабилизация процесса, что позволяет считать реальными решение задач, поставленных программными документами.

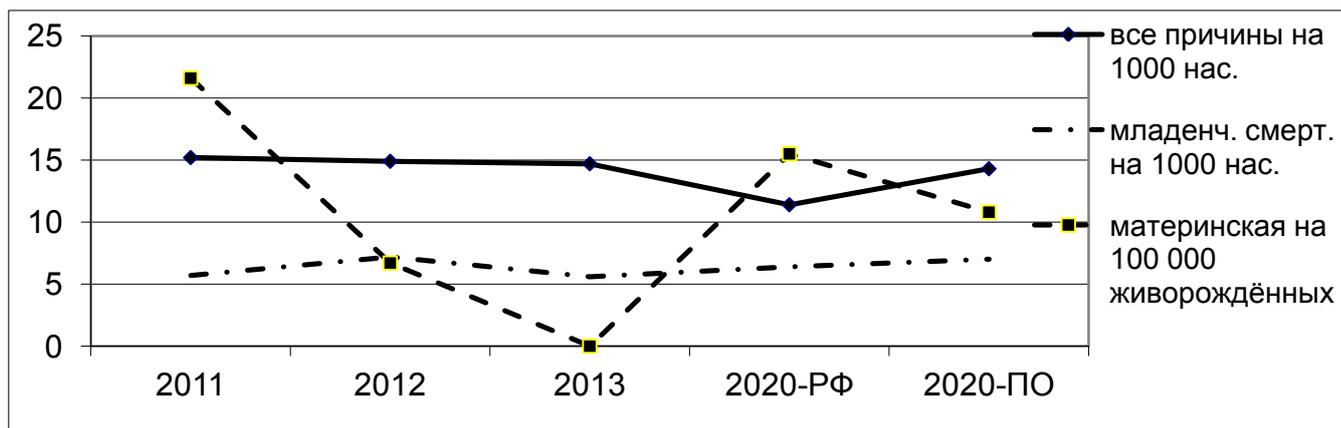


Диаграмма №1

На диаграмме видно, что показатели материнской и младенческой смертности уже сегодня ниже показателей, планируемых к 2020г. Показатели общей смертности имеют общую тенденцию к снижению.

В 2012 году увеличилось количество детей, родившихся в регионе.

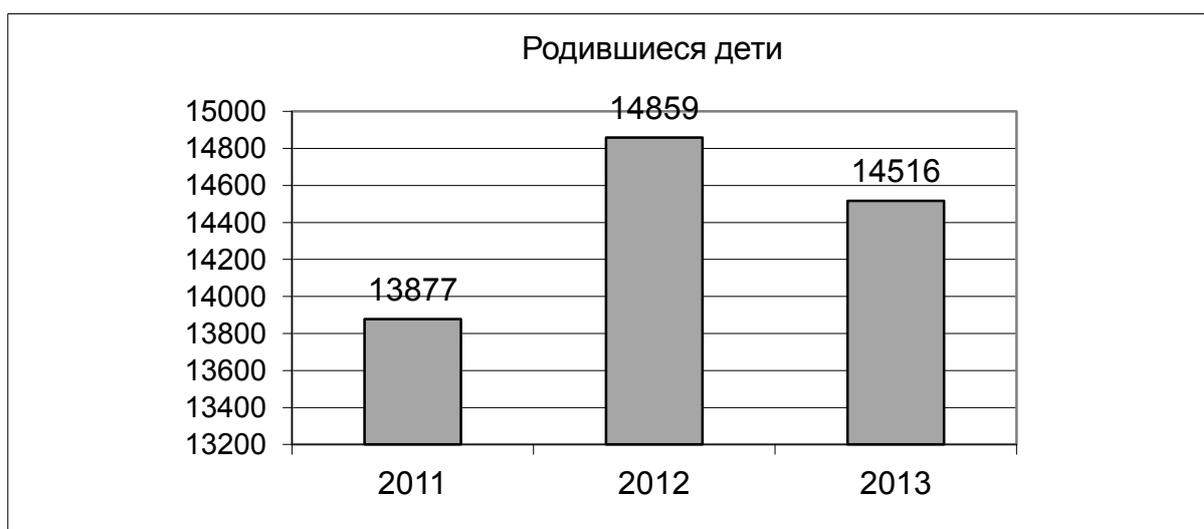


Диаграмма №2

Не смотря на положительные моменты описанные выше и достигнутые определенные результаты, в настоящее время не прослеживается роста населения региона. К тому есть несколько причин. Наблюдается устойчивая тенденция «старения» населения: средний возраст составляет 41,5 года (по РФ – 39,3), каждый четвертый - пенсионер. Количество лиц старше трудоспособного возраста в 1,8 раза больше численности лиц моложе трудоспособного возраста, что говорит об общем постарении населения. Сохраняется миграционная убыль населения.

Выводы: Демографические показатели территориальной программы «Развитие здравоохранения Пензенской области на 2014-2020 годы» прогнози-

руются менее оптимистично, чем в программе «Развитие здравоохранения» Российской Федерации в связи с особенностями региона.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОТДЕЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕНЗЕНСКОМ РЕГИОНЕ

Н.В.Сотина, С.Б.Рыбалкин, С.В.Олейник, Е.В.Татаринцева, Н.С.Федосеева

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, ГБУЗ ПОКЦ СВМП,
ОФ «АнтиСПИД», Пенза

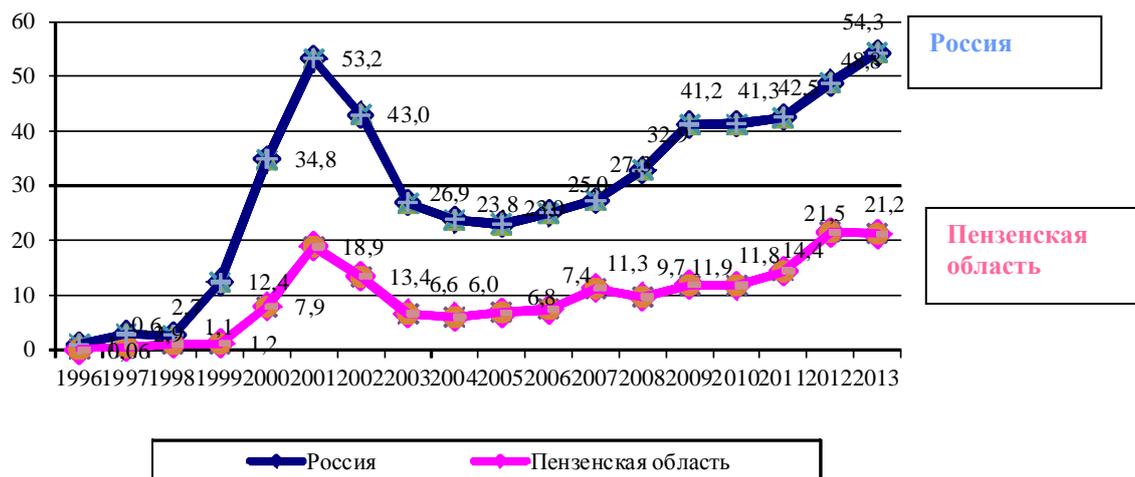
ПП РФ №715 от 01.12.2004г, (в редакции ПП РФ от 13.07.2012г.) утверждён перечень социально-значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих. В ФЗ №323-ФЗ от 21.11.2011г., ст. 43, указывает на необходимости диспансерного наблюдения определённых заболеваний в соответствующих медицинских организациях. Перечень заболеваний утверждается, исходя из высокого уровня первичной инвалидности, смертности населения, снижения продолжительности их жизни (п.2., ст.43. ФЗ №323-ФЗ). Подчёркиваются особенности организации оказания медицинской помощи, при отдельных заболеваниях (п.3., ст.43. ФЗ №323-ФЗ).

Основными признаками социально значимых и социально опасных болезней являются способность к широкому распространению. Лечение их требует значительных финансовых затрат. Эти заболевания способствуют росту инвалидизации, снижают качество жизни, её продолжительность, ведут к преждевременной смерти. Затраты возрастают по мере ухудшения состояния больных, прогрессирования заболеваний или выявления их на поздней стадии.

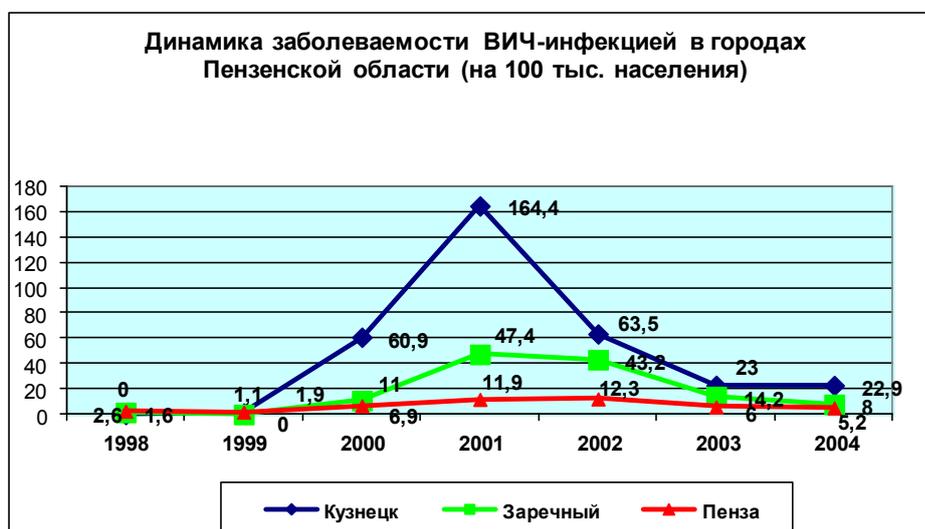
В ряде случаев доказано взаимное влияние заболеваний на их распространение. Наркомания, при отсутствии своевременных профилактических мероприятий, ведёт к росту заболеваемости гепатитами, ВИЧ-инфекцией, ИППП. Рост заболеваемости ИППП обуславливает рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Следствием заболеваемости ВИЧ-инфекцией является рост заболеваемости туберкулёзом.

Цель данного сообщения: ещё раз обратить внимание врачей на возможность целенаправленного и эффективного воздействия на основные факторы, которые вызывают и поддерживают такие из социально-значимые заболевания, как ИППП (включая ВИЧ-инфекцию, а так же гепатиты В и С).

Динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России и Пензенской области (на 100 тыс. населения).



В 2001г., подъем заболеваемости ВИЧ по области был вызван вспышкой ВИЧ-инфекции в г. Кузнецке (с показателем заболеваемости на пике 164,4 на 100 тыс. населения).



В 2012г. более высокий подъем заболеваемости в Пензенской области был обусловлен ростом заболеваемости в Пензе всего в 2,5 раза (25,1 на 100 тыс. населения).



В отличие от большинства регионов РФ, рост заболеваемости в которых продолжается, ситуация в Пензенской области в 2013г. была стабилизирована за счет проведения эффективных противоэпидемических мероприятий – прежде всего в областном центре

Зоной ответственности ГБУЗ ПОКЦ СВМП является профилактика ИППП и ВИЧ-инфекции в Пензенской области. Специалисты ГБУЗ на принципах государственно-частного партнерства и межведомственного взаимодействия успешно проводят ряд профилактических мероприятий в рамках апробированной в Пензе модели.

Центр «Доверие» проводит профилактику ИППП, среди молодёжи, основными методами которой являются консультирование, тренинги, подготовка волонтеров, распространение информационных материалов. Проводятся профилактические мероприятия среди групп высокого риска инфицирования (женщины, вовлеченные в секс-бизнес). Для такой категории граждан открыт кабинет доверенного врача, организуются индивидуальные консультации, низкопороговый доступ к медико-социальным услугам, проводится уличная социальная работа. В части профилактики передачи ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С инъекционным путем (среди наркозависимых), организована уличная социальная работа, патронаж в очагах ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков, предоставляются средства профилактики и информационные материалы, организуются бесплатные консультации и обследования и др.

Оптимизированы подходы к профилактическим мероприятиям. Это индикаторы для мониторинга и оценки эффективности профилактики, методические и информационные материалы. Организовано проведение обучающих мероприятий среди групп риска. Подготовлены программы и проведены образовательные занятия среди специалистов образования и социальной помощи. Осуществляется информационная и методическая поддержка соисполнителей профилактических программ в Пензенской области и др. Одним из приоритетов является раннее выявление и профилактика туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных. Для достижения максимальной эффективности профилактической работы среди населения, используются СМИ, Интернет-ресурсы, работа в организованных коллективах. Резервы не исчерпаны. Накопленный опыт позволяет сделать следующие выводы:

1. Заболеваемость ИППП, в том числе ВИЧ-инфекций, в Пензенской области ниже среднероссийских и обнаруживают тенденцию к дальнейшему снижению.

2. При росте заболеваемости ВИЧ-инфекцией в РФ, обусловленном потреблением инъекционных наркотиков, в Пензенской области за счет адекватных мер профилактики, удается сдерживать распространение ВИЧ-инфекции

3. Создан межведомственный экспертный совет при правительстве области по профилактике и распространению ИППП и ВИЧ-инфекции

ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРАКТ

Н.В.Сопина, Д.Е.Феоктистов

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

С введением в действие в 2010г. ФЗ №83-ФЗ, бюджетные учреждения переходят с бюджетной сметы на субсидии по госзаданию, которое определяет, в том числе затраты на оплату труда работников. Субсидии формируются в соответствии с перечнем услуг на 1-3 года по утвержденным нормативам и объемам. Такой подход требует внедрения эффективных методов управления, необходимости стимулировать увеличение объема и повышение качества медицинской помощи, внедрения дифференцированной оплаты труда медицинских работников с учётом результатов их труда.

В Распоряжении Правительства РФ от 26 ноября 2012 г. N 2190-р «Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях» даётся определение эффективному контракту. Эффективный контракт - это трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки.

Цель программы: сохранение кадрового потенциала, повышение престижности профессии, обеспечение соответствия оплаты труда объёму и качеству услуг (работ). *Задачи программы:* совершенствование системы оплаты труда, достижение конкретных результатов, с учётом показателей качества и объёмов оказываемых услуг (работ), создание прозрачного механизма оплаты труда руководителей учреждений, дифференциация оплаты труда работников, выполняющих работы различной сложности, качества и объёмов. *Требования программы:* оплата по тарифным ставкам, компенсационные выплаты, стимулирующие выплаты. *Основные направления программы:* профессионально-квалификационные требования к работникам, типовые нормы труда, содержание трудовых функций, зависимость повышения оплаты труда от достижения конкретных показателей качества и количества оказываемых услуг, отмена неэффективных стимулирующих выплат, соответствие развития отрасли «дорожным картам», которые содержат целевые показатели (индикаторы) и меры, обеспечивающие их достижение. Локальные нормативные акты, определяющие нормы и объёмы, не могут противоречить федеральным. Они устанавливают целевые показатели эффективности деятельности, рекомендации по установлению целевых показателей, изменения, которые вносятся в примерные положения об оплате труда, системы нормирования труда, заключение дополнительных соглашений к трудовым договорам с учетом уточнения показателей, критериев, условий и размеров осуществления стимулирующих выплат. Стимулирующие выплаты устанавливаются локальными нормативными актами, коллективными договорами, соглашениями, трудовыми договорами и определяют-

ся с учетом достижения целей и показателей эффективности деятельности учреждения. В «Дорожных картах» предусматриваются следующие основные параметры: ежегодное уточнение финансирования, определение динамики заработной платы, разработка (изменение) показателей эффективности деятельности учреждений, разработка типовых норм труда, обеспечение дифференциации оплаты труда, оптимизация расходов на административно-управленческий персонал, разработка профессиональных стандартов на основе квалификационных требований, обучение персонала в соответствии с обновленными квалификационными требованиями, представление руководителем учреждения сведений о доходах, и др.

Заработная плата может быть увеличена за счет средств, полученных от реорганизации неэффективных учреждений (отделений) - не менее одной трети, а так же средств, от приносящей доход деятельности. При достижении показателей индикаторов развития отрасли, установленных в «дорожных картах», появляется возможность дополнительного финансирования.

Заработная плата конкретного работника ставиться в соответствие с его квалификацией, сложностью, количеством и качеством выполняемой работы и может быть как выше, так и ниже целевого значения, установленного указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 597 и от 1 июня 2012 г. N 761 для соответствующей категории работников. Программа рассчитана до 2018 года.

В приказе Министерства труда и социальной защиты РФ от 26 апреля 2013 г. N 167н «Об утверждении рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта», при оформлении трудовых отношений, рекомендуется учитывать нормы, предусмотренные локальными нормативными актами, коллективными договорами и соглашениями. Установленные нормы определяют размеры окладов (должностных окладов, ставок заработной платы, доплат, надбавок), результаты специальных условий труда по итогам аттестации рабочих мест, режим рабочего времени, режим времени отдыха, штатное расписание учреждения, условия, определяющие характер работы (подвижной, разъездной, другой характер работы), соглашение об изменении сторонами условий трудового договора и др.

Дополнительное соглашение к трудовому договору рекомендуется заключать по мере разработки показателей и критериев оценки эффективности труда, которые влияют на размеры и условия стимулирующих выплат. Условия оплаты труда включают тарифные ставки, доплаты, надбавки, выплаты. В трудовых договорах и дополнительных соглашениях рекомендуется использовать информацию о следующих выплатах стимулирующего и компенсационного характера: интенсивность и высокие результаты работы, выполнение особо важных и ответственных работ, качество, наличие квалификационной категории, образцовое выполнение государственного (муниципального) задания, стаж, премиальные выплаты по итогам работы, условия, отклоняющихся от нормальных (совмещение, расширение зон обслуживания, увеличение объема выпол-

няемых работ, сверхурочная работа, работа в ночное время, исполнение обязанностей временно отсутствующего работника, доплата за работу в ночное время и др.).

Приказом МЗ РФ от 28 июня 2013 г. N 421 утверждаются методические рекомендации показателей эффективности деятельности, которые можно использовать в медицинских организациях. К ним относятся выполнение государственного задания (заказа), финансово-экономическая деятельность, работа с кадрами, удовлетворенность граждан качеством оказания медицинской помощи, отсутствие обоснованных жалоб, соблюдение трудовой дисциплины и кодексов профессиональной этики.

Учитывая вышесказанное, в медицинских организациях, необходимо внимательно пересмотреть возможности изменения оплаты труда медицинского персонала, с учетом возможностей введения «эффективного контракта».

УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Н.В.Сопина, Д.Е.Феоктистов

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Обращаясь в медицинские организации (МО) за медицинской помощью, пациент стремится удовлетворить определенный круг своих потребностей.

Вместе с тем, качество и безопасность оказываемой медицинской услуги не всегда соответствует утвержденным нормативным актам. Встречается недобросовестность или нарушения этики и деонтологии со стороны медицинских работников. Всё это инициирует жалобы в различные инстанции и суд. При этом выявляются факты совершения отдельными недобросовестными медицинскими работниками деяний, грубо нарушающих права и свободы личности (пациента). В УК РФ, к определенной деятельности медицинских работников, применимы следующие составы преступлений:

- причинение вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей смерти пациенту по неосторожности (ч. 2 ст. 109 УК РФ);
- причинение вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей тяжкого вреда здоровью пациенту по неосторожности (ч. 2 ст. 118 УК РФ).

Совершение указанных преступлений влечет назначение следующих видов наказаний в соответствии с УК РФ:

- ч. 2 ст. 109 УК РФ – ограничение свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные долж-

ности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

- ч. 2 ст. 118 – ограничение свободы на срок до четырех лет, либо принудительными работами на срок до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до одного года с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Суд, принимая решение, учитывает представленные доказательства. Медицинский персонал в ряде случаев действительно действует не профессионально (примеры ниже), в ряде случаев не учитывает последствий. Какие судебные доказательства могут негативно отразиться на медицинских работниках? Это:

- Наступление общественно опасных последствий (смерти или тяжкого вреда здоровью)
- Противоправность поведения врача
- Причинно-следственная связь между вредом и противоправным поведением
- Вина врача.

Пример: В Абинскую больницу, Краснодарского Края поступил больной М. с жалобами на боли в животе и подозрением на острый аппендицит. Дежурный персонал (врачи: терапевт и хирург провели консилиум). С невыясненной причиной болей в животе, с явлениями кишечной непроходимости, гипертермией, интоксикацией, нарушением гемодинамики, без объективного исключения острой хирургической патологии, больной старческого возраста был госпитализирован в непрофильное терапевтическое отделение, где ему назначена очистительная клизма. Больной скончался.

