

Модернизация стационаров муниципальных учреждений здравоохранения

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ, ОСЛОЖНЕННЫМИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Бахтин В.А., Янченко В.А., Аракелян С.М.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава»

В последние годы отмечается стойкая тенденция к росту количества больных со злокачественными новообразованиями внепеченочных желчных протоков (ВЖП). Поздняя диагностика, сложная хирургическая доступность зоны поражения, прогрессирующее ухудшение состояния больных делают проблему радикального лечения опухолевой желтухи исключительно сложной.

В клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА с 1996 по 2007 гг. находились под наблюдением 134 больных с опухолевыми поражениями ВЖП, осложненными механической желтухой (57 женщин, 77 мужчин) в возрасте от 31 до 82 лет. Все пациенты поступали в клинику с синдромом механической желтухи. Концентрация билирубина в сыворотке крови при госпитализации составляла от 35,6 до 770,3 мкмоль/л (в среднем $282,1 \pm 15,2$ мкмоль/л). У 85 больных (63,4%) типичным клиническим проявлением холестаза был кожный зуд, в 69 случаях (51,5%) заболелвание осложнилось клиникой гнойного холангита, при этом у 5 больных были выявлены множественные холангиогенные абсцессы печени. Точный диагноз до поступления в хирургическую клинику был установлен лишь у 75 пациентов, что составило 55,9% от общего количества больных.

В целях дифференциальной и топической диагностики всем больным выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ). При УЗИ точный дооперационный диагноз рака ВЖП нами установлен у 63 больных (47,0%). Компьютерная томография выполнена 55 больным (41,0%), магнитно-резонансная томография (МРТ) в режиме бесконтрастной МР-холангиографии — 23 (17,1%). Эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХГ) выполнена 13 больным (9,7%). Семи больным (5,2%) ЭРХГ дополнена чрескожной чреспеченочной холангиографией (ЧЧХГ), что позволило определить точное расположение опухоли во внепеченочных и внутрипеченочных желчных протоках и определить хирургическую тактику. Тридцати двум (23,9%) больным после предварительной чрескожной чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС) выполнена ЧЧХГ. Комплекс диагностических исследований позволил верифицировать опухолевое поражение внепеченочных желчных протоков у 127 больных, что составило 94,7%. У остальных больных диагноз определен во время оперативного вмешательства.

134 больным выполнено 180 оперативных вмешательств. Восемьдесят восемь больных (64,9%) оперированы в один этап, 46 больных (35,1%) — в два этапа. Радикальные оперативные вмешательства удалось выполнить у 29 больных (21,6%), из них 18 (13,4%) оперированы в два этапа. Резекция ВЖП при I и II типе (Н. Bismuth) выполнена 13 больным (9,7%), из них 7 больным наложен первичный гепатикоеюноанастомоз на отключенной по Ру тонкой кишке, 2 — гепатикоеюноанастомоз на транспеченочном дренаже (ТПД) по Прадери-Смиту. Четырём больным, как первый этап радикального хирургического вмешательства после резекции ВЖП, выполнено ТПД по Сейпол-Куриану. Больным с III-A и III-B типом (Н. Bismuth) резекция ВЖП выполнена 11 больным (8,2%), которая была дополнена резекцией печени. Четырём больным выполнена левосторонняя гемигепатэктомия с первичным гепатикоеюноанастомозом на отключенной по Ру тонкой кишке. Семи больным произведена правосторонняя гемигепатэктомия, из которых трем выполнен первичный гепатикоеюноанастомоз по Ру, двум — гепатикоеюноанастомоз по Ру на ТПД по Прадери-Смиту. У 2 больных после резекции ВЖП с правосторонней гемигепатэктомией операция завершена ТПД по Сейпол-Куриану. Реконструктивный этап оперативных вмешательств после ТПД выполняли через 4 месяца. При раке дистального отдела ВЖП (5 больных) стандартной радикальной операцией явилась гатропанкреатодуоденальная резекция.

Подавляющему большинству больных (102) было выполнено паллиативное желчеотведение, что составило 76,1% от общего количества больных, из них 28 (20,9%) — оперированы в два этапа. Противопоказанием для радикального оперативного вмешательства явились: наличие отдаленных метастазов у 21 больного (15,6%), билобарное распространение опухоли на сегментарные желчные протоки и обеих ветвей воротной вены у 31 больных (23,1%), прорастание основного ствола воротной вены на значительном протяжении у 17 больных (12,7%), прорастание верхних брыжеечных сосудов на значительном протяжении у 27 больного (20,1%), преклонный возраст больного при наличии у них тяжелой соматической патологии — 23 больных (17,1%). Наружное желчеотведение выполнено 15 больным (11,2%): гепатикохолангиостомия — 11 (8,2%), гепатохолангиосто-

мия по Бурлуи — 4 (2,9%). Внутреннее желчеотведение выполнено 32 больным (23,8%): холецистоюноанастомоз — 5 (3,7%), холедоходуоаноанастомоз — 3 (2,2%), холедохоюноанастомоз — 4 (2,9%), гепатикоюноанастомоз — 2 (1,5%), гепатикоюноанастомоз на ТПД по Прадери-Смиту по методике клиники — 7 (5,2%), гепатикоюноанастомоз на ТПД по Сейпол-Куриану — 4 (2,9%), гепатоеюноанастомоз на ТПД по Прадери-Смиту — 3 больным (2,2%). Реканализация и эндопротезирование желчных путей выполнено 51 больному (38,0%): реканализация желчных протоков с ТПД по Прадери-Смиту — 8 (5,9%), реканализация желчных протоков с ТПД по Сейпол-Куриану — 21 (15,6%), реканализация желчных протоков с внутренним эндопротезированием расщепленным дренажем (авторское свидетельство №175046 от 22.04.85) — 22 больным (16,4%). Паллиативная резекция печени с внутренним желчеотведением выполнено 4 больным (2,9%).

Трем больным из-за выраженного распространения опухолевого процесса и множественных метастазов в печень, канцероматоза брюшины ограничили диагностическую лапароскопией или лапаротомией.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 38 больных (28,3%): внутрибрюшное холемическое кровотечение у 6 (4,4%); желчный перитонит в связи с несостоятельностью билиодегистивного анастомоза у 7 (5,2%); поддиафрагмальный абсцесс у 2 (1,5%); нагноение операционной раны у 2 (1,5%); гнойный холангит — у 7 (5,2%); острая печёночно-почечная недостаточность у 12 (8,9%); острая сердечно-сосудистая недостаточность у 2 пациентов (1,5%).

Из 134 больных со злокачественным новообразованием ВЖП, осложненных механической желтухой, в раннем послеоперационном периоде умерло 12 больных, что составило 8,9%.

Таким образом, хирургическое лечение больных с опухолями ВЖП, осложненными механической желтухой, остается актуальной проблемой. Это обусловлено поздней диагностикой, низким числом радикальных операций и высокой степенью операционного риска. Паллиативные оперативные вмешательства являются единственным способом оказать помощь больным с неоперабельным опухолевым поражением внепеченочных желчных протоков, с сохранением удовлетворительного качества жизни.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Бахтин В.А., Янченко В.А., Гарькавый Н.Г.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава»

Цель исследования — улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных с травмой печени.

Представлен ретроспективный анализ опыта работы отделения торакоабдоминальной травмы Кировской областной клинической больницы № 3, за период с 2002 по 2007 гг. Наблюдали 165 больных с травматическими повреждениями печени в возрасте от 14 до 68 лет (36 женщин, 129 мужчин), из них у 75 (45,5%) закрытая травма живота, у 90 (54,5%) проникающая (в том числе у 40 торакоабдоминальные ранения). Сорок шесть пациентов поступили в состоянии травматического шока 3 степени. Трудностей в диагностике при открытых повреждениях не возникало. При закрытых особенно в сочетании с черепно-мозговой травмой клиника была стертой. В этих случаях проводили активную диагностику с использованием методики «шарящего катетера» и лапароскопии по показаниям. Наличие крови в брюшной полости являлось показанием к экстренной лапаротомии. При изолированной тупой травме живота в сомнительных случаях производили обзорную рентгенографию живота, УЗИ органов брюшной полости и КТ.

Интраоперационная тактика при повреждениях печени зависела от выявленных повреждений, а также от наличия сопутствующих травм. Как правило, пользовались верхнее-срединным доступом, при повреждении правой половины печени выполняли дополнительный разрез типа Рио-Бранко. Объем оперативного вмешательства зависит от степени повреждения органа. В условиях экстренной хирургии на фоне сочетанных повреждений,

как правило, выполняли минимальный объем направленный на остановку кровотечения и желчеотведения. Подавляющему большинству больных (138) выполнено ушивание раны печени с тампонадой прядью большого сальника на питающей ножке у 21. В связи обширностью повреждения органа 3 больным выполнена правосторонняя гемигепатэктомия и 2 атипичная резекция печени. Показаниями для резекции органа считаем наличие повреждения сосудистой ножки с омертвением части органа. При повреждении внутривенных желчных протоков выполняем органосохраняющую операцию с обязательной холедохостомой, так как мы убедились в низкой эффективности холецистостомии. Во время операции проводится проба на желчестаз путем введения физиологического раствора окрашенного бриллиантовой зеленью или метиленовым синим в желчные пути через холедохостому. В случае формирования наружного желчного свища реконструктивную операцию на желчных путях выполняем через 4—6 мес. Из 165 оперированных больных умерло 33 (19,9%). Основной причиной смерти явилась тяжелая кровопотеря в сочетании с тяжелой скелетной и черепно-мозговой травмой.

Таким образом, проблема открытых и закрытых повреждений печени чрезвычайно актуальна. Причинами высокой летальности и большого числа осложнений при повреждениях печени является кровопотеря в сочетании с сопутствующими травмами. Своевременная диагностика и рациональная хирургическая тактика без завышения объема оперативного вмешательства позволяет снизить летальность у этой тяжелой категории больных.

ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПАНКРЕАТОЕЮНО- И ХОЛЕДОХОЕЮНОАНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Бахтин В.А., Янченко В.А., Чикишев С.Л.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава»

Цель исследования — сравнительный анализ осложнений при выполнении панкреатодуоденальной резекции (ПДР) с использованием декомпрессионного дренажа оригинальной конструкции и без применения разгрузочного дренажа.

В клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА в период с 1991 по 2006 гг. наблюдалось 82 пациента в возрасте от 32 до 68 лет (25 женщин и 57 мужчин) с различными заболеваниями билиопанкреатодуоденальной зоны, которым выполнена ПДР. Все больные разделены на 2 группы. В I группе 59 больным ПДР выполнена без декомпрессии панкреато- и билиодигестивного анастомозов. Во II группе 23 пациентам с декомпрессией выше указанных анастомозов дренажем оригинальной конструкции (приоритет от 13.05.06 г. по заявке на изобретение № 20061208961/17-022693). Подавляющему большинству (62 человека) ПДР производилась на фоне механической желтухи. Уровень билирубина варьировал от 5,8 до 760,7 ммоль/л ($139,9 \pm 92,8$ мкмоль/л), длительность желтухи — от 1 до 16 недель (в среднем 11 недель). ПДР выполняли в различных модификациях: у 29 больных реконструктивный этап включал в себя формирование концевых панкреатоеюноанастомозов и гепатикоеюноанастомозов на одной петле, у 10 пациентов выполнена модификация Y-образного анастомоза с отдельным наложением панкреато- и гепатикодигестивного соустья, у 4 при формировании панкреатоеюноанастомоза применяли «потерянный» дренаж.

Восьми пациентам выполнена лимфодиссекция, резекция верхнебрыжеечной артерии и вены выполнены. У 10 пациентов панкреатоеюноанастомоз наложен конец в бок, у 72 — конец в конец инвагинационным способом.

Анализ ранних послеоперационных осложнений показал, что у пациентов с применением разгрузочного дренажа лишь в 1 случае была частичная несостоятельность панкреатоеюноанастомоза, ликвидированная консервативными мероприятиями, у 1 внутри брюшное кровотечение потребовавшее релапаротомии, и у 2 пациентов в раннем послеоперационном периоде диагностирована пневмония. В группе больных без применения декомпрессионного дренажа несостоятельность панкреатоеюноанастомоза была у 8, гепатикоеюноанастомоза — у 3, внутрибрюшное холемическое кровотечение — у 3, абсцессы брюшной полости различной локализации — у 6. Послеоперационная летальность — 12,5%. Основные причины летальности: несостоятельность панкреатоеюноанастомоза с развитием панкреанекроза и несостоятельность гепатикоеюноанастомоза с развитием желчного перитонита.

Таким образом, применение разгрузочного дренажа панкреатоеюно- и гепатикоеюноанастомозов позволяет снизить частоту несостоятельности панкреатоеюно- и гепатикоеюноанастомозов со снижением летальности.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Беляев В.И., Образцова О.Л., Батыгина Т.Н., Дроздова Н.А., Полтырев В.С., Жук Е.А., Тарасов А.В., Воробьев П.Ю., Беляева И.П., Вейнер Б.П., Караштин А.М.
МУЗ «Городская клиническая больница № 4», г. Иваново
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Проблемой хирургического лечения заболеваний щитовидной железы на базе 4-й городской клинической больницы г. Иваново активно начал заниматься более полувека назад профессор С.А. Ярославцев, создавший свою школу хирургов. Уже тогда стали очевидными задачи преемственности ведения больных данной патологией эндокринологами и хирургами, поиск единых подходов к выбору метода лечения, подготовки к операции и послеоперационному ведению пациентов.

В 1979 г. в 4-ю городскую больницу было переведено организованное за 6 лет до этого городское эндокринологическое отделение. Становление, развитие этого отделения, а также организация на базе 4-й городской больницы в 1996 г. городско-

го эндокринологического центра проходили при активном участии сотрудников кафедры терапии факультета усовершенствования врачей ИвГМА и, прежде всего, доцента В.С. Полтырева, возглавлявшего кафедру в течение 14 лет.

В настоящее время 4-я городская клиническая больница располагает практически всеми диагностическими и лечебными методами и службами, необходимыми для оказания квалифицированной медицинской помощи больным с патологией щитовидной железы. В больнице имеется радиоизотопное отделение, где осуществляется сканирование щитовидной железы. Кабинет ультразвуковой диагностики позволяет проводить ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы с приме-

нением доплера, пункционную биопсию железы под контролем УЗИ. В лаборатории больницы определяются показатели тиреоидных гормонов крови, в том числе уровень свободных гормонов, а также антитиреоидные антитела, антитела к рецептору тиреотропного гормона.

За период с 2002 по 2006 гг. в эндокринологическом отделении 4-й городской больницы пролечено 1600 пациентов с заболеваниями щитовидной железы: 486 (30,4%) с диффузным токсическим зобом, 336 (21%) с узловым токсическим зобом, 338 (21,1%) с узловым эутиреоидным зобом, 267 (16,7%) с тиреоидитами, 173 (10,8%) с гипотиреозом. Если больные тиреоидитами и гипотиреозом, как правило, ведутся консервативно, то пациенты с токсическим и узловым эутиреоидным зобом нередко нуждаются в хирургическом лечении.

Всего за проанализированный период в хирургическое отделение из эндокринологического было переведено 477 больных с патологией щитовидной железы (41,1% от общей группы пациентов с токсическим и узловым эутиреоидным зобом). В эндокринологическом отделении проводилось уточнение диагноза, медикаментозное лечение тиреотоксикоза, оценка показаний и противопоказаний к оперативному лечению, подготовка пациентов к операции. Применение пункционной биопсии щитовидной железы под контролем УЗИ при узловых образованиях щитовидной железы позволило более точно верифицировать диагноз на дооперационном этапе. Благодаря этому уменьшилась доля больных с раком щитовидной железы среди оперированных в хирургическом отделении пациентов.

Больные с выявленной при пункционной биопсии онкопатологией направлялись на лечение в областной онкологический диспансер. В стационаре отработана методика двухэтапной предоперационной подготовки больных с токсическим зобом: первый этап с использованием для снятия тиреотоксикоза как тиреостатиков (тирозол, пропицил), так и в необходимых случаях — препаратов лития, глюкокортикоидов, второй этап — с применением препаратов йода. В сложных случаях больные заблаговременно осматривались анестезиологом-реаниматологом, при тяжелом тиреотоксикозе и трудности достижения эутиреоза на фо-

не адекватной медикаментозной терапии дополнительно проводились сеансы плазмафереза.

В хирургическом отделении выделены специализированные койки для пациентов с заболеваниями щитовидной железы. В 4-й городской больнице сосредоточена плановая хирургическая помощь больным с тиреоидной патологией всей Ивановской области. Специализация врачей хирургического отделения на протяжении многих лет, отработанная методика предоперационной подготовки позволили уменьшить частоту осложнений после операций на щитовидной железе, в том числе кровотечений, до 4%. В среднем по Российской Федерации доля осложнений при этом виде операций составляет 7,2%.

За время совместной работы на базе нашей больницы эндокринологического и хирургического отделений не отмечалось тиреотоксических кризов у пациентов в послеоперационном периоде. Больные с токсическим зобом в первые сутки после операции ведутся в условиях отделения интенсивной терапии. После выписки из стационара пациенты направляются в эндокринологический центр и берутся под наблюдение эндокринолога; осуществляется клинический, лабораторно-инструментальный, в том числе гормональный, контроль, при необходимости проводится коррекция терапии. В течение проанализированного периода отмечено уменьшение числа больных с узловым эутиреоидным зобом, направленных на оперативное лечение. Это связано с пересмотром показаний к оперативному лечению при данной патологии.

С 2004 г. в больнице стала проводиться по показаниям лазеро- и склеротерапия узловых форм эутиреоидного зоба. По результатам данного метода лечения П.Ю. Воробьевым защищена кандидатская диссертация. В настоящее время склеротерапия выполняется в среднем у 40 пациентов с заболеваниями щитовидной железы в год с последующим динамическим наблюдением под контролем УЗИ.

Таким образом, представляется рациональной организация комплекса лечебно-диагностической помощи больным с патологией щитовидной железы на базе одного лечебного учреждения и реализация единой концепции ведения данной категории пациентов.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Березин М.В., Березина А.М., Мишина И.Е., Архипова С.Л., Кудряшова М.В., Лебедева Л.В., Мазанко О.Е., Аверьянов А.М., Колосов Б.В., Иванцова Ю.А., Нечаев В.Б.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
МУЗ «Городская клиническая больница №3», г. Иваново

Болезни сердечно-сосудистой системы занимают лидирующее место среди причин смертности и инвалидизации трудоспособного населения в России. Несмотря на снижение больничной летальности, связанной с внедрением в практику новых методов обследования и лечения, общая смерт-

ность от острого инфаркта миокарда (ОИМ) остается высокой.

В патогенезе ОИМ большое значение имеют нарушения реологических свойств крови и микроциркуляции. Ухудшение реологических свойств крови тесно связано с изменением структурно-функциональных особенностей мембран эритро-

цитов. Дегенеративные формы эритроцитов являются менее полноценными, чем дискоциты, с точки зрения микроциркуляции, кислородтранспортной функции, способности к деформации, поэтому увеличение их количества является неблагоприятным признаком.

Повышение вязкости крови, усиление агрегации эритроцитов приводят к локальному стазу, уменьшению скорости кровотока. Высвобождающиеся в процессе агрегации биологически активные вещества способствуют развитию вазоконстрикции, усилению проницаемости капилляров, что является важным звеном в патогенезе микроциркуляторных изменений.

Цель исследования — оценить состояние цитоархитектоники и агрегации эритроцитов, их взаимосвязи со структурно-функциональными изменениями миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных ОИМ.

Углубленное исследование с применением клинических, инструментальных и лабораторных методов проведено у 79 больных ОИМ в возрасте от 33 до 69 лет (средний возраст — $56,7 \pm 0,8$ года, из них мужчин — 55,7%), находившихся на обследовании и лечении в кардиологическом отделении МУЗ «Городская клиническая больница №3» г. Иваново. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц (средний возраст — $49,3 \pm 0,8$ лет, из них мужчин — 51,6%).

Диагноз ОИМ определяли по рекомендациям экспертов European Society of Cardiology / American College of Cardiology, предложенных в 2000 г. Оценка показателей проводилась с учетом глубины поражения сердца (не-Q или Q ОИМ). Среди пациентов с ОИМ по данным ЭКГ-диагностики были выделены две подгруппы наблюдения: 40 пациентов с не-Q ОИМ и 39 пациентов с Q ОИМ.

Больным было проведено клиническое, лабораторное и инструментальное (ЭКГ, эхоКГ) обследование. Для оценки структурно-функциональных свойств мембраны эритроцитов исследовалась их цитоархитектоника. Информация о поверхностной геометрии эритроцитов была получена при помощи световой фазово-контрастной микроскопии клеток с использованием классификации Г.И. Козинца. Для более детальной оценки морфологии эритроцитов рассчитывали следующие показатели: индекс трансформации (ИТ), индекс обратимой трансформации (ИОТ), индекс необратимой трансформации (ИНОТ) (Назаров С.Б., 1995). Агрегацию эритроцитов определяли прямым оптическим методом с вычислением среднего размера агрегата (СРА), показателя агрегации (ПА), процента неагрегированных эритроцитов (ПНА).

При наличии у пациента ОИМ наблюдалось выраженное снижение количества дискоцитов ($72,9 \pm 1,0\%$) по сравнению с контрольной группой, где оно составило $82,1 \pm 0,8\%$; $p < 0,01$, что определяло достоверное повышение ИТ эритроцитов у больных ОИМ до $0,38 \pm 0,02$ против $0,20 \pm 0,01$ у практически здоровых лиц ($p < 0,05$). Пациенты с ОИМ характеризовались повышенной концентрацией как обратимо, так и необратимо измененных эритроцитов ($13,3 \pm 0,5$ и

$13,8 \pm 0,9\%$, соответственно), тогда как в контрольной группе их доля составляла $10,3 \pm 0,4$ и $7,6 \pm 0,3\%$, соответственно ($p < 0,05$). Рост содержания измененных форм эритроцитов у больных ОИМ определял увеличение ИОТ до $0,18 \pm 0,02$ против $0,12 \pm 0,01$ контрольной группы ($p < 0,05$) и ИНОТ до $0,17 \pm 0,01$ против $0,10 \pm 0,01$, соответственно ($p < 0,001$).

Было обнаружено существенное ухудшение показателей агрегации эритроцитов у больных ОИМ по сравнению с практически здоровыми лицами. Так, СРА у больных ОИМ составил $5,04 \pm 0,09$ клеток, что было достоверно выше, чем группе контроля ($4,60 \pm 0,12$ клеток; $p < 0,01$). Аналогичная направленность изменений прослеживалась и при анализе ПА: при ОИМ он составил $1,41 \pm 0,03$, в то время как в контрольной группе — $1,10 \pm 0,01$ ($p < 0,05$). ПНА был выше в контрольной группе ($87,43 \pm 0,76\%$) и снижался при наличии у пациента ОИМ ($67,34 \pm 2,01\%$; $p < 0,01$).

Были выявлены различия в показателях агрегации эритроцитов в зависимости от глубины поражения миокарда: при не-Q ОИМ ПА был ниже, чем при Q ОИМ ($1,34 \pm 0,04$ и $1,47 \pm 0,05$; $p < 0,05$), а ПНА — выше ($71,90 \pm 2,58\%$ и $62,78 \pm 2,94\%$; $p < 0,05$ соответственно). Сравнение цитоархитектоники эритроцитов у пациентов с различной глубиной ОИМ достоверных отличий не обнаружило.

Установлены корреляционные связи ряда показателей цитоархитектоники со структурными изменениями сердца: фракции выброса (ФВ) ЛЖ с уровнем дискоцитов ($r = +0,39$, $p < 0,001$), необратимо измененных эритроцитов ($r = -0,48$, $p < 0,001$), ИНОТ ($r = -0,45$, $p < 0,01$), ИТ ($r = -0,41$, $p < 0,001$). Имелись отрицательные взаимосвязи конечного систолического (КСР) и конечного диастолического размеров (КДР) ЛЖ с уровнем дискоцитов, положительные — с долей необратимо измененных эритроцитов, ИТ и ИНОТ. Обнаружены взаимозависимости концентрации дискоцитов и ИТ с развитием локальной гипокинезии ЛЖ ($r = -0,29$, $p < 0,05$ и $r = +0,31$, $p < 0,01$ соответственно). Выявлены взаимосвязи между частотой сердечных сокращений и концентрацией дискоцитов ($r = -0,29$, $p < 0,01$), ИТ ($r = +0,37$, $p < 0,001$).

Результаты корреляционного анализа выявили наличие сопряженности между показателями агрегации эритроцитов и геометрическими изменениями ЛЖ. Так, СРА прямо коррелировал с КСР ЛЖ ($r = +0,43$, $p < 0,001$), КДР ЛЖ ($r = +0,37$, $p < 0,01$) и обратно с ФВ ($r = -0,34$, $p < 0,01$). ПА был взаимосвязан с ФВ ($r = -0,39$, $p < 0,001$), более частым развитием локальной гипокинезии ($r = +0,37$, $p < 0,01$), КДР ($r = +0,42$, $p < 0,001$) и КСР ($r = +0,49$, $p < 0,001$). ПНА, в отличие от ПА, имел противоположные зависимости с ФВ, наличием гипокинезии, КДР и КСР ($r = +0,40$, $r = -0,37$, $r = -0,41$, $r = -0,49$ при $p < 0,01$ соответственно).

Таким образом, у больных ОИМ имеются существенные нарушения цитоархитектоники и агрегации эритроцитов, проявляющиеся уменьшением доли дискоцитов, увеличением количества обратимо и необратимо измененных форм эритроцитов, показателя агрегации эритроцитов и среднего размера

эритроцитарного агрегата. Степень выраженности изменений агрегации эритроцитов зависит от глубины поражения миокарда.

Ухудшение показателей citoархитектоники и агрегации эритроцитов у больных ОИМ сочетается со снижением фракции выброса, дилатацией ка-

мер сердца, развитием зон локальной гипокинезии, что указывает на важное значение гемореологических нарушений эритроцитарного звена крови в патогенезе болезни и необходимость их клинического исследования.

ОТДЕЛЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ КАК НОВАЯ СТРУКТУРНАЯ ЕДИНИЦА МУНИЦИПАЛЬНОГО ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Борсуков А.В., Дехнич С.Н., Маринич Т.В., Ковалев А.И.

МЛПУ «Клиническая больница №1», г. Смоленск

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия Росздрава»

Система здравоохранения России, включая и Смоленскую область переживает переходный период от социалистической модели к многоукладной, делаются попытки официальных властей выстроить страховую модель медицины. В этих условиях особую актуальность приобретает проблема оказания гражданам медицинской помощи надлежащего качества.

На базе муниципального лечебно-профилактического учреждения «Клиническая больница №1» г. Смоленска в 2005 г. создана новая структурная единица — отделение диагностических и малоинвазивных технологий.

Цель проекта: предоставить пакет медицинских услуг населению в виде высокотехнологичных и наукоемких малоинвазивных методик диагностики и лечения.

Основные задачи отделения

1. Проведение диагностических исследований населению г. Смоленска и области.
2. Проведение высококвалифицированной диагностической (биопсии) и лечебной работы (пункции, установка дренажей) с использованием ультразвуковых, эндоскопических методов исследования и визуализации.
3. Внедрение в практику новых методов ультразвуковой, компьютерной и эндоскопической диагностики.
4. Взаимосвязь и преемственность в работе с другими лечебно-диагностическими подразделениями учреждений здравоохранения.
5. Создание электронной базы данных пациентов, нуждающихся в диагностических или лечебных малоинвазивных вмешательствах и находящихся в группе риска по соответствующим заболеваниям.
6. Разработка мероприятий по улучшению качества диагностической помощи.
7. Освоение и внедрение новых диагностических методик и новой ультразвуковой диагностической аппаратуры.

В соответствии с основными задачами в отделении осуществляются следующие диагностические и лечебные направления: ультразвуковое исследо-

вание (УЗИ) внутренних органов, УЗ-мониторинг во время малоинвазивных манипуляций (МИМ), УЗ-мониторинг после МИМ для оценки риска осложнений, пункционно-аспирационная биопсия, трепан-биопсия, наложение лапароцентеза, установка дренажа/катетера, чрескожная чреспеченочная холецистохолангиография, эндоскопическое УЗИ, пункционно-аспирационная биопсия при эндоскопическом УЗИ, трепан-биопсия при эндоскопическом УЗИ, склеротерапия очаговых поражений внутренних органов, электрохимический лизис очаговых поражений печени, денситометрия, мобильная доплерография.

Штатное расписание отделения включает ставки заведующего отделением (0,5), врача-хирурга — (1,0), врача УЗ-диагностики — (1,0), врача клинической лабораторной диагностики — (0,5), врача-эндоскописта — (0,5), врача-анестезиолога — (0,5), среднего медицинского персонала — (3), младшего медицинского персонала — (1,0). Уникальность такого отделения в том, что в штат отделения входят врачи разных специальностей, что позволяет лучше координировать работу, интенсифицировать лечебно-диагностический процесс.

Еще одной особенностью отделения является использование внебюджетных источников финансирования и спонсорства с учетом сложности этапа формирования отделения.

Часть МИМ проводится амбулаторным пациентам. Большинство МИМ проводится больным, находящимся в отделениях МЛПУ «Клиническая больница №1», а также пациентам, которые госпитализируются в хирургическое или гастроэнтерологическое отделения на время проведения МИМ и мониторинга состояния после МИМ. Госпитализация осуществляется после осмотра сотрудниками отделения для решения вопроса о технической возможности проведения манипуляции.

За 2006 г. отделением диагностических и малоинвазивных технологий МЛПУ «Клиническая больница №1» было выполнено 3130 манипуляций, из них 1894 (60,5%) составили МИМ. Большую часть МИМ составляли пункционно-аспирационные биопсии с УЗ-мониторингом — 1350 манипуляций (71,3%).

Наиболее востребованы МИМ хирургическим отделением (43,9% от общего числа МИМ), из них 32,4% проведены пациентам, госпитализирован-

ным по направлению специалистов отделения диагностических и малоинвазивных технологий. Больным пульмонологического профиля было проведено 18,9% от общего числа МИМ, гастроэнтерологического профиля — 13,1%, из них 27,2% МИМ проведены пациентам, госпитализированным по направлению специалистов отделения диагностических и малоинвазивных технологий. Чаще всего МИМ проводились при очаговых поражениях внутренних органов 878 МИМ (65%), при плевральном и абдоминальном выпотах — 403 МИМ (29,9%).

Таким образом, отделение диагностических и малоинвазивных технологий как структурная единица МЛПУ за 1,5 года своего существования смогло доказать свою эффективность. В одной структуре объединены высококвалифицированные специалисты разных специальностей, работающие с высокотехнологичными и наукоемкими методиками, что обеспечивает системный подход, сосредоточение на нуждах потребителя, использование научной методологии. Все эти условия обеспечивают непрерывное повышение качества медицинской помощи в системе муниципального здравоохранения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДЕТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ В ОТДЕЛЕНИЯХ РЕАНИМАЦИИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Волков И.Е., Новиков Ю.А., Сазонов О.В., Урсова Н.А.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Необходимость в проведении экстракорпоральной детоксикации большей частью диктуется неэффективностью антибактериальной, инфузионно-детоксикационной терапии, либо невозможностью проведения их в достаточных дозах и объемах.

Сравнительная оценка экстракорпоральных методов детоксикации проводилась на материалах работы отделений реанимации в муниципальных учреждениях здравоохранения Ивановской области за пять последних лет. Всего обследовано 220 больных, применяя следующие методики: плазмаферез (ПФ) — 117 человек, плазмасорбция (ПС) — 42, гемосорбция (ГС) — 29, гемофильтрация (ГФ) — 32. Данные методики применялись наряду с традиционными методами лечения и способами детоксикации.

Критериями оценки эффективности методик и их сравнительных характеристик являлись: общее состояние и самочувствие больного, данные клинических и биохимических анализов. Из лабораторных анализов контролю до и после процедур подвергались: общий анализ крови, коагулограмма (в большей степени интересовал уровень фибриногена), среднемолекулярные пептиды (СМП), связывающая способность альбумина, суточная экскреция СМП с мочой, внеэритроцитарный гемоглобин, билирубинемия, азотемия, ферментемия. Кратность процедур, интервалы между ними определялись динамикой состояния больного и лабораторных данных.

Статистический анализ полученных материалов выявил преобладание плазмафереза над другими способами в плане детоксикации и возможности воздействия на гомеостаз, так как в результате обмена плазмы происходит: а) непосредственное удаление патологического субстрата, б) коррекция волемии, в) коррекция дефицита плазмы по определенным ее компонентам (белок, факторы свертывания), г) опосредованный эффект детоксикации — разгрузка ретикулоэндотелиальной систе-

мы, эффект деплазмирования форменных элементов.

Методика проведения ПФ технически достаточно проста: по окончании прерывистого забора крови больного принудительным образом из магистральной вены, производится сепарация ее центрифужным способом. Полученный объем плазмы удаляется, эритроцитарная масса возвращается пациенту. Данный цикл повторяется до тех пор, пока объем удаленной плазмы не будет равен запланированному. После этого начинается возмещение донорскими препаратами крови общего удаленного объема. Повторные процедуры проводились в зависимости от динамики патологического процесса: общее состояние больного, лабораторные показатели. Возможные осложнения в ходе ПФ связаны либо с забором крови, либо с возмещением. Первое легко профилаксируется скоростью и объемом эксфузии, второе имеет иммуно-аллергический характер и купируется антигистаминными, гормональными препаратами.

Отмечено снижение интереса к гемосорбции, как методу экстракорпоральной детоксикации. ГС проводилась по стандартной методике веновенозным доступом с использованием магистральных сосудов. Перфузия осуществлялась роликовым насосом через производственные угольные и синтетические сорбенты. Длительность процедуры зависела от вида сорбента и составляла от 40 до 60 минут на одну сорбционную колонку. В ходе процедуры использовались от одной до трех колонок. Предварительно проводилась гепаринизация больного и колонки, аутогемопокрытие сорбента. Повторные сеансы проводились редко ввиду плохой переносимости процедуры пациентами — возникновение потрясающих ознобов в ходе или сразу по окончании манипуляции. Подобное осложнение, имеющее иммуно-аллергическую природу является основным, анемизация после процедур также считается неблагоприятной.

При выборе методики экстракорпорального воздействия принципиальным является сравнение двух способов — сорбционного и феретичного, так как остальные представляют собой их варианты. Изучение эффективности ПФ и сорбции проводилось на группе больных с ожоговой септико-токсемией и с панкреонекрозом. У всех больных интоксикация была выражена вплоть до интоксикационного психоза и подтверждалась изменениями лейкоцитарной формулы, анемизацией, гипопротейнемией, гиперфибриногенемией, повышением СМП, обычная инфузионная детоксикация в виде форсированного диуреза не давала желаемого эффекта. После проведения ПФ психоз либо купировался, либо возбуждение становилось значительно меньше. Подобного эффекта после ГС не отмечено, да и проведение самого сеанса было затруднено двигательной активностью пациентов. Динамика анализов так же говорила в пользу фереза, так как не нарастала анемия, существенно снижался уровень фибриногена, возрастал уровень общего белка. Эффект фереза основан на его не только уносящем, но и привносящем механизме, зависимом от объема и качества возмещения. Такое воздействие на онкотический компонент плазмы больного выгодно отличает ПФ от ГС. По окончании плазменного возмещения у многих пациентов уровень общего белка после процедуры или оставался на прежнем уровне, или был чуть ниже исходного, не смотря на заведомо избыточное возмещение препаратами донорской крови, имеющими общее содержание белка значительно выше, чем удаленная плазма больного. Данное явление объяснимо лучшим распределением белка в микроциркуляторном русле после ПФ.

Плазмасорбция проводилась когда, были существенные проблемы с препаратами донорской крови, необходимыми для замещения в предстоящем плазмаферезе. Высокая стоимость донорского альбумина и плазмы — серьезное препятствие для более широкого применения ПФ, так как объем удаляемой плазмы у одного больного может колебаться от 1200 до 2500 мл, а подобных обменов может понадобиться от 2 до 6 и более. ПС выгоднее отличается от ГС отсутствием разрушения форменных элементов, лучшей текучестью плазмы через сорбент. Но проблема селективности и качества детоксикации остается. Кроме того, отсутствие серийной аппаратуры делает процедуру трудоемкой и длительной по времени.

Гемофильтрация позволяет моделировать почечную функцию фильтрации и продолжительное

время получать значительное количество ультрафильтрата. В удаляемой жидкости содержатся все простые химические соединения — мочевины, креатинин, билирубины, электролиты — К, Na, Ca, Mg, N и др., низко и среднемолекулярные пептиды. В отличие от простого получения ультрафильтрата, ГФ подразумевает одновременное и выведение жидкости из организма, и введение. Вводимый объем зависит в первую очередь от степени гипергидратации, и во вторых, от объема полученного ультрафильтрата. Способ «промывания» организма показан при явлениях олигоанурии, в сочетании с необходимостью проведения большой инфузионно-детоксикационной терапии. Процедуру проводили и на фоне сохраненной почечной функции, но при наличии местной тканевой гипергидратации (отек головного мозга). Обязательным условием при этом являлось возмещение меньшее по объему, чем удаленная жидкость и очень высокая онкотическая ценность возмещения. Таким образом, онкотический градиент кровь-ткань достигается значительно быстрее и противостоит градиенту воспаления, облегчая тканевую дренаж. Несоблюдение этих условий в ходе ГФ на фоне сохраненного диуреза лишает ее смысла достижения цели — местной дегидратации и уравнивает метод с обычной стимуляцией диуреза, например, салуретиками.

Таким образом, ПФ — наиболее качественный способ детоксикации по продуктам эндотоксикоза применительно к группе гнойно-септических больных и может служить диагностическим критерием радикальности санации гнойного очага, учитывая себестоимость процедуры, прогностические вероятности исхода заболевания, социальную значимость пациента.

ГС и ПС, как ее вариант, не способны обеспечить качественной «очистки» у гнойно-септических больных и имеют более узкие показания (группа токсикологических больных).

ГФ имеет значение лишь у больных с явлениями интоксикации на фоне почечной недостаточности и на фоне сохраненной функции почек с целью усиления медикаментозной дегидратационной терапии. Любые экстракорпоральные методики не исключают проведения традиционной терапии, но при ряде угрожаемых жизни состояниях (токсический отек легкого, мозга на фоне олигоанурии, ДВС, геморрагии на фоне парапротеинемии, выраженный гемолиз, миолиз и др.) являются абсолютно показанными.

РОЛЬ РЕАНИМАЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА В СТРУКТУРНОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ И ОБЛАСТНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Волков И.Е., Томс С.Р., Дмитриев С.Н., Баклушин А.Е., Антонова С.Н., Иванов С.К.
 ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»
 ОГУЗ «Ивановская областная детская клиническая больница»
 ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрав»

Широкий спектр неотложных состояний у детей, приводящих к значимым потерям и ухудшающих демографическую ситуацию, диктует необходимость создания действующих систем оказания

помощи, перспективного развития службы, разработки в приоритетном порядке технологических протоколов диагностики и лечения, подготовки медицинских кадров.

Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи, а также уровень ее организации непосредственно влияет на снижение потерь общества от острых заболеваний, травм, отравлений и других состояний, угрожающих жизни и здоровью детского населения, как в условиях штатного функционирования, так и в условиях массовых и техногенных катастроф.

Эффективной организационной формой оказания квалифицированной неотложной помощи является реанимационно-консультативный центр (РКЦ). В его задачи входит: дистанционная консультативная помощь врачам лечебно-профилактических муниципальных учреждений в оценке тяжести состояния, определении необходимого объема оказания помощи и способов транспортировки; выезд на место бригады-специалистов; оказание квалифицированной помощи; межгоспитальная транспортировка с возможностью оказания помощи в пути; мониторинг неотложных состояний у детей на госпитальном этапе; содействие рациональному использованию ресурсов здравоохранения и развитию необходимых видов помощи.