Комиссионная судебно-медицинская экспертиза причиной смерти считает дефекты диагностического и тактического плана, недооценку течения острого аппендицита у лиц пожилого возраста, и несоблюдение стандартов оказания медицинской помощи (МП). Какие реальные действия врачей позволили бы избежать непоправимой ошибки? Это: общеклинические лабораторные исследования крови в динамике, обзорная рентгенографию брюшной полости, УЗИ брюшной полости. Кроме того, хирург, в ходе осмотра, не отразил основные хирургические симптомы (раздражения брюшины), не произвел пальцевого исследования через прямую кишку, не оценил состояние больного, требующего хирургического вмешательства, и направил для дальнейшего лечения в непрофильное терапевтическое отделение. Указанные дефекты оказания медицинской помощи, допущенные врачом хирургом, отсрочили оказание медицинской помощи больному на 36 часов, и обусловили выполнение операции уже в условиях развившихся тяжелых гнойно-воспалительных осложнений, которые и явились непосредственной причиной смерти.

Абинский районный суд Краснодарского края, признал виновными, (по

ч. 2 ст. 109 УК РФ) врача терапевта и врача хирурга, которые, по мнению суда, имея реальную возможность для надлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей, допустили ряд дефектов диагностического и тактического плана, и назначил им наказание в виде ограничения свободы сроком на 2 года 6 месяцев без лишения права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью.

При привлечении врачей к уголовной ответственности следственные органы сталкиваются с рядом проблем. Сложно доказать противоправность действий (бездействия) такого врача. Противоправность – это нарушение нормы закона или иных нормативных актов (приказов, инструкций), регулирующих медицинскую деятельность. Однако противоправными в области медицинских отношений, являются также нарушения сложившихся правил поведения, обычаев медицинской практики при проведении всего комплекса профилактических, диагностических и лечебных мероприятий.

Часто невозможно однозначно оценить действия конкретного врача по отношению к конкретному пациенту как противоправные. Трудновыполнимая задача – доказать, что именно небрежность, халатность врача стали причиной нанесенного пациенту ущерба. Ведь наказуемо не то, что врач не смог вылечить от болезни, а то, что при лечении он существенным образом отклонился от общепринятых норм. Ненадлежащее исполнение врачом своих профессиональных обязанностей может быть только в форме неосторожности (легкомыслия или небрежности). В медицинской практике небрежность определяется как существенное расхождение по сравнению с общепринятыми нормами действий медицинских работников, приведшее к ущербу для здоровья данного пациента.

Таким образом, ни у медработников и пациентов, ни у правоприменителей нет сомнений в том, что вопросы, возникающие в связи с разрешением споров о ненадлежащем оказании медицинской помощи, являются наиболее сложными на практике. Это объясняется в первую очередь сложностью самой медицины и безусловной уникальностью каждого спорного случая.

«ОСТЕО-ВИТ D3» В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ КОСТНО-МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С ПОВТОРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ И НИЗКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ КОСТНОЙ ТКАНИ

*В.И.Струков¹, А.И.Кислов¹, Д.Г.Елистратов², М.С.Баженов³,
Ю.Г.Щербакова¹, Т.А.Купцова¹, Л.С.Шишкина³, Л.Г.Радченко¹,
М.Н.Максимова¹, М.Н.Гербель⁴*

¹ГОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, ²ООО «Парафарм»,
³ГБУЗ «ПОДБ им. Н.Ф. Филатова»; ⁴Медицинский институт ПГУ, Пенза

Актуальность. Согласно литературным данным во всех странах мира происходит многократный рост частоты переломов скелета. Имеется значи-

тельный рост частоты повторных переломов, которые сейчас хуже срастаются, особенно у детей. Поэтому неотложные попытки снижения прогнозируемой «эпидемии переломов» должен начинаться уже в настоящее время и с детского возраста [6]. В современной отечественной и зарубежной литературе по данной проблеме указывается на отсутствие эффективных методов лечения и профилактики переломов [7, 8].

В настоящее время во всем мире пытаются решить проблему переломов костей назначением различных остеопротекторов с целью повышения минеральной плотности костей. Мы установили, что это неверный путь. Повысить минеральную плотность костей и снизить частоту костных переломов, таким образом, особенно препаратами кальция, невозможно, т.к. у детей и подростков чрезвычайно разнообразны патогенетические нарушения костно-минерального обмена. В результате разбалансировки кальция регулирующей системы, дисбаланса остеокластов и остеобластов, тот кальций, который назначают пациенту, больше откладывается не в кости, а в другие органы и ткани с риском кальцификации мягких тканей, сосудов с риском гиперминерализации, а в перспективе (у взрослых) увеличением риска инсультов, инфарктов. Таким образом, назначением большинства современных остеопротекторов не удастся решить проблему костных переломов [4,5]. Наша работа направлена на решение вышеперечисленных проблем. Новизна исследования в том, что предложены новые инновационные подходы в диагностике остеопороза с использованием рентгеновской морфометрии и TBS шкалы улучшающей диагностику и прогноз переломов костей. Совместно с фирмой «Парафарм» предложен новый метод определения лечебной эффективности остеопротектора, новый метод лечения остеопороза, в том числе по закрытию полостных образований (патенты № 2466732, №2498811).

Цель работы. Изучить этиопатогенетическую структуру костных переломов у детей и подростков и на основании этого разработать персонафицированный подход в лечении и профилактике костных переломов. Исследовать эффективность лечения остеопороза у детей, новым препаратом «Остео-вит Дз».

Материал и методы исследования. С 2007 по май 2013 года на базе Пензенской областной детской клинической больницы им Н.Ф. Филатова обследовано 37 детей и подростков с низкой минеральной плотностью костной ткани (мальчиков – 25, девочек -12), с переломами длинных трубчатых костей дистальных отделов конечностей составивших основной контингент. Преобладали переломы верхних конечностей (28 случаев), нижних (9). В исследование были включены только дети и подростки с костными переломами в возрасте от 10 до 18 лет. С минеральной плотностью костной ткани (МПКТ) менее - 2,0 СО, с переломами костей, наличием полостных образований в трабекулярных отделах костей. Диагноз остеопении (остеопороза) ставился по Z-шкале ниже -2 СО, с учетом ВМС, ВМД, наличием перелома(ов), роста-весовых показателей с ис-

пользованием таблиц Л.А. Шеплягиной (2013). Определением в сыворотке крови кальция, неорганического фосфора, 25(ОН)D, паратгормона, ТТГ, Т₃, Т₄.

Из исследования исключались дети с вторичным остеопорозом при различных системных заболеваниях, несовершенным остеогенезом, тубулопатиями, гиперпаратиреозом, лечением глюкокортикоидами.

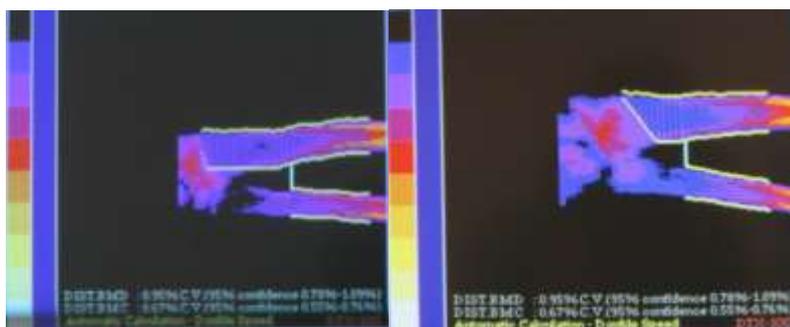
Обследование больных включало сбор анамнез, осмотр, общеклиническое, лабораторное и биохимические исследования: кальций, неорганический фосфор, щелочная фосфатаза, 25(ОН)D в сыворотке крови, рентгенологических методов. Диагностика недостаточности витамина D проводилась по содержанию 25(ОН) D в крови менее 20 нг/мл. Определение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) проводилось рентгенабсорбционным методом до и после лечения через 9 -10 месяцев на аппарате «Остеометр» DTX-100. В процессе углубленного обследования основного контингента детей с переломами были выделены три группы причин повторных переломов: 11 детей с дефицитом витамина D (1 группа), 7 детей с наличием костных полостей в трабекулярных отделах (2 группа), остальные – 19 детей с низкой минеральной плотностью костей (3 группа).

Новым подходом в решении поставленной задаче было использование трутневого раствора (трутневое молочко) в качестве фортификатора (усилителя) остеопротектора (витамина D). Доказано, что в трутневом молочке содержится высокое содержание белка (до 41%), аминокислот (до 37%), в том числе незаменимых (около 38% от общей суммы аминокислот), нуклеиновых кислот (1,1 -1,3%), ферментов (липаз, протеаз, фосфотаз, уреазы, дегидрогеназы, амилазы и др.), фосфолипидов (1,1-1,5%), углеводов (фруктозы, глюкозы и др.), комплекс веществ липидной фракции, микро- и макроэлементов, витаминов А, D, Е, группы В и других биологически активных компонентов, поэтому трутневый расплод не зря называют «банком биологически активных веществ». Такой состав трутневого расплода (молочка) оказывает лечебно-профилактическое действие: антиоксидантное, иммуномодулирующие, противоопухолевое, остеопротекторное [1-4]. У самих пчеловодов не бывает тяжелых форм остеопороза. На основании этого нами был разработан «Остео-вита D₃ содержащий в 1 таблетке 500 МЕ витамин D₃ и 100мг трутневого расплода в качестве фортификатора (усилителя).

Эффективность «Остео-вита D₃» в лечении остеопороза определяли по динамике клиники заболевания, МПКТ и закрытию полостных образований в костях. Дети 1 и 2 групп получали остео-вит D₃ трехмесячными курсами три раза в год по 1 табл 2 раза в день с месячными перерывами. Дети 3 группы в зависимости от способа лечения разделены на 2 сравнимые подгруппы по возрасту и тяжести заболевания: подгруппа А - 10 пациентов получали «Остео-вит D₃» перорально по 1 табл 2 раза в день (утром и на ночь, т.е. 200 мг расплода/сут, 1000МЕ витамина D₃/сут) трехмесячными курсами три раза в год. Подгруппа В (контроль) – 9 пациентов получали «кальций D₃ Никомед содержащий адекватное количество витамина D и 1,0г карбоната кальция в сутки. Всем детям до и после лечения через 9 -10 мес проводилась остеометрия.

Результаты исследования. Дети 1 группы (с дефицитом витамина D) при лечении остео-витом имели положительную динамику основных клинических, инструментальных и биохимических показателей. Происходило более быстрое на 7-10 дней формирование костной мозоли, по сравнению с детьми не получавших «Осте-вит D3». Уровень 25(OH)D через 6 мес. лечения повысился с "уровня недостаточности", до нормы.

Во 2 группе пациентов получавших «Осте-вит D3 также отмечена положительная динамика в виде исчезновения и уменьшения болей, ускоренным формированием костной мозоли, повышения минеральной плотности, закрытия полостей или уменьшения их размеров у 2/3 пациентов. См. (Рис.1, 2)



1. Пациент Ваня П., 15 лет. Полость до начала лечения. После лечения почти закрылась.

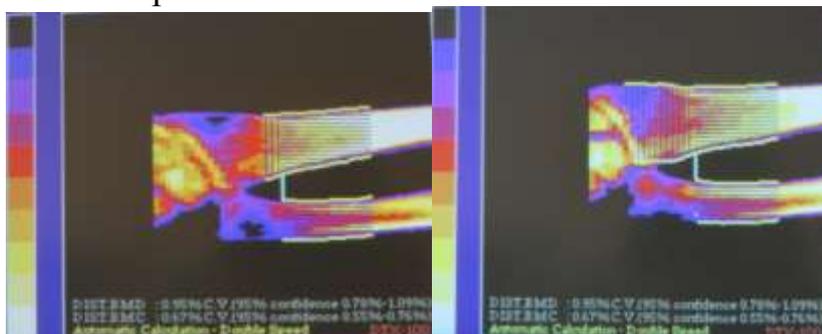


Рис. 2. Пациент А. Полости до начала лечения. После лечения закрылись.

У трети пациентов 2 группы положительный результат не получен. Эти дети имели выраженные нарушения в гормональном статусе (дефицит половых гормонов, нарушения функции щитовидных и паращитовидных желез). Сравнительный анализ эффективности терапии остео-вита D3 и кальцийD3 никомед в 3 группе показал, что отечественный препарат не уступал признанному зарубежному препарату и даже превосходил его по повышению МПКТ и закрытию полостных образований.

В задачу исследования входило изучение формирования сроков костной мозоли при переломах у детей в зависимости от проводимой терапии. Отмечено, что у пациентов не принимавших «Остео-вит D3» и «CaD3Никомед» образование костной мозоли прослеживалось только на 5 недели иммобилизации. У пациентов принимавших «CaD3Никомед» костная мозоль прослеживалась

только на 4-5 неделе иммобилизации.

Если дети получали «Остео-вит Dз», то на рентгенограммах костная мозоль прослеживалась на 3-4 неделе, следовательно этот препарат способствует уменьшению сроков иммобилизации. Это позволяет проводить раньше реабилитацию.

Обсуждение результатов и выводы. Структура сниженной минеральной плотности костей и причин костных переломов у детей направленных на обследование в центр «Остеопороза» оказалась неоднородной и педиатрически детерминированной. Установлено, что в первую очередь у детей с повторными переломами в случаи постановки таким детям диагноза «остеопороз» необходимо обследовать на дефицит витамина D главной причины сниженной минеральной плотности у детей. Полученные данные соответствуют имеющимся литературным даны о широком распространении дефицита витамина D [7].

При наличии полостных образований в трабекулярных костях у детей с переломами необходимо обследование на гормональный статус и исключить остеопатии эндокринного генеза (дисфункции щитовидной железы, недостаточность половых гормонов и др.) и назначить им адекватную терапию. Это повысит эффективность лечения и важно для профилактики повторных переломов. Заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки, хронические гастродуодениты, мальабсорбция) могут быть причиной сниженной минеральной плотности и переломов костей. При этих заболеваниях снижается всасывание кальция в этих отделах кишечника (Р.Т. Галеева, 2009г). Т.о. с учетом полученных данных можно с большим основанием считать костные переломы у детей на фоне низкой минерализации обусловлены различными педиатрическими заболеваниями и без учета этих факторов невозможна профилактика повторных переломов, особенно в катамнезе.

75% детей (28 из 37) получали молоко в малом количестве или избегали его вообще. 25% детей хотя и получали достаточно молочных продуктов, но без добавки витамина D. Поэтому молоко, как главный источник кальция, лишено защитных эффектов на костный скелет (неэффективное усвоения Ca без витамина D). В связи с этим для решения этой проблемы важно наладить производство на молзаводах D-витаминизированного молока.

«Остео - вит Dз» у всех исследованных пациентов дал положительный результат. Объяснить это можно тем, что препарат содержит фортификатор витамина D, значительно улучшает всасывание кальция из молочных продуктов и повышает минеральную плотность костей. В катамнезе у детей получивших три курса лечения «Остео – витом Dз» не отмечен ни один случай повторных переломов, за счет улучшения минерализации костей, укрепления связочного и мышечного аппарата, уменьшения частоты падений.

Выводы:

1. Этио-патогенетическая структура переломов костей неоднородна и педиатрически - детерминирована различными факторами: D дефицитным состоянием, заболеваниями ЖКТ, недостаточным потреблением молочных про-

дуктов, в том числе без витамина D, дисфункции в эндокринной системе и другими факторами.

2. «Остео-вита Dз» значительно уменьшит частоту костных переломов, частоту недостаточности витамина D, уменьшит зависимость от импорта зарубежных дорогих остеопротекторов, что позволит получить существенный экономический и социальный эффект.

3. Отечественный препарат «Остео-вита Dз» не уступает зарубежному препарату «Кальций Dз Никомедом» по улучшению минеральной плотности костей, и превосходил его по закрытию полостных образований, скорости консолидации костей перелома

Литература:

1. Дубцова Е.А. Клинико-экспериментальное обоснование применения продуктов пчеловодства в комплексной терапии некоторых заболеваний органов пищеварения. Автореферат дисс.д.м.н. ЦНИИ Гастр., Москва, 2009 – С.38.
2. Кривцов Н.И. и др. «Теория и средства апитерапии» Москва, 2007.
3. Струков В.И., Галеева Р.Т. и др. Актуальные проблемы остеопороза. «Ростра», 2009г. С.341.
4. Струков В.И., Крутяков Е.Н., Елистратов Г.К. Способ профилактики и лечения остеопороза и переломов костей и препарат для профилактики и лечения остеопороза и переломов костей. Патент на изобретение №2498811. Приоритет изобретения от 19.04.2012 г.
5. Л.А. Шеплягиной, И.Н. Петрова, Т.Ю. Моисеева (2013). Истоки остеопороза взрослых лежат в детском возрасте//Лечение и практика.1(5)/2013.-с5-12.
6. Шилин Д.Е. Современная стратегия преодоления дефицита кальция и витамина D у детей и подростков с позиций профилактики остеопении и переломов. // Вопросы практической педиатрии. - 2006. - Т. 1. - № 2. - С. 50-56.
7. Holick MF 2007 VitamiD deficiency/ N Engl J Med 357:266-281
8. Cooper C., Dennison E.M., Leufkens H.G.M., Bishop N., van Staa T.P. Epidemiology of Childhood Fractures in Britain: A Study Using the General Practice Research Database. // J. Bone Miner. Res. 2004.-Vol. 19.-No. 12.-P. 1976-1981.

СЕНИЛЬНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ – ПРОБЛЕМА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ: СМЕРИТЬСЯ ИЛИ ЛЕЧИТЬСЯ?

*В.И.Струков¹, А.И.Кислов, Н.М.Хоменко, Н.В.Еремина, В.С.Животоцук,
В.А.Моисеенко, М.Ю.Сергеева-Кондраченко, Л.Г.Радченко, Г.П.Долгушкина,
Р.Т.Галеева, А.Н.Астафьева, М.Н.Максимова, О.А.Исмаилова*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Остеопороз - это болезнь пожилых людей, однако, предпосылки к его развитию закладываются еще во время внутриутробного развития, а также в детском возрасте. Во многом это зависит от наследственности. И если имеются в анамнезе указания на наличие у престарелых родственников переломов, то необходимо заранее, не дожидаясь менопаузы, принять все необходимые профилактические меры.

Актуальность остеопороза только возрастает в связи с тем, что средняя продолжительность жизни в большинстве стран мира неуклонно растет уже 30 лет. Старение – главный убийца, ежедневно в мире умирает 100 000 человек. Старение и остеопороз тесно связаны. Чем больше возраст, тем чаще остеопороз и чаще переломы.

Добиться успеха в лечении сенильного остеопороза и профилактике переломов даже самыми дорогими препаратами трудно без учета роли следующих сопутствующих возрастных факторов, присутствующих практически у всех пациентов с сенильным остеопорозом. Нарушение функции ЖКТ - что приводит к снижению переносимости молочных продуктов, уменьшению всасывания кальция; снижение физической активности из-за расстройств координации, зрения, в результате чего пожилые люди большую часть времени проводят в помещении. Недостаточное пребывание на солнце, что приводит к дефициту витамина D, снижению уровня витамина 25(ОН)D в плазме и гипокальциемии, повышению продукции паратиреотропного гормона. Все перечисленные факторы создают ситуацию, когда поддержание нормального уровня кальция в крови возможно только за счет усиленной резорбции костной ткани, образованию костных полостей, через которые и происходят переломы.

С целью улучшения диагностики остеопороза предложена TBS шкала - шкала трабекулярной кости (тел позвонков), это программа для денситометров современного поколения. TBS шкала более точно диагностирует и предсказывает переломы при остеопорозе, используется для мониторинга лечения остеопороза, более чувствительна для диагностики вторичного остеопороза. На точность TBS в диагностике остеопороза не влияют остеоартриты и др заболевания. Такая шкала позволит с большей точностью определять риск костных переломов. Этой проблемой мы занимаемся в ПИУВе 15 лет, получено 5 патентов на новые способы диагностики и лечения остеопороза.