В Ивановской области реанимационно-консультативный центр был организован в 1996 г. на базе детского отделения интенсивной терапии и реанимации Областной клинической больницы. Функционирование центра определяется нормативно-правовой базой, материально-техническим обеспечением, методологическим обеспечением оказания помощи.

Нормативно-правовой основой функционирования центра являются следующие документы: письмо МЗ РФ № 22-01-765 от 16.07.91 г. «Положение об областном педиатрическом консультативном центре (РКЦ) областной (краевой, республиканской) детской больницы», решение коллегии Ивановского управления здравоохранения № 35 от 22.10.96 г. «Состояние и перспективы развития реанимационной помощи детям и женщинам Ивановской области», приказ Ивановского областного управления здравоохранения № 158 от 22.12.1998 г. «Об улучшении качества реанимационной помощи и внедрении мониторинга за тяжелыми больными в лечебных учреждениях Ивановской области», решение коллегии управления здравоохранения Ивановской области № 1 от 30 мая 2003 г. «Состояние и перспективы развития реанимационной помощи детям Ивановской области».

Связь с ЛПУ муниципальных образований Ивановской области осуществляется посредством телефонной связи. Продолжающаяся компьютеризация лечебных учреждений в ближайшее время позволит перейти на использование электронной почты и элементов телекоммуникационных систем. Анализ клинической ситуации осуществляется бригадой специалистов ОКБ с применением компьютерной системы «Динар-стационар», позволяющей формализовать данные и проводить мониторинг ситуации до ее логического завершения. Развитая сеть автомобильных дорог, короткие расстояния между населенными пунктами, наличие в составе центра специализированного транспорта позволяет в короткий промежуток времени доставлять специалистов в ЛПУ и эвакуировать больных и пострадавших на уровень ОКБ.

Оказание помощи осуществляется в соответствии с протоколами, разработанными в ОКБ на основе приказов Министерства здравоохранения, клинических рекомендаций российских и зарубежных научных центров. Разработаны критерии госпитализации больных в ОКБ на основе приоритетов и интересов ребенка, информированного согласия законных представителей больного. Внедрена карта оказания помощи на этапе эвакуации, регистрации состояния больного и проводимых мероприятий в пути. Опыт оказания помощи в условиях РКЦ свидетельствует, что при оценке показания/противопоказания к межбольничной транспортировке и обеспечении надлежащих правил, опасность, связанная с переводом, ниже риска развития осложнений у пациента, оказавшегося без надлежащего уровня специализированной медицинской помощи.

Кроме непосредственного оказания медицинской помощи РКЦ проводит экспертизу качества оказания медицинской помощи в муниципальном лечебном учреждении. По результатам проводимого анализа сотрудники отделения готовят информационные материалы, проводят методические совещания, конференции с участием лечащих врачей и организаторов здравоохранения.

С 1999 г. кафедрой анестезиологии, реаниматологии, скорой медицинской помощи ФДППО ИвГМА Росздрава проводится плановое обучение врачей и фельдшеров ФАПов, скорой медицинской помощи, поликлиник и отделений стационаров муниципальных лечебных учреждений основам диагностики и оказания помощи детям, находящимся в критических состояниях, исходя из принципов этапности оказания помощи с учетом требований и рекомендаций, положенных в основу работы реанимационно-консультативного центра.

Ежегодное обращение в центр составляет более 300 консультаций. При этом 2/3 обращений приходятся на муниципальные лечебные учреждения области. Требуют перевода в областное лечебное учреждение порядка 76—80% больных, при этом к каждому третьему ребенку необходим выезд специализированной бригады.

Основная доля (порядка 25—30%) обращений в РКЦ приходится на синдром «острой дыхательной недостаточности», сопровождающий течение прежде всего тяжелых бронхолегочных заболеваний — пневмонии, бронхообструктивного синдрома, бронхиолита.

Вторая основная причина обращения (17—24%) за консультативной помощью — «острая недостаточность кровообращения» различной этиологии. Совершенствование оказания помощи в условиях РКЦ позволило в последние 3 года госпитализировать больных с различными видами травм в профильные отделения в первые сутки после ее получения. Данная тактика позволяет более эффективно проводить протившоковую терапию, снижать частоту развития осложнений и значительно улучшать исходы тяжелой травмы.

На третьем месте по причине обращаемости за консультативной помощью отмечены заболевания центральной нервной системы (9—15%).

Введение системы дистанционного консультирования и оказания квалифицированной медицинской помощи бригадой специалистов ОКБ г. Иваново в совокупности с другими организационными мероприятиями в Ивановской области позволило снизить показатель детской смертности с 1,27‰ в 1996 г. до 1,06‰ в 2006 г., младенческой смерти с 18,2‰ в 1996 г. до 9,2‰ в 2006 г. Анализ данных детского реанимационного отделения ОКБ, где в основном оказывается помощь самым тяжелым контингентам больных, доставленных из муниципальных учреждений области, показывает также тенденцию к снижению показателя смертности с 5,8% в 1996 г. до 3,9% в 2006 г. При этом отмечается улучшение показателя досуточной летальности с 22,6% до 15,4% за тот же временной промежуток. Эта динамика характеризует повышение качества оказания помощи на всех этапах и позволяет наметить новые перспективы по его улучшению. Анализ смертности по

нозологическим группам позволил установить увеличение числа выживающих при следующих жизнеугрожающих состояниях. Летальность при детском травматизме сократилось за десятилетие с 12,7% до 1,3%, при сочетанных травмах с 60% до 12,5%. Если в 1996 г. смертность от ожоговых поражений составляла 5,6%, а от черепно-мозговых травм — 10,2%, то в 2006 г. летальных исходов в этих группах больных не наблюдалось.

Таким образом, деятельность детского реанимационно-консультативного центра на базе отделения детской реанимации и интенсивной терапии ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница» привело к снижению неблагоприятных исходов, улучшению качества оказания помощи, экономии материальных средств, контролю за управляемыми факторами, обуславливающими возникновение, развитие и осложненное течение заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Воробьева И.О.

ГОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия Росздрава»

Повышенный интерес к артериальной гипертонии (АГ) последнее время связан не только с растущим ее распространением, но и облигатным поражением органов-мишеней — сердца, почек, головного мозга, лежащим в основе осложненного течения заболевания. Целью работы было уточнение особенностей психической и физической работоспособности у больных артериальной гипертонией с церебральными расстройствами.

Обследовали 90 больных с АГ (40 мужчин и 50 женщин; средний возраст — $51,2 \pm 3,8$ года). В зависимости от выраженности церебральных расстройств больных разделили на 3 группы: 1-ю составили 25 человек, у которых отсутствуют церебральные нарушения (контрольная), 2-ю — 28 с начальными признаками нарушения мозгового кровотока (НПНМК), 3-ю — 37 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) I-III стадии. Согласно классификации ВНОК (2004), АГ I стадии была у 14 (15,4%), АГ II — у 49 (53,8%) и АГ III — у 27 (30,8%) больных. Для оценки психической работоспособности применялась шкала MMSE (Folstein M.F. et al., 1975) и корректурная проба Бурдона с расчетом показателя точности (ПТ = S^2/M), где S — количество просмотренных строк за 10 мин, M — количество допущенных ошибок (Блейхнер В.П. 1976).

Выраженность тревоги и депрессии оценивалась по шкале HADS (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983). Толерантность к физической нагрузке изучалась с помощью велоэргометрии на аппарате «ERG-900» (SCHILLER) с регистрацией ЭКГ на электрокардиографе «CARDIOVIT AT-10» (SCHILLER) в положении сидя по стандартной методике (Шхвацбая И.К. и др. 1971). В конце нагрузки определялась пороговая мощность (N, кгм/мин) и объем выполненной работы (A, кгм).

Среди больных 1 группы АГ I стадии была у 9 (35%), АГ II — у 11 (44%) и АГ III — у 5 (20%) больных. По шкале HADS не было симптомов тревоги у 17 (68%), субклинически выраженная тревога регистрировалась у 5 (25%), клинически выраженная — у 3 (15%); депрессия отсутствовала у 19 (76%), субклинически выраженная депрессия имела у 4 (16%) и клинически выраженная — у 2 (8%) обследованных. По шкале MMSE средний балл составил $27,4 \pm 2,4$, отсутствовали когнитивные нарушения (КН) у 19 (70%), легкие КН выявились у 4 (20%), умеренные — у 2 (10%). ПТ составил $583 \pm 16,5$. Показатели физической работоспособности были: N — $653,91 \pm 31,2$ кгм/мин, A — $6091,8 \pm 729,8$ кгм. Высокая толерантность к физической нагрузке отмечалась у 17 (68%), средняя — у 8 (32%) пациентов.

Среди больных 2 группы АГ I стадии была у 3 (10,7%), АГ II — у 18 (64,3%) и АГ III — у 7 (25%). По шкале HADS нарастала частота клинически выраженной тревоги и депрессии. Так, отсутствовали симптомы тревоги у 16 (57,1%) пациентов, субклинически выраженная тревога была у 5 (17,9%), клинически выраженная — у 7 (25%); признаков депрессии не было у 18 (64,3%), субклинически выраженная депрессия имела у 6 (21,4%) и клинически выраженная — у 4 (14,3%) пациентов. Средний балл шкалы MMSE, по сравнению с обследованными 1 группы, снижался до $25,3 \pm 3,2$; при этом КН отсутствовали у 9 (32,1%), легкие КН выявлялись у 12 (42,9%), умеренные — у 6 (21,4%) и выраженные (деменция) — у 1 (3,6%) больного. ПТ снижался и составил $430 \pm 9,2$ ($p < 0,05$). В этой группе отмечалось существенное снижение физической работоспособности (N — $526,8 \pm 30,9$ кгм/мин; $p < 0,05$, A — $3860,2 \pm 580,5$ кгм; $p < 0,05$).

Причем высокая толерантность к физической нагрузке имела у 9 (32,1%), средняя — у 16 (57,1%) и низкая — у 4 (14,3%) пациентов.

Среди больных 3-й группы АГ I стадии была у 2 (5,4%), АГ II — у 20 (54,1%) и АГ III — у 15 (40,5%). По шкале HADS, в отличие от больных 2-й группы, нарастали симптомы субклинически и клинически выраженной тревоги и депрессии. Так, отсутствовали признаки тревоги у 15 (40,5%), субклинически выраженная тревога была у 12 (32,5%), клинически выраженная — у 10 (27%), отсутствовала депрессия у 21 (56,8%), субклинически выраженная депрессия была у 10 (27%), клинически выраженная — у 6 (16,2%) пациентов.

Шкала MMSE свидетельствовала о нарастании когнитивного дефицита. Средний балл составил $24,0 \pm 3,4$ ($p < 0,05$ по сравнению с пациентами 1 группы) за счет снижения внимания и памяти, при этом отсутствовали КН у 2 (5,4%), легкие КН ре-

гистрировались у 20 (54,1%), умеренные — у 11 (29,7%) и выраженные — у 4 (10,8%) обследованных. Показатели психической и физической работоспособности снижались еще больше и составили соответственно: ПТ — $310 \pm 10,2$, N — $506,6 \pm 17,4$ кгм/мин ($p < 0,05$), А — $3283,6 \pm 299,2$ кгм ($p < 0,05$). Высокая толерантность к физической нагрузке была только у 4 (10,5%), а средняя и низкая соответственно встречалась у 20 (52,6%) и у 10 (26,3%) пациентов.

Таким образом, у больных АГ с прогрессированием церебральных расстройств развивается психическая дезадаптация тревожно-депрессивного типа и отмечается снижение психической и физической работоспособности, что необходимо учитывать в целостной оценке состояния больных АГ, а также при назначении комплексной терапии и в процессе решения экспертных вопросов.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Воронина Е.П.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова Росздрава»

ГУЗ «Рязанский областной клинический кардиологический диспансер»

Ревматизм представляет серьёзную проблему кардиоревматологии в связи с нередким формированием пороков сердца. Число больных с хронической ревматической болезнью сердца, несмотря на успехи в лечении и профилактике ревматизма, остаётся достаточно большим. В своё время диагноз порок сердца связывали с неминуемой гибелью больного. Сейчас многие пациенты живут несколько десятилетий от момента выявления порока сердца, и этим они обязаны, безусловно, не только блестящим успехам кардиохирургии, но и тому арсеналу лекарственных средств, которые применяются для лечения таких больных. Одним из наиболее распространённых и опасных осложнений ревматических пороков сердца при ревматических болезнях сердца является хроническая сердечная недостаточность, которая ухудшает прогноз больных и продолжительность жизни. Терапия пациентов с хронической сердечной недостаточностью ревматической этиологии основывается на принципах, разработанных для лечения её при ИБС и дилатационной кардиомиопатии. Но вместе с тем имеются особенности при различных видах ревматических пороков сердца, что необходимо учитывать в лечении этих больных.

Цель — определить соответствие проводимой в условиях стационара терапии требованиям национальных рекомендаций по ведению больных с хронической сердечной недостаточностью.

Обследовано 100 пациентов с диагнозом хроническая ревматическая болезнь сердца (82 женщины и 18 мужчин). Средний возраст пациентов составил 53 года. В стационаре проводилось комплексное лечение хронической сердечной недостаточности. Вторичная профилактика ревматизма не

проводилась, она была прекращена у всех пациентов за несколько лет до настоящего исследования.

Большинство больных относилось к возрастной группе 45—65 лет. В структуре пороков сердца у пациентов чаще встречался комбинированный митрально-аортальный порок. При оценке проводимой пациентам в стационаре терапии установлено, что наиболее часто используемыми препаратами являлись β -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, сердечные гликозиды, калийсберегающие диуретики, петлевые диуретики, тиазидные диуретики, аспирин.

В качестве основного препарата для лечения сердечной недостаточности, как мы видим, применялись ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (в 72% случаев). Препараты этой группы рекомендованы в небольших дозах для предупреждения дилатации и замедления дисфункции левого желудочка. Поэтому наибольший процент назначения ингибиторов АПФ оправдан у больных с недостаточностью митрального и недостаточностью аортального клапанов. Уменьшение числа назначений ингибиторов АПФ при митральном и аортальном стенозе связано с их малой эффективностью при применении у больных с выраженным стенозом, а также риском возникновения гипотонии вследствие отсутствия адекватного увеличения сердечного выброса.

Диуретики применялись также в 72% случаев. Из них наибольший процент составили калийсберегающие препараты — 86% (их получали 62 пациента). Петлевые и тиазидные диуретики соответственно получали 25 и 23 пациента. Назначение группы мочегонных средств обусловлено развити-

ем застойной сердечной недостаточности. Для устранения застойных явлений использовались диуретики в умеренных дозах, так как избыточный диурез может привести к уменьшению трансмитрального градиента давления, что спровоцирует нарушение кровенаполнения левого желудочка и падение сердечного выброса.

Назначение β -адреноблокаторов зарегистрировано в 65% случаев. Исследования последних лет показали целесообразность назначения этой группы препаратов больным с хронической сердечной недостаточностью. В настоящее время рекомендуют кардиоселективные β -адреноблокаторы, что соответствует назначениям в нашем исследовании. Наиболее часто применялись такие препараты как метопролол и конкор. β -адреноблокаторы рекомендуются использовать для уменьшения тахикардии, что препятствует увеличению давления в левом предсердии при нагрузке. С этой целью данная группа может назначаться как при сопутствующей мерцательной аритмии, так и у больных с синусовым ритмом. β -адреноблокаторы не только улучшают прогноз при развитии ХСН, но также уменьшают степень ремоделирования сердца, т.е. оказывают кардиопротективное действие, позволяющее замедлять прогрессирование декомпенсации и число госпитализаций.

Сердечные гликозиды назначались в 46% случаев. Препаратом выбора являлся дигоксин. Применение гликозидов обычно не эффективно у больных с чистым митральным стенозом. Поэтому данные препараты целесообразно назначать при тахисистолической форме мерцательной аритмии для нормализации числа сердечных сокращений, а также в случае присоединения правожелудочковой недостаточности. При других пороках рекомендован приём сердечных гликозидов в сочетании с диуретиками для лечения больных с застойной сердечной недостаточностью.

Аспирин является вспомогательным средством при лечении больных с хронической ревматической болезнью сердца, несмотря на довольно высокий процент применения его у наших пациентов (46%). Назначение его оправдано у больных перенесших

инфаркт миокарда и у пациентов с мерцательной аритмией в малых дозах (75—150 мг) для профилактики тромбоэмболических осложнений.

Антагонисты кальция, являясь также вспомогательными средствами, назначались в небольшом количестве случаев (16%). В настоящее время предпочтение отдаётся длительнодействующим дигидропиридинам, которые слабее, чем нифедипин, активируют симпатoadреналовую систему. Поэтому при выраженной митральной и аортальной регургитации дополнительно к ингибиторам АПФ может быть назначен амлодипин.

Выводы

1. Проводимая в стационаре терапия пациентов с хронической ревматической болезнью сердца соответствует требованиям национальных рекомендаций по ведению больных с хронической сердечной недостаточностью.
2. Применение основных групп лекарственных препаратов проводилось дифференцированно с учётом вида ревматического порока сердца, его гемодинамических особенностей, тяжести и прогноза.
3. Назначение ингибиторов АПФ предупреждает развитие дилатации и замедляет появление дисфункции левого желудочка.
4. Приём β -адреноблокаторов улучшает прогноз, уменьшает степень ремоделирования сердца.
5. Наиболее часто применяемыми в терапии мочегонными препаратами являются калийсберегающие диуретики. Рекомендовано назначение диуретических средств в умеренных дозах.
6. Сердечные гликозиды являются препаратом выбора при тахисистолической форме фибрилляции предсердий.
7. Аспирин и антагонисты кальция являются вспомогательными средствами лечения хронической сердечной недостаточности, развившейся на фоне ревматического порока сердца.

ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СИНДРОМОМ ЛИХОРАДКИ В ИНФЕКЦИОННОЙ КЛИНИКЕ

Довгалюк Т.И., Орлова С.Н., Чернобровый В.Ф., Федоровых Л.П.,
Аверина И.В., Альпер А.Г.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
МУЗ «Городская клиническая больница №1», г. Иваново

Основным клиническим синдромом инфекционной патологии является лихорадка разных типов (постоянная, ремиттирующая, интермиттирующая), а также немотивированный субфебрилитет. Лихорадка с той или иной степенью выраженности регистрируется при самых разнообразных как инфекционных, так и соматических заболеваниях, но в то же время, является ведущим клиническим синдромом при ОРВИ, гриппе, брюшном и сыпном тифах. Удельный вес тифов в общей структуре инфекционной патологии за последние 3 года ни-

чтожен. Это объясняется наличием эффективных санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, способствующих исключению основного — водного — пути передачи инфекции. Практически не встречается и болезнь Брилла, даже у пациентов старшей возрастной группы.

Вирусные инфекции дебютируют с повышения температуры тела уже в первые дни болезни: лихорадка чаще носит неправильный характер. Пациенты находятся под наблюдением врачей поликлиники в течение 3—5 дней, им проводится по-

синдромная терапия без учета этиологии заболевания. Особого внимания заслуживает синдром лихорадки у больных гриппом, когда достаточно быстро — в течение 3—4 суток от начала болезни может развиться инфекционно-токсический шок III степени, который в большинстве случаев является причиной летального исхода.

Безусловно, сложна диагностика сепсиса в амбулаторной практике. Широкое распространение инструментальных методов исследования, появление антибиотикорезистентных форм микроорганизмов, недостаточное знание врачами общей практики динамики симптомов этого грозного заболевания, приводит к поздней диагностике сепсиса, развитию инфекционно-токсического шока, который часто заканчивается летально. В клинике инфекционных болезней мы наблюдали больных с бактериальным эндокардитом, развившимся в сроки до 2,5 недель от начала заболевания, когда сепсис не имел явных «входных» ворот инфекции, а был обусловлен активацией флоры из собственных хронических очагов инфекции (хронический бронхит, хронический тонзиллит, гайморит и т.д.). Появление ВИЧ-инфекции, изменение степени тяжести её клинических проявлений, делает проблему сепсиса еще более актуальной.