Наиболее точным и информативным методом диагностики остеопороза является рентгеновская абсорбциометрия. Современные остеометры позволяют рассчитать основные показатели, характеризующие костную массу: минераль-

ное содержание кости (ВМС); минеральную плотность кости (ВМД в г/см²). По классификации ВОЗ норма МПК - по Т-критерию от +1 до -1 стандартных отклонений (СО) от пиковой костной массы. Остеопения I-III степени - МПК от -1 до -2,5 СО. Остеопороз - МПК от -2,5 СО и менее. В соответствии с этими критериями в настоящее время диагностируется остеопороз. Однако по одному признаку увеличения или уменьшения МПК не всегда можно правильно поставить диагноз и тем более дать объективную оценку эффективности препарата в лечении остеопороза. Как оказалось, степень тяжести постменопаузального остеопороза и эффективность препарата можно установить с учетом морфометрических проявлений [1, 2, 3]. Без этого тяжесть заболевания и эффективность того или иного препарата определить затруднительно, невозможно, или ошибочно, например при атипичном остеопорозе. Приводим пример остеоденситометрического исследования пациентки, у которой диагноз остеопороза по результатам определения МПК не ставился (рис. 1).

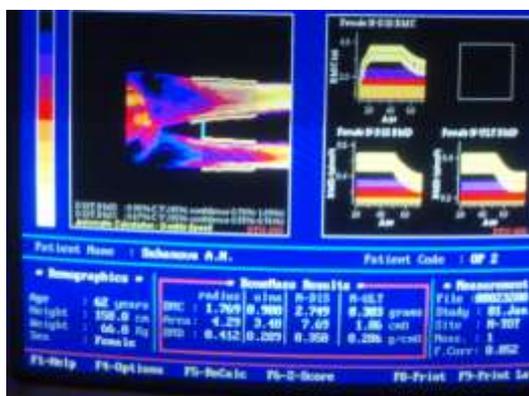


Рис. 1. Пациентка Б. Минеральная плотность костей соответствует остеопении II степени (-1,8 СО). Однако в трабекулярных отделах костей - участки с выраженной деминерализацией, отсутствием трабекулярного рисунка - «полости», т.е. это не остеопения, а настоящий остеопороз

Выявление «полостных» образований в костях имеет важное значения для уточнения диагноза. Кроме того, положительная или отрицательная динамика размеров полостей может указывать на эффективность лечебного препарата. Однако большинство современных остеометров «не видят» полости, так как настроены только на количественное определение МПК, что является недостатком таких аппаратов. По этой причине такие остеометры должны иметь специальные разработанные компьютерные программы, позволяющие преобразовать получаемый результат в шкалу трабекулярной кости TBS, которая идентифицирует остеопороз и предсказывает перелом. Остеометры типа DX-100 позволяют одновременно определять не только количественные параметры МПК, но и морфометрические (полости и избыточное отложение солей в мягких тканях).

В ходе исследования пришли к выводу, что нельзя судить об эффективности препарата для лечения остеопороза только по одному количественному показателю МПК [2, 3]. Так пациентке С. был назначен препарат «Бивалос».

Результаты терапии через 10 мес: увеличились минерализация с -3,4 до -2,4 СО, а также полостные образования. Поэтому, если оценивать эффективность лечения по МПК, то можно считать это положительным результатом и, следовательно, препарат эффективен. Если же давать оценку динамики заболевания с учетом морфометрии (полостей), то заключение будет другим - нарастание тяжести остеопороза за счет увеличения размеров полостных образований, в результате - увеличение риска костных переломов, т.е. Бивалос неэффективен, так как отсутствует эффект восстановления структуры костной ткани.

Цель работы - разработка метода диагностики остеопороза и способа определения эффективности препарата в лечении постменопаузального остеопороза, оценка его эффективности у женщин с андрогенным дефицитом на примере отечественного препарата «Остеомед форте».

С 2009 по 2013 г. на базе Центра остеопороза Пензенского института усовершенствования врачей обследовано 82 женщины в возрасте 49-85 лет. Критериями включения в исследование были: женщины с постменопаузальным остеопорозом, гормонально и клинически подтвержденным андрогенным дефицитом; с минеральной плотностью костной ткани (МПКТ) менее -2,5 СО и наличием полостных образований в трабекулярных отделах костей. Определение МПКТ проводилось рентгенабсорбционным методом на аппарате «Остеометр DTX-100». Аппараты этого типа позволяют одновременно определять МПКТ и полостные образования в костях. Обследование включало объективный осмотр, общеклиническое лабораторное определение общего тестостерона. Гормональное исследование проводилось иммунохемилюминесцентным методом на аппарате Immulite 2000. Тяжесть остеопороза оценивали по классификации ВОЗ плюс наличие полостей в трабекулярных отделах костей. В качестве критериев оценки эффективности терапии взяты: способность препарата увеличивать МПК, закрывать или уменьшать размеры полостных образований в трабекулярных отделах костей, увеличение мышечной силы; снижение частоты падений; отсутствие новых переломов, повышение двигательной активности. По разработанной нами компьютерной программы TBS -шкалы на языке программирования Delphi проводился численный анализ изображений. Для этих целей графическое изображение представляется в виде двумерного массива данных-пикселей. Вычисление площади интересующих цветовых зон или полостей, анализ их динамики осуществлялись путем подсчета количества соответствующих пикселей. При повторном исследовании, учитывая размер исходного графического изображения, вычислялась фактическая площадь зон поражения после проведенного лечения.

Эффективный препарат определяли на примере трех наиболее часто применяемых препаратов. В зависимости от получаемого препарата все пациентки были распределены в 3 сравнимые группы по возрасту и тяжести заболевания. В 1-й группе (38 женщин) получали «Остеомед форте» перорально (в 1 таблетке цитрат Са 500 мг, трутневый расплод 100 мг, витамин D3 500 МЕ) по 1 таблетке утром и на ночь, трехмесячными курсами 3 раза в год с месячными перерывами. Разрешение этического комитета имеется.

Во 2-й группе (34 женщины) получали «Кальций D3 Никомед», содержащий витамин D3 500 МЕ в 1 таблетке Ca 0,5 г 2 раза в день такими же курсами, как и в 1-й группе. 3-я группа (10 женщин) - препарат «Бивалос» (стронция ранелат) в дозе 1 саше (2 г/сут) постоянно на ночь. Пациентам всех групп до назначения препаратов и по завершении терапии определяли МПК, размеры полостных образований рентгенабсорбционным методом.

Статистический анализ полученных данных выполнялся с помощью пакета программ StatSoft для Windows XP. Количественные признаки описывались средними и среднеквадратическими отклонениями. Данные представлены в формате: $M \pm m$, где M - средняя арифметическая, m - ошибка средней. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. После завершения 10-месячного лечения в группе женщин получавших Остеомед форте отмечен положительный клинический эффект у 29 (76±7%) больных: у 19 (49±8%) уменьшились размеры полостей; у 10 (27±7%) наблюдалось закрытие полостей. У получавших «Кальций D3 Никомед» (2-я группа) положительные сдвиги были у 13 (38±8%) женщин, при сравнении результатов с 1-й группой ($M \pm m = 76 \pm 7\%$), $p < 0,05$. В 3-й группе (препарат «Бивалос») положительная динамика в размерах полостей была отмечена у 2 (20±13%) пациенток из 10, в сравнении с 1-й группой $p < 0,05$.

Лучший результат лечения «Остеомедом форте» обусловлен содержанием в этом препарате гормонов трупней - субстрат для синтеза в организме пациенток собственных гормонов. Так, при анализе гормональных показателей выявлено, что концентрация общего тестостерона у женщин обследованных групп до лечения составляла: в 1-й группе - $1,1 \pm 0,4$ нмоль/л; во 2-й - $1,2 \pm 0,5$ нмоль/л ($p > 0,05$), при референсных значениях для данного метода 1,7-3,4 нмоль/л. При терапии «Остеомедом форте» через 10 мес отмечалось повышение концентрации общего тестостерона в сыворотке крови с $1,1 \pm 0,4$ до $2,3 \pm 0,6$ нмоль/л ($p < 0,05$). Во 2-й группе («Кальций D3 Никомед») положительных сдвигов в содержании тестостерона не отмечалось. В 3-й группе женщин достоверных изменений в гормональном статусе до и после лечения не выявлено.

У пациенток, получавших препарат «Бивалос», эффективность лечения была самой низкой, так как для получения положительных результатов требуется длительный срок лечения - до 60 мес [4]. Это в 3-4 раза дольше, чем при терапии «Остеомедом форте». Главный недостаток «Бивалос» - высокая цена: 28 саше (доз) от 2000 руб./мес и выше, это в 4-5 раз выше цены «Остеомеда форте». По этой причине 3-я группа оказалась малочисленной. Большинству пенсионеров Бивалос просто не по карману. Кроме того, в процессе терапии отмечены побочные реакции в виде диареи (2), обострения гастрита (2), головных болей (1). При приеме «Остеомеда форте» и «Кальций D3 Никомеда» побочных реакций не отмечено.

На рис. 2 представлен пример закрытия полостей у пациенток, получавших «Остеомед форте». При остеометрии до назначения препарата выявлены полостные образования (см. рис. 2а). Через 10 мес лечения полости закрылись (рис. 2б).

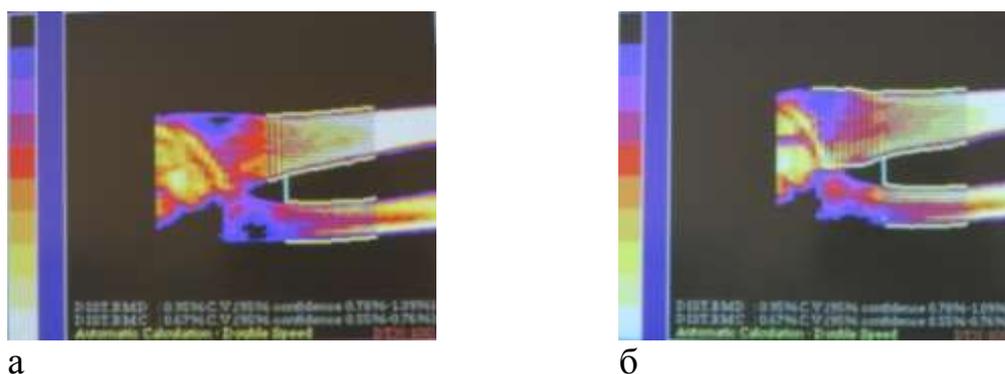


Рис. 2. Пациентка С, 52 года: а - полости до лечения; б - через 10 мес терапии, полости закрылись

Результаты проведенного исследования показали, что препарат «Остеомед форте» по сравнению с другими испытуемыми препаратами в большей степени содействует нормализации уровня андрогенов у женщин. Это ведет к улучшению общего состояния, увеличению МПК и уменьшению размеров полостей в трабекулярных отделах или их закрытию. Механизм положительного действия «Остеомеда форте» на морфологические проявления остеопороза не изучен. Согласно мнению ряда авторов, в развитии постменопаузального остеопороза важную роль играет дефицит андрогенов [5, 6, 7, 8]. При возрастном остеопорозе у женщин наблюдается значительное снижение уровня всех андрогенов. S. Kalinchenko и др. считают, что использование андрогенов в лечении остеопороза обосновано. Так как применение естественных эстрогенов и андрогенов не лишено ряда недостатков, нами было предложено использование трутневого расплода в качестве донатора половых гормонов (патенты N2466732, №2497533, 2498811) [1, 2, 3].

На основе полученных результатов считаем, что высокий лечебный эффект препарата «Остеомед форте» обусловлен содержанием в нем трутневого расплода. Последний как донатор андрогенов стимулирует продукцию собственных половых гормонов у пациенток, что воздействует на МПК. Это подтверждается тем, что у женщин с постменопаузальным остеопорозом после курса терапии концентрация общего тестостерона в сыворотке крови повышалась с $1,1 \pm 0,4$ до $2,5 \pm 0,6$ нмоль/л ($p < 0,05$). В группах, получавших препараты «Кальций D3 Никомед» и «Бивалос», положительных сдвигов в уровне тестостерона не отмечалось.

Исследования показали, что дефицит половых гормонов при возрастном остеопорозе обуславливает морфометрические изменения в трабекулярных костях с формированием полостей вследствие усиленной резорбции трабекул. Морфометрический контроль по TBS - шкале за этими изменениями в динамике позволяет с большей точностью верифицировать диагноз остеопороза и определять наиболее эффективный препарата для конкретного больного. Это позволяет на деле осуществить персонализированный подход в лечении остеопороза, что очень важно для возрастного контингента. В России, Пензенском ин-

ституте усовершенствования врачей и Пензенском Государственном университете проводятся глубокие исследования, направленные на разработку более чувствительных технологий в диагностике остеопороза, в частности по разработке новой компьютерной программы для современных денситометров с использованием TBS - шкалы трабекулярной кости, по идентификации заболевания и прогнозу переломов костей. Это позволит улучшить мониторинг лечения остеопороза и выбор более эффективного препарата в восстановлении и поддержании метаболизма в трабекулярной кости, для дальнейшей разработки стратегий лечения постменопаузального остеопороза.

Заключение: определение минеральной плотности костей в сочетании с морфометрией позволяет не только улучшить диагностику остеопороза, но и провести индивидуальный подбор более эффективного препарата для его терапии. Из 3 препаратов, выбранных для определения наибольшей эффективности 10-месячного лечения остеопороза, «Остеомед форте» обладал более сильным действием. Путем улучшения гормонального статуса пациенток в постменопаузе можно не только приостановить, но и добиться обратного развития болезни. Предложенные способы диагностики остеопороза, а также определение более эффективного и дешевого препарата(ов) в лечении заболевания позволят не только повысить эффективность терапии остеопороза у пенсионеров, но и дадут экономический эффект, исчисляемый в миллиардах рублей.

Литература:

1. Струков В.И., Трифонов В.Н., Елистратов К.Г. Способ заполнения полостных образований в в трабекулярных участках костей. Патент на изобретение N2466732. Приоритет на изобретение 31.05.2011г.
2. Струков В.И. и соавт. Способ и препарат для профилактики и лечения атипичного остеопороза с нормальной или повышенной минерализацией костной ткани с наличием полостных образований в трабекулярных отделах костей. Патент на изобретение №2497533. Приоритет изобретения от 19.04.2012 г.
3. Струков В.И. и соавт. Способ профилактики и лечения остеопороза и переломов костей и препарат для профилактики и лечения остеопороза и переломов костей. Патент на изобретение №2498811. Приоритет изобретения от 19.04.2012 г.
4. Струков В.И. и соавт. Остеомед - эффективный регулятор минеральной плотности костей и закрытия полостных образований при лечении пресенильного и сенильного остеопороза // Поликлиника. - 2013; 1(1): 90-91.
5. Bruyere O. et al. Strontion Ranelateon spinal osteoarthritis progression // Annual Rheumatology Disorder. - 2008. -Vol.67: 335-339.
6. Kalinchenko S., Vishnevskiy E. L., Koval A. N., Mskhalaya G. J., Saad F. Beneficial effects of testosterone administration on symptoms of the lower urinary tract in men with late-onset hypogonadism: A pilot study // The Aging Male. - 2008. - Vol. 11; 2: 57-61.
7. Mudali S., Dobs A. S., Ding J. et al. Endogenous postmenopausal hormones and serum lipids: the Atherosclerosis Risk in Communities Study // J. Clin.

Endocrinol Metab. - 2005. - Vol. 90: 1202-1209.

8. Nathorst-Boos J., Floter A., Jarcander-Rollf M. Treatment with percutaneous testosterone gel in postmenopausal women with decreased libido-effects on sexuality and psychological well-being // Maturitas. - 2006. - Vol. 53:11-18.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СОЧЕТАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ПОЛИПОЗА НОСА

С.Б.Тараканова, А.В.Федин, Д.С.Шишкин, С.В.Рязанцев, В.В.Зубарев

ГБУЗ «ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина»;
ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза
ГБУЗ «Нижнеломовская ЦРБ», г. Нижний Ломов
ГБУЗ «Земетчинская ЦРБ», р.п. Земетчино

Полипоз носа- гетерогенная группа заболеваний, основным клиническим симптомом которых является наличие одиночных или множественных полипов полости носа. По классификации Н. Stammberger (1989) существуют 5 типов полипоза носа, имеющих принципиально разный патогенез. Сочетание различных типов полипоза носа у одного пациента - исключительно редкое явление.

Приводим клиническое наблюдение пациента с сочетанием антрохоанального полипа (полипоз носа I типа) и полипоза носа на фоне хронического риносинусита без эозинофилии (III тип).

Пациент В., 26 лет поступил в отделение оториноларингологии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина 14.03.2013. При поступлении пациента беспокоило нарушение носового дыхания, больше выраженное с левой стороны. Из анамнеза известно, что затрудненное носовое дыхание беспокоит около 2 лет. В течение последних 2 месяцев назальная обструкция существенно усилилась.

При осмотре полости носа с помощью ригидного торцевого риноскопа правая половина содержит большое количество густой слизи, после удаления которой стало обзримо образование серо-желтого цвета с гладкой поверхностью, подвижное, исходящее из задних отделов среднего носового хода, полностью обтурирующее носоглотку, через хоану переходящее в задние отделы левой половины полости носа. Кроме того, в области среднего носового хода слева и справа, верхнего носового хода справа имелись множественные полипы небольших размеров, розового цвета.

На РКТ околоносовых пазух определяется антрохоанальный полип, выходящий в носовую полость через заднюю фонтанеллу, обтурирующий носоглотку; признаки пансинусита.

15.03.13 проведено хирургическое лечение: из правой половины полости носа удалена солидная часть антрохоанального полипа размерами 2 на 6,5 см; после удаления мелких полипозных вегетаций выполнена двусторонняя этмоидэтомия, расширены естественные соустья околоносовых пазух. Вторым эта-

пом выполнена правосторонняя микромаксиллотомия, в ходе которой удалена кистозная часть антрохоанального полипа, занимавшая всю верхнечелюстную пазуху. Под слизистой оболочкой правой верхнечелюстной пазухи обнаружены многочисленные ксантомы. Гистологическое исследование показало наличие полипозной ткани с нейтрофильной инфильтрацией стромы.

В послеоперационном периоде больному проводилась антибактериальная терапия, орошения полости носа топическими глюкокортикостероидами, промывания околоносовых пазух через послеоперационные соустья изотоническим раствором хлорида натрия. Носовое дыхание и аэрация околоносовых пазух были полностью восстановлены. Больной выписан на 5 сутки после операции.

Интерес данного клинического наблюдения заключается в одновременном поражении околоносовых пазух и полости носа полипозным процессом, развившимся по двум принципиально разным патогенетическим механизмам.

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ АРТЕРИЙ В ПРОГНОЗЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

И.П.Татарченко, А.Г.Мордовина, Н.В.Позднякова, О.И.Морозова, С.А.Секерко

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза,
ФГБУЗ МСЧ-59 ФМБА, Заречный

Значительная доля больных сахарным диабетом страдает от ишемической болезни сердца (ИБС). Пациенты старше 65 лет в 68% погибают от ИБС и в 16% – от инсульта. Предполагается наличие нескольких механизмов, повышающих риск сердечно-сосудистых событий. К ним относят склонность к тромбообразованию внутри коронарных артерий, повышенную активность тромбоцитов и дисфункцию эндотелия. Высокий риск сердечно-сосудистых событий, включая фатальные, обуславливает повышенный интерес исследователей к поиску путей снижения риска.

Цель исследования: оценить характер нарушений функции эндотелия у больных сахарным диабетом типа 2 (СД2) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) и стабильной стенокардией напряжения I-IIIФК (ССН). Материал исследования: основная группа I (n=55) – пациенты в возрасте не старше 60 лет с АГ и ССН без нарушения углеводного обмена. В основную группу II (n=56) больные СД2 в сочетании с АГ и ССН. Длительность СД 6,7±3,4 года, длительность АГ 12,3±3,5 лет, ИБС – 4,5±1,2 года.

Методы исследования: клинико-лабораторные исследования, холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование АД, эхокардиография, дуплексное сканирование плечевой артерии. Проводили клинический анализ циркадного профиля АД, эпизодов ишемии миокарда у больных СД2 с оценкой значимости вазомоторной функции эндотелия, нарушениями углеводного и липидного обмена.

Результаты: в основной группе II во всех случаях отмечено нарушение вазомоторной функции эндотелия, индуцированной напряжением сдвига. У 72% больных нарушение вазомоторной функции эндотелия диагностировали в виде недостаточного вазодилатирующего эффекта; у 16% - в виде отсутствия прироста диаметра ПА; у 12% – в виде патологической вазоконстрикции. Эндотелийзависимая вазодилатация плечевой артерии (ЭЗВД ПА) в основной группе II ($3,4 \pm 1,1\%$) достоверно ниже по сравнению с аналогичным показателем в основной группе I (ЭЗВД – $7 \pm 2,2\%$). Получена достоверная зависимость ЭЗВД от функционального класса (ФК) стенокардии ($r=0,4215$, $p=0,042$): у больных стабильной стенокардией напряжения III ФК ЭЗВД составила $2,4 \pm 0,3\%$, что достоверно ниже в сравнении с больными стабильной стенокардией напряжения I и II ФК, соответственно: $5,2 \pm 0,2\%$ и $4,05 \pm 0,15\%$. Анализ данных ХМ ЭКГ показал, что в основной группе II эпизоды ишемии миокарда регистрировались у 54 (96,4%) больных, при этом в 10 (17,9%) наблюдениях продолжительность эпизодов ишемии миокарда за сутки (СИМ) превышала 60 мин ($72,6 \pm 3,1$ мин). У 51 (93%) пациента отмечены периоды безболевого ишемии миокарда (ББИМ), болевые эпизоды ишемии миокарда (БЭИМ) выявлены у 67,2% пациентов в виде загрудинной сжимающей боли, чувства дискомфорта в области грудной клетки, сопровождающегося появлением одышки. При анализе суточного тренда сегмента ST и дневниковой записи пациентов в 60% наблюдениях зарегистрировано сочетание ББИМ и БЭИМ. Лишь у 7,2% больных СД2 выделены только БЭИМ, тогда как в 33% случаях ишемические эпизоды депрессии ST сегмента не сопровождались какими-либо субъективными проявлениями. Во II группе только безболевая ишемия миокарда в течение суток регистрировалась в 9 (16,3%) случаях, частота БЭИМ составила 46 (84%) наблюдений, причем у 20 (36,4%) больных выделены лишь болевые эпизоды ишемии миокарда.

Отмечена значимая корреляционная связь между степенью компенсации показателей углеводного обмена (уровнем HbA1c%) и уровнем ЭЗВД ($r=-0,583$, $p<0,05$). Получена отрицательная связь между показателем ЭЗВД и длительностью ($r= -0,38$, $p<0,05$), стадией артериальной гипертензии ($r= -0,41$, $p<0,05$), наличием безболевого ишемии миокарда ($r= -0,68$, $p<0,05$), продолжительностью эпизодов ББИМ ($r= -0,53$, $p<0,01$).

Таким образом, при коронарной болезни сердца возможно развитие эпизодов ишемии миокарда в отсутствие болевого синдрома или эквивалентов стенокардии: одышки, аритмии, других неприятных ощущений. Атипичное течение затрудняет диагностику коронарной недостаточности при нарушении углеводного обмена. В собственном исследовании у больных сахарным диабетом при анализе суточного тренда сегмента ST и дневниковой записи в 93 % наблюдениях регистрировалась безболевая ишемия миокарда, в том числе в 60% случаев сочетание болевых и безболевых эпизодов ишемии миокарда, в 33% случаях ишемические эпизоды не сопровождались какими-либо субъективными проявлениями. У больных ИБС и сахарным диабетом снижена эндотелийзависимая вазодилататорная реакция (ЭЗВД= $3,4 \pm 1,1\%$), нарушение функционального состояния эндотелия сосудов коррелирует с частотой регистрации безбо-

левой ишемии миокарда ($r = -0,68$, $p < 0,05$), продолжительностью эпизодов ББИМ ($r = -0,53$, $p < 0,01$). Нарушения функции эндотелия коронарных артерий, проявляющиеся неспособностью сосудов к адекватному расширению в условиях повышенной потребности миокарда в кислороде, вносят определенный вклад в возникновение и прогрессирование ишемии.

У больных сахарным диабетом 2-го типа необходима оценка вазомоторной функции эндотелия артерий для прогноза сосудистых осложнений.

РОЛЬ ВЫСОКОСЕЛЕКТИВНОГО БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРА НЕБИВОЛОЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХСН ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ

И.П.Татарченко, Н.В.Позднякова, С.А.Секерко, А.Г.Мордovina, О.И.Морозова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, ФГБУЗ МСЧ-59 ФМБА России, Пенза

В последние годы у пациентов отмечается увеличение частоты сочетанной патологии ХОБЛ и ИБС, которая достигает 47,5 - 65,7% случаев. По мнению ряда авторов, это сочетание приводит к синдрому взаимного отягощения, что обусловлено общностью патофизиологических процессов (нарушением легочной и сердечной микроциркуляции, развитием гипоксемии, легочной гипертензии), которое усугубляет клиническое течение и составляет основу развития сердечной недостаточности. По данным Американского торакального общества (ATS, 2005) наличие ХОБЛ повышает риск смерти от сердечно-сосудистой патологии в 2-3 раза, при этом у больных с легким и средне-тяжелым течением ХОБЛ снижение ОФВ1 на 10% увеличивает риск сердечно-сосудистой смерти на 28%. Кроме того, клинические проявления ИБС на фоне ХОБЛ отличаются от классического описания симптомов коронарного заболевания, что определяет трудности в диагностике и затрудняет выбор адекватной терапии.

Учитывая патогенетические особенности развития ХСН у данной группы больных на фоне прогрессирования гипоксии, приводящей к активации симпато-адреналовой и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем, в дополнение к комплексному лечению ХСН целесообразно назначение бета-адреноблокаторов (БАБ).

Цель: изучить влияние высокоселективного БАБ III поколения с вазодилатирующими свойствами небиволола (небилет, Berlin-Chemi AG/Menarini Group) в средней дозе 5 мг/сут на показатели внутрисердечной гемодинамики, функциональное состояние миокарда, давление в легочной артерии и показатели бронхиальной проходимости в составе комплексной терапии хронической сердечной недостаточности у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких

Материал и методы: В исследовании принимали участие 33 пациента, средний возраст которых составил $58,4 \pm 4,6$ лет, имеющие ХСН II-III ФК по

НУНА с фракцией выброса левого желудочка не менее 45% на фоне ИБС в сочетании с ХОБЛ II-III стадии (GOLD, 2009) с дыхательной недостаточностью I-II степени. Преобладали мужчины (85,3%), стаж курения у 72% больных более 30 лет, длительность ИБС – $8,5 \pm 4,2$ года, ХОБЛ – $11,8 \pm 5,3$ лет. При этом у 20 больных была диагностирована стенокардия напряжения II–III функционального класса (ФК), у 13 больных - постинфарктный кардиосклероз. Все они имели ХОБЛ легкой и средней степени тяжести вне обострения, что, согласно рекомендациям по ведению больных ХОБЛ, требует курсового (при обострении ХОБЛ I стадии) или постоянного (начиная со II стадии ХОБЛ) приема бронхолитиков.

Пациенты наблюдались в течение 6 месяцев. Все получали базисную терапию ХСН с использованием ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, диуретиков, пролонгированных нитратов (при приступах стенокардии) и базисную терапию ХОБЛ - высокоселективным холинолитиком длительного действия (тиотропиум бромид (Спирива)), ингаляционными кортикостероидами в низких дозах (по показаниям), муколитики, антиагреганты.

В первую группу (n=16) вошли пациенты, которые получали вышеуказанную терапию. Во вторую (n=17) – пациенты, которым дополнительно был назначен небиволол, доза которого титровалась от 1,25 мг/сут до 5 мг/сут.

Всем больным проводилось общеклиническое обследование, включая определение индекса массы тела, шестиминутный тест с физической нагрузкой, общий анализ крови, ЭКГ, ЭХОКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, исследование функции внешнего дыхания, пульсоксиметрию.

Проводимая терапия способствовала улучшению показателей внутрисердечной гемодинамики при достоверности различий относительно исходных значений $p < 0,05$: уменьшились размеры левого предсердия - в I группе (эналаприл) на 2,5 см, во II группе (эналаприл+небиволол) на 3,5 см, правого желудочка - в I группе на 2,3 см, во II группе на 4,1 см, снизился индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) соответственно на 13,2 и 14,2, увеличилась фракция выброса (ФВ ЛЖ) на 14,4 и 24,3%, снизилось среднее давление в легочной артерии (СрДЛА) на 15,1% и 24,1% и общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС) на 12,8% и 14,9%, что указывает на уменьшение сопротивления сердечному выбросу и уменьшению нагрузки на миокард. При этом более выраженное и достоверное увеличение гемодинамических параметров отмечено во второй группе наблюдения, что свидетельствует о способности небиволола в комбинации с эналаприлом влиять на структурно-функциональное состояние сердца.

Через 6 месяцев терапии у больных ХСН II – III ФК и ХОБЛ, которым проводилась комплексная терапия, включающей тиотропиум бромид, были отмечены небольшие положительные изменения скоростных параметров функции внешнего дыхания (ФВД) в обеих группах. Положительная динамика параметров ФВД может быть обусловлена снижением легочной гипертензии, уменьшением застойных явлений в малом круге кровообращения, что способствует улучшению альвеолярно-капиллярных взаимоотношений и повышению эла-

стичности бронхолегочной ткани. Однако ни в одной из групп наблюдения величины ФЖЕЛ и ОФВ1 не достигли нормальных значений, что свидетельствует о необратимых изменениях бронхолегочной системы у больных ХОБЛ.

Заключение: Включение высокоселективного БАБ III поколения с вазодилатирующими свойствами небиволола в средней дозе 5 мг/сут в комплексную терапию у больных ХСН ишемического генеза в сочетании с ХОБЛ II-III стадии благоприятно влияет на структурно-функциональное состояние сердца, уменьшая выраженность ХСН и легочной гипертензии, не ухудшая функцию внешнего дыхания. Все вышесказанное значительно расширяет возможности лечения пациентов с сочетанной кардиопульмональной патологией.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ПО ПРИЧИНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

*В.А.Тупикин, С.Ю.Ганина, Л.Н.Иванова, И.Ю.Коротин, Е.Ю.Трушина,
П.П.Носанов, Н.В.Назарова, Т.Г.Бушуева*

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России,
ФКУ «ГБ МСЭ по Пензенской области» Минтруда России,
ГБУЗ «Пензенская городская клиническая больница №4», Пенза

Одной из серьезных проблем здравоохранения в настоящее время является хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) – медленно прогрессирующее инвалидизирующее заболевание. По оценкам ВОЗ, в мире ХОБЛ болеет около 64 млн. человек – 11-13% от всей популяции. ХОБЛ поражает мужчин и женщин практически с одинаковой частотой: 9,3 на 1 тыс. мужского населения и 7,3 на 1 тыс. женского населения старше 40 лет. По прогнозам заболеваемость и смертность от ХОБЛ за период 1990-2020 г.г. переместится с 12-го на 5-е место и с 6-го на 2-3-е место соответственно. Продолжающийся повсеместно рост заболеваемости и смертности от ХОБЛ среди населения связан не только с широким распространением курения и загрязнением воздуха в быту и на производстве, увеличением продолжительности жизни, но и с недостаточной профилактикой и диагностикой болезни на ранних стадиях развития.

В последнее время отмечен значительный прогресс, как в диагностике, так и в лечении ХОБЛ благодаря реализации программы «Глобальная инициатива по ХОБЛ» (GOLD). В 2013 году для практического здравоохранения Российской Федерации разработаны Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких, направленные на снижение заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности от ХОБЛ. По данным официальной медицинской статистики в России число больных ХОБЛ составляет 2,4 млн., при этом ХОБЛ диагностируется своевременно только в 25% случаев. Фактически по данным результатов эпи-

демиологических исследований число больных ХОБЛ в 5 раз больше и может превышать 11 млн.

Результаты анализа показателя заболеваемости ХОБЛ в Пензенской области по данным официальной статистики по обращаемости за период 2009-2013 г.г. свидетельствовали о его невысоком уровне и небольшом снижении в 2013 году (в 2009 г. - 608,7 на 100 тыс. взрослого населения, в 2010 г. - 649,5, в 2011 г. - 629,6, в 2012 г. - 648,8, в 2013 г. - 590,5). Вместе с тем, в течение последних четырех лет была отмечена положительная тенденция к увеличению числа больных ХОБЛ с впервые выявленным диагнозом (в 2009 г. 307,8 на 100 тыс. взрослого населения, в 2010 г. - 245,0, в 2011 г. - 267,6, в 2012 г. - 307,8, в 2013 г. - 328,9). Обращает на себя внимание то, что охват диспансерным наблюдением больных ХОБЛ с уже установленным диагнозом был неполный, но имел в последние годы положительную тенденцию к увеличению (в 2009 г. - 43,6%, в 2010 г. - 64,6%, в 2011 г. - 43,5%, в 2012 г. - 50,3%, в 2013 г. - 60,5%). Анализ лечебных мероприятий данной категории больных свидетельствовал о недостаточном назначении препаратов, предусмотренных современными рекомендациями.

В динамике показателя первичной инвалидности по причине ХОБЛ была отмечена тенденция к его незначительному уменьшению за период 2009-2012г.г. (в 2009 г. - 0,74 на 10 тыс. взрослого населения, в 2010 г. - 0,73, в 2011 г. - 0,64, в 2012 г. - 0,63, в 2013 г. - 0,69). Число больных трудоспособного возраста, вышедших на инвалидность впервые по причине ХОБЛ составляло в 2009 г. - 0,29 на 10 тыс. взрослого населения, в 2010 г. - 0,24, в 2011 г. - 0,29, в 2012 г. - 0,34, в 2013 г. - 0,27. Анализ первичной инвалидности вследствие ХОБЛ по степени тяжести показал, что удельный вес инвалидов I группы за пять лет составил 1,3% (5 чел.), инвалидов II группы - 13% (52 чел.), инвалидов III группы - 85,7% (338 чел.). Контингент впервые признанный инвалидами I группы был представлен лицами пенсионного возраста. В структуре первичной инвалидности II и III группы в целом преобладала доля лиц пенсионного возраста. Вместе с тем довольно высокий удельный вес лиц трудоспособного возраста в III группе (до 50%) и наличие в структуре впервые признанных инвалидами II группы 3,8% (2013г.) трудоспособного возраста, вызывают определенную обеспокоенность (в 2009 г. - во II группе первичной инвалидности доля лиц трудоспособного возраста - 2,4%, в III группе - 36,6%, в 2010 г. - во II группе - 4,8%, в III группе - 28,2%, в 2011 г. - во II группе - 4%, в III группе - 41%, в 2012 г. - во II группе - 2,7%, в III группе - 50,3%, в 2013 г. - во II группе - 3,8%, в III группе - 35,2%).

Таким образом, данные официальной статистики о распространенности ХОБЛ в Пензенской области были подчинены тем же тенденциям, что происходили в целом в Российской Федерации. Значительный удельный вес лиц трудоспособного возраста в структуре первичной инвалидности, а также отсутствие стойкой положительной тенденции к уменьшению показателя первичной инвалидности, зависящего во многом от фактической заболеваемости и качества оказания медицинской помощи, диктует необходимость комплексного под-

хода в решении проблем профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных ХОБЛ.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РИНОСИНУСИТА

А.В.Федин, Н.К.Починина, Н.И.Баранова

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

По определению ВОЗ качество жизни - это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами. Категория качества жизни включает 12 параметров (физических, социальных и эмоциональных), среди которых важнейшим является здоровье. Качество жизни, связанное со здоровьем (Health related quality of life, HRQL), это компонент полного качества жизни, на который можно повлиять клиническим вмешательством. Schipper et al. (1990) дают следующее определение HRQL: «функциональное влияние болезни и её лечения на пациента в восприятии пациента». HRQL в настоящее время рассматривается в качестве важного критерия эффективности лечения, поскольку пациент, являясь главным потребителем медицинских услуг, дает наиболее объективную оценку полученной медицинской помощи.

Качество жизни оценивается путем анкетирования пациентов с использованием специальных опросников, содержащих стандартные вопросы и стандартные варианты ответов, составленные для подсчета по методу суммирования рейтингов. Общие опросники направлены на оценку здоровья населения в целом, независимо от патологии. Специальные опросники предназначены для отдельной группы заболеваний или конкретной нозологии и ее лечения. Они сосредоточены на симптомах или синдромах конкретного заболевания и позволяют выявить даже незначительные изменения HRQL, особенно при применении новых методов лечения заболевания или использовании новых фармакологических препаратов.

Оценка качества жизни чрезвычайно актуальна при остром бактериальном риносинусите (ОБРС). По данным В.С. Козлова (2003) и Benninger M.S. (1997) клинические проявления заболевания приводят к ухудшению качества жизни пациента, более выраженному, чем при ИБС и ХОБЛ. Григорьева Н.В. (2004), сравнив пункционный и беспункционный методы лечения гнойного гайморита пришла к выводу, что выполнение пункций и промываний верхнечелюстных пазух не приводит к уменьшению хронизации заболевания, но способствует ускоренному разрешению тягостных для больного клинических симптомов ОБРС.

Для оценки HRQL при воспалительных заболеваниях полости носа и околоносовых пазух (ОНП) разработано множество опросников. Наиболее распространенными тестами являются анкета качества жизни при риноконъюнктивите

(RQLQ) (Juniper et al., 1991, 2000), обзор хронического синусита (Gliklich and Metson, 1997), индекс нетрудоспособности при риносинусите (RSDI) (Benninger, 1997), состояние здоровья при хроническом синусите (Type specific) (Hofman et al, 1993), подсчет симптомов риносинусита (Lund et al., 1991), индекс практической значимости симптомов ринита (Revicki et al., 1998), оценка исхода риносинусита (RSOM- 31).

Цель исследования: Проанализировать динамику качества жизни пациентов при использовании различных методов лечения ОБРС.

Материалы и методы: Обследовано 74 пациента с ОБРС (43 женщины и 31 мужчина) в возрасте от 22 до 55 лет. Средний возраст больных составил $34,21 \pm 10,29$ года. По видам проводимого лечения пациенты были разделены на 3 группы. Распределение по группам лечения было случайным (рандомизированным). Всем пациентам проводили фармакотерапию, включавшую антибактериальные препараты (амоксциллин клавуланат или цефтриаксон), топические глюкокортикостероиды (мометазона фуруат), орошения полости носа солевыми изотоническими растворами. Больных первой группы (n=24) лечили только консервативно. Во второй группе (n=29) с целью эвакуации гнойного экссудата выполняли пункции и дренирование верхнечелюстных пазух (ВЧП). В третьей группе (n=21) наряду с фармакотерапией больным проводили зондирование верхнечелюстных пазух через естественные соустья с последующим промыванием физиологическим раствором по методике С.С. Лиманского (Лиманский С.С. Способ и устройство для промывания верхнечелюстной пазухи. Патент на изобретение №2252040 от 20 мая 2005 г.).

Для оценки качества жизни использовали тест SNOT- 20 (Sino- nasal Outcome Test- тест последствий риносинусита) (Piccirillo J.F., 1996), представляющий собой упрощенную анкету RSOM- 31. Тест включает 20 вопросов, которые тематически объединяются в 4 шкалы (нос, ухо, сон, общие симптомы (работоспособность и психологическое состояние)), кроме того содержит пункт «кашель», не входящий ни к одной из них. При ответе на вопросы теста, пациент оценивает выраженность своих симптомов за последние 2 недели. Данные SNOT- 20 оценивались перед началом лечения, затем на 7 и 14 сутки (при отсутствии клинического выздоровления через 2 недели).

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Statistica 6,0 на персональном компьютере. При обработке полученных результатов исследований использовались методы параметрической и непараметрической статистики.

При отсутствии полного разрешения симптомов ОБРС в течение 12 недель констатировался переход заболевания в хроническую форму.

Результаты и обсуждение: Из 74 обследованных пациентов у 64 за этот период было достигнуто полное клиническое выздоровление. У 10 больных полного разрешения симптомов заболевания после 12 недель лечения отмечено не было, т.е. был констатирован переход ОБРС в хроническую форму. Уровень хронизации составил 13,5%, что согласуется со средними статистическими данными по странам Европы (10,9%) и Соединенным штатам Америки (14,1%)

(Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J. Bachert C. et al., 2012). В первой группе хронизация ОБРС наступила у 4 пациентов. Во второй и третьей группах таких больных было по 3 человека. При сравнении групп больных с использованием критерия Манна- Уитни достоверных различий между группами в уровне хронизации ОБРС не было выявлено.