На место «классических» инфекций с их отчетливой симптоматикой приходят новые формы заболеваний, как вирусной, так и бактериальной этиологии с весьма нетипичной клинической картиной. При отсутствии врачебной настороженности и быстрой специфической лабораторной диагностики, перечисленные нозологические формы затрудни-

тельно диагностировать в амбулаторных условиях. В этой связи, необходима превентивная, ранняя госпитализация больных с синдромом лихорадки.

Госпитализация больных с синдромом лихорадки осуществляется в диагностическое инфекционное отделение № 2 МУЗ ГКБ №1 г. Иванова. Первичный — скрининговый — комплекс обследования включает оценку общего анализа крови, мочи, исследование на туберкулез, сифилис, ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты, осмотры специалистов — отоларинголога, невролога, гинеколога (у женщин).

При удерживающейся лихорадке, в зависимости от данных клинического обследования, эпидемиологического анамнеза, времени года проводятся серологические, вирусологические и иммунологические исследования на респираторные вирусы, тифопаратифозную группу заболеваний, природно-очаговые инфекции, гельминты.

При длительности лихорадки 5 и более дней и/или отсутствии отчетливого положительного эффекта от терапии, проводится исследование крови на стерильность для исключения или подтверждения септического процесса.

Использование данного алгоритма курации больных с синдромом лихорадки показало его эффективность по своевременной диагностике основных нозологических форм инфекций и проведения дифференциального диагноза с соматическими заболеваниями, сопровождающимися синдромом лихорадки.

ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Довгалюк Т.И., Орлова С.Н., Чернобровый В.Ф., Шибачева Н.Н., Федосеева Е.С., Аверина И.В., Лаврух И.Ф.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
МУЗ «Городская клиническая больница №1», г. Иваново

За последние годы отмечен рост природно-очаговых зоонозных инфекций в Ивановской области. Наряду с лептоспирозом, туляремией резко увеличилась заболеваемость ГЛПС — геморрагической лихорадки с почечным синдромом.

В Постановлении Главного государственного санитарного врача, опубликованного в июне 2007 г., обращено внимание на сохранение напряженной эпизоотической и эпидемической обстановки по данной инфекции. Заболеваемость ГЛПС среди населения субъектов Центрального федерального округа в 2006 г. увеличилась в 1,7 раза, число заболевших составило 377 человек.

По данным МУЗ «Городская клиническая больница № 1» города Иванова в 2007 г. отмечается подъем заболеваемости ГЛПС; за 8 месяцев уже зарегистрировано 17 случаев болезни, в том числе у двух детей в возрасте до 14 лет. Вспышки инфекции отмечались в Лежневском, Гаврилово-Посадском, Вичугском, Тейковском, Шуйском, Ожском районах Ивановской области. Среди за-

болевших городские жители составили 30%, жители сельской местности — 70%. Заражение происходило преимущественно в осенне-весенний период при выполнении сельскохозяйственных работ, в том числе и на собственных садово-городных участках.

Основной причиной высокого уровня заболеваемости ГЛПС в Ивановской области явилось осложнение эпизоотической ситуации в природных очагах этой инфекции за счет увеличения численности мышевидных грызунов. Помимо благоприятных теплых погодных условий, отмечаемых в последние годы, особенно в зимний период, наблюдаются изменения в структуре сельскохозяйственного производства, обусловившие снижение общего количества пахотной земли, зарастание её сорной травой и создание благоприятных условий для размножения грызунов. ГЛПС является актуальной проблемой и в силу трудности диагностики и полисиндромности в начале развития инфекции.

Под наблюдением находилось 46 больных с диагностированной ГЛПС: 40 мужчин и 6 женщин в возрасте от 16 до 49 лет. Тяжелое течение отмечено у 18 пациентов, среднетяжелое — у 16, легкое — у 12. В инфекционный стационар больные поступали на 7—9-й день от начала заболевания с диагнозами: ОРВИ, аденовирусной инфекции, лихорадки неясного генеза, инфекции мочевыводящих путей, пневмонии и т.д. Верификация диагноза ГЛПС проводилась серологически в динамике болезни, регистрировалось нарастание титра антигенов в реакции иммуноферментного анализа (ИФА). Течение инфекции, в большинстве случаев, характеризовалось развитием лихорадки неправильного типа, стадийностью поражения желудочно-кишечного тракта, кратковременным нарушением зрения.

Тяжелые формы ГЛПС сопровождалась развитием острой почечной недостаточности (суточный диурез у взрослого пациента составлял от 20 до 50 мл мочи в сутки), а также желудочно-кишечными кровотечениями, тяжелой анемией и развитием ДВС-синдрома. Содержание мочевины сыворотки крови превышало норму в 4-5 раз, а уровень креатинина — повышался в 6-10 раз от нормативных показателей. 12 пациентам потребовалось проведение гемодиализа. Все пациенты получали антибактериальную, гемостатическую и патогенетическую терапию.

По окончании курса лечения, все пациенты были выписаны домой в удовлетворительном состоянии с нормальными показателями в анализах крови и мочи. При катamnестическом обследовании через 3 месяца у 5 пациентов наблюдались изменения в анализах мочи в виде гипо- и изостенурии, и асте-

нический синдром — пациенты жаловались на общую слабость и слабость в ногах, быструю утомляемость, снижение трудоспособности, понижение аппетита, сердцебиение при умеренной физической нагрузке.

В современных условиях имеет место рост заболеваемости ГЛПС в связи с активацией природных очагов инфекции. Своевременность госпитализации в инфекционный стационар во многом определяет исход болезни. У пациентов соматических и специализированных нефрологических отделений, госпитализированных с подозрением на острый гломерулонефрит, должен быть тщательно собран эпидемиологический анамнез и проведено серологическое исследование крови на ГЛПС.

Резидуальные явления после перенесенной острой инфекции должны быть предметом пристального внимания нефрологов и интернистов в течение как минимум 1 года. Реконвалесцентов, перенесших тяжелую форму ГЛПС, необходимо через лечебно-консультативную комиссию освободить от тяжелой физической работы, командировок, работы в ночную смену, запретить занятия спортом на 6—12 месяцев. При ухудшении состояния показана повторная госпитализация для проведения лечения в стационаре. Специфическая профилактика ГЛПС не разработана. Стабилизация и снижение уровня заболеваемости природно-очаговыми зоонозными инфекциями возможна за счет увеличения охвата населения профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, проведения дератизационных мероприятий в очагах, внедрения современных методов диагностики и профилактики всех природно-очаговых инфекций.

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Евсина О.В., Якушин С.С., Зайцева Н.В., Токарева Л.Г.
ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава»

Фибрилляция предсердий (ФП) — наиболее часто встречающаяся в клинической практике разновидность аритмий, составляющая приблизительно 1/3 госпитализаций по поводу нарушений сердечного ритма. Смертность и тромбоэмболические осложнения среди пациентов с ФП приблизительно в 2 раза выше, чем у больных с синусовым ритмом. Органические заболевания сердца играют ведущую роль в происхождении ФП. Однако существенное значение в возникновении и прогрессировании ФП придается и экстракардиальным факторам, таким как эмоциональное состояние пациента, наличие психотравмирующих ситуаций. Поэтому оценка психоэмоционального статуса пациентов с ФП, особенно наличие тревоги и депрессии, которые по данным литературы способствуют развитию аритмий, является актуальной задачей.

Цель — изучить распространенность и выраженность тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у больных с ФП, оценить качество жизни.

Нами были использованы психометрические шкалы, адаптированные к применению в терапевтическом стационаре: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) для скрининговой диагностики, шкала депрессий Монтгомери-Асберга (MADRS); опросник SF-36 для оценки качества жизни. Было обследовано 70 больных в возрасте 30—65 лет (средний — $52,4 \pm 8,9$ года) с ФП (впервые выявленная у 14% больных, перманентная — 20%, рецидивирующая 66%, в т. ч. пароксизмальная — 30%, персистирующая — 36%). В исследование не включались больные с ХСН IV ФК (по NYHA), перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе, с ревматическим пороком сердца.

У 55% пациентов выявлено ТДР, в т.ч. у 11% больных (8) выявлена клинически выраженная депрессия (11 и более баллов по HADS и более 16 баллов по MADRS), у 17% (12) — субклинически выраженная депрессия (8—10 баллов по HADS); у 27,2% больных (19) клинически выра-

женная тревога (11 и более баллов по HADS и субклинически выраженная тревога (8—10 баллов по HADS). Сравнение групп пациентов после оценки результатов опросников показало следующие результаты: ТДР одинаково часто встречались у мужчин и женщин, наиболее часто депрессивные расстройства встречались у больных с пароксизмальной ФП (у 39%), а тревога преобладала у больных с персистирующей ФП (у 52%).

При изучении качества жизни пациентов с ФП по результатам SF-36 было установлено, что больные с ФП коморбидной с ТДР имеют достоверно более низкие показатели ролевого функционирования, обусловленного состоянием здоровья и эмо-

циональным состоянием, социального функционирования, психического здоровья, т. е. имеют достоверно более низкие физический и психический компоненты здоровья.

Таким образом, изучение распространенности психоэмоционального статуса показывает наличие ТДР у пациентов с ФП (55 % больных с депрессией и тревогой), наиболее часто у пациентов с персистирующей и пароксизмальной ФП.

Больные с ФП коморбидной с ТДР имеют достоверно более низкие показатели качества жизни (физический и психический компоненты здоровья).

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ХОДЕ ДЛИТЕЛЬНЫХ АЭРОБНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК

Заводчиков А.А., Красивина И.Г., Лаврухина А.А., Грачева А.В.

ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Росздрава»

Дисфункция эндотелия (ДЭ) является одним из самых «ранних» маркеров атеросклероза и прогностическим фактором риска инфаркта миокарда. Она рассматривается в качестве патогенетического механизма, объединяющего ишемическую болезнь сердца и артериальную гипертензию. Дисфункция эндотелия выявляется и у пациентов с ревматической патологией даже в ранний период болезни в отсутствие классических кардиоваскулярных факторов риска.

Целью исследования было определение ДЭ у больных РА и изучение влияния длительных циклических аэробных нагрузок на функциональное состояние эндотелия.

Исследование выполнено на 50 больных РА в возрасте от 42 до 64 лет ($53,4 \pm 6,4$ года), стажем заболевания более трех лет с низкой и умеренной активностью заболевания ($DAS\ 28 < 2,4$). Критериями исключения были перенесенный инфаркт миокарда и сахарный диабет. Контрольную группу составили 30 женщин без хронических заболеваний суставов в возрасте $51,2 \pm 11,7$ года.

Лечебная физкультура проводилась по индивидуальной программе с выполнением комплексов лечебной гимнастики, а в качестве основного аэробного упражнения использовались занятия на тредмиле в течение 20—30 минут до достижения аэробного порога (ЧСС — 60—75% от максимальной) 4—5 раз в неделю. Срок наблюдения составил 3 месяца.

Для оценки функционального состояния эндотелия определяли эндотелий зависимую вазодилатацию (ЭЗВД) с помощью ультразвукового метода визуализации просвета плечевой артерии, предложенного D.S. Gelemaier. Измерения проводили с помощью линейного датчика высокого разреше-

ния на ультразвуковой системе ALOKA SSD-1400. Статистическую обработку проводили с помощью программ STATISTICA (Data analysis software system, Statsoft Inc., 2004) версия 7.0 и Primer of Biostatistics (Stanton A. Glantz, McCraw-Hill, Inc.) версия 4.03. За уровень достоверности принимали значение $p < 0,05$.

ДЭ (ЭЗВД $< 10\%$) выявлена у 31 пациента с РА (62%), выявлена связь развития эндотелиальной дисфункции со стажем заболевания (более 10 лет) ($r = -0,39$, $p < 0,05$), содержанием в плазме крови С-РБ ($r = -0,41$, $p < 0,05$) и возрастом больных (старше 55 лет) ($r = -0,37$, $p < 0,05$). ЭЗВД у пациентов РА с выявленной ДЭ составила в среднем $5,7 \pm 3,8\%$, без ДЭ — $13,8 \pm 2,9\%$.

Спустя 3 месяца физической реабилитации у пациентов с исходно выявленной ДЭ (31 человек) наблюдалось достоверное ($p = 0,003$) увеличение показателя ЭЗВД в среднем на 78,03%, причем у 21 человека (67,7%) ДЭ не выявлялась (ЭЗВД $> 10\%$). У 19 человек с исходно нормальным функциональным состоянием эндотелия трехмесячная физическая реабилитация не привела к значимым изменениям ЭЗВД, которая недостоверно ($p > 0,05$) увеличивалась на 8,5%.

Таким образом, у большинства больных РА выявляется ДЭ (62%). Длительные аэробные физические тренировки обладают модифицирующим действием на функциональное состояние эндотелия у больных РА, увеличивая ЭЗВД на 78,03% ($p < 0,05$). Благоприятные эффекты от физической реабилитации более выражены у лиц с изначально нарушенной функцией сосудистого эндотелия, то есть там, где этот процесс является патогенетически значимым.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА И ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМИПАРЕЗОМ

Карманова И.В., Новосельский А.Н., Сеницкий И.А., Тычкова Н.В.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрави»

МУЗ «Городская клиническая больница восстановительного лечения №5 г. Иваново»

Наиболее частыми последствиями инсульта являются двигательные расстройства в виде параличей и парезов, которые изменяют моторику пациента, полностью перестраивая двигательный стереотип.

Работа была направлена на изучение положения позвоночника и плечевого пояса у пациентов, перенесших ишемический инсульт. В исследовании участвовало 103 пациента в возрасте от 33 до 67 лет (средний возраст 57,8 лет), перенесших ишемический инсульт полушарной локализации. Из них 49 больных имели правосторонний гемипарез (32 — в раннем восстановительном периоде), 54 пациента имели левосторонний гемипарез (38 — в раннем восстановительном периоде). Контрольную группу составили 26 человек. Больные были обследованы клинически, им проведена компьютерная кифосколиозография, функциональные тесты. В раннем восстановительном периоде обследование проводилось через 4-5 и 8-9 недель от начала заболевания. Все результаты статистически проанализированы ($p < 0,05$).

Установлено, что лишь 46,87% больных с правосторонним и 23,68% больных с левосторонним гемипарезом отклоняются в сторону паретичных конечностей через 4-5 недель после ишемического инсульта. При этом в «большую сторону» отклоняются больные с более выраженным гемипарезом. У больных с правосторонним гемипарезом сила мышц в руке и ноге 3,34 и 3,93 балла, тонус мышц в руке и ноге 2,13 и 2,07 балла (по шкале Ашворта). У пациентов с левосторонним гемипарезом сила мышц в руке и ноге 2,39 и 3,21 балла, тонус мышц в руке и ноге 2,33 и 2,22 балла. Тогда как в здоровую сторону отклоняются пациенты, имеющие более легкие двигательные наруше-

ния. Так, сила мышц в руке и ноге у лиц с правосторонним гемипарезом 4,17 и 4,17 балла, а тонус мышц в руке и ноге 1,75 и 1,05 балла соответственно. А сила мышц в руке и ноге у пациентов с левосторонним гемипарезом 3,48 и 3,78 балла, а тонус мышц в руке и ноге 2,0 и 2,1 балла соответственно.

На 8—9-й неделе заболевания отмечается увеличение числа отклонений позвоночника в сторону парализованных конечностей до 50,0% при правостороннем, и 39,47% при левостороннем гемипарезах. В группе больных с правосторонним гемипарезом сила мышц в руке и ноге 3,48 и 4,08 балла, тонус мышц в руке и ноге 1,94 и 1,88 балла. У пациентов с левосторонним гемипарезом сила мышц в руке и ноге 3,43 и 3,93 балла, тонус мышц в руке и ноге 2,13 и 2,07 балла соответственно. В здоровую сторону также отклоняются пациенты, имеющие более легкий двигательный дефект. Сила мышц в руке и ноге у лиц с правосторонним гемипарезом 4,13 и 4,25 балла, а тонус мышц в руке и ноге 1,67 и 1,67 балла соответственно. А сила мышц в руке и ноге у пациентов с левосторонним гемипарезом 3,61 и 4,09 балла, а тонус мышц в руке и ноге 2,0 и 1,91 балла соответственно. Величина угла наклона фронтальной проекции лопаток (отражающего наклон плечевого пояса) в сторону гемипареза почти в 2 раза больше величины угла наклона лопаток в «здоровую сторону».

Таким образом, сколиотическая деформация развивается только у части постинсультных пациентов. При этом положение позвоночного столба и плечевого пояса изменяется неодинаково и зависит от степени выраженности гемипареза.

АНАЛИЗ ПОБОЧНОГО ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ: РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО АНКЕТИРОВАНИЯ

Кильдишева Е.В., Царенко Т.В.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова Росздрави»

Безопасность лекарственных средств (ЛС) является актуальной проблемой клинической медицины. Побочное действие лекарств (ПДЛ), побочный эффект — любое непреднамеренное действие лекарства (выходящее за рамки рассчитанного терапевтического), которое обусловлено его фармакологическими свойствами и наблюдается при испытании лекарства в терапевтических дозах. По результатам исследований, проведенных в разных странах, от 3 до 15% всех обращений к врачу вызвано ухудшением состояния здоровья в связи с применением ЛС.

Цель исследования — выяснить на примере пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью, какими источниками по ЛС пациенты пользуются чаще; владеют ли они достаточной информацией о возможных побочных эффектах принимаемых ими ЛС; как часто сталкиваются с побочными эффектами принимаемых ЛС; оценить, имеются ли отличия во взглядах на эти вопросы в зависимости от пола пациентов и длительности заболевания.

Нами проводилось анкетирование больных, находящихся на стационарном лечении в Рязанском областном клиническом кардиологическом диспансере по поводу различных заболеваний и имеющих хроническую сердечную недостаточность (ХСН) I—II Б стадии, I—III ФК. Анкета состояла из 13 вопросов, при ответе на которые пациент мог выбрать один из 2—5 возможных вариантов, либо расположить ответы в порядке значимости. При анализе учитывалось число пациентов, давших каждый из ответов и их процентное соотношение.

96 больных (44% мужчин, 56% женщин в возрасте 29—82 лет, средний возраст — 57,6 лет) ответили на вопросы анкеты. Они были распределены по группам в зависимости от длительности заболевания (до 5 лет, от 5 до 10 лет, свыше 10 лет) и пола.

О ПДЛ принимаемых лекарств знают 22% мужчин и 32% женщин. Причем в группе пациентов, имеющих стаж ХСН более 10 лет, наблюдается максимальная разница в осведомленности о ПДЛ между мужчинами (24%) и женщинами (47%). Во всех группах с увеличением стажа заболевания растет число пациентов, знающих о ПДЛ.

По данным опроса, источником информации о ЛС является врач (67% мужчин и 53% женщин), инструкция по ЛС (29% мужчин и 41% женщин), другие источники (4% мужчин и 6% женщин). При этом с увеличением стажа заболевания для пациентов возрастает роль инструкции в качестве источника информации о ЛС и уменьшается роль врача, особенно среди пациентов мужского пола.

Инструкцию по ЛС читают всегда или при первом приеме ЛС 72,7% мужчин и 69,3% женщин, для сравнения: в США этот показатель — 97%, в Великобритании — 96%, в Канаде — 90%. Установлено, что с увеличением стажа заболевания у мужчин снижается потребность в чтении аннотации на ЛС с 71 до 52%, а у женщин увеличивается с 58 до 70%. При чтении инструкции на ЛС обращают внимание на побочные реакции 6% мужчин и 12% женщин. Удивительно, что не считают значимой информацию о ПДЛ 60% мужчин и 54% женщин. С побочными реакциями ЛС сталкивались 38,3% мужчин и 52,3% женщин. Определено, что с увеличением стажа заболевания частота побочных реакций у женщин увеличивалась с

42 до 57 %, а у мужчин оставалась вне связи со стажем заболевания на уровне 43%.