При оценке качества жизни учитывались как общая сумма баллов, так и каждая шкала теста SNOT- 20. В ходе исследования нами были проанализированы 162 анкеты. Все пациенты ответили на вопросы SNOT- 20 перед началом лечения и на 7 сутки терапии. Лишь 14 анкет были написаны на 14 день лечения пациентами, не достигшими к тому моменту клинического выздоровления. Поскольку результаты этих тестов не могли дать статистически достоверной информации из-за малой выборки, они не были включены в статистический анализ.

Результаты теста SNOT- 20 в группах пациентов при распределении по методам лечения приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Показатели теста SNOT- 20 у больных ОБРС в зависимости от метода лечения

Группа	День	Шкала (Me [LQ-UQ])					
		нос	общее состояние	ухо	сон	кашель	сумма
I (n=24)	1	19 (12-27)	17 (9-26)	5 (0-10)	7 (4-12)	2 (0-4)	52 (34-70)
	7	11 (4-18)	13 (4-19)	3 (0-7)	6 (0-9)	1 (0-3)	36 (12-50)
II (n=29)	1	18 (5-28)	16 (4-30)	4 (0-12)	8 (0-19)	2 (0-5)	48 (24-93)
	7	5 (0-22)	4 (0-25)	2 (0-9)	3 (0-14)	1 (0-4)	19 (1-68)
III (n=21)	1	17 (2-27)	15 (4-24)	4 (0-9)	6 (2-12)	2 (0-4)	47 (25-74)
	7	4 (2-16)	6 (1-11)	1 (0-4)	1 (0-5)	0 (0-4)	15 (4-33)

Согласно проведенному анализу (метод Краслера-Уоллиса) все пациенты независимо от группы перед началом лечения были взяты из одной генеральной совокупности, т.е. не отличались. При оценке показателей всех шкал и суммы баллов анкеты на 1 и 7 дни лечения во всех группах путем сравнения двух зависимых выборок при помощи критерия Вилкоксона установлена статистически достоверная разница по всем показателям.

Динамику качества жизни в группах пациентов при распределении по видам лечения оценивали методом сравнения показателей каждой из шкал и суммы баллов на 7 день лечения по критерию Манна-Уитни. При сравнении показателей первой и второй групп установлена статистически достоверное различие по шкалам «Нос» ($p=0,01568$), «Общее состояние» ($p=0,0008$), «Ухо» ($p=0,0496$) и «Сон» ($p=0,0433$). Также достоверно отличалась общая сумма баллов ($p=0,00565$). Сравнивая данные первой и третьей групп, мы получили аналогичную картину: в шкалах «Нос» ($p=0,0056$), «Общее состояние» ($p=0,0014$), «Ухо» ($p=0,0418$), «Сон» ($p=0,0036$) и общей сумме баллов ($p=0,00178$) отличие было статистически достоверным. Между показателями

второй и третьей групп статистически достоверных различий обнаружено не было. Глядя на абсолютные цифры, приведенные в таблице 1, несложно заметить, что показатели шкал по которым имеется статистически достоверная разница во второй и третьей группах значительно ниже аналогичных показателей первой группы. Это говорит о том, что при использовании малоинвазивных методов лечения, направленных на эвакуацию гнойного экссудата из ВЧП, клинические проявления ОБРС купируются быстрее, чем при проведении только консервативного лечения. Следовательно, применение пункции и дренирования ВЧП, а также их зондирования через естественные соустья в дополнение к базисной фармакотерапии способствует повышению качества жизни пациентов с ОБРС в процессе лечения.

Наиболее значимыми составляющими теста последствий риносинусита являются равнозначные шкалы назальных симптомов и психологического состояния/работоспособности, каждая из которых включает по 6 вопросов. В большинстве наблюдений одна из шкал оказывалась ведущей, т.е. снижение качества жизни было обусловлено преимущественно клиническими проявлениями воспаления околоносовых пазух (ОНП) или общими симптомами (снижение работоспособности, изменения психологического статуса). Статистический анализ показал, что во всех группах при распределении по видам лечения преобладали пациенты, у которых ведущими были носовые симптомы. До начала лечения эта разница была выражена особенно сильно. На 7 сутки лечения число пациентов с преобладанием общих симптомов во всех группах приблизилось к числу больных с ведущими назальными симптомами. Данный факт обусловлен купированием клинической картины ОБРС в процессе лечения. Однако при разделении пациентов на группы по клиническим результатам лечения (выздоровление и хронизация заболевания) независимо от проведенного лечения соотношение преобладающих шкал теста SNOT- 20 было различным. В группе выздоровевших сохранялось преобладание носовых симптомов над общими. В начале лечения назальные симптомы были ведущими у 43 человек данной группы (n=64), через 7 дней- у 35. В группе пациентов с хронизацией ОБРС (n=10) общие симптомы были доминирующими как в начале, так и через 7 суток лечения. До лечения таких пациентов в группе было 5, в 1 случае количество баллов по конкурирующим шкалам было равным, а у 4 больных ведущей была шкала «Нос». Через 7 дней число пациентов с большей суммой баллов по шкале «Общие симптомы» было 6, в одной анкете было равенство баллов и только у 3 пациентов назальные симптомы преобладали. Статистический анализ с использованием критерия Манна- Уитни подтвердил достоверность данных различий (в начале лечения $p=0,0179$, через 7 дней- $0,0012$). Это явление можно объяснить меньшей интенсивностью локальных симптомов, обусловленной отсутствием адекватной воспалительной реакции на бактериальную инфекцию ОНП.

Выводы:

1. Применение малоинвазивных методов дренирования верхнечелюстных пазух (пункция и дренирование, зондирование через естественные

соустья) приводит к повышению качества жизни пациентов с ОБРС в процессе лечения.

2. У больных с благоприятным течением ОБРС на качество жизни назальные симптомы влияют в большей степени, чем при хронизации процесса, что обусловлено адекватной воспалительной реакцией.

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ НОСА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ РИНОСИНУСИТОМ К ОСНОВНЫМ ГРУППАМ РЕСПИРАТОРНЫХ АНТИБИОТИКОВ

А.В.Федин, Н.К.Починина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Среди микроорганизмов, колонизирующих слизистую оболочку полости носа людей, не имеющих патологии полости носа и околоносовых пазух, преобладают грам-положительные кокки: *Staphylococcus aureus* (до 80% населения), *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococcus pneumoniae* и другие виды стрептококков. Кроме того, в составе микробного пейзажа обнаруживают дифтероидов, гемофильную палочку, нейсерии. Бактериологическое исследование методом посева мазка из полости носа на питательные среды при остром бактериальном риносинусите (ОБРС) дает информацию только о видовом составе микрофлоры полости носа и неинформативно в отношении возбудителя заболевания (Лопатин А.С., Гамов В.П., 2013; Desrosiers M., Evans G.A., Keith P.K., Wright E.D. et al., 2011).

Растущая с каждым годом резистентность к антибактериальным препаратам – одна из важнейших проблем современного здравоохранения. Несмотря на постоянный поиск новых решений, ситуация только ухудшается. Так, по данным приведенным А.С. Лопатиным и В.П. Гамовым (2013), резистентность штаммов *Streptococcus pneumoniae* к антибиотикам пенициллинового ряда в Испании в настоящее время достигает 28%, во Франции – 27%. Резистентность к цефалоспорином еще выше – 39% в Испании, 41% во Франции.

Цель исследования: определить особенности состава микрофлоры полости носа у больных ОБРС и изучить резистентность выделенных микроорганизмов к основным группам респираторных антибиотиков (пенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны).

Материалы и методы: проведено бактериологическое исследование у 41 пациента с ОБРС. Исследование выполняли методом посева мазка из полости носа на питательные среды с определением чувствительности к набору антибактериальных препаратов, включавшему: амоксициллин клавуланат, амикацин, ампициллин, ванкомицин, гентамицин, имипенем, левофлоксацин, линкомицин, цефепим, цефиксим, цефотаксим, цефтриаксон, ципрофлоксацин. При проведении анализа культур, выросших на питательных средах, помимо

качественного определения вида микроорганизма, рассчитывали количество колониеобразующих единиц (КОЕ) в миллилитре экссудата методом серийных разведений.

Результаты: Среди микроорганизмов, выделенных в количестве более 10^4 КОЕ/мл, преобладали грамположительные кокки *Staphylococcus epidermidis* и *Staphylococcus aureus*, как в виде монокультуры, так и в составе микробных ассоциаций. *Staphylococcus epidermidis* получен при исследовании материала от 25 больных ОБРС (60,98%). Из них в виде монокультуры- у 19 (46,34%) человек, у 6 (14,63%)- в составе бактериальных ассоциаций. У 9 (21,95%) пациентов был выделен *Staphylococcus aureus*, в том числе в виде монокультуры- у 6 пациентов (14,63%), в виде ассоциаций- у 3 (7,32%). Данные бактерии были обнаружены в составе всех микробных ассоциаций у 7 пациентов (17,07%): *Staphylococcus epidermidis* + *Staphylococcus aureus*- 2 случая; *Staphylococcus epidermidis* + *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus epidermidis* + γ - негемолитический стрептококк, *Staphylococcus epidermidis* + *Citrobacter amalonatificus*, *Staphylococcus epidermidis* + *Enterobacter aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* + *Klebsiella pneumoniae*- по 1 наблюдению.

Прочие микроорганизмы, выделенные у больных ОБРС в результате бактериологического исследования в виде монокультур: *Enterobacter agglomerans*, *Corynebacterium sens.*, *Enterobacter aeruginosa*- по 1 наблюдению.

При обследовании 9 пациентов роста микрофлоры на питательных средах не было.

При определении чувствительности к антибиотикам во многих случаях была выявлена резистентность к основным группам препаратов, традиционно применяемых для лечения респираторных инфекций. Так при определении чувствительности к антибактериальным препаратам эпидермального стафилококка в 1 наблюдении (4%) отмечалась резистентность к пенициллинам, цефалоспорином и фторхинолонам; в 3 случаях(12%)- устойчивость к пенициллинам и цефалоспорином; в 3 случаях(12%)- к пенициллинам и фторхинолонам; в 3 наблюдениях(12%)- только к препаратам пенициллинового ряда и в одном наблюдении (4%) обнаружена резистентность к цефалоспориновым антибиотикам.

Анализ антибиотикорезистентности золотистого стафилококка показал наличие устойчивости к пенициллинам, цефалоспорином и левофлоксацину в 2 посевах (22,22%); в 2 наблюдениях (22,22%) отмечена устойчивость к пенициллинам и цефалоспорином; в одном случае (11,11%) установлена полирезистентность к пенициллинам и фторхинолонам.

Суммировав данные о резистентности выделенной микрофлоры к трем ведущим группам антибактериальных препаратов, применяемых для лечения воспалительных заболеваний дыхательных путей, мы получили следующие цифры: резистентность к препаратам пенициллинового ряда составила 46,88%; к цефалоспорином- 28,13%; к фторхинолонам- 21,88%.

Выводы: 1. Состав микрофлоры полости носа пациентов с ОБРС не отличается от видового состава микрофлоры у лиц, не имеющих патологии полости носа и околоносовых пазух.

2. Для микроорганизмов, колонизирующих полость носа пациентов с ОБРС, характерна высокая резистентность к основным группам антибактериальных препаратов, рекомендуемых для лечения инфекций верхних дыхательных путей.

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА И НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ДИСФАЗИЯМИ

Е.В. Филина

ГБУЗ «ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова», Пенза

Речевые нарушения имеются у 6% детей (J. Law, Z. Garrett, C. Nye, 2003), причем у большинства из них нет других нарушений развития. Речь является важнейшей составляющей нервно-психического развития и во многом определяет качество жизни. Правильное развитие речи является важнейшим фактором гармоничного развития ребёнка. Все психические процессы у ребенка - воспитание, память, внимание, воображение, мышление, целенаправленное поведение - развиваются с прямым участием речи (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, 1979, А.В. Запорожец и др.).

Таким образом, нарушения речевого развития ребенка - не только медицинская, но и серьезная социальная проблема.

Речь является наиболее молодой функцией человека, а значит, наиболее ранимой. Различные неблагоприятные воздействия во внутриутробном периоде, во время родов, в первые годы жизни ребёнка могут нарушить речевое развитие – замедлить, исказить или приостановить его. (Г.Г. Шанько, Е.С. Бондаренко, 1985г.).

Очень важно определить нарушения развития речи на начальных этапах, а, возможно, и выделять группу риска по возникновению этой патологии.

Цель данного исследования – на основании данных анамнеза выделить основные факторы и их сочетания, приводящие к нарушениям речи; проанализировать особенности моторного, речевого развития детей и особенности неврологического статуса пациентов с отклонениями речевого развития.

Произведен анализ 30 историй болезни детей, находившихся на лечении в неврологическом отделении детской клинической больницы № 8 г. Казани, взято под наблюдение и обследовано 25 детей, проживающих в г. Заречный (Пензенская обл.).

Критерии включения: возраст от 1.5 до 7 лет; наличие у ребенка нарушений темпа речевого развития, алалий и различных видов дизартрий; отсутствие грубого неврологического дефицита; отсутствие выраженных

психических нарушений. Исследованием охвачено 27 мальчиков и 28 девочек. Это противоречит данным литературы, о предрасположенности лиц мужского пола к нарушениям речи. По нозологическим формам пациенты распределены следующим образом: задержки темпов речевого развития - 15; моторная алалия - 9; различные дизартрии - 31. Условно дети разделены на три возрастные группы: 1,5-2 года, 2-5 лет, 5-7 лет. Нужно отметить, что далеко не всегда родители предъявляют жалобы на нарушения формирования и развития речи. Причем наиболее «спокойны» в этом плане родители детей, не достигших 2-х летнего возраста.

По результатам проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

- родители детей с дисфазиями далеко не всегда предъявляют жалобы на нарушения речи, поэтому врачу нужно быть очень внимательным при беседе с родителями и оценке состояния ребенка;
- серьезными факторами риска по развитию нарушений речевого развития являются: искусственное прерывание беременности в анамнезе, токсикоз 1 половины беременности, угроза прерывания 1 половины и на протяжении всей беременности, ОРВИ во время беременности;
- в интранатальном анамнезе детей с речевыми проблемами часто имеет место родостимуляция, давление на живот, раннее излитие околоплодных вод, обвитие пуповины вокруг шеи, кесарево сечение.
- в неонатальном периоде характерны асфиксия (обычно средней тяжести), конъюгационная желтуха, бульбарная симптоматика и кривошея.
- в первые месяцы жизни преобладают проявления гипертензионно-гидроцефального синдрома и синдрома пирамидной недостаточности.
- предречевое и речевое развитие большинства исследуемых детей проходило с задержкой, даже если на момент исследования оно было нормальным.
- у каждого пятого ребенка отмечалось нарушение формулы моторного развития.
- на момент исследования частыми симптомами явились дизартрия, диффузная мышечная гипотония, оживление сухожильных рефлексов, признаки ПЦН.

Полученные данные важны для составления алгоритма выявления и ведения детей с угрозой появления дисфазий и детей с уже имеющимися нарушениями речи.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА

*О.В.Филиппова, Е.А.Арсенкина, А.Н.Шелудько, Т.М.Глебова, О.В.Бобрышева,
В.С.Иванова*

ГБУЗ «ПОДКБ им.Н.Ф.Филатова»,
ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Инфекционный мононуклеоз (болезнь Филатова-Пфейфера) является вирусным заболеванием с выраженной бласттрансформацией лимфоцитов, появлением мононуклеаров в периферической крови, реактивным лимфаденитом, увеличением лимфатических узлов и селезенки. Эпидемиологические исследования свидетельствуют, что инфицированность вирусом Эпштейн-Бара (ВЭБ) детей в возрасте до 5 лет в России составляет до 50%, а взрослых - 95%. Вирус выделяется со слюной в продромальном периоде, в разгаре заболевания и при выздоровлении в период до 6 месяцев. Опасность этой вирусной инфекции в том, что она может способствовать развитию таких заболеваний как лимфома Беркитта, злокачественная носоглоточная карцинома (А.И.Воробьев,2003)

Заболевание может протекать разнообразно от едва заметного нарушения самочувствия до многодневной фебрильной температуры и развития инфекционного статуса. По нашим наблюдениям, даже при выраженной лимфаденопатии не сразу в ПК появляются мононуклеары и характерная картина крови этого заболевания.

В ПК лейкоциты увеличиваются до $20 \times 10^9/\text{л}$, иногда возможна умеренная лейкопения. Специфичны формула крови и морфология мононуклеаров, нейтрофилы снижены. Мононуклеары имеют широкую цитоплазму с фиолетовым оттенком и перинуклеарной зоной просветления. Форма клеток округлая и неправильная. Ядра клеток полиморфные, моноцитоподобные. У детей ядра клеток имеют нуклеолы. Число моноцитов и эозинофилов при заболевании возрастает. Однако сегодня для диагностики ВЭБ не достаточно изучения мазка крови.

Цель настоящей работы – выявление больных детей с инфекционным мононуклеозом, прошедших через стационар ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф.Филатова» и проведения им лабораторных исследований с использованием новых методов ИФА - диагностики за период 2012 -2013 г.

Установлено, что за период 2012 года по поводу заболевания инфекционным мононуклеозом стационарно диагностированы и получили лечение 17 детей, а за период 2013 года – 27 из 84 детей с предполагаемым врачом диагнозом инфекционного мононуклеоза, то есть больные дети ВЭБ-инфекцией составляли всего 12% от детей с другим инфекционным статусом и лимфаденопатией. Всем больным детям проведены общеклинические исследования пери-

ферической крови, общего анализа мочи, копроскопия, биохимические исследования, а также методы УЗИ- и ИФА-диагностики.

Сегодня правильно диагностировать инфекционный мононуклеоз стало возможным за счет введения новых методов ИФА-диагностики, позволяющих в разные периоды болезни проводить мониторинг инфекции.

Иммунологически в процессе репликации вируса экспрес-сируется свыше 70 различных вирусоспецифических белков, но сегодня выделены группы, определение антител к которым дает возможность дифференцировать стадию инфекции.

Наиболее специфичными и чувствительными маркерами ВЭБ-инфекции являются IgG и IgM к капсидному антигену (ВектоВЭБ- VCA- IgM, ВектоВЭБ- VCA- IgG), IgG к раннему антигену (EA) и IgG к ядерному антигену (NA) (ВектоВЭБ-NA- IgG).

Активная фаза ВЭБ-инфекции характеризуется продукцией у больного ребенка IgM и IgG к VCA и наличием IgM и IgG, специфичных к комплексу ранних антигенов.

Разработчиками метода установлено, что IgM к VCA появляются в крови у 87-100% больных в первые недели заболевания и определяются в течение 1-3 месяцев. А IgG к VCA появляются намного позднее, их концентрация достигает максимальной на первой стадии заболевания, затем несколько снижается и остается на стабильно детектируемом уровне всю жизнь.

IgG к NA начинают детектироваться в крови инфицированных только через 1-6 месяцев и их концентрация сохраняется на высоком уровне длительное время, почти всю жизнь.

IgG к EA обнаруживаются у 70-80 % больных в сроки от нескольких недель до года после инфицирования. При реактивации инфекции происходит сероконверсия антител (как IgM, так и IgG) к VCA и EA. При этом концентрация антител в крови быстро достигает высоких значений. Особенно при наличии у больного высоких титров IgG к NA.

Таким образом, методы ЗАО «Вектор-Бест» вошли в диагностику стадий ВЭБ-инфекции ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф.Филатова» и успешно используются для мониторинга течения заболевания и диспансерного наблюдения состояния реконвалесцентов в течение года с периодичностью исследований один раз в 3 месяца с применением методов УЗИ- и ИФА-диагностики.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕЗОННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА И РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПЫЛЬЦЫ РАСТЕНИЙ В Г. САМАРЕ

*Л.Р. Хабибулина¹, М.В.Манжос¹, К.В.Блащенко², Н.В.Власова³,
Л.М.Кавеленова³*

¹НОУ ВПО медицинский институт «Реавиз», Самара

²Центр аллергологии и иммунологии, ГБУЗ СО «ГБ №6», Самара

³Самарский государственный университет

Ведущее место в структуре аллергических заболеваний занимает сезонный аллергический ринит (поллиноз). Многочисленные исследования свидетельствуют о прямой зависимости между распространением сезонного аллергического ринита (САР), выраженностью симптомов заболевания и содержанием в воздухе пыльцы определенных растений. Видовой состав пыльцы в атмосфере определяется характером региональной флоры.

Задачей нашего исследования было изучение региональных особенностей течения САР, связанных с таксономическим разнообразием и концентрацией пыльцы в атмосферном воздухе г. Самары.

Проведено клинико-аллергологическое обследование 775 детей в возрасте от 5 до 18 лет и 692 взрослых с симптомами ринита. Диагноз АР установлен у 557 детей (71,9%) и 495 взрослых (71,5%). Аллергодиагностику проводили методом кожного тестирования (pric-тест) с использованием стандартного набора серийных пыльцевых, бытовых, эпидермальных диагностикумов (всего 17 наименований).

Аэропалинологические наблюдения проводились в вегетационный период (с апреля по октябрь) 2013г. Сбор пыльцы проводили волюметрическим методом с помощью импактора оригинальной конструкции.

Проведенные исследования показали, что в структуре аллергопатологии в Самаре доля САР составляет 29% от уровня всех аллергических заболеваний и 78% от общего числа больных с АР. Доминируют сочетанные формы заболевания, в основе которых лежит круглогодичное течение АР с сезонными обострениями (КАР+САР). Они встречаются с одинаковой частотой у 52% детей и 61% взрослых. Изолированные формы САР диагностированы лишь у 22% детей и 20% взрослых. У пациентов этой группы аллергия к пыльце сорных трав и сложноцветных выявлена в 68%, деревьев – 19,5%, злаков – 12,4% случаев.

Течение поллиноза имеет четко выраженную сезонность обострений, сопряженную с периодами нарастания концентрации пыльцы в окружающей среде. Продолжительность сезона пыления составила 6 месяцев (первая декада апреля – первая декада октября). Установлен трехволновый ход годовой динамики насыщения пыльцой г. Самары. Первая волна пыления (весенняя) регистрировалась в первую-третью декаду апреля, и была связана с пылением деревьев. Вторая волна пыления (весенне-летняя) охватывала период с первой декады мая по третью декаду июня, и связана с пылением злаков и сосны, а третья вол-

на пыления (летне-осенняя) приходилась на первую декаду июля и до конца вегетационного периода и характеризовалась пылением сорных трав.

Содержание пыльцы в период первой волны палинации было максимальным за вегетационный период и составило 51% от суммарной численности за весь сезон. Абсолютно доминировала пыльца тополей (*Populus*) на долю которой приходилось 49% от суммарного содержания пыльцы за весенний период. Второй по обилию таксон – береза (*Betula*) - 27%, пыльца клена (*Acer*) составила 10% от суммарной численности пыльцы за этот период. При этом максимальная концентрация пыльцы березы достигала - 1365 п.з. м³, тополя - 3045 п.з. м³.

Содержание пыльцы за второй период пыления составило 29% от суммарной численности за весь сезон. Доминировала пыльца сосны, на долю которой приходилось 37% от суммарного содержания пыльцы за летний период. Из пыльцы древесных растений также наблюдались пыльцевые зерна березы (*Betula*), которые составили 22% за вторую волну палинации. Помимо перечисленных таксонов в летнем пыльцевом спектре присутствовали пыльцевые зерна злаков (*Poaceae*), составляющие 28% от суммарной численности пыльцы за данный период. Характерным было раннее пыление злаков, которое началось с 4 мая и продолжалось в течение длительного периода – по август, с максимальной концентрацией в первой и третьей декаде мая (до 770 п.з. м³).

Третий пик пыления в основном был сформирован поступлением в воздух пыльцы амброзии (*Ambrosia*), полыни (*Artemisia*), маревых (*Chenopodiaceae*), циклахены (*Cyclachaena*). Содержание пыльцы в этот период составило 29% от суммарной численности пыльцы за весь сезон. Зарегистрировано 12 таксонов. Доминировали пыльцевые зерна амброзии (*Ambrosia*) и полыни (*Artemisia*) - которые составили 63% и 10%, соответственно, от общего числа пыльцы за летне-осенний период палинации. Максимальная концентрация пыльцы полыни в Самаре достигала 301 п.з. м³., амброзии - 679 п.з. м³.

Анализ течения заболевания показал, что в апреле, когда в воздухе регистрировалось максимальное содержание пыльцы деревьев, частота обращения по поводу обострения САР составила 16% за весь сезон палинации. В мае зарегистрировано 15% от числа всех обращений. В этот период ведущими аллергенами была пыльца злаков и деревьев (береза, клен, сосна). В июне удельный вес обращений по поводу обострения поллиноза составил 10%. В это время в воздушной среде регистрировалась высокая концентрация пыльцевых зерен злаков и сосны, а также маревых, сложноцветных.

Наибольшее число обращений по поводу обострения поллиноза пришлось на июль-сентябрь – до 59% от всех случаев, когда в воздухе отмечалось максимальное содержание пыльцевых зерен полыни, амброзии и циклахены. По данным ряда авторов пыльца полыни и амброзии обладают наиболее высоким сенсibiliзирующим потенциалом, по сравнению с пылью деревьев и злаков, что определяет тяжелое течение заболевания.

Таким образом, течение САР сопряжено с периодами нарастания концентрации пыльцы в окружающей среде. Установление качественного и количест-

венного состава пыльцевого спектра определяет особенности течения поллиноза в г. Самаре.

БИВАЛОС В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗОВ

О.Н.Храмова, В.А.Раскачкин, А.К.Ховрачев

ЗАО «Сервье», Москва,
ГБУЗ «Пензенская городская больница №5», Пенза

Остеоартроз считается наиболее распространенным хроническим заболеванием суставов. При этом заболевании наиболее часто поражаются коленные и тазобедренные суставы. С возрастом распространенность ОА увеличивается, и среди лиц старше 50 лет женщины болеют чаще, чем мужчины.

Основным фактором в патофизиологии ОА является недостаточность процессов репарации поврежденного хряща, но последние исследования свидетельствуют о дополнительной и интегральной роли костной и синовиальной ткани. Образование остеофитов, субхондральный склероз и истертость являются важными признаками в лучевой диагностике заболевания. Основными симптомами при ОА являются: боль, ограничение движений и хруст, утренняя скованность.

При лечении ОА выделяют два понятия – симптом-модифицирующие и структурно-модифицирующие препараты. Структурно-модифицирующее действие – это новое понятие. Чтобы препарат можно было отнести к этой группе, необходимо, чтобы он отвечал требованиям: влиял и на кость и на хрящ; это должно быть доказано рентгенологически и клинически.

До настоящего времени в этой группе не было ни одного препарата – все хондроитины, глюкозамины и прочие отнесены к группе Симптом-модифицирующих препаратов.

Выделяют несколько групп препаратов для лечения остеоартроза: антирезорбтивные, к которым относятся бисфосфонаты, миакальцик и стимуляторы образования костной ткани – тирипаратид. Эти группы препаратов воздействуют только на одно из звеньев патогенеза. Но есть Бивалос, который одновременно снижает резорбцию и восстанавливает костеобразование. Бивалос имеет широкое научное досье и безопасен у разных групп пациентов с переломами с остеоартрозом суставов.

Бивалос влияет на кость, улучшая микроархитектуру как на трабекулярном, так и на кортикальном уровнях. Улучшает биомеханические характеристики кости, повышая ее прочность и сохраняя ее эластичные свойства. Если вспомнить, что субхондральная кость имеет огромную роль в физиологии сустава, мы сможем понять, что положительное влияние на кость может иметь важное значение для торможения прогрессирования ОА.

Кроме того из экспериментальных исследований было известно о влиянии Бивалоса на маркеры дегградации хряща и на стимуляцию образования мат-

рикса хряща, что свидетельствует о возможном положительном влиянии Бивалоса на хрящевую ткань.

Применение Бивалоса при остеоартрозе – 15 человек (6 мужчин и 9 женщин). Возраст колебался: до 30 лет – 1 человек, до 50 лет – 2 человека, 60 лет – 3 человека, до 70 лет – 8 человек. Основную группу – 10 человек составляли пациенты с гонартрозами, 3 человека с артрозами стоп и 2 человека с коксартрозом.

За время наблюдения отмечено: уменьшение боли; объем движений увеличился, при этом исчезла скованность; суставная щель рентгенологически оставалась на прежнем уровне.

Таким образом, лечение Бивалосом как препаратом, снижающим резорбцию и восстанавливающим костеобразование, а также то, что субхондральная кость при этом способна индуцировать повреждение хряща при остеоартрозе, делает возможным его широкое применение.

МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ МЕТОДИКА АНЕСТЕЗИИ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ

Я.Хурейби, В.Маринчев, Н.Боса

Госпиталь Аль-Таура, Сана, Йеменская Республика
ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России

Предлагаемая нами методика анестезии при различных операциях несет в себе элементы комбинирования общей анестезии, региональной блокады и аналгезии, наступающей при использовании нестероидных противовоспалительных препаратов, т.е. блокады ноцицептивной импульсации на разных уровнях нервной системы и средствами с разным механизмом действия.

Самым надежным методом антиноцицептивной защиты является регионарная блокада, а одним 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 взрослого и ребенка, являются короткодействующими и не вызывают депрессии дыхания и гемодинамики при использовании в малых дозах.

Применение суппозиторий с диклофенаком или парацетамолом 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 взрослого или ребенка.

На основании вышеприведенных данных нами разработана и успешно используется следующая методика анестезии при хирургических операциях у взрослых и детей:

1. На операционном столе подключение к монитору (АД, SpO₂, ЭКГ, ЧСС, ЧД, пульс), а при интубации трахеи или использовании ларингеальной маски контроль (etCO₂).

2. Преоксигенация через лицевую маску, возможна индукция севофлюраном или галотаном как у детей, так и у части взрослых пациентов.

3. Канюлирование периферической вены на кисти или предплечье.

4. В\в введение атропина (возрастные дозы или мг/кг).

5. Углубление вводной анестезии в\в препаратами (пропофол или мидазолам).

6. Интубация трахеи или введение ларингеальной маски (в 75-80% случаев без релаксантов).

7. Каудальный блок (или другой метод регионарной или проводниковой анестезии), положение больного на левом боку (для праворуких анестезиологов). Бупивакаин 0,25% - 0,5мл на 1 кг массы тела или 1,25мг\кг. Возможно использование катетерных методик, о чём следует подумать ранее и приготовить всё необходимое.

8. Введение суппозитория с диклофенаком (1 мг/кг), парацетамол (30-50 мг/кг).

9. Положение на спине. Поддержание анестезии: изофлюран или севофлюран, спонтанное дыхание. Мониторинг: АД, SpO₂, ЭКГ, ЧСС, ЧД, пульс, etCO₂, температура тела. Полезным будет мониторинг глубины анестезии с использованием BIS- монитора.

10. Инфузионная политика: солевые растворы для взрослых, глюкозо-солевые растворы для детей, при анемии (гемоглобин \leq 9-10 г%) – переливание эритроцитарной массы.

11. Экстубация или удаление ларингеальной маски при полном восстановлении защитных рефлексов (кашлевой, болевой, ларингеальный).

При использовании представленной методики мультимодальной анестезии проведено более 1500 операций ортопедического, хирургического, урологического, гинекологического профиля у взрослых и детей. У части пациентов отмечены сопутствующие заболевания: анемии, пороки сердца, ИБС, гипертоническая болезнь, диабет и др.

Специфических осложнений, которые могли бы быть связаны с данной методикой анестезии мы не отметили.

Предлагаемая нами методика комбинированной анестезии исключает использование у взрослых и детей таких препаратов как релаксанты и центральные анальгетики, которые могут вызвать грозные осложнения, как во время операции, так и в ближайшем послеоперационном периоде. Тем не менее, при необходимости анальгетики, релаксанты могут использоваться исходя из клинических показаний.

РОЛЬ МАРКЕТИНГА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

В.И.Цокуренко

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Понятие «управляемый рынок» (marketing) появилось в 50-е годы прошлого столетия в США. Маркетинг – это вид человеческой деятельности, направленный на удовлетворение нужд человека путём изучения потребности производства и обмена.

Маркетинг в здравоохранении представляет собой систему принципов, методов и мер, базирующихся на изучении спроса потребителей и целенаправленном формировании предложений медицинских товаров и услуг производителем. В сферу маркетинга здравоохранения входят все виды товаров и услуг, информация, идеи, события, специалисты, учреждения, организации и т.д., имеющие отношение к сохранению и укреплению здоровья населения. Маркетинг здравоохранения относится к социальному маркетингу, а все виды товаров и услуг, связанные со здоровьем, к социальным (общественным) товарам.

Необходимость проведения комплекса маркетинговых исследований определяется конкретной маркетинговой ситуацией, складывающейся вокруг медицинского учреждения. Для получения необходимой информации об определённой проблеме и создаётся система маркетинговых исследований. Маркетинговые исследования представляют собой систематическое определение круга данных, необходимых в связи со стоящей перед учреждениями маркетинговой ситуацией, их сбор, анализ и отчёт о результатах. Решение учреждения заняться маркетинговыми исследованиями не означает, что они должны быть сложными и дорогостоящими. Можно достичь своих целей через анализ собственных данных. Размер и стоимость маркетинговых исследований зависит от объектов, требуемой информации, степени формализации исследований, объёмов новых данных, которые должны быть собраны, сложности анализа.

Цели маркетинговых исследований в здравоохранении ориентированы на определённые группы людей – пациентов. Необходимо определить конкретные особенности потребителей данного сегмента рынка, например: пол, семейное положение, уровень материального благополучия. Цели маркетинга состоят в создании образа медицинского учреждения и услуг, предоставляемых им; росте и внедрении новых услуг; прибыльности учреждения, новизны услуг, их параметров, качества, доступности обслуживания, низких цен и других характеристик.

Все основные виды деятельности в маркетинге применительно к здравоохранению связаны с анализом потребности. Поэтому совершенно обязательно изучение нужд и потребностей населения в медицинских услугах и определение их объёма для каждого класса заболеваний.

Одним из средств успешного функционирования маркетинга является реклама. Направления рекламы самые разнообразные:

- зарисовка с натуры (показ людей, которые чувствуют себя хорошо после получения услуг);
- подчёркивание здорового образа жизни;
- использование свидетельств бывших пациентов в пользу услуги;
- акцентирование технического и персонального опыта исполнителя;
- использование данных научного характера.

В последние годы в связи с развитием в нашей стране рыночных отношений, значительно возрос интерес к маркетингу, как к методу рыночного управления. Эффективный маркетинговый анализ является необходимым условием разработки планов маркетинга. Информация, необходимая для маркетингового анализа, собирается в результате проведения маркетинговых исследований.

Необходимость использования маркетинга в системе управления здравоохранением обусловлена формированием элементов рыночных отношений в здравоохранении. Очень важным является этический маркетинг, главной целью которого является удовлетворённость пациентов в получении качественной медицинской помощи. Медицинский маркетинг – это комплекс мероприятий, направленный на изучение спроса, организацию и создание условий для удовлетворения потребности населения в различных видах медицинских товаров и услуг.

Анализ рынка – главное направление маркетинговых исследований. Провести анализ рынка – это значит тщательно изучить и оценить особенности маркетинговой среды, в которой находится конкретная медицинская организация. Для изучения маркетинговой среды проводят количественные маркетинговые исследования с использованием методов математической статистики. Выбираются наиболее необходимые для пациентов медицинские услуги. При этом необходимо учитывать соответствие их утверждённым стандартам ведения больных.

Важно определить тот объём медицинских услуг, который медицинская организация реально сможет оказать населению. Задача управления маркетингом заключается в воздействии на уровень, время и характер спроса таким образом, чтобы это помогло медицинской организации в достижении стоящих перед ней целей.

В настоящее время в системе здравоохранения России происходят значительные изменения. И в этих условиях цель маркетинговых исследований состоит в получении и анализе объективной информации, разработке прогнозов развития рынка лечебно-профилактических услуг, оптимизации стратегии оказания медико-санитарной помощи, решением проблем создания рынка новых видов услуг, для более полного удовлетворения спроса на них.

В условиях рыночных отношений становится нормой не ожидание обращения пациента за помощью, а предварительное изучение потребности в ней со стороны лечебно-профилактических учреждений. Комплекс принципов и способов маркетинга практически применим ко всем субъектам здравоохранения любых форм финансирования. Комплексный, системный подход к отрасли здравоохранения в рамках концепции маркетинга позволяет слить в единый

технологический процесс все элементы лечебно-профилактической деятельности, придать ей целостность и целевую ориентацию.

Приобретение знаний и навыков в данной области особенно актуально в связи с той новой ролью, которая отводится врачам в современных условиях, ролью управляющего (менеджера) в системе здравоохранения. Речь идёт о формировании рынка медицинских услуг, явлении новом для большинства врачей-практиков, так и организаторов здравоохранения. Это определяет необходимость разработки и внедрения новых организационных, информационных и других технологий, направленных на улучшение медико-социальной ситуации. Управляя персоналом медицинских организаций, покупая лекарственные средства и медицинское оборудование, продавая свои услуги по лечению больных, пропагандируя идею здорового образа жизни, мы занимаемся маркетингом. В условиях становления и развития рыночных отношений знание основ маркетинга необходимо всем, в том числе и работникам сферы здравоохранения. Маркетинг – одна из основополагающих дисциплин для профессиональных деятелей рынка.

На кафедре организации здравоохранения и общественного здоровья уже на протяжении ряда лет проводятся занятия по теме «маркетинг в здравоохранении». Судя по интересу к данной теме и положительным отзывам слушателей, данные занятия необходимы и находят широкое практическое применение. Невозможно представить дальнейшее реформирование здравоохранения без применения новейших информационных и маркетинговых форм управления. В условиях формирования рыночных отношений в здравоохранении, внедрения медицинского страхования маркетинг становится профессиональным орудием для медицинских работников – менеджеров системы здравоохранения.

МОНИТОРИНГ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ГЕСТОЗАХ

В.А. Чугай, В.С.Иванова, О.В.Филиппова, А.И.Родичева

ГБОУ ЦДО ПИУВ Минздрава России,
ГБУЗ «ПОДКБ им. Н.Ф.Филатова», Пенза

По материалам официальной статистики отмечается увеличение частоты гестозов, несмотря на существенные достижения в изучении этиологии, патогенеза и разработку новых методов профилактики и лечения этого осложнения беременности, и составляет 20-59% (Савельева Г.М., 2005). Частота гестоза объясняется с одной стороны улучшением диагностики ранних, доклинических форм, с другой - увеличением числа беременных группы высокого риска по развитию данного осложнения и имеющимися неблагоприятными социальными факторами. Отмечается, что течение современных гестозов часто характеризуется несовпадением клинической картины с истинной тяжестью патологии (Гонцов А.А., 2001). Сегодня встречаются формы гестозов со стертой клиниче-

ской картиной, что на практике приводит к недооценке тяжести состояния пациентки, недостаточному объему профилактических и лечебных мероприятий и развитию осложнений (Сидорова И.С. с соавт., 2006). Гестозы приводят к увеличению частоты невынашивания беременности, гипоксии, гипотрофии плода, преждевременной отслойке плаценты, маточным кровотечениям в родах и послеродовом периоде, повышенной частоте оперативных родоразрешений (Василенко Л.В., Лернер Л.А., 1999). В акушерской практике наблюдается при гестозах подострая (субкомпенсированная) форма синдрома ДВС. Важной особенностью этого состояния беременных, по данным литературы, является нестабильность гемостаза и возможность перехода в коагулопатическое кровотечение при усугублении акушерской ситуации или при необходимости хирургического вмешательства.

За период апрель-сентябрь 2013 года клинико-диагностической лабораторией ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова» проведен мониторинг состояний гемостаза беременных женщин (n=20), а также женщин, имеющих диагноз гестоза (n=13) и преэклампсии (n=28) в третий триместр беременности с помощью коагулометра Glot 1-A по следующим показателям: ПТИ, АЧТВ, фибриногена, РФМК, антитромбина III (АТIII) и подсчета количества тромбоцитов. Без показателей гемостаза не возможно правильно оценивать адекватность лечения и подтверждение клинического диагноза беременных женщин.