Самостоятельно прекращали принимать лекарственный препарат, назначенный врачом, 36% мужчин и 66% женщин, причем с увеличением стажа заболевания у мужчин чаще наблюдалась самоотмена ЛС (увеличилась с 13 до 54%). Причины самоотмены ЛС у мужчин: у 44% — отсутствие препарата в аптеке, у 19% — опасность приема нескольких ЛС, у 19% — цена ЛС, у 17% — ПДЛ. Причины самоотмены ЛС у женщин: у 48% — ПДЛ, у 26% — цена ЛС, у 8% — отсутствие препарата в аптеке, у 8% — опасение приема нескольких ЛС. Побочные реакции стали причиной отмены препарата у мужчин при стаже заболевания более 10 лет, у женщин уже при длительности заболевания до 5 лет — у 37%, далее — до 56%.

Считают достаточным получаемый объем информации о ПДЛ 30% мужчин и 25% женщин. При возникновении ПДЛ сообщали об этом своему лечащему врачу 93% мужчин и 88% женщин. В целом 23,3% мужчин и 19,3% женщин недовольны работой лечащего врача при назначении ЛС, а 16% мужчин и 9,6% женщин — качеством ЛС. Среди претензий к аннотациям ЛС указывались: мелкий шрифт, непонятная терминология, отсутствие полной информации по приему ЛС.

Таким образом, для пациентов, страдающих ХСН, проблема побочного действия ЛС является очень актуальной (38,3% мужчин и 52,3% женщин сталкивались с ПДЛ).

Одна из основных претензий пациентов — отсутствие достаточной информации о возможных побочных эффектах ЛС, недостаточный уровень консультации лечащим врачом по применению ЛС.

В целом с увеличением длительности заболевания проблема становится все более животрепещущей. Женщины более осведомлены о ПДЛ, чаще сталкиваются с побочными реакциями ЛС, наиболее часто отменяли прием ЛС по причине развития у них ПДЛ.

Снижению проявления побочных реакций может способствовать не только систематический сбор и анализ экспертами сведений от врачей, но и сбор такой информации непосредственно от пациентов, потребляющих ЛС.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИТА

**Корнилов Л.Я., Лутай А.В., Архипова С.Л., Гудухин А.А., Березин М.В.,
Виноградов В.В., Стипакова А.В., Соломонова Т.В.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
МУЗ «Городская клиническая больница № 3», г. Иваново

Узелковый полиартериит является редким системным заболеванием. Трудности в диагностике обусловлены разнообразием и неспецифичностью дебютных симптомов болезни. Наряду с полиорганностью поражения затрудняет диагностику также то, что процесс может начинаться с любого органа или системы. В качестве примера приводим два клинических случая, диагностика которых носила непростой многоэтапный характер.

Наблюдение 1

Больной К., 32 лет, поступил в неврологическое отделение в сентябре 2001 г. с жалобами на мышечную слабость в ногах, отвисание стоп при ходьбе, боли в ногах, чувство онемения пальцев левой кисти, субфебрилитет, общую слабость, снижение аппетита. Болен с июня 2001 г., когда

появилась лихорадка, общая слабость, головные боли. Курс антибактериальной терапии (ампициллин) эффекта не дал. Появились боли в крупных суставах, усиливающиеся при движении, умеренно выраженная утренняя скованность, сохранялась лихорадка. В течение июля проводилось стационарное обследование в терапевтическом отделении, где был заподозрен ревматоидный артрит. В анализе крови определялся лейкоцитоз (12,0 Г/л), повышенная СОЭ (26 мм/ч), ревматоидный фактор (+). Рентгенологическое исследование коленных суставов существенной патологии не выявило. После проведения противовоспалительной терапии с использованием нестероидных противовоспалительных средств и делагила боли в суставах и лихорадка были купированы. Больной выписан с улучшением, однако через неделю лихорадка и общая слабость появились вновь. В августе стали беспокоить боли в ногах (преимущественно в икроножных мышцах), мышечная слабость, передвигался с помощью опоры.

При поступлении состояние ближе к удовлетворительному. Пониженного питания, кожные покровы бледные. Неврологический статус: отсутствие движений в тыльных сгибателях обеих стоп, ограничение движений в подошвенных сгибателях стоп, гипотония мышц ног, снижение силы в разгибателях стоп до 0 баллов, в сгибателях — до 1 балла, в левой кисти — 4 балла, снижение ахилловых рефлексов, отсутствие подошвенных рефлексов, гипестезия в ногах по полиневритическому типу, в 1, 2, 3-м пальцах левой кисти выявляется гиперестезия. Походка миопатическая с двухсторонним степпажем. Пульс — 70 уд/мин, АД — 190/110 мм рт. ст. При исследовании крови выявлено увеличение СОЭ (25 мм/ч), С-реактивный белок — ++++, миоглобин — 1 : 512, ревматоидный фактор и LE-клетки не обнаружены. По данным ФЭГДС констатирован хронический гастрит, рефлюкс-эзофагит. Исследование глазного дна выявило сужение артерий сетчатки.

Данные обследования свидетельствовали о полисиндромности патологии и позволили усомниться в направительном диагнозе: полирадикулоневропатия Гийена-Барре, после чего был проведен консилиум специалистов с участием невропатологов, терапевтов и ревматолога. Рекомендовано проведение гистологического исследования кожного-мышечного лоскута с целью исключения узелкового полиартериита. Проведена коррекция терапии с подключением преднизолона в суточной дозе 50 мг. Гистологическое исследование кожного-мышечного лоскута правой голени выявило умеренный фиброз дермы и мелкие периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты, что с учетом клинической картины позволило диагностировать узелковый полиартериит.

На фоне терапии с использованием глюкокортикостероидов в течение 3 недель отмечена отчетливая регрессия неврологической симптоматики: купированы боли в ногах, восстановилась мышечная сила в руках, уменьшился парез правой стопы. Нормализовалась температура и АД. Больной выписан на поддерживающей терапии преднизолоном под наблюдение ревматолога.

Наблюдение 2

Больной А., 54 лет, поступил в терапевтическое отделение в октябре 2001 г. с жалобами на лихорадку с повышением температуры до 39°C, общую слабость, снижение аппетита, ноющие боли в поясничной области, одышку, похудание. Больным себя считает в течение месяца, когда появилась немотивированная лихорадка. Лечился амбулаторно антибиотиками и нестероидными противовоспалительными средствами, однако улучшения не было.

При поступлении состояние средней тяжести. Пониженного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс — 88 уд/мин, АД — 90/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови свидетельствовал о наличии лейкоцитоза (12,0 Г/л), увеличении СОЭ (50 мм/ч) при нормальном содержании гемоглобина. С-реактивный белок — ++++. В анализах мочи определялись следы белка при нормальном мочевом осадке. Рентгенологически выявлена небольшая инфильтрация в S5 правого легкого. Осмотр невропатолога при поступлении патологии не выявил. По данным УЗИ почек нельзя исключить хронический пиелонефрит. ЭКГ без патологии.

В связи с вероятным наличием пневмонии и пиелонефрита была проведена в течение 2 недель антибактериальная терапия с использованием первоначально фторхинолонов и аминогликозидов, а в последующий период цефалоспоринов. Однако состояние больного не улучшилось. Прогрессировала общая слабость, появилась слабость в ногах, боли в икроножных мышцах, отвращение к мясной пище.

Обсуждался вопрос о туберкулезе легких и возможной онкологической патологии. Проведенная томография легких с последующей фибробронхоскопией позволила констатировать хронический бронхит. По данным ФЭГДС с биопсией выявлен хронический антральный гастрит. Повторная консультация невропатолога через 2 недели свидетельствовала о развитии дисметаболической полинейропатии с сенсорными нарушениями.

Развитие неврологического синдрома на фоне продолжающейся лихорадки, выраженной астенизации и похудания направило диагностический поиск по пути системных заболеваний соединительной ткани и системных васкулитов. Анализ крови на LE-клетки дал отрицательный результат. Взята биопсия кожного-мышечного лоскута в области икроножной мышцы с целью исключения узелкового полиартериита. Гистологическое исследование выявило дезорганизацию соединительной ткани с коллагенизацией, пролиферацию эндотелия сосудов. Обнаружена периваскулярная лимфоидная инфильтрация. Полученные данные позволили диагностировать с учетом клиники заболевания узелковый полиартериит и назначить терапию кортикостероидами. Состояние больного в течение недели заметно улучшилось. Купировалась лихорадка, мышечная слабость, боли в ногах, улучшился аппетит. Больной был выписан с улучшением на поддерживающей терапии преднизолоном.

Таким образом, диагностика узелкового полиартериита является длительным и многоэтапным процессом. Большое значение при этом имеет правильная оценка миалгического и полинейропатического синдрома, развивающегося на фоне лихорадочного состояния, астенизации и похудения. В приведенных наблюдениях именно данные синдромы оказались ведущими на ранних стадиях заболевания. Верифицировать диагноз позволяет

биопсия кожно-мышечного лоскута, вовлеченного в патологический процесс. Сроки проведения этой диагностической манипуляции (в наших случаях она проведена через 4 и 3 месяца от начала заболевания) определяют своевременность постановки правильного диагноза и назначение адекватной терапии. Это позволяет добиться ремиссии с регрессом в той или иной степени неврологических проявлений болезни.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Корулин С.В., Недопекин С.Н., Воронин Б.А.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Грыжи передней брюшной стенки являются одной из наиболее распространенных хирургических патологий. Среди всех хирургических операций грыжесечения по частоте занимают 2 место после аппендэктомии. Со времени открытия классического способа герниопластики по Бассини на его основе было разработано большое количество методов пластики грыж местными тканями. Основой их являлось укрепление передней либо задней стенки пахового канала. Некоторые из этих методов показали свою состоятельность и широко применяются в хирургической практике. Тем не менее, частота рецидивов грыж после хирургического лечения составляет 10—35% при первичных и более 45% при повторных операциях. Лишь в клиниках, специализирующихся в герниологии, частота рецидивов не превышает 2%. Решение многих проблем при хирургическом лечении грыж возможно лишь при внедрении принципиально новых методов герниопластики. Развитие герниопластики идёт по пути увеличения надёжности и уменьшения травматичности. Таким требованиям удовлетворяет относительно новый тип оперативных вмешательств с использованием сетчатых аллотрансплантатов, получивший название «ненатяжная герниопластика».

В Отделенческой больнице на ст. Иваново ОАО «РЖД» ненатяжная герниопластика используется с июля 2005 г. В период с июля 2005 г. по февраль 2007 г. оперированы с использованием сетчатых аллотрансплантатов 58 больных с грыжами передней брюшной стенки. 38 пациентов страдали паховыми грыжами (из них 4 — пахово-мошоночными, 5 — рецидивными паховыми грыжами); у 15 больных были послеоперационные вентральные грыжи; у 3 больных — пупочные грыжи; у 2 больных — грыжи белой линии живота.

По возрасту пациенты распределились следующим образом: 31—40 лет — 10 больных; 41—50 лет — 15; 51—60 лет — 11 больных; 61—70 лет — 14 больных; старше 70 лет — 8 больных. По полу больные распределились следующим образом: мужчины — 41, женщины — 17.

Специальной предоперационной подготовки не проводилось. Все больные оперированы в плановом порядке. При пластике послеоперационных вентральных грыж применяли общее обезболивание (интубационный наркоз). При пластике паховых, пупочных грыж и грыж белой линии живота предпочтение отдавалось местной анестезии

0,25% раствором новокаина; при пластике пахово-мошоночных и рецидивных паховых грыж применялась внутривенная седация. При наличии грыжевых мешков больших размеров, а также при обширных раневых поверхностях производилось интраоперационное внутривенное введение антибиотиков. Всем пациентам с паховыми грыжами выполнялась операция по методу Liechtenstein. При пластике послеоперационных вентральных, пупочных грыж и грыж белой линии живота аллотрансплантат фиксировался по методике onlay. Для пластики при освоении методики использовались полипропиленовые сетки производства фирмы «Procter and Gamble», впоследствии — полипропиленовые эндопротезы фирмы «Линтекс» (Санкт-Петербург). Фиксация трансплантата во всех случаях производилась атравматической проленовой нитью. При пластике послеоперационных вентральных грыж и у тучных пациентов рану дренировали по Редону. В послеоперационном периоде больные получали анальгетики в течение первых 1—2 суток. Выполнялись перевязки с антисептиками. Пациентам с выраженной подкожно-жировой клетчаткой и с операционными ранами больших размеров назначались антибиотики. Двигательный режим расширялся постепенно; вставать пациентам разрешалось на следующие сутки после операции. Все больные с послеоперационными вентральными, пупочными грыжами и грыжами белой линии в послеоперационном периоде использовали бандажи. Снятие кожных швов производилось в соответствии со сроками. Во всех случаях заживление ран произошло первичным натяжением.

Средний койко-день составил: при пластике паховых грыж — 10,3, при пластике послеоперационных вентральных грыж — 13,3, при пластике пупочных грыж и грыж белой линии живота — 12,8. Общий средний койко-день составил 11,3.

Ближайшие послеоперационные осложнения отмечены у 5 пациентов (8,6%). Они распределились следующим образом: гематома послеоперационной раны — 1; серома послеоперационной раны — 1; инфильтрат послеоперационной раны — 3.

Все осложнения не требовали оперативного лечения. Пациенты с осложнениями получали противовоспалительную терапию (антибиотики, НПВС; физиолечение на область раны); гематома и серома пунктировались. В результате противовоспалительного лечения: произошло рассасывание ин-

фильтратов, гематомы, серомы; послеоперационные раны зажили первичным натяжением.

Все пациенты, прооперированные по поводу грыж передней брюшной стенки ненатяжным способом, были выписаны из хирургического отделения в удовлетворительном состоянии под наблюдение

хирурга поликлиники с рекомендациями относительно режима труда и отдыха.

Таким образом, непосредственные результаты применения ненатяжной пластики при грыжах передней брюшной стенки можно считать хорошими.

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Кравченко А.В., Васин И.В., Кочетков К.Г., Рябов Е.Л., Шленкин А.А.
МУЗ «Городская клиническая больница № 7», г. Иваново

Лечение пострадавших с сочетанными повреждениями и множественными переломами требует решения таких сложных вопросов, как то: можно ли и нужно ли выполнять операции сразу на всех очагах повреждения; выполнять ли в первые часы только жизнеспасающие операции; дожидаться ли окончательной стабилизации состояния больного для проведения сложных ортопедических вмешательств; каковы благоприятные сроки для выполнения операций.

В последние годы закрытый интрамедуллярный остеосинтез с блокированием без рассверливания костномозгового канала, в том числе при лечении сочетанных и множественных переломов, по праву занял лидирующее место во всем мире. Единодушно отмечаются его минимальная травматичность, стабильность фиксации переломов бедра, большеберцовой и плечевой костей различного характера и локализации. К сожалению, в России и странах ближнего зарубежья этот метод доступен пока только ведущим клиникам в силу его сложности и высокой стоимости. Много сторонников и у накостного остеосинтеза по методикам АО/ASIF. За последнее десятилетие принципы лечения переломов по АО изменились в сторону расширения показаний к так называемому «биологичному» остеосинтезу при помощи пластин с ограниченным контактом, мостовидных пластин, пластин с блокирующимися винтами.

В 7-й городской клинической больнице г. Иваново используется следующий алгоритм действий дежурной врачебной бригады при оказании помощи больным с политравмой:

- Совместный осмотр травматологом, хирургом и реаниматологом.
- Определение объема и характера повреждений, оценка тяжести состояния больного.
- Определение доминирующего повреждения.
- Консультации уролога, невролога и других специалистов по показаниям.
- Определение ближайшего прогноза.
- Определение последовательности и необходимости выполнения оперативных вмешательств.

Непосредственно в приемном отделении начинаются противошоковые мероприятия — катеризация периферической и центральной вены, кате-

теризация мочевого пузыря, интраназальная ингаляция кислорода, инфузионно-трансфузионная терапия, транспортная иммобилизация переломов, комплексное лабораторное и функциональное обследование, УЗИ органов брюшной и грудной полости, рентгенография. Дальнейший этап лечения и обследования проводится в условиях операционной. Выполняются вмешательства, направленные на сохранение жизни пациента — лапаротомия, торакотомия, краниотомия при продолжающихся полостных кровотечениях, внутричерепной гематоме с компрессией головного мозга (экстренные операции первой очереди).

К хирургическим вмешательствам, которые должны быть выполнены также в первые часы, но после проведения основного этапа противошоковой терапии, относятся операции по поводу повреждений кишечника, магистральных сосудов, мочевого пузыря и уретры, нестабильных переломов таза, осложненных переломов позвоночника, ампутации при отрывах крупных сегментов конечностей, операции по поводу вдавленных переломов черепа, открытых переломов конечностей, синдромов сдавления. Первичная стабилизация переломов — малоинвазивный интрамедуллярный остеосинтез, внеочаговый остеосинтез аппаратами внешней фиксации, скелетное вытяжение. Данные операции осуществляются с использованием различных видов обезболивания, причем предпочтение отдается регионарной анестезии (экстренные операции второй очереди).

После выполнения оперативного пособия пациент переводится в отделение реанимации, для динамического наблюдения и коррекции, а в случае необходимости, протезирования витальных функций, профилактики ранних посттравматических осложнений. Тактику лечения и последовательность мероприятий определяет врач-реаниматолог в тесном сотрудничестве с хирургами, травматологами и специалистами, привлечение которых необходимо на данном этапе.

Срочные операции третьей очереди, заключающиеся в остеосинтезе переломов различных локализаций, выполняются в сроки от 3 до 15 суток с момента поступления, после стабилизации витальных функций, заживления дефектов кожных покровов, подготовки необходимых имплантантов и инструментария. Предпочтение отдается малоинвазивным методикам остеосинтеза, регионарной анестезии. Принятая концепция отвечает современным требованиям и подходам к лечению тяжелых и сочетанных повреждений, клиника распола-

гает большей частью необходимых средств, оборудования, а также высококвалифицированным персоналом.

Падение с высоты, занимает устойчивое второе место частоты причин сочетанной травмы, в причинах смертности от сочетанной травмы также занимает вторую позицию. Лидирует, с большим отрывом, автодорожная травма, как по частоте встречаемости, так и по причинам смерти.

Травматическим шоком разной (1—4) степени тяжести сопровождалась все сочетанные травмы, шок 1—2 степени отмечен у двух пострадавших с множественными переломами. Летальный исход наступил у двух пациентов. Смертельные исходы были только в группе сочетанных повреждений, и в этой группе летальность при падении с высоты составила 14,3%, при автоавариях — 27,2%. При поступлении в приёмное отделение МУЗ «Городская клиническая больница № 7» пострадавшего при падении с высоты в случае тяжелого сочетанного повреждения, травматического шока, кровопотери используется вышеописанный алгоритм действий. Госпитализации в стационар для динамического наблюдения подлежат все пациенты, имеющие причиной повреждения падение с высоты. Отказ от госпитализации оформляется только после осмотра ответственным дежурным хирургом и с его ведома.

Выводы

1. Эффективное лечение политравмы возможно только в крупном медицинском учреждении, имеющем круглосуточное дежурство бригады специалистов (травматолог, хирург, анестезиолог, реаниматолог, невролог/нейрохирург, уролог), а также рентгеновское, эндоскопическое и лабораторное обеспечение.
2. Должна использоваться современная концепция оказания помощи, предполагающая раннее оперативное устранение или стабилизацию повреждений.
3. Методики вмешательства травматологов должны отвечать малоинвазивным требованиям, что предполагает использование высоких технологий.
4. Методики анестезиологического обеспечения также должны быть щадящими.
5. Необходима мощная реанимационная служба, действующая согласованно с хирургами в рамках единой концепции.
6. Подобная концентрация сил и средств возможна при наличии специализированного отделения сочетанной травмы в составе многопрофильной больницы, или, в идеале, больницы скорой медицинской помощи.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА С ПРИВЛЕЧЕНИЕМ АНГИОХИРУРГА

Кузьмин А.Л., Калганова И.А., Бунеев А.П., Пузырев М.О., Терехов А.Н.
ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»
ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»

Оперативные вмешательства на органах малого таза характеризуются высоким риском развития тромбозов вен нижних конечностей. Особую опасность представляют поражения глубоких вен нижних конечностей, сопровождающиеся развитием посттромботической болезни и хронической венозной недостаточностью, а также тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА).