По показателям гемостаза проанализированы три группы беременных женщин. Первая группа контрольная (n=20), не имеющая клинических проявлений гестоза, при обследовании выявила следующие показатели гемостаза: ПТИ составил $100,7 \pm 4,3\%$, фибриноген - $4,8 \pm 0,5$ г/л, АЧТВ – $32,2 \pm 3,1$ сек, а количество тромбоцитов было $246,7 \pm 18 \times 10^9$ /л. Эти показатели явились базовыми для сравнения с показателями беременных женщин с клиническими проявлениями гестоза и преэклампсии в двух других группах.

Во второй группе (n=13) беременных с диагнозом гестоза показатели гемостаза составляли: ПТИ - $103,5 \pm 5\%$, АЧТВ - $30,9 \pm 2$ сек, АТ III – $85,6 \pm 15\%$, а количество тромбоцитов $245,9 \pm 37 \times 10^9$ /л. Отмечена некоторая тенденция снижения уровня ПТИ, АЧТВ, концентрации фибриногена $4,7 \pm 0,9$ г/л. Отмечалось увеличение показателя РФМК $14,7 \pm 5$ мг/л. Общее количество тромбоцитов колебалось в пределах физиологических количеств.

Анализ результатов исследования показал, что в третьей группе (n=28) беременных женщин с диагнозом преэклампсии показатели гемостаза были следующими. Повысился показатель ПТИ до $110,1 \pm 7\%$, снизилась концентрация фибриногена до $4,2 \pm 0,8$ г/л. Показатель АЧТВ равен $33,5 \pm 6$ сек. Показатель АТ III был равным $79,4 \pm 9\%$, что значительно ниже, чем у женщин с диагнозом гестоза (АТ III – $85,6 \pm 15\%$). А количество тромбоцитов не менялось $257,7 \pm 45 \times 10^9$ /л. Показатель РФМК был несколько повышен и составлял $14,1 \pm 4$ мг/л.

В организме беременных женщин с проявлением гестоза и преэклампсии в третьем триместре беременности создается состояние развития разной степени

ДВС-синдрома. Чаще всего это проявляется в повышении общего коагулянтного потенциала, снижении фибринолитической активности при увеличении продуктов деградации фибриногена и при некотором снижении уровня АТ III. В данном исследовании можно предполагать у беременных в третьем триместре ДВС-синдром подострого типа. ДВС-синдром проявляется в незначительно меняющихся скрининговых тестах (ПТИ, АЧТВ, количество тромбоцитов), повышения РФМК и тенденции к снижению показателя АТ III. Полагаем, что подобные особенности мониторинга носят компенсаторно-приспособительный характер в процессе формирования у беременных с клиническими проявлениями гестоза и преэклампсии нормального фетопланцентарного комплекса и способствуют физиологическому ограничению кровопотери при дальнейших родах. Необходимо отметить, что при других возможных нарушениях общего состояния, которые мы не выявили у наших пациенток, этот коагуляционный потенциал всегда может развиваться тяжелыми тромбофилическими осложнениями.

Проводимый клинико-диагностической лабораторией больницы мониторинг беременных женщин в стадии гестоза и преэклампсии с помощью указанных показателей информирует акушер-гинекологов для распознавания и устранения причин развития ДВС-синдрома, проведения профилактических мероприятий по предупреждению осложненной беременности.

ИСТОРИЯ ЛОР-СЛУЖБЫ Г. ЗАРЕЧНОГО

Д.С.Шишкин, А.В.Федин, Ю.Н.Борисов, Н.К.Починина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза,
ФГБУЗ МСЧ №59 ФМБА России, Заречный

Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть №59 Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУЗ МСЧ №59 ФМБА России) - многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, расположенное в г. Заречный, Пензенской области. ФГБУЗ МСЧ №59 одно из самых крупных учреждений здравоохранения Пензенской области. В настоящее время ФГБУЗ МСЧ №59 - динамично развивающееся лечебно-профилактическое учреждение, главная цель которого, обеспечение доступности, качества и эффективности квалифицированной медицинской помощи.

Датой рождения медицины Заречного следует считать 23 июля 1955 г, когда приказом министра здравоохранения СССР для медицинского обслуживания работников Управления строительства № 592 («Пензенское управление строительства»), возводившего завод 1134 (ПО «Старт»), и членов их семей была образована медико-санитарная часть №59. Первоначально, с августа по октябрь 1955 г., здравпункт МСЧ №59 находился рядом со стройплощадкой, на 132 квартале будущего города. В нем оказывался минимальный объем неотложной медицинской помощи.

В августе 1958 года как отдельное структурное подразделение МСЧ №59 появилась поликлиника со стоматологическим, хирургическим, гинекологическим, процедурным и рентгеновским кабинетами, зубопротезной лабораторией, работали терапевты и педиатры. К концу года был открыт ЛОР кабинет.

В июле 1990 года открыт новый корпус поликлиники. На семи этажах современного типового здания расположились кабинеты врачей специалистов и вспомогательные кабинеты. Были открыты два ЛОР кабинета, оснащенные согласно стандартам.

Стационар ФГБУЗ МСЧ №59 ФМБА России представлен 14 отделениями и 2 центрами, оснащенными высокотехнологичным оборудованием. Оказывается экстренная и плановая квалифицированная медицинская помощь населению г. Заречного.

Объединенное ЛОР-Глазное отделение открылось в 1975 году. Первым заведующим этого отделения была оториноларинголог Желтова Валентина Григорьевна. С самого основания ЛОР-Глазное отделение уже представляло собой высокопрофессиональное подразделение, где больным города оказывалась помощь на достаточно высоком технологическом уровне. Проводились все виды радикальных вмешательств на ухе, придаточных пазухах носа, операции на глотке и гортани.

С 1988 года отделение возглавил оториноларинголог Борисов Юрий Николаевич, с 1995 года специалист высшей категории. Под его руководством отделение продолжило традиции, заложенные первым его руководителем. В отделении увеличилась хирургическая активность. В 2001 году освоена эндоскопическая ринохирургия, что позволяет избегать излишней радикальности во вмешательствах на придаточных пазухах носа с максимальным сохранением тканей и индивидуальным подходом к различной патологии.

За время существования ЛОР-службы в городе работали такие врачи как Якименко А.Х., Шуюпова О.Л., Бузычкин В.Н., Федин А.В., Рязанцев С.В., Морозова В.Е.

В настоящее время ЛОР-Глазное отделение располагает 10 дневными и 5 круглосуточными койками по ЛОР-профилю. Врачи отделения имеют высшие квалификационные категории. ЛОР-помощь оказывается круглосуточно, на высоком технологическом уровне. Для этого в отделении имеется соответствующий инструментарий и аппаратура. Отделение оснащено оборудованием для эндоскопической ринохирургии, включая шейверную систему.

За время работы отделения пролечено более 26 тысяч больных с ЛОР-патологией, и выполнено более 8 тысяч операций. В 2013 году пролечено 637 больных с ЛОР-патологией, и выполнено 183 операции.

ЛОР-операции, выполняемые в отделении:

1. Аденоидии;
2. 2-х сторонние тонзилэктомии;
3. Радикальные операции на верхнечелюстных и лобных пазухах;
4. Радикальные операции на ухе, включая и мастоидопластику;

5. Септопластика;
6. Операции в носовой полости с использованием ультразвуковой дезинтеграции;
7. Эндоларингеальные хирургические вмешательства на голосовых складках.

Эндоскопическая ринопластика:

1. Полипотомии, конхотомии с использованием шейверной системы;
2. Инфундибулотомии;
3. Операции на придаточных пазухах по методу Мессерклингера.

Материально техническая база, квалифицированный персонал, хорошие санитарно-гигиенические и бытовые условия для пациентов позволяют сегодня ЛОР-Глазному отделению ФГБУЗ МСЧ №59 шагать в ногу со временем, используя в своей работе современные технологии.

ОПЫТ КОРРЕКЦИИ РИНОЛОРДОЗА МЕТОДОМ SPREADER GRAFT ПРИ ПОМОЩИ АУТОХРЯЩЕЙ УШНОЙ РАКОВИНЫ

Д.С.Шишкин, А.В.Федин, Н.К.Починина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Известно, что нос больше всего определяет эстетику лица. Даже незначительные его деформации могут стать причиной серьезных переживаний для пациента. При сочетании деформации наружного носа с искривлением носовой перегородки и нарушением носового дыхания к эмоциональным переживаниям присоединяются физические страдания, связанные с нарушением различных физиологических функций носа, которые становятся благоприятной почвой для развития гнойно-воспалительных, гиперпластических процессов в носу, околоносовых пазухах, носоглотке и глотке.

Ринопластика является наиболее сложным разделом косметической хирургии. Из большого числа публикаций по ринопластике, лишь небольшая их часть посвящена ринолордозу, несмотря на то, что среди других деформаций наружного носа, ринолордоз встречается очень часто и всегда сопровождается патологией физиологических функций носа. Хирургическое лечение ринолордоза представляет собой серьезную проблему, так как приходится решать сразу две задачи: функциональную и эстетическую.

Самыми частыми причинами ринолордоза являются: нагноение гематомы перегородки носа с расплавлением хрящевого остова, перенесенные травмы, технические погрешности при операциях на перегородке носа и специфические инфекции.

Обычно при ринолордозе производится имплантация различных материалов в область западения спинки носа. Чаще всего для этих целей используется аутохрящ перегородки носа или аллохрящ. Если ринопластика осуществляется после септопластики, то чаще всего используется реберный или ушной хрящ.

Недостатками использования реберного хряща являются: трудность взятия материала и частое его лизирование.

Среди большого количества операций, предложенных для коррекции функции носового клапана, наиболее новым и перспективным является метод установки так называемых «расширяющих» трансплантатов (spreader graft) между верхними краями треугольных хрящей и хрящом перегородки носа. Методика изначально предназначалась для поддержки хрящевого свода носа при слишком коротких носовых костях. Использование расширяющих трансплантатов дает возможности как для решения эстетических проблем, так и для улучшения физиологии носового клапана. Большинство хирургов ставят расширяющие трансплантаты через открытый доступ. Преимуществом такого подхода является возможность точной визуализации проблемной области и правильной установки трансплантатов.

Приводим клиническое наблюдение коррекции ринолордоза методом Spreader Graft при помощи аутохрящей ушной раковины.

Пациент Н., 34 года.

В ноябре 2012 года выполнена коррекция ринолордоза, методом Spreader Graft при помощи аутохрящей ушной раковины. За несколько месяцев до операции была выполнена коррекция перегородки носа. Из-за большого объема операции коррекция ринолордоза была отложена. Ввиду выполнения септопластики использовать хрящи перегородки носа было невозможно.

Первым этапом были взяты аутоотрансплантанты из края ушной раковины. Вторым этапом выполнен разрез кожи преддверия носа по Серцеру. Сформировано ложе для установки графт. Графты подшиты к верхним латеральным хрящам нитью Полисорб 4/0. Разрез ушит косметическими швами. На наружный нос наложена гипсовая шина на 10 дней. Проводилась антибактериальная терапия, туалет полости носа. Рана зажила первичным натяжением. Западение хряща было полностью устранено. При контрольном осмотре через 1 месяц после операции спинка носа ровная, симметричная, носовое дыхание свободное, аутохрящ интегрировался в окружающие ткани и не контурировался через кожные покровы, форма ушной раковины не изменилась.

До:



После:



Использование аутохряща ушной раковины при пластике ринолордоза является высокоэффективным и позволяет достичь хороших отдаленных косметических результатов.

НЕОБЫЧНОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

С.И.Шкурка, И.В.Танюшкина, А.В.Федин

Диагностический центр завода ЭВТ,
ГБУЗ «ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина»,
ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Инородные тела полости носа обычно встречаются в детском возрасте. Попадание инородных тел в полость носа у взрослых пациентов более характерно для огнестрельных и минно- взрывных повреждений военного времени.

Приводим клиническое наблюдение пациента с необычным для мирного времени инородным телом, локализовавшимся в задних отделах полости носа и перегородке носа.

Пациент Л., 35 лет поступил в отделение оториноларингологии ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина 12.04.2013 с жалобами на нарушение носового дыхания, выделения из носа со зловонным запахом, головные боли.

Указанные жалобы беспокоили около 4 месяцев. Их появление с каким-либо провоцирующим фактором больной не связывал.

Объективно: В области левого ската пирамиды носа имеется шрам неправильной формы протяженностью 18 мм. Носовое дыхание затруднено с двух сторон. При передней риноскопии слизистая оболочка полости носа резко отечна, с синюшным оттенком, общие носовые ходы заполнены слизистогнойным отделяемым. После туалета полости носа стало обозримо инородное тело черного цвета, обтурирующее задние отделы правой половины полости носа. На рентгенограмме околоносовых пазух определяется инородное тело металлической плотности размерами примерно 2 на 3 см, по форме напоминающее гирю от весов в проекции правой половины дна полости носа, признаки двустороннего гайморита (рис. 1).



Рис. 1.

Больного после получения результатов общеклинических исследований в экстренном порядке взяли в операционную для удаления инородного тела под эндоскопическим контролем. После местной аппликационной и инфильтрационной анестезии полость носа осмотрена торцевым ригидным эндоскопом диаметром 4 мм. Инородное тело оказалось пулей от травматического пистолета в резиновой оболочке со стальным сердечником. Пуля располагалась в соустье от границы с четырехугольным хрящом до его задних отделов, большая ее часть выступала в правую половину полости носа. При помощи носового крючка и конхотома Брюнинга пуля была удалена через левый общий носовой ход (рис. 2). В течение 5 дней пациент получал антибактериальную и гемостатическую терапию, после чего в удовлетворительном состоянии был выписан из стационара. Носовое дыхание восстановилось, выделения из носа и головные боли прекратились.



Рис. 2.

Очевидно, что шрам в области левого ската носа появился в результате пулевого ранения, о котором больной умолчал и в дальнейшем не дал никаких разъяснений. Интерес данного наблюдения заключается в нехарактерном для мирного времени повреждении полости носа металлической пулей и позднем обращении пациента за медицинской помощью.

БИОЦИНОЗ ПОЛОСТИ НОСА И КОЖИ СЛУХОВОГО ПРОХОДА У БОЛЬНЫХ С РИНОСИНУСИТАМИ И СРЕДНИМИ ОТИТАМИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Н.А.Шкурова, Н.К.Починина

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, Пенза

Гнойно-воспалительные заболевания среднего уха и околоносовых пазух занимают лидирующее положение в мире по распространенности среди заболеваний ЛОР - органов. Лечение указанных пациентов представляет большие

трудности, так как процент рецидивирования и перехода их в хронические формы не только не уменьшается, но и имеет тенденцию к росту. Одним из факторов, отягощающим течение гнойных средних отитов и гнойных синуситов являются коморбидные заболевания в частности сахарный диабет (СД).

В Российской Федерации неуклонно нарастает распространенность сахарного диабета 2 типа (СД 2). По данным Государственного Регистра, на 1 января 2011 г. в России по обращаемости зарегистрировано 3 млн. 357 тыс. больных СД, из них 90% – это больные СД 2. Особенности течения и клинического проявления ЛОР - инфекции у больных сахарным диабетом зависят не только от нарушений иммунной системы, гистоморфологических изменений, но и от свойств микроорганизмов, вызывающих патологический процесс.

Цель: исследовать микробный состав биоценоза уха и полости носа, а также спектр возбудителей острых и хронических риносинуситов и острых и хронических средних отитов у больных сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы: на базе ЛОР - отделения ГKB СМП им. Захарьина нами были детально проанализированы результаты исследования 60 пациентов с риносинуситами и средними отитами протекающими на фоне СД 2, в возрасте от 35 лет до 82 лет. Средний возраст составил $59,6 \pm 1,4$ лет. Из них женщин – 37, мужчин – 23. Пациентов с инсулинозависимым сахарным диабетом 16 (27,5%), 38 (65,5%) пациентов получающих сахароснижающие препараты. При поступлении сахарный диабет в стадии субкомпенсации был у 33 (84,6%) больных, в стадии декомпенсации у 5 (67,8%) больных, в стадии компенсации у 1 (2,5%) пациента. Контрольную группу составили 30 пациентов, страдающих риносинуситами и средними отитами без сопутствующего сахарного диабета. Всем пациентам проводилось бактериологическое исследование мазков со слизистой оболочки полости носа и кожи наружного слухового прохода, методом посева на питательные среды. Мазки брались перед началом лечения.

Результаты и обсуждение: выделенные при бактериологическом исследовании возбудители гнойной инфекции характеризовались достаточным разнообразием. Общее соотношение грамположительной и грамотрицательной микрофлоры представлено в таб. 1

Таблица 1

Микроорганизмы	Основная группа		Группа сравнения	
	отиты	синуситы	отиты	синуситы
Грамположительные микроорганизмы				
<i>Staphylococcus aureus</i>	13,7%	8,6%	1,7%	6,8%
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	8,6%	10,3%	3,4%	12,0%
<i>Staphylococcus warneri</i>	6,8%	1,7%	-	1,7%
<i>Staphylococcus pneumoniae</i>	1,7%	6,8%	-	3,4%
<i>Streptococcus pyogenes</i>	1,7%	-	1,7%	1,7%
<i>Streptococcus aerogenes</i>	-	-	3,5%	-

Грамотрицательные микроорганизмы				
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	10,3%	3,4%	1,7%	-
<i>Enterobacter faecalis</i>	1,6%	-	3,5%	7,1
<i>Enterobacter aerogenes</i>	1,6%	-	-	-
<i>Actinobacter samarii</i>	-	1,7%	-	-
<i>Corynebacterium xerosis</i>	-	1,6%	-	-
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	-	-	1,7%	-
<i>Citrobacter amalonaticus</i>	-	-	-	3,5%
Грибы	5,1%	-	-	-
Роста нет	13,7%	3,4%	3,4%	3,4%

При изучении микробного состава выявлено наличие микробных ассоциаций в 3 случаях в основной группе. Компоненты микробных ассоциаций были представлены *Staphylococcus aureus* + *Coryna xerosis*; *Staphylococcus pneumoniae*+*Staphylococcus aureus*; *Staphylococcus epidermidis* + *Staphylococcus aureus*.

В процессе изучения соотношения микрофлоры, нами было обнаружено, что *Pseudomonas aeroginosa*, чаще встречается при хронических гнойных средних отитах 6 (10,3%) случаях.

При оценке антибиотикочувствительности, выделенная микрофлора чувствительна оказалась к действию макролидов, цефалоспоринов 3 поколения, фторхинолонов 3-4 поколения. Наибольшая резистентность бактерий наблюдалась к тетрациклину, линкомицину, бензилпеницилину.

Выводы:

1. По результатам микробиологического исследования мы установили, что наиболее часто у пациентов страдающих риносинуситами и средними отитами на фоне СД 2 встречались следующие представители микрофлоры – *S. aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus warneri*, грибковая микрофлора.

2. У больных с хроническим средним отитом, необходимо отметить высокую частоту встречаемости синегнойной палочки.

3. Наиболее оптимальными препаратами для лечения риносинуситов и средних отитов на фоне СД 2 являются современные макролиды и фторхинолоны III – IV поколений.