Летальность при ТЭЛА остается стабильно высокой, особенно при тромботических поражениях ствола и крупных ветвей. Поэтому так важно в каждом случае оперативного вмешательства заранее оценить риск ее развития. И современный этап развития медицины делает возможным привлечение для этих целей необходимых квалифицированных специалистов соответствующего профиля.

Целью работы стала разработка алгоритма дооперационного обследования женщин на предмет прицельного выявления факторов риска возникновения тромботических осложнений и прежде всего ТЭЛА.

В условиях гинекологического отделения Ивановского НИИ материнства и детства ежегодно более 400 пациенток подвергаются оперативному лечению. В течение 2006 г. обследовано 448 пациенток с различной гинекологической патологией: доброкачественными опухолями (миома матки,

кисты и кистомы яичников, полипы эндометрия), злокачественными опухолями (15 чел. — 3,35%), эндометриозом, нарушениями менструальной функции, несостоятельностью связочного аппарата, аномалиями развития половых органов и др. Всем женщинам выполнялись оперативные вмешательства, в том числе экстирпация матки — 100 человек (22,3%), надвлагалищная ампутация матки — 207 (46,2%), удаление придатков, пластические операции и другие — 141 (31,5%).

Все они осматривались сосудистым хирургом с целью выявления патологии венозной системы. Стандартный комплекс дооперационного обследования в ряде случаев дополнялся коагулограммой для выявления скрытых тромбофилий и ультразвуковой доплерограммой (УЗДГ).

Среди пациенток встречалась следующая сосудистая патология: варикозная болезнь нижних конечностей (198 чел. — 44,1%), посттромботическая болезнь нижних конечностей (21 чел. — 4,7%), вторичный лимфостаз (4 чел. — 0,09%), тромбофилия (2 чел. — 0,04%), язвенно-некротические формы хронической венозной недостаточности (ХВН) (9 чел. — 2,0%).

Исходя из объема предстоящей операции, возраста и конституциональных особенностей больной, характера гинекологической патологии, сопутствующих сосудистых, эндокринных, гематологиче-

ских и других заболеваний оценивался риск возникновения тромботических осложнений в периперационном периоде.

Пациентам со средним и высоким степенями риска стандартно назначались эластическая компрессия нижних конечностей, фраксипарин, реополиглюкин, кардиомагнил. При наличии ХВН той или иной степени выраженности назначалась курсовая терапия венотониками.

Двум пациенткам (0,04%) с эмбологенными тромбами подвздошных вен было проведено дообследование и имплантация съемного кава-фильтра в условиях отделения сосудистой хирургии Ивановской областной клинической больницы.

Четырем пациенткам (0,09%) с миомой матки и декомпенсированной ХВН на фоне варикозной болезни нижних конечностей была выполнена превентивная варикофлебэктомия.

У семи пациенток (1,56%) с крайне высоким риском возникновения тромботических осложнений оперативное вмешательство по поводу гинеколо-

гической патологии было отложено на 2—3 месяца для проведения курса комплексной терапии ХВН.

У семи пациенток (1,56%) в раннем послеоперационном периоде имели место поверхностные тромбофлебиты, в т. ч. в четырех случаях была выполнена кроссэктомия.

Тромбозы глубоких вен голени были диагностированы у 11 (2,46%) пациенток.

Проводимые организационные мероприятия позволили избежать возникновения ТЭЛА во всех случаях с момента начала участия в предоперационном обследовании пациенток сосудистого хирурга.

Таким образом, привлечение ангиохирурга к углубленному обследованию гинекологических больных, подлежащих оперативному лечению, и оказание им при необходимости медицинской помощи в условиях отделения хирургии сосудов позволяет значительно снизить риск тромботических осложнений в том числе ТЭЛА.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Кузьмина Е.В., Кораблин П.Н., Ефимова Е.Г., Стипакова А.В.
МУЗ «Городская клиническая больница № 3», г. Иваново

У больных с внебольничной пневмонией тяжелого течения значимыми для прогноза являются нарушения вегетативного статуса, тесно связанные с нарушением микроциркуляции.

Оценивали динамику показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) и показатели микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии у больных внебольничной пневмонией тяжелого течения.

Обследовано 86 больных основной группы с клинико-рентгенологическим симптомокомплексом внебольничной пневмонии тяжелого течения. Средний возраст больных составил $44 \pm 6,4$ года. Для характеристики вегетативного статуса использовали метод кардиоинтервалографии (КИГ) («Полиспектр-б», Нейрософт). Для оценки показателей микроциркуляции использовали метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛАКК-1 НПО «Лазма»). Определяли: ТР — общую мощность спектра ($мс^2$) и HF/LF (у. е.) — соотношение высокочастотной и низкочастотной составляющей спектра кардиоинтервалограммы, параметр микроциркуляции (ПМ, перф. ед.) и его коэффициент вариации (K_v , %), индекс эффективности микроциркуляции (ИМ, у. е.).

У 85% ТР оказалась низкой, с учетом возрастных особенностей, и составила 670 ± 178 $мс^2$, что ха-

рактеризует синдром тяжелой вегетативной дисфункции, у 70% из этих пациентов определялся гиперемический тип микроциркуляции, у 20% — спастический тип микроциркуляции, у 10% — застойно-стазический, т.е. патологические типы микроциркуляции.

С нормальной ТР (2527 ± 123 $мс^2$) оказалось 15% обследуемых, у этих больных определялся нормоциркуляторный тип микроциркуляции ($M — 4,62 \pm 0,33$ пф. ед., $K_v — 27,54 \pm 2,35\%$, ИЭМ — $1,75 \pm 0,23$ у. е.). Соотношение HF/LF изменялось соответственно: ваготония (0,99 у. е.) выявлена у 80% исследуемых, нормотония — у 12% (1,68 у. е.), 8% больных были с преобладанием симпатического тонуса (19,8 у. е.).

После проведенной терапии ТР достигает возрастной нормы ($2,117 \pm 175,47$) и восстанавливается вегетативная регуляция HF/LF у 80% больных, из них у 75% восстановились показатели микроциркуляции до нормоциркуляторного типа. Снижение ТР наблюдалось у 20% пациентов, у 8% — с преобладанием симпатикотонии.

Таким образом, метод лазерной доплеровской флоуметрии и метод кардиоинтервалографии могут использоваться для диагностики и прогнозирования исхода внебольничной пневмонии.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОДЗЕМНЫХ ВОД ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Лутай Г.Ф., Лутай А.В., Корнилов Л.Я., Алеутская О.Н., Абалмасова А.С.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Цель настоящего исследования — эколого-гигиеническая оценка качества вод подземных водоисточников Ивановской области, путей подготовки для получения воды первой и высшей категории, а также использования их в комплексной терапии хронических болезней желудочно-кишечного тракта.

Дана интегральная оценка качества вод 38 водоисточников Ивановской области на основе компонент: благоприятности органолептических свойств, безвредности и физиологической полноценности. Проанализирован химический состав вод в соответствии с гигиеническими требованиями СанПиН 2.1.4. 1074-01; СанПиН 2.1.4.1175-02; СанПиН 2.1.4. 1116-02.

Обследовано 36 больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки в возрасте от 20 до 50 лет с длительностью язвенного анамнеза в большинстве случаев (77,5%) до 10 лет, а также 29 больных хроническим гастритом с сохраненной секреторной функцией. Диагноз подтверждался с помощью фиброгастродуоденоскопии (ФГДС). При этом у 28 больных язва локализовалась в 12-перстной кишке, а у 8 — в желудке. Минеральная вода Сосневого водоисточника назначалась в комплексе с базисной терапией язвенной болезни по 200 мл на прием в теплом виде за 1,5 часа до еды курсом до 3 недель. При хроническом гастрите минеральная вода назначалась в аналогичном объеме за 40 минут до еды.

Подземные воды Ивановской области относятся к Московскому артезианскому бассейну. Для него характерно широкое развитие пестроцветных, изменчивых по составу отложений перми и триаса, нижнемеловых и верхнеюрских песчано-глинистых образований, четвертичных аллювиальных и ледниковых отложений. Мощность их достигает 100 м, а заключенные в них водоносные горизонты являются основными источниками водоснабжения. Мощность зоны пресных вод составляет 80—150 м.

Потенциальные ресурсы подземных вод Ивановской области определены в количестве 609,6 млн. м³/год. По уровню минерализации до 1 г/м³ они составляют 586,7 млн. м³/год (96,24%); 2—3 г/м³ — 22,9 млн. м³/год (3,78%); 3—5 г/м³ — 0.

На долю разведанных запасов подземных вод по области приходится только 35% от потенциальных. Наибольшие ресурсы подземных вод определены в Гаврилово-Посадском, Ивановском, Ильинском, Комсомольском, Тейковском и Южском районах.

Для подземных вод Ивановской области характерны три типа режима: естественный, слаборазрушенный и нарушенный.

Естественный режим формируется под действием природных факторов и встречается вдали от объектов хозяйственной деятельности человека (городов, водохранилищ, водозаборов). Такой режим можно встретить в районе населенных пунктов: Макатово, Чечкино, Богородское (Вичугский район), Вятчинки, Кожевницы, Калачево, Сидоровское (Ивановский район), Логиново, Лобцово, Коптево (Тейковский район), Наталиха, Владычино, Шухра (Гаврилово-Посадский район), п. Лежнево, Новые Горки (Лежневский район).

Слаборазрушенный режим формируется под воздействием естественных и искусственных факторов. Этот режим наиболее распространен и наблюдается на участках небольших населенных пунктов.

Нарушенный режим имеет место в зонах водозаборов мощностью более 3-5 тыс. м³/сут: г. Приволжск, Вичуга, водозабор «Строкино»; в пределах крупных городов (Иваново, Кинешма, Вичуга, Фурманов (водозабор «Шульгино»); в зонах водохранилищ (Горьковское, Уводское).

Подземные воды в зонах естественного и малонарушенного режима (Горино, Строкино, Вятчинки, Крутово, Увальево, Бибирево, Палех, Новые Горки и др.) имеют благоприятные органолептические свойства. Воды бесцветны, прозрачны, без посторонних запахов и привкусов, — по этим качествам они относятся к водам высшей категории. То же самое имеет место в отношении показателей солевого состава: хлоридов, сульфатов, фосфатов. Подземные воды ряда источников содержат серебро.

По критериям безвредности химического состава подземные воды выше перечисленных населенных мест в основном соответствуют высшей категории, за некоторым исключением таких показателей, как нитриты, нитраты, перманганатная окисляемость.

Гидрохимический состав подземных вод чаще всего отличается физиологической полноценностью. Имеет место незначительный недостаток солей в подземных водах водозабора «Строкино» (г. Иваново), д. Горино, п. Пестяки, д. Бибирево. По химическому составу питьевая Сосневская минеральная вода является слабоминерализованной сульфатно-натриевой с повышенным содержанием брома. Минеральные воды подобного состава способствуют снижению активности желудочной секреции, устранению метеоризма и нормализации стула, а также оказывают седативное действие.

Следует отметить, что для подземных вод Ивановской области характерны низкие концентрации фтора и йода. В связи с чем, выявляется повышенный уровень йод- и фторзависимой патологии

среди населения. Высоким является уровень кариеса зубов. Кроме того, диагностируются другие формы гипопародонтозных состояний: недоразвитость скелета у новорожденных, врожденные аномалии, замедление темпов роста. В то же время в подземных водах таких населенных мест, как Палех, Новые Горки, Увальево, Решма, количество фтора соответствует высшей категории. Употребление в пищу экологически чистой и полноценной по химическому составу воды позволяет предотвратить развитие перечисленных выше патологических состояний и заболеваний. Это диктует необходимость специальной подготовки подземных вод.

Результаты применения в комплексной терапии больных язвенной болезнью Сосневской минеральной воды оценивались как по динамике клинических симптомов заболевания, так и по данным ФГДС. Положительные результаты отмечены у большинства пациентов на 3-й неделе от начала терапии (86,1%) и заключались в купировании симптоматики заболевания и наблюдаемой картины рубцевания. В контрольной группе почти у половины больных (45%) при уменьшении выраженности клинических симптомов болезни в аналогичные сроки признаков рубцевания язвы по данным ФГДС не наблюдалось. При хроническом гастрите клиническое улучшение отмечалось, как правило, к концу 2-й недели от начала терапии.

Динамика воспалительных изменений слизистой желудка по данным ФГДС была положительной у 57,1% больных, а в группе контроля у 40%. Следовательно, применение в комплексной терапии язвенной болезни Сосневской минеральной воды повышает клинический эффект лечения, способствует более быстрой ликвидации болевого и диспептического синдрома, ускоряет сроки заживления язвенного дефекта. У больных хроническим гастритом применение минеральной воды способствует более быстрому улучшению общего состояния, прекращению болей, диспептических явлений, улучшению аппетита и купированию морфологических проявлений заболевания.

Таким образом, подземные воды Ивановской области отвечают гигиеническим требованиям, предъявляемым к питьевой воде, отличаются благоприятными органолептическими свойствами, практически безвредны, в большинстве случаев характеризуются физиологической полноценностью. Для получения вод первой и высшей категории они требуют коррекции в отношении солевого состава содержания фтора и йода.

Минеральная вода «Сосневская» может быть рекомендована для включения в комплексную терапию хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ТРАВМЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Некрасов А.К., Игошин Ю.А., Некрасов М.А., Серегин А.В., Шевчук В.В., Гоголев А.Ю.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Актуальность проблемы позвоночно-спинальной травмы обусловлена большой ее распространенностью, выраженностью клинических проявлений, нередко с явлениями грубого неврологического дефицита, длительными сроками временной утраты трудоспособности и стационарного лечения, высоким уровнем инвалидизации и смертностью больных, большими материальными затратами на лечение.

Представлены обобщенные результаты работы нейрохирургического отделения для спинальных больных Ивановской областной клинической больницы за 10 летний период (с 1997 по 2006 гг.) у группы пациентов с травмой шейного отдела позвоночника, нуждавшихся в проведении оперативного вмешательства.

Исследуемая группа состояла из 160 пациентов, 136 мужчин (85%) и 24 женщин (15%).

Распределение пациентов по полу и возрасту: до 20 лет — 17 мужчин и 8 женщин (16%); с 21 до 30 лет — 37 мужчин и 5 женщин (26%); с 31 до 40 лет — 30 мужчин и 2 женщины (20%); с 41 до 50 лет — 28 мужчин и 8 женщин (22%); с 51 до 60 лет — 16 мужчин (10%); старше 60 лет — 8 мужчин и 1 женщина (6%). Таким образом, наибольшая частота встречаемости травматических повреждений шейного отдела позвоночника приходится на лиц в возрасте от 21 до 50 лет (68%), причем преобладают мужчины (85%).

Количество случаев наблюдений в зависимости от уровня травмы шейного отдела позвоночника: 1) верхнешейный уровень: С1, С2 — 36 (22,5%); 2) средне- и нижнешейный уровень: общее количество — 124 (77,5%): С2, С3 — 1; С3 — 2; С4 — 14; С4, С5 — 7; С5 — 36; С5, С6 — 14; С6 — 23; С6, С7 — 11; С7 — 15; С6, D1 — 1. Следовательно, наибольшее количество случаев травмы шейного отдела позвоночника представлено средне- и нижнешейным уровнями, что соответствует данным других авторов.

Виды и частота встречаемости травматических повреждений шейного отдела позвоночника: наиболее часто встречались переломы тел шейного отдела позвоночника — 78 случаев (48,5%); далее следуют вывихи позвонков — 56 наблюдений (35%); переломовывихи встречались у 25 пациентов (16%) и посттравматическая грыжа межпозвонкового диска была выявлена у 1 больного (0,5%).

Клиническая картина: у 83 пациентов (52%) наблюдалась клиника тяжелого поражения спинного мозга с наличием двигательных и чувствительных выпадений, нарушением функции тазовых органов. Из них 52 пациента с клиникой тетрапареза, 27 — тетраплегии и у 4 больных встречался синдром Броун-Секара. У остальных 48 % пациентов отмечался радикулярный синдром различной степени выраженности. В 100% случаев наблюдался боле-

прессивно-стабилизирующих операций: транспедикулярной фиксации, укорачивающего декомпрессионного спондилодеза, широкое применение Halo-системы при травмах верхне-шейного отдела позвоночника. Подобная тактика позволила достичь значительной оптимизации клинических, ортопедических исходов заболевания. В лечении онкопатологии позвоночника и спинного мозга широкое распространение получили радикальные операции, успешно начато применение малоинвазивных высокотехнологичных методик: вертебропластика при миеломной болезни, гемангиомах позвоночника. Указанные изменения также привели к улучшению функциональных исходов, в значительной степени повлияли на такой показатель как качество жизни больных.

Наибольшие изменения коснулись проблемы дегенеративных заболеваний позвоночника. Нами отмечено семикратное возрастание оперативной активности при данной патологии. При чем наиболее значимые изменения произошли за последнее десятилетие. С одной стороны, это является следствием широкого внедрения в клиническую практику методов нейровизуализации, что в значительной степени изменило подход к определению показа-

ний для оперативного лечения, сделало возможным определить четкую топическую направленность (уровень пораженного диска) и предугадать определенные технические сложности предстоящего оперативного вмешательства. С другой стороны, возможно, большее значение сыграло появление малоинвазивных методов оперативного лечения: микродискэктомии и, в последние годы, чрезкожной холодноплазменной нуклеопластики (вапоризации). Отметим, что тактика активного хирургического вмешательства при указанной патологии играет огромную социальную значимость. Авторитетнейший медицинский журнал *New England Journal of Medicine* в статье от 31.05.2007 приводит результаты наиболее крупного исследования по данной проблеме: трансфлювиарная микродискэктомия в 3 раза сокращает срок временной нетрудоспособности при грыжах межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника!

Таким образом, отмеченная нами тенденция широкого применения высокотехнологичных малоинвазивных хирургических методов позволяет надеяться на улучшение исходов лечения заболеваний позвоночника и спинного мозга.

ПАТОГЕНЕЗ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ СПИННОГО МОЗГА ПРИ ОСТРОЙ ЗАКРЫТОЙ ТЯЖЕЛОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ

Некрасов М.А., Некрасов А.К.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»
НИИ скорой помощи им. Склифософского, г. Москва

На основании данных обследования и лечения 43 больных с острой закрытой тяжелой позвоночно-спинальной травмой (ОЗТПСТ) и 21 пациента с колото-режущими открытыми проникающими позвоночно-спинальными ранениями (ОППСР) грудного отдела позвоночника нами выявлены патогенетические и морфологические механизмы нарушения функции спинного мозга. В случаях ОЗТПСТ основными патоморфологическими и патофизиологическими изменениями мы считаем:

- 1) прямую, уровневую спинномозговую травму, формирующую острый динамический (неконтролируемый в момент травмы) дефицит поперечного сечения позвоночного канала с последующим стабильным «результатирующим» его дефицитом;
- 2) осевые, многовекторные деформации позвоночного сегмента, обуславливающие отрыв фиксированных спинномозговых корешков от стромы спинного мозга (СМ), вызывающие острые кровоизлияния в паренхиму СМ;
- 3) острый дисбаланс венозного кровотока, возникающий вследствие повреждения венозных магистралей, разрушения губчатого вещества тел позвонков и вен эпидурального сплетения;
- 4) нарушение магистрального кровотока СМ, формирующее острые ишемические и геморрагические полисегментарные инфаркты спинного мозга по поперечнику и длиннику с возможными динамическими люменарными тром-

бозами выше и ниже уровня непосредственной травмы;

- 5) индивидуальные факторы предтравматического состояния здоровья пациента, а также вид и тяжесть сочетанных или комбинированных повреждений;
- 6) остроту, молниеносность выше перечисленных факторов у пострадавших с ОЗТПСТ;
- 7) результирующие функциональные сегментарные и проводниковые денервационные последствия, формирующие цикл посттравматического гомеостаза.