СОДЕРЖАНИЕ

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В ГБОУ ДПО ПИУВ МИНЗДРАВА РОССИИ <i>А.И.Кислов, Типикин В.А.</i>	5
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАЧ В ОСОБЫХ УСЛОВИЯХ <i>Е.А.Абрамичева, В.М.Николаев, М.Г.Сарайкина</i>	8
ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ КОНСТРУКЦИЙ ДЛЯ ВРЕМЕННОГО МЕДИАЛЬНОГО ЭПИФИЗЕОДЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАЛЬГУСНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ <i>Д.В.Агафонов, О.В.Тарасов</i>	10
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ФУРУНКУЛЕЗА И ФАГОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА В ГРУППАХ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ СЫВОРОТОЧНОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА Е <i>Н.Ю.Алексеева, Т.А.Дружинина</i>	12
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ФОРЛАКС» В ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛЬЮ <i>Ю.Е.Алленова</i>	15
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ТОНУС ПРИ ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННЫМ ЯЗЫКАМ <i>Н.В.Антропова, Е.В.Чиркова</i>	17
УРО-ВАКСОМ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ <i>А.Н.Астафьева, В.И.Струков, Г.В.Долгушкина, Р.Т.Галеева, Л.А.Журавлева, И.А.Прокофьев</i>	19
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ И ГИПОТИРЕОЗЕ <i>Г.А.Баранова</i>	20

РЕАЛИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К НЕПРЕРЫВНОМУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ ВРАЧЕЙ НА КАФЕДРЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ <i>И.П.Баранова, О.А.Коннова, О.Н.Лесина, М.В.Никольская, Л.И.Краснова, О.А.Зыкова, Ж.Н.Керимова</i>	22
СЕГМЕНТОРНЫЕ ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ГИПОТИРЕОЗОМ <i>О.А.Батаров, А.И.Ермолаева, В.М.Бросалов</i>	23
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИЛЕЙКОТРИЕНОVOГО ПРЕПАРАТА МОНТЕЛУКАСТ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ <i>Е.В.Безрукова, Л.И.Бирюзова</i>	25
ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА БАДДА-КИАРИ <i>Л.П.Бородина</i>	26
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ <i>Д.Ю.Бочарников, Е.А.Орлова, Б.А.Молотилев</i>	29
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ <i>Ю.В.Бочкарева</i>	30
ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Ю.В.Бочкарева</i>	38
НАРУШЕНИЕ ГЕМОСТАЗА У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В ПРОЦЕССЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ <i>В.Г.Васильков, Л.А.Филиппова, А.В.Аракчеев, С.В.Павенков</i>	40
ГЕНДЕРНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТАБАКОКУРЕНИЯ У ВРАЧЕЙ <i>Е.В.Волкова, А.И.Кислов</i>	42
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИКА ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ Г. ПЕНЗЫ <i>Е.В.Волкова, Ю.А.Уткин, С.В.Адмаева, А.К.Амплеев</i>	44

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ <i>Д.М.Галахов, Н.К.Починина, А.В.Федин, В.Г.Недоваров</i>	46
НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА <i>М.Н.Гербель, И.В.Бакулина, П.А.Андрянова</i>	47
ПРОФИЛАКТИКА РЕЦЕДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ ГОРОДА КАЗАНИ АЦИКЛОВИРОМ И ЕЁ ОЦЕНКА <i>А.П.Горшенина, О.Ю.Кузнецова</i>	49
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОЗИНОПРИЛА СО СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>О.А.Гречишкина, Л.В.Мельникова, Л.Ф.Бартош</i>	51
ДИАГНОСТИКА ФЛОТИРУЮЩИХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТЭЛА <i>В.И.Давыдкин, В.В.Щапов, В.В.Махров, Т.В.Саврасова, М.Ф.Ерзин</i>	53
ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ И РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ СЫВОРОТОЧНОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА Е <i>Т.А.Дружинина, А.С.Ивачёв, Н.А.Ивачёва, Г.В.Щербаков</i>	55
ОЦЕНКА УРОВНЯ Ig E У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ <i>Т.А.Дружинина, Н.С.Рябин, А.С.Ивачёв, М.М.Беренштейн, Н.А.Ивачева</i>	56
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРЕДИНФУЗИИ МАФУСОЛОМ И РАСТВОРОМ РИНГЕРА ПРИ СПИНАЛЬНОЙ И ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ <i>Н.Г.Емелина, В.Н.Маринчев, В.Г.Васильков, А.Ф.Карпов</i>	57
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II ТИПА <i>А.И.Ермолаева, С.И.Коврыгин, Е.Л.Коган</i>	58
НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕВЫХ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ СИНДРОМОВ <i>В.С.Животоцук, С.Е.Бунтин, А.А.Ковалев, Ю.П.Матонин</i>	60

ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ В РАННЕЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В.С.Животоцук, О.К.Командирова, И.Г.Жарков, Т.В.Преснякова 62

СЕРОЗНЫЕ И ГНОЙНЫЕ МЕНИНГИТЫ: ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ И
ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

*О.А.Зыкова, И.П.Баранова, О.А.Коннова, Д.Ю.Курмаева, Е.А.Воробьева,
А.А.Павелин 64*

ВАРИАНТ НЕПРОНИКАЮЩЕЙ ГЛУБОКОЙ СКЛЕРЭКТОМИИ В
ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Е.А.Ивачёв, М.Ю.Савельев 65

СИСТЕМНАЯ ОЦЕНКА МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ПРИ
БЕСПЛОДИИ (обзорная характеристика фолликулометрии и М-эхо)

Д.С.Ирышков, Rogulenko Roman W..... 67

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА У ЖЕНЩИН В
ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

*О.А.Исмаилова, Н.В.Еремина, В.И.Струков, Т.В.Посметная, В.Д.Ноздрин,
Т.В.Кириллова..... 69*

К ВОПРОСУ О ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ
АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ

В.Б.Калистратов; О.В.Плотникова, Л.В.Белюсова, М.В.Белюсова 70

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ТЕРАПИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО
НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

В.Б.Калистратов, О.В.Плотникова, А.П.Костиков..... 72

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛЮНЫ
ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ЛИМФОМАМИ

Т.В.Кириллова, Н.В.Еремина, Т.В.Посметная, В.Д.Ноздрин, О.А.Исмаилова.. 76

ДИАГНОСТИКА ЭКСТРАСИСТОЛИИ И ПАРОКСИЗМОВ
СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ У НЕБЕРЕМЕННЫХ И
БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ХОЛТЕРОВСКОГО
МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ И
ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА

*С.В.Климова, Ф.К.Рахматуллов, О.В.Савина, Н.Е.Дятлов, Е.Г.Зиновьева,
Л.Ф.Бурмистрова, А.М.Бибарсова, Т.М.Шибеева, Ю.Б.Беляева 78*

ОЦЕНКА АНТЕРОГРАДНОГО ПРОВЕДЕНИЯ ВОЗБУЖДЕНИЯ ПО
АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОМУ СОЕДИНЕНИЮ У НЕБЕРЕМЕННЫХ И
БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

*С.В.Климова, Ф.К.Рахматуллов, О.В.Савина, Н.Е.Дятлов, Е.Г.Зиновьева,
Л.Ф.Бурмистрова, А.М.Бибарсова, Т.М.Шибеева, Ю.Б.Беляева..... 79*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ
ИММУНОТЕРАПИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ДЕТСКОЙ
АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

О.Б.Ковалёва, Н.С.Карташева, С.Л.Тузов Л.А.Мусатова, А.В.Котовский..... 81

ИЗУЧЕНИЕ ЕСТЕСТВЕННЫХ РЕГУЛЯТОРНЫХ Т- КЛЕТОК В
ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ

С.В.Коженкова, М.В.Осипова, Н.И.Баранова..... 84

ПОКАЗАТЕЛИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С
АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К
ПЛЕСНЕВЫМ ГРИБАМ

А.И.Козина, Т.А.Дружинина..... 86

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ
ФЕНОТИПОВ ИНФЕКЦИОННО-ИНДУЦИРОВАННОЙ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Е.М.Костина..... 87

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ НЕСКОЛЬКИХ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ
НЕФРЭКТОМИИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

И.Б.Кривошеев..... 91

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ Ф3 от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О ДОНОРСТВЕ
КРОВИ И ЕЁ КОМПОНЕНТОВ» В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Т.В.Крылова, Н.М.Иваногло, С.С.Козак, И.В.Гордюшина, С.В.Железнякова,
Н.В.Сопина..... 94*

ВЛИЯНИЕ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ
РАБОТЫ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ СТАНЦИИ ПЕРЕЛИВАНИЯ
КРОВИ

*Т.В.Крылова, Н.М.Иваногло, С.В.Железнякова, И.В.Шапошникова,
И.В.Гордюшина, С.С.Козак, Н.В.Сопина..... 96*

ГИРУДО- И ГИРУДОФАРМАКОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ С ЦЕРВИКАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ И КОХЛЕО-
ВЕСТИБУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ШЕЙНОМ
ОСТЕОХОНДРОЗЕ

*Р.П.Крымская, Н.К.Починина, В.Г.Цыганков, Н.А.Сержантова,
А.Н.Сержантов, М.Н.Зигунова..... 99*

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПЕРИОДА
ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ ПРЕЛИНГВАЛЬНОЙ
ГЛУХОТЕ У ШКОЛЬНИКОВ

Р.П.Крымская, Л.П.Петрова, Н.К.Починина, В.Г.Цыганков, Л.А.Мякинкова 101

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ НАГРУЗОК НА СОСТОЯНИЕ СЕТЧАТКИ
ГЛАЗА У СТУДЕНТОВ ПО ДАННЫМ ОКТ

М.П.Куликова, С.В.Аксенова 102

ОПТИМИЗАЦИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ ДОНОРОВ -
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ И
ПРЕДИКТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.Р.Кулюцина, О.А.Левашова, Е.В.Кривченкова 104

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО
ПАНКРЕАТИТА

*М.Ф.Купцова, В.Г.Васильков, В.А.Бегунов, Т.В.Чернова, А.В.Аракчеев,
О.В.Кудашева, К.С.Кудашев, Н.Б.Ганяева 107*

СИНДРОМ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ
ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

М.Ф.Купцова, Т.В.Чернова, В.П.Коякова, Е.Ю.Ефимова 109

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ НЕЙРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ
НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПЕРИОДА КАРОТИДНОГО
ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

И.И.Кухтевич, Н.И.Алешина, И.Г.Золкорняев..... 113

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ ПО АКТИВНОСТИ
ФЕРМЕНТОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ

А.Н.Лавров, О.Ф.Фролкина, Л.В.Курашвили, Е.А.Кирякина 115

АКУПУНКТУРНАЯ ДЭНС-ТЕРАПИЯ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНОГО
ПЕРИАРТРОЗА

М.Ю.Левков..... 117

ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ 25-ГИДРОКСИКАЛЬЦИФЕРОЛА В
СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ РАХИТЕ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ
ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.Н.Максимова, В.И.Струков, Л.Г.Радченко 119

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОРВИ И ГРИППА У ПАЦИЕНТОВ
ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ИНФЕКЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ФБГУЗ
МСЧ № 59 ФМБА РОССИИ Г. ЗАРЕЧНОГО

И.А.Малова 121

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ
ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ

Г.И.Мартынова, Ш.А.Таймазов, Т.Н.Семенова, М.Ю.Левков 122

ПОСТИНФЕКЦИОННЫЙ ПОДОСТРЫЙ ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ
ЭНЦЕФАЛИТ БЕККЕРСТАФА (НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКИ)

*И.В.Метальникова, Е.А.Чернышова, О.С.Вербицкая, Р.Р.Масаева,
А.И.Ермолаева, Р.М.Моисеев* 124

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ БИПОЛЯРНОЙ ГАЛОТРАКЦИИ ПРИ
ЛЕЧЕНИИ АТЛАНТОАКСИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

В.А.Моисеенко, А.И.Кислов, А.В.Салаев, А.В.Гатин 126

ИЗУЧЕНИЕ ПАТОГЕНЕЗА ХРОНИЧЕСКОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ
КРАПИВНИЦЫ

Б.А.Молотилев, М.В.Осипова..... 128

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО
ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА

О.А.Муфтахова, А.В.Вилков, А.Н.Кечайкин..... 129

РЕЦИДИВЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С,
ПРОШЕДШИХ КУРС ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

М.В.Никольская, И.П.Баранова, О.А.Зыкова..... 131

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ НПВП– ГАСТРОПАТИЙ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Е.А.Новикова, С.В.Зюлькина</i>	134
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ И АДГЕЗИВНОГО БАЛЬЗАМА «АСЕПТА» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА <i>В.Д.Ноздрина, Н.В.Еремина, Т.В.Посметная, Т.В.Кириллова, О.А.Исмаилова</i>	135
ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ У ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ КАТ ПРИ КРАТКОВРЕМЕННЫХ ОПЕРАЦИЯХ <i>М.Нузейли, Я.Хурейби</i>	137
СОСТОЯНИЕ ВНУТРИПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Е.В.Осипова, Л.В.Мельникова, А.В.Крылова</i>	139
ЛЕЧЕНИЕ СТРЕПТОКОККОВЫХ ТОНЗИЛЛИТОВ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ <i>В.Ф.Павелкина, М.Г.Ласеева, Н.П.Амплеева, Р.З.Альмяшева, В.Н.Игнатъев</i> ..	140
АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ КОРВАЛОЛОМ <i>Л.М.Павлючик, О.Е.Пескова, Р.И.Кувакова</i>	142
К ВОПРОСУ О ТРУДОУСТРОЙСТВЕ ИНТЕРНОВ <i>Е.В.Пеганова, И.А.Шатилова</i>	145
К ВОПРОСУ ОБУЧЕНИЯ В ИНТЕРНАТУРЕ <i>Е.В.Пеганова</i>	148
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У МУЖЧИН, ПОЛУЧАВШИХ ПРЕПАРАТЫ ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ <i>Е.В.Петрова, Т.Н.Вакина, О.А.Петров, Д.Г.Елистратов</i>	154
БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПЕРИАРТИКУЛЯРНЫХ ТКАНЕЙ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА <i>Т.Т.Полякова</i>	156
НУТРИТИВНО-МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ <i>И.С.Попова, М.Ф.Купцова, В.Г.Васильков, Н.Б.Ганяева</i>	158

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ
ЛИМФОГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА У ДЕТЕЙ

Н.К.Починина, Е.В.Авдошина..... 160

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЛАНОВЫХ ТРАХЕОТОМИЙ

Н.К.Починина, Д.Г.Филин, А.А.Валюхова, А.В.Федин, Н.А.Шкурова 162

ОЦЕНКА УРОВНЯ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ
ПАНКРЕАТИТОМ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Н.С.Рябин, Т.А.Дружинина, Н.А.Ивачёва 163

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОГЕННОЙ
ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ
ПАНКРЕАТИТОМ НА МОМЕНТ РАЗВИТИЯ ИНТОКСИКАЦИОННОГО
ПСИХОЗА

Н.С.Рябин, Т.А.Дружинина, Н.А.Ивачёва 165

ИССЛЕДОВАНИЕ СТАБИЛЬНОСТИ СТЕРЖНЕВЫХ ФИКСАТОРОВ
ПРИ ЧРЕСКОСТНОМ ВНЕОЧАГОВОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ В
ЭКСПЕРИМЕНТЕ

А.В.Салаев, В.А.Моисеенко, А.И.Кислов, В.Г.Кулаков, А.В.Гатин..... 168

ОПЫТ НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И
ВЫПИСЫВАНИЯ РЕЦЕПТУРНЫХ БЛАНКОВ, ИХ УЧЁТА И
ХРАНЕНИЯ НА БАЗЕ ГБУЗ ООД

С.Н.Седова, Н.В.Сопина 169

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

М.Ю.Сергеева-Кондраченко, Т.П.Шебуняева 172

АКТУАЛЬНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ
ТЕРАПИИ ПОСЛЕ КРИТИЧЕСКОЙ ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ

С.В.Симанина..... 173

СОВРЕМЕННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ УКРЕПЛЕНИЯ
ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПЕНЗЕНСКОГО РЕГИОНА

Н.В.Сопина, Н.Н.Ашанина, Г.Г.Вишнякова 176

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ
ОТДЕЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В
ПЕНЗЕНСКОМ РЕГИОНЕ

Н.В.Сопина, С.Б.Рыбалкин, С.В.Олейник, Е.В.Татаринцева, Н.С.Федосеева .. 179

ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРАКТ

Н.В.Сопина, Д.Е.Феоктистов..... 182

**УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕНАДЛЕЖАЩЕЕ ОКАЗАНИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Н.В.Сопина, Д.Е.Феоктистов..... 184

**«ОСТЕО-ВИТ D3» В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ КОСТНО-
МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С ПОВТОРНЫМИ
ПЕРЕЛОМАМИ И НИЗКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ
КОСТНОЙ ТКАНИ**

*В.И.Струков¹, А.И.Кислов¹, Д.Г.Елистратов², М.С.Баженов³,
Ю.Г.Щербачева¹, Т.А.Купцова¹, Л.С.Шишкина³, Л.Г.Радченко¹,
М.Н.Максимова¹, М.Н.Гербель⁴ 186*

**СЕНИЛЬНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ – ПРОБЛЕМА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ:
СМЕРИТЬСЯ ИЛИ ЛЕЧИТЬСЯ?**

*В.И.Струков¹, А.И.Кислов, Н.М.Хоменко, Н.В.Еремина, В.С.Животоцук,
В.А.Моисеенко, М.Ю.Сергеева-Кондраченко, Л.Г.Радченко, Г.П.Долгушкина,
Р.Т.Галеева, А.Н.Астафьева, М.Н.Максимова, О.А.Исмаилова..... 192*

**КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СОЧЕТАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ
ПОЛИПОЗА НОСА**

С.Б.Тараканова, А.В.Федин, Д.С.Шишкин, С.В.Рязанцев, В.В.Зубарев..... 198

**ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ АРТЕРИЙ В ПРОГНОЗЕ СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ**

*И.П.Татарченко, А.Г.Мордовина, Н.В.Позднякова, О.И.Морозова, С.А.Секерко
..... 199*

**РОЛЬ ВЫСОКОСЕЛЕКТИВНОГО БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРА
НЕБИВОЛОЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХСН
ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ**

*И.П.Татарченко, Н.В.Позднякова, С.А.Секерко, А.Г.Мордовина, О.И.Морозова
..... 201*

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ПО
ПРИЧИНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В
ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*В.А.Типикин, С.Ю.Ганина, Л.Н.Иванова, И.Ю.Коротин, Е.Ю.Трушина,
П.П.Носанов, Н.В.Назарова, Т.Г.Бушуева 203*

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РИНОСИНУСИТА <i>А.В.Федин, Н.К.Починина, Н.И.Баранова</i>	205
РЕЗИСТЕНТНОСТЬ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ НОСА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ РИНОСИНУСИТОМ К ОСНОВНЫМ ГРУППАМ РЕСПИРАТОРНЫХ АНТИБИТИКОВ <i>А.В.Федин, Н.К.Починина</i>	209
ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА И НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ДИСФАЗИЯМИ <i>Е.В.Филина</i>	211
К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА <i>О.В.Филиппова, Е.А.Арсенкина, А.Н.Шелудько, Т.М.Глебова, О.В.Бобрышева, В.С.Иванова</i>	213
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕЗОННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА И РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПЫЛЬЦЫ РАСТЕНИЙ В Г. САМАРЕ <i>Л.Р. Хабибулина¹, М.В.Манжос¹, К.В.Блащенко², Н.В.Власова³, Л.М.Кавеленова³</i>	215
БИВАЛОС В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗОВ <i>О.Н.Храмова, В.А.Раскачкин, А.К.Ховрачев</i>	217
МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ МЕТОДИКА АНЕСТЕЗИИ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ <i>Я.Хурейби, В.Маринчев, Н.Боса</i>	218
РОЛЬ МАРКЕТИНГА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ <i>В.И.Цокуренко</i>	220
МОНИТОРИНГ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ГЕСТОЗАХ <i>В.А.Чугай, В.С.Иванова, О.В.Филиппова, А.И.Родичева</i>	222
ИСТОРИЯ ЛОР-СЛУЖБЫ Г. ЗАРЕЧНОГО <i>Д.С.Шишкин, А.В.Федин, Ю.Н.Борисов, Н.К.Починина</i>	224
ОПЫТ КОРРЕКЦИИ РИНОЛОРДОЗА МЕТОДОМ SPREADER GRAFT ПРИ ПОМОЩИ АУТОХРЯЩЕЙ УШНОЙ РАКОВИНЫ <i>Д.С.Шишкин, А.В.Федин, Н.К.Починина</i>	226

НЕОБЫЧНОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

С.И.Шкурка, И.В.Танюшкина, А.В.Федин

БИОЦИНОЗ ПОЛОСТИ НОСА И КОЖИ СЛУХОВОГО ПРОХОДА У
БОЛЬНЫХ С РИНОСИНУСИТАМИ И СРЕДНИМИ ОТИТАМИ НА
ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Н.А.Шкурова, Н.К.Починина..... 229

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

А-43 Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных: Материалы XVII научно-практической конференции с международным участием ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России

Под редакцией А. И. Кислова
Редактор Л. В. Мельникова
Корректор М. В. Емелина

Оригинал-макет изготовлен в отделе подготовки кадров высшей квалификации ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России

Подписано в печать 02.07.2014 г. Формат 60x84/16. Бумага офсетная. Гарнитура "Латинская". Печать офсетная. Уч.-изд. Л. 14,1. Усл. печ. л. 14,4
Тираж 150 экз.

ИП Типография Тугушева, 440000, г. Пенза, ул. Московская, 74, оф. 220