Патоморфологические изменения у пациентов с ОППСР сводятся к локальным тангенциальным повреждениям (в ряде случаев на 2/3 поперечника спинного мозга), контактного характера, обеспечивающим его анатомическую непрерывность, в результате чего сохраняется аксональная ориентация поврежденной проводящей и сегментарной системы, а неповрежденный магистральный и сегментарный кровоток, очевидно, обеспечивает компенсаторные и регенерационные способности спинного мозга, что констатируется восстановлением неврологического дефицита.

Выводы

1. Регрессирующие неврологические нарушения у больных с ОППСР в грудном отделе свидетельствуют о значительных способностях регенерации травматических повреждений спинного мозга.

2. Процесс восстановления неврологических выпадений наиболее быстро и эффективно наблюдается у пациентов в условиях анатомического контакта поврежденных участков спинного мозга.
3. В случаях ОТЗПСТ формируются протяженные поперечные участки «травматических инфарктов» (тип-0, тип-1, тип-2, тип-3), препятствующие проводимости спинного мозга из-за анатомических диастазов морфологически и функционально «сохранных» концов спинного мозга, в связи с чем, традиционные операции,

направленные на декомпрессию позвоночного канала и стабилизацию травмированных сегментов в плане восстановления утраченных функций спинного мозга бесперспективны.

4. Декомпрессивно-стабилизирующие операции с «укорачивающим» спондилодезом, направленные на приведение концевых участков спинного мозга в состояние анатомического контакта дают основание надеяться на более эффективное восстановление неврологических нарушений у пациентов с ОТЗПСТ.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНКОВ С1 И С2

Некрасов М.А., Некрасов А.К.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»
НИИ скорой помощи им. Склифософского, г. Москва

Целью работы явилось усовершенствование подхода к лечению больных с переломами верхнешейного отдела позвоночника.

За период с 14.02.89 по 01.12.05 госпитализировано 97 больных с переломами позвонков С1 и С2. Больным проводили стандартное и функциональное рентгенографические обследования; КТ позвонков С1-С3, МРТ шейного отдела. Переломы зубовидного отростка II типа были у 26 больных, III типа — у 25; сочетанное повреждение зубовидного отростка и заднего полукольца позвонка С1 — у 4. Перелом «палача» у 29; сочетание перелома «палача» с переломом Джефферсона у 4; перелом Джефферсона — у 7; транслигаментозный вывих С1 — у 2. Из 97 больных оперировано 65. У 30 пациентов выполнена наружная жесткая фиксация с репозицией Halo-аппаратом фирмы «Медбиотех». Двум больным проведена наружная фиксация.

В зависимости от характера повреждения, больным выполнено:

- 1) задний комбинированный спондилодез С1-С2 позвонков (стяжки Халифакса) в сочетании с

трасфарингеальной резекцией зубовидного отростка или без нее,

- 2) трансдентальная винтовая фиксация,
- 3) трансартикулярная винтовая фиксация,
- 4) окципитоспондилодез
- 5) передний спондилодез с использованием пластин, кейджев,
- 6) комбинирование вышеизложенных методов с предшествующей Halo-репозицией и фиксацией,
- 7) изолированная Halo-репозиция и фиксация.

У 90 больных (97%) получен хороший результат, у двух (2%) — удовлетворительный. Летальность составила 5% (5 больных).

Таким образом, активная хирургическая тактика при повреждениях верхнешейного отдела позвоночника позволяет достичь оптимальных клинических, ортопедических результатов. Необходим дифференцированный подход при выборе метода декомпрессии и стабилизации в зависимости от типа повреждения верхнешейных позвонков.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ СПИННОГО МОЗГА

Некрасов М.А., Некрасов А.К.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»
НИИ скорой помощи им. Склифософского, г. Москва

Проведен анализ динамики неврологического дефицита у 23 пациентов с ЗПСТ после осевого, аксиально-ротационного, или комбинированного насилия на уровне 4—9 грудных позвонков, а также у 21 пострадавшего с открытыми, проникающими позвоночно-спинальными ранениями (ОППСР) колото-режущего характера в остром периоде позвоночно-спинальной травмы (ПСТ) на уровне 7 шейного — 5 грудного позвонков.

Все 23 пациента с острой тяжелой закрытой ПСТ, имевшие грубый неврологический дефицит в виде тотального аксонального уровневого перерыва и

рентгенологические, КТ, ЯМРТ изменения, характера компрессионно-осколчатых переломов с губным дефицитом просвета позвоночного канала, типичными визуалистическими острыми посттравматическими изменениями спинного мозга на уровне травмы, оперированы в сроки от 6 часов до 2 суток.

При ревизии субдурального пространства (ляминэктомия на уровне поврежденного сегмента) обнаружены повреждения спинного мозга в виде:

- 1) участков поперечного мозгового детрита, «рождающегося» в разрез арахноидальной

оболочки, после щадящей гидроаспирации которого констатирован анатомический диастаз концов спинного мозга, соединенных варикозными магистральными сосудами и участками мягкой мозговой оболочки, протяженностью до 2,5—3 см — «тип-0»;

- 2) отечных и гиперемированных участков спинного мозга, протяженностью 3—4 см, окруженных ликворными субарахноидальными кистами, по вскрытии которых наблюдалось резкое, локальное истончение спинного мозга до 1,0 см в диаметре на протяжении 0,5—1,0 см с не прерванным магистральным сосудистым варикозом, без мозгового детрита — «тип-1»;
- 3) анемизированными, резко истонченными (до 0,5 см в диаметре) участками спинного мозга, протяженностью до 2,5—3 см с полнокровными магистральными сосудами, признаками стаза кровотока и ликворными кистами — «тип-2»;
- 4) проникающие повреждения спинного мозга с разрывами твердой мозговой оболочки протяженностью 3—5 см с внедрением костных отломков (в основном суставных отростков) в вещество спинного мозга, формирующих протяженные тангенциальные участки локального мозгового детрита, мелких и солидных организованных кровоизлияний — «тип-3».

Всем пациентам выполнена радикальная декомпрессия позвоночного канала с резекцией или репозицией отломков тел позвонков, коррекцией осевых деформаций и фиксации (ляминарными контракторами, транспедикулярными, или комбинированными фиксаторами — в зависимости от уровня переломов) в режиме укорачивающего спондилодеза. При этом, в случаях повреждения спинного мозга «тип-0» (7 пациентов) произведена спондилоэтомия; в случаях повреждений «тип-1-2» осевое укорочение производилось на 0,5—2/3 высоты поврежденных тел позвонков в зависимости от протяженности участков травматического миелита (11 пациентов); в случаях «тип-3» выполнялась резекция сломанных суставных отростков, отломков тел позвонков с осевым укорочением менее 0,5 высоты переломов тел позвонков (5 пациентов).

Пациенты с ОППСР в основной массе (18) поступали после проведения ПХО наружных мягких тканей раневых каналов. Показаниями для радикальной хирургической обработки ОППСР мы считаем: 1) наличие в ранах инородных тел — ранящих орудий (концы ножей и т.п. — 7 случаев в нашем материале); 2) ликворею (4 случая); 3) формирование ограниченных паравертебральных

ликворных затеков (3 случая); 4) наличие мелких костных отломков, мелких частиц металла в позвоночном канале по данным КТ, ЯМРТ (2 случая); 5) признаки раневой инфекции (2 случая).

Техника радикальной хирургической обработки не отличалась от общепринятой. Важно отметить, что в большинстве случаев (15) нам не удалось достичь герметичного ушивания травматических повреждений твердой мозговой оболочки с учетом опасности нанесения дополнительной травмы спинного мозга. У 3 пациентов радикальная ревизия раневого канала не предпринималась.

Сопоставляя оценку неврологических потерь у больных с тяжелой закрытой ПСТ по методике «укорачивающего спондилодеза» с контрольной группой (20 больных, оперированных по принципу «декомпрессия и стабилизация»), следует отметить, что у пациентов с повреждениями спинного мозга «тип-0, тип-1, тип-2» констатировано: 1) снижение уровня проводниковых чувствительных потерь на 2-3 сегмента; 2) значительное снижение проявлений мышечной слабости; 3) ощущения (ложные и объективные) конечностей; 3) стабильный автоматизм функций тазовых органов с ложными, или сомнительными позывами; 4) отсутствие трофических нарушений, или их ускоренная послеоперационная регенерация; 5) появление гиперактивных вегетативных рефлексов; 6) тенденция к норморефлексометрии; 7) отсутствие симптомов «спинального автоматизма»; 8) ощущение общего улучшения «качества» здоровья и утраченных функций.

Наиболее активная «отстройка» тотального неврологического дефицита по выше перечисленным параметрам имела место у пациентов с повреждениями «тип-3», наряду с чем у них отмечен регресс двигательных нарушений от Frenkel-1 к Frenkel-2-3. У пациентов с ОППСР за трехнедельный посттравматический период неврологическая симптоматика трансформировалась из картины грубого полного аксонального перерыва спинного мозга (чаще с элементами Броун-Секаровского синдрома) в четко очерченный, с восстановлением функций тазовых органов, с дальнейшей регрессирующей симптоматикой.

Выводы

1. Регенерация спинного мозга возможна в условиях анатомического контакта его поврежденных участков.
2. При острой тяжелой закрытой ПСТ целесообразно предпринимать укорачивающий декомпрессивный спондилодез.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ СПОНДИЛОЛИСТЕЗОМ ПОЗВОНКА С2

Некрасов М.А., Некрасов А.К.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»
НИИ скорой помощи им. Склифософского, г. Москва

В структуре травмы верхнешейного отдела позвоночника травматические спондилолистезы («переломы палача») встречаются от 4 до 74% случаев.

Сочетание травматического спондилолистеза с переломами Джефферсона отмечено от 6 до 26% повреждений С1, С2 позвонков. Величина смеще-

ния С2 позвонка относительно С3 обусловлена степенью разрушения передней, задней продольных связок и диско-связочного аппарата С2—С3 позвонков. При крайних степенях спондилолистеза от 6 до 57% случаев встречается грубая неврологическая симптоматика. Различные варианты хирургических способов коррекции и стабилизации травмированных сегментов с использованием металлоконструкций в комбинации с ауто трансплантатами, несомненно, создают более оптимальные условия для скорейшего устранения вертебро-медулярного конфликта и консолидации отломков. Однако каждый из этих методов имеет свои преимущества и недостатки.

Целью работы явилось усовершенствование тактики лечения больных с травматическими спондилолистезами С2 позвонка.

За период с 01.01.96 по 01.09.04 госпитализировано 29 пациентов с «переломами палача». Возраст пациентов от 18 до 60 лет. При поступлении выполнены прямые и боковые рентгенограммы шейного отдела позвоночника, рентгенограммы через открытый рот, рентгенограммы в 3/4-проекции верхнешейного отдела; КТ С1—С3 позвонков, МРТ шейного отдела.

Спондилолистезы I типа (по классификации W.R. Francis) были выявлены у 2 больных, II типа — у 4, III — у 8, IV типа — у 8, V — у 4. Сочетание «перелома палача» с переломом Джефферсона было обнаружено у 3 больных. В неврологической картине доминировал синдром цервикалгии, ограничение движений из-за болей, у двух пациентов отмечен умеренный тетрапарез (группа С по шкале ASIA). В остром периоде поступили 19 пациентов, в подостром — 8, в отдаленном — 2.

У 23 больных для репозиции и удержания полученного эффекта использован Halo-аппарат. В дальнейшем, в зависимости от вида перелома, его давности, индивидуальных особенностей пациентов 21 больному выполнены стабилизирующие операции. Критериями определения показаний к хирургическому лечению явились: вид перелома, давность перелома, степень спондилолистеза, интрузия мягких тканей и, как следствие, вероятность неполноценной консолидации перелома, сочетанность повреждений верхнешейных позвонков, вероятность образования травматической грыжи диска С2—С3 позвонков, индивидуальные и возрастные особенности пациентов. Исходя из перечисленных критериев выполнены:

- 1) репозиция и фиксация Halo-аппаратом + передний межтеловой спондилодез С2—С3 кейджем «Solis» у одного больного с переломом III типа, у одного с переломом V типа, у одного с переломом IV типа в сочетании с переломом Джефферсона С1 позвонка;
- 2) репозиция и фиксация Halo-аппаратом + передний межтеловой спондилодез С2—С3 позвонков ауто трансплантатом из крыла подвздошной кости у одного больного с перело-

мом II типа, у одного с переломом V типа, у одного с переломом V типа в сочетании с переломом Джефферсона С1 позвонка;

- 3) репозиция и фиксация Halo-аппаратом + передний межтеловой спондилодез С2—С3 позвонков ауто трансплантатом из крыла подвздошной кости + задний комбинированный спондилодез С1—С2—С3 у 3 больных с переломами IV типа, у 3 с переломами V типа (один пациент с застарелым переломом), у одного с застарелым нестабильным переломом II типа;
- 4) репозиция и фиксация Halo-аппаратом + окципитоспондилодез у одного больного с переломом IV типа;
- 5) репозиция и фиксация Halo-аппаратом + передний межтеловой спондилодез С2—С3 позвонков ауто трансплантатом из крыла подвздошной кости + фиксация пластиной Orion С2—С3 позвонков у одного больного с переломом IV типа, у одного с переломом V типа;
- 6) открытая репозиция + передний межтеловой спондилодез С2—С3 позвонков ауто трансплантатом из крыла подвздошной кости + фиксация пластиной Orion С2—С3 позвонков у 4 больных с переломом III типа, у одного с переломом IV типа;
- 7) открытая репозиция + передний межтеловой спондилодез С2—С3 позвонков кейджем Solis + фиксация пластиной Orion С2—С3 позвонков у одного больного с переломом IV типа;
- 8) изолированная гало-репозиция и фиксация у 2 больных с переломом I типа, у одного с переломом II типа, у 2 с переломом III типа, у одного с переломом II типа в сочетании с переломом Джефферсона С1 позвонка;
- 9) двум больным с переломами II и III типов выполнена гало-репозиция с последующей фиксацией торакокраниальной гипсовой повязкой.

У 28 больных результаты лечения оценены как хорошие. Достигнут эффект репозиции и стабилизации, имевшийся болевой синдром и неврологический дефицит полностью регрессировали, пациенты вернулись к социально активному образу жизни. Умер один больной от острой сердечно-сосудистой недостаточности, развившейся в послеоперационном периоде.

Активная хирургическая тактика при травматических спондилолистезах С2 позвонка позволяет достичь оптимальных клинических и ортопедических результатов. Необходим дифференцированный подход при выборе метода лечения в зависимости от типа повреждения, периода травматической болезни. Проведение операций в Halo-аппарате позволяет надежно фиксировать кранио-вертебральный уровень, предотвращая возможные осложнения вследствие релаксации и гипермобильности.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ЗУБОВИДНОГО ОТРОСТКА ПОЗВОНКА С2

Некрасов М.А., Некрасов А.К.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

НИИ скорой помощи им. Склифосовского, г. Москва

Частота повреждений С1—С2 позвонков составляет от 1 до 27% всех повреждений шейного отдела позвоночника. Высокая летальность после травмы с одной стороны и минимальная неврологическая симптоматика при наличии грубой посттравматической костной патологии у «выживших» пациентов с другой — ставят хирурга перед выбором того или иного способа лечения. При наличии сочетанной травмы нередко переломы верхнешейных позвонков остаются нераспознанными и диагностируются уже в отдаленном периоде, что еще более усложняет задачи хирургического лечения. Целью работы явилось усовершенствование тактики лечения больных с переломами зубовидного отростка С2 позвонка.

Проведен анализ результатов лечения 49 больных с переломами зубовидного отростка С2 позвонка. Все больные находились на лечении в нейрохирургических отделениях Ивановской ОКБ и НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского в период с 01.14.89 по 01.09.04 гг. Мужчин — 31, женщин — 18. Возраст от 16 до 63 лет. При поступлении выполнено стандартное рентгенографическое обследование шейного отдела позвоночника в 2-х проекциях, прицельная рентгенография верхнешейного отдела, рентгеновская КТ С1—С2, МРТ шейного отдела позвоночника.

Из 49 больных сочетание перелома зубовидного отростка С2 позвонка с многофрагментарным переломом С1 позвонка (переломом Джефферсона) отмечено у 5 пострадавших. Застарелые переломы зубовидного отростка были у 8 больных. Переломы зубовидного отростка С2 позвонка II типа по классификации L.D. Anderson et R.T. D'Alonzo (1974) обнаружены у 17 пациентов, III типа — у 32. В остром периоде оперирован 21 больной, в подостром — 20, в промежуточном и позднем — 8.

Выбор тактики и метода декомпрессивно-стабилизирующего вмешательства основывался на следующих критериях: 1) тяжести состояния, клиническом проявлении перелома, 2) наличия сочетанной травмы, 3) виде перелома, 4) давности перелома, 5) «вправимости» атлантоаксиальной дислокации, 6) анатомических особенностях, возрасте, сопутствующих заболеваниях. Исходя из вышесказанных критериев выполнены:

- 1) 6 больным при «острых» неосложненных переломах II типа проведена закрытая репозиция и внешняя фиксация Halo-аппаратом с последующей трансдентальной одновинтовой фиксацией. У всех пациентов получен хороший клинико-ортопедический результат.
- 2) при переломах аксиса II и III типов, со смещением отломка аксиса более чем на 5 мм, 27 больным после предварительной коррекции

Halo-аппаратом выполнен задний комбинированный спондилодез С1—С2 позвонков. Эта методика особенно хорошо зарекомендовала себя при осложненных переломах, когда требовалась экстренная операция по жизненным показаниям;

- 3) трем больным при неустраняемых внешними воздействиями атлантоаксиальных дислокациях, первым этапом проводили трансоральную резекцию зубовидного отростка с мобилизацией С1—С2 сегмента, вторым этапом — задний комбинированный спондилодез с использованием стяжек Халифакса. Результат лечения этих больных расценен как хороший;
- 4) при «застарелых» переломах II типа 3 больным выполнено комбинированное хирургическое вмешательство. Первым этапом, в Halo-аппарате, подчелюстным доступом слева была выполнена резекция фиброзных тканей в основании зубовидного отростка с репозицией атлантоаксиального комплекса Halo-аппаратом, вторым этапом — задний комбинированный спондилодез за дужки С1—С2 позвонков и установкой в ложе зубовидного отростка кортикальногубчатого трансплантата из гребня подвздошной кости. У всех пациентов отмечен регресс болевого синдрома, достигнут эффект репозиции и стабилизации;
- 5) у одного больного с ригидной атлантоаксиальной дислокацией выполнена фиксация шейного отдела Halo-аппаратом с резекцией дуги атланта и края затылочной кости с последующим окципитоспондилодезом. Достигнут полный регресс неврологической симптоматики;
- 6) одному больному с застарелым переломом II типа выполнена коррекция Halo-аппаратом с последующим трансартикулярной винтовой фиксацией по Магерлу со спондилодезом С1—С2 по Бруксу. Результат лечения расценен как хороший;
- 7) в остром периоде болезни 3 больным при переломах зубовидного отростка III типа со смещением отломка до 4—5 мм и 5 больным с сочетанным переломом С1 позвонка выполнена Halo-коррекция и фиксация шейного отдела позвоночника. У этих больных также получен хороший клинико-ортопедический результат.

Таким образом, активная хирургическая тактика при острых, подострых и особенно застарелых переломах зуба эпистрофея позволяет достичь оптимальных клинических, ортопедических результатов. Задний комбинированный спондилодез является наиболее оптимальным, надежным,

безопасным методом стабилизации. В качестве первого этапа оперативного лечения целесообразно использование возможностей Halo-аппарата как для репозиции, так и для удержания полученного эффекта в момент фиксации. Проведение

операции в Halo-аппарате позволяет надежно фиксировать краниовертебральный уровень, осуществлять манипуляции, предотвращая возможные фатальные осложнения вследствие релаксации и гипермобильности.

ОСТРАЯ ДИСКОГЕННАЯ ПОЯСНИЧНАЯ МИЕЛОПАТИЯ: КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ

**Некрасов А.К., Некрасов М.А., Игошин Ю.А., Серегин А.В., Шевчук В.В.,
Гоголев А.Ю.**

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»
НИИ скорой помощи им. Склифософского, г. Москва

Проведен анализ клинического течения и МРТ-данных у 46 больных с синдромом острой дискогенной поясничной миелопатии за период с 1997 по 2006 гг. Все больные поступали в экстренном порядке, им проводилось клинико-неврологическое обследование (включая подробный сбор анамнеза и последующее катamnестическое наблюдение), МРТ-обследование поясничного отдела позвоночника. Все больные были оперированы по поводу грыжи межпозвонковых дисков на уровне поясничного отдела позвоночника. Изучение анамнеза выявило в общем однотипность течения заболевания у большинства больных: дебют с выраженного моно-, реже полирадикулярного болевого синдрома, сохраняющегося на протяжении нескольких недель, затем, после усиления болей, — развитие клиники поясничной миелопатии (частичной или полной).

По нашим данным, наиболее часто в структуре дискогенной поясничной миелопатии наблюдалось нарушение функции тазовых органов (85%) и нарушение чувствительности в сакральных сегментах (96%). Двигательные нарушения в виде парезов дистальных отделов конечностей наблюдались реже (52%). Анализ данных МРТ показал, что наиболее часто у больных встречалась грыжа диска L5—S1 позвонков (27 больных — 58,6%), грыжа диска L4—L5 позвонков у 14 больных — 30%, и 3 больных — грыжа диска L3—L4 позвонков. Причем в большинстве случаев отмечалась четкая латерализация грыжи, совпадающая топически с первоначальным радикулярным синдромом.

Катamnестическое наблюдение за больными в послеоперационном периоде выявило два клинических варианта течения изучаемой патологии. В первом случае нами отмечен полный регресс каудального синдрома: восстановление самостоятельного мочеиспускания, чувствительности в сакральных сегментах и мышечной силы в ногах (26 больных). В другом варианте (20 больных) оперативное лечение принесло лишь некоторое улучшение в состоянии больных, при этом признаки частичного каудального синдрома сохранялись и были представлены: нарушением функции тазовых органов (60%), гипестезией в сакральных сегментах (45%), парезом (40%).

Нами выявлены значительные различия в течении заболевания между данными группами больных. В первом случае (с благоприятным исходом) доминирующей жалобой на момент поступления была интенсивная радикулярная боль; тазовые нарушения и снижение чувствительности выявлялись лишь при активном расспросе, в ряде случаев. Развитие миелопатии у них зачастую сопровождалось усилением болевого синдрома. Напротив, у второй группы больных чаще преобладали именно признаки миелопатии; боль у ряда больных на момент поступления даже отсутствовала. Развитию клиники каудального синдрома у них в большинстве случаев предшествовало резкое усиление радикулярных болей, затем стихающих на фоне манифестирующей поясничной миелопатии. Интересно, что у больных первой группы чаще встречалась грыжа диска L5—S1 позвонков (в 73%), в то время как у больных второй группы — лишь в 50%. При этом у 3 больных второй группы нами диагностирована грыжа диска L3—L4 позвонков. Следует подчеркнуть, что средний срок от момента дебюта миелопатии и до проведения оперативного лечения не различался в обеих группах, что говорит в пользу наличия принципиально разных патогенетических факторов в развитии заболевания у больных указанных групп.

По нашему мнению, хороший эффект от оперативного лечения в первом случае говорит о преобладании фактора компрессии грыжей межпозвонкового диска корешков спинного мозга. Напротив, во второй группе основной причиной развития миелопатии являлась не компрессия нервных образований, а нарушение спинального кровообращения вследствие диско-радикулярного конфликта. По нашему мнению, именно вовлечение в процесс радикуло-медуллярных артерий, приводящее к инфаркту спинного мозга, и является ответственным за возникновение клиники (и малой эффективности хирургического лечения) поясничной миелопатии у больных второй группы. Как показывает наш опыт, данные больные должны рассматриваться и получать лечение не только как больные с банальным остеохондрозом, но, в большей степени, как больные, перенесшие нарушение мозгового кровообращения с соответствующим терапевтическим подходом.

ПАТОЛОГИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Немцов Б.Ф., Вязникова О.А.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава»

Диспептический синдром и патология верхних отделов желудочно-кишечного тракта выявляется у 15-60% больных ревматоидным артритом. Большой диапазон показателей зависит от целенаправленности и примененных методов исследования. Суточный рН-мониторинг позволяет определить характер функционального состояния желудка, а по динамике внутрижелудочного рН объективно оценить эффективность проводимой терапии и подобрать оптимальную дозу и частоту приёма препаратов.

Цель исследования — оценить функциональное состояние желудка у больных ревматоидным артритом в зависимости от клинических особенностей болезни, характером проводимой терапией и наличием хеликобактерной инфекции.

Исследование проводилось у 40 больных достоверным РА, средний возраст — $50,17 \pm 9,6$ лет, стаж болезни — 7,8 лет. Большинство больных (33) были серопозитивные по РФ, с III степенью активности — 38 (95%) и тяжёлым течением РА — 22 (55,0%). Стероидозависимость выявлена у 18 больных. У 18 больных РА эндоскопически выявлена патология верхних отделов ЖКТ: дуоденит — у 8, бульбит — у 2 пациентов, язвенная болезнь 12-перстной кишки — у 7, язвенная болезнь желудка — у 1, эрозии желудка — у 1 и у 1 — эрозии 12-перстной кишки. Диспептический синдром наблюдался у 34 больных (85%). Из жалоб определялись боли в эпигастрии — у 32 человек, тяжесть в эпигастрии — у 31, тошнота и изжога — у 30, отрыжка — у 27 пациентов.

Изучение кислотообразующей функции желудка проводили определением 24-часовой интрагастральной кислотности с использованием прибора «Гастроскан-24» (Россия, Фрязино). Уровень рН в базальный период для тела желудка в пределах от 1,6 до 2,0 рассматривали как нормоцидность, рН менее 1,5 — гиперацидность, рН от 2,1 до 6,0 — гипоацидность и рН свыше 6,0 — анацидность. Время заacidления считали нормальным в пределах 360 минут.

При изучении базальной интрагастральной кислотности у больных РА до приёма антисекреторных препаратов нами были получены следующие результаты: нормальная кислотопродукция (при рН в диапазоне от 1,6 до 2,0 ед.) была выявлена только у одного обследованного нами больного РА, гиперацидное состояние (при рН менее 1,5) — у 36 больных, среднее значение рН в этой группе составило $0,822 \pm 0,35$, гипоацидность (при рН в диапазоне от 2,1 до 6,0) наблюдалась у 3 пациентов, и анацидное состояние (при рН свыше 6,0) нами не было выявлено.

При проведении изучения связи клинических особенностей РА и интрагастральной кислотности были получены следующие результаты. Наблюда-

лась достоверная прямая корреляция слабой степени выраженности между величиной минимальной интрагастральной кислотности (в единицах) и индексом тяжести РА ($r = 0,363$; $p = 0,022$). Мы выявили достоверную прямую корреляцию средней степени выраженности между величиной минимальной интрагастральной кислотности и возрастом обследованных нами больных ($r = 0,503$; $p = 0,0001$). При этом наблюдалась достоверная обратная корреляция между длительностью времени заacidления (в минутах) и возрастом больных РА ($r = -0,355$; $p = 0,025$). При изучении связи показателя времени заacidления в теле желудка и наличием РФ в сыворотке крови у больных РА нами была выявлена достоверная прямая корреляция слабой степени выраженности между длительностью времени заacidления (в минутах) и серопозитивностью по РФ ($r = 0,352$; $p = 0,027$). Таким образом, удлинение времени заacidления (в минутах) у больных РА было достоверно связано с уровнем РФ в сыворотке крови и с более молодым возрастом больных РА.

Корреляция длительности времени заacidления (в минутах) со стажем заболевания, индексом активности и индексом тяжести РА отсутствовала, мы не выявили достоверных различий уровня интрагастральной кислотности у серопозитивных и серонегативных по РФ больных РА. Были выявлены достоверные различия периода времени с рН менее 1,5 ед. и времени заacidления в обеих группах обследованных нами пациентов: период времени заacidления был достоверно больше у больных с серопозитивным вариантом РА. Достоверные различия периода времени с рН от 1,6 до 2,0 ед. (нормоцидность) у больных обеих групп нами обнаружены не были. Время заacidления было достоверно ($p = 0,05$) больше у больных РА мужского пола и была выявлена тенденция к увеличению уровня минимальной кислотности у мужчин, страдающих РА.

Таким образом, повышение величины минимальной кислотности у больных РА было достоверно связано с такими показателями, как увеличение возраста больных РА и индекса тяжести РА. Отсутствовала корреляция уровня минимальной рН в теле желудка со стажем заболевания, индексом активности РА и серопозитивностью. Нами была отмечена тенденция к увеличению уровня минимального значения рН и удлинению времени заacidления в теле желудка в средней возрастной группе в возрасте больных от 31 до 59 лет. Период времени с рН от 1,6 до 2,0 ед. (нормоцидность) был более длительным у больных средней возрастной группы от 31 до 59 лет. При исследовании связи секреции соляной кислоты и терапией ГКС и различными группами НПВС были получены следующие результаты. Не было получено различий величины кислотопродукции у больных со стероидозависимостью и без неё. Но была выяв-

лена тенденция к увеличению периода времени с $\text{pH} < 1,5$ ед. и времени закисления у больных без стероидозависимости. Из 40 обследованных 27 принимали селективные НПВС и 13 пациентов использовали группу неселективных НПВС. При оценке полученных результатов мы не получили достоверных различий величины кислотопродукции у больных РА, принимающих селективные и неселективные НПВС, хотя была выявлена тенденция к увеличению периода времени с pH от 1,6 до 2,0 ед. (нормащидность) у пациентов, принимающих препараты из группы селективных НПВС. Нами не получено также достоверных различий показателей интрагастральной кислотности у больных с хеликобактерной инфекцией и без неё. Хотя период времени с pH от 1,6 до 2,0 ед. (нормащидность) был больше у больных с хеликобактерной инфекцией. Также нами было выявлено удлинение времени закисления у больных с наличием хеликобактериоза. Нами также не было получено достоверной корреляции величины минимальной кислотности в теле желудка и титров АТ к НР ($r = -0,002$; $p > 0,05$) и времени закисления в теле желудка и хеликобактерной инфекцией ($r = 0,029$; $p > 0,05$). Таким образом, уровень интрагастральной кислотности у больных РА не зависела от наличия НР. У 18 (52,9%) больных были выявлены эрозивно-воспалительные изменения слизистой оболочки желудка (СОЖ) при эндоскопическом исследовании. При этом различия кислотопродукции у больных с эрозивно-язвенными изменениями СОЖ и у пациентов без эндоскопических изменений СОЖ, отсутствовали.

Отмечена тенденция к увеличению периода времени с pH менее 1,5 ед. у больных с эрозивно-воспалительными изменениями СОЖ, а также данные пациенты имели более длительный период закисления, но диапазон времени с pH от 1,6 до 2,0 ед. (нормащидность) у больных РА с эрозивно-воспалительными изменениями СОЖ был более продолжительный, хотя достоверные различия его в обеих группах отсутствовали. Таким образом, нами была выявлена высокая частота нарушений кислотопродуцирующей функции желудка у больных РА имеющих синдром диспепсии, что соответствует данным литературы. При этом мы не обнаружили достоверных различий кислотопродуцирующей функции желудка в зависимости от хеликобактерной инфекции и стероидозависимости, что указывает на недоказанность данного фактора риска в развитии гастропатий у больных РА. Выявлена достоверная ассоциация повышения внутрижелудочной кислотности у пациентов мужского пола.

Нами была выявлена тенденция к увеличению кислотопродукции у больных РА, предъявляющих жалобы со стороны верхних отделов ЖКТ и у пациентов с эрозивно-воспалительными изменениями СОЖ, а также удлинение времени закисления у пациентов с хеликобактериозом, без стероидозависимости с эндоскопическими изменениями СОЖ, а так же с уровнем РФ в сыворотке крови и с более молодым возрастом больных РА.. Результаты проведенного исследования указывают на высокую частоту и актуальность своевременной диагностики и лечения патологии со стороны верхних отделов ЖКТ у больных РА.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БЛОКАДЫ В СИСТЕМЕ ПУЧКА ГИСА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Никулина Н.Н., Якушин С.С., Кречетова М.В., Калинина Л.П., Зайцева Н.В.
ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава»

Оценивали 30-дневный прогноз больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) при различных типах нарушения внутрижелудочковой проводимости.

Обследовано 419 больных (из них 60,6% мужчин), госпитализированных в стационар Рязанского областного клинического кардиологического диспансера с диагнозом ОИМ (независимо от объема некроза миокарда и локализации поражения).

У 198 человек (47,3%) не наблюдалось никаких нарушений проводимости в системе пучка Гиса (ПГ) — в дальнейшем это группа контроля, у 152 пациентов (36,3%) — блокада левой ножки ПГ (БЛНПГ), у 69 (16,5%) — блокада правой ножки ПГ (БПНПГ). Доля впервые возникших нарушений внутрижелудочковой проводимости составила 34,72% среди БЛНПГ и 27,54% — среди БПНПГ.

Отсутствие нарушений проведения сердечного импульса в системе ПГ соответствовало более молодому возрасту — $61,4 \pm 7,1$ лет, тогда как лица с БЛНПГ практически на 10 лет старше ($70,9 \pm 6,5$ лет). Средний возраст больных с БПНПГ — $66,8 \pm 5,8$ лет. Частота перенесенного инсульта незначительно ($p > 0,05$) варьировала в группах:

2,53—2,82%. Артериальная гипертензия встречалась у 9 из 10 больных, сахарный диабет — у каждого пятого пациента независимо от состояния проводимости в системе ПГ.

Предшествующий инфаркт миокарда достоверно чаще ($p < 0,01$) выявлялся у лиц с полной БЛНПГ (51,2%), тогда как в группе с БПНПГ его частота (33,8%) была сравнима с таковой у пациентов без нарушений внутрижелудочковой проводимости (31,8%).

Пиковая концентрация МВ-фракции креатинфосфокиназы в группе контроля минимальна ($59,6 \pm 4,2$ Е/л, при норме до 24 Е/л), несколько выше у лиц с БПНПГ ($90,7 \pm 6,3$ Е/л, $p > 0,05$) и при полной БЛНПГ ($110,4 \pm 11,6$ Е/л, $p > 0,05$).

Частота фибрилляции предсердий в группе контроля — 7,1%, при полной БЛНПГ — 13,4%, БПНПГ — 16,9%. Фибрилляция желудочков осложняла течение ОИМ без нарушений внутрижелудочковой проводимости лишь в 1,01% случаев, тогда как при БЛНПГ — в 2,44%, БПНПГ — в 8,45%. Кардиогенный шок — соответственно у 0; 6,1; 7,0% пациентов. Сердечная астма и отек лег-

ких — в 0; 28,1; 14,1% случаев. АВ-блокада была зарегистрирована у 2,4—4,2% пациентов (различия между группами недостоверны).

Наличие БЛНПГ на момент поступления в стационар соответствовало увеличению 30-дневной летальности в 1,54 раза (95% ДИ 1,17—4,66), БПНПГ — в 2,76 раза (95% ДИ 1,41—15,85). Появление БЛНПГ во время госпитализации увеличивало 30-дневную летальность в 2,09 раза (95% ДИ 1,47—8,09), БПНПГ — в 3,16 раз (95% ДИ 2,18—23,67).

При передней локализации ОИМ БЛНПГ практически не изменила прогноз (относительный риск (ОР) — 1,28, 95% ДИ 1,11—3,59), тогда как при БПНПГ ОР 30-дневной летальности составил 3,10 (95% ДИ 1,4—22,20).

В случае нижней локализации ОИМ блокады ножек ПГ значимо ухудшали прогноз независимо от их типа: для БЛНПГ ОР — 2,61 (95% ДИ 1,88—13,65), для БПНПГ ОР — 2,45 (95% ДИ 1,84—11,59).

Таким образом, можно сделать следующие выводы: 1) у каждого второго больного с ОИМ зарегистрировано прогностически неблагоприятное нарушение внутрижелудочковой проводимости; 2) пациенты с БЛНПГ имеют исходно более тяжелое состояние, больший объем поражения миокарда и частоту осложнения ОСН, но наилучший 30-дневный прогноз показали пациенты с БПНПГ, особенно «свежей» и на фоне переднего ОИМ.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Новиков Ю.А., Фетисов С.Н., Кукушкин А.В., Урсова Н.А.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Лечение острого панкреатита остается одной из нестаряющихся проблем хирургии и реаниматологии, несмотря на постоянное усовершенствование техники хирургического вмешательства и методов интенсивной терапии. Нередко неблагоприятный исход в лечении острого панкреатита обусловлен неправильной оценкой тяжести заболевания и, соответственно, отсутствием опережающего темпа лечения в частности предотвращение системных осложнений заболевания, некроза поджелудочной железы и предупреждение инфицирования при развитии некроза. Своевременная фармакологическая и немедикаментозная коррекция трансминерализации и эндотоксикоза, белковой и энергетической недостаточности, на ранних этапах лечения отечно-интерстициальной формы острого и при обострении хронического панкреатита может предотвратить развитие панкреонекроза.

В соответствии с этим нами проведен анализ лечения 48 больных в возрасте от 29 до 56 лет, из них с обострением хронического панкреатита было 27, с отечно-интерстициальной формой острого панкреатита — 21. Диагноз повреждения ПЖ поставлен на основании анамнеза, типичных жалоб лабораторных тестов (общий анализ крови, уровень среднемолекулярных пептидов и трансаминаз, водно-электролитный обмен, общий белок, концентрация амилазы крови и диастаза мочи). Изучали также уровень сывороточного альбумина, абсолютное число лимфоцитов, объем циркулирующей крови и его составляющие. В качестве основного метода диагностики был ультразвуковой и КТ.

В зависимости от тактики лечения все больные были разделены на две группы. Первую группу (24 человека) составили лица, которым назначалась традиционная базовая терапия, направленная на элиминацию медиаторов воспаления из кровотока, антибиотикотерапия, гипербарическая оксигенация и др.

Во вторую группу (24 человека) вошли пациенты, у которых лечение не проводилось по общепринятой схеме, а основное внимание уделяли коррекции кровообращения в органах, обеспечению их пластическими и энергетическими материалами, ускорению репаративных процессов и детоксикации. Энтеральное питание осуществлялось только для сохранения функционирующей слизистой ЖКТ и восстановлению гуморального звена иммунитета. Инфузионно-детоксикационную терапию в сочетании с ПФ проводили в течение 6 дней, интервалы между сеансами ПФ составляли 2 дня. При таком режиме не наступало каких-либо существенных сдвигов основных компонентов крови, т.к. в освобожденной среде кровь, лишенная метаболитов, более длительно сохраняет присущие ей естественные функции и свойства.

Наиболее целесообразным, с нашей точки зрения, считался подбор таких инфузионных сред, которые бы предупреждали накопление воды во внутренних органах и обеспечивали нормальное функционирование ЖКТ, в частности, поддерживали бы адекватный сердечный выброс для обеспечения перфузии тканей при максимально низком гидростатическом давлении в просвете капилляров, чтобы предупредить утечку жидкости в интерстициальное пространство ткани ПЖ. Исходя из этого, наибольшее предпочтение мы отдавали гидроксипропилированным крахмалам (ГЭК), которые по сравнению с декстранами, альбумином и нативной плазмой более привлекательны, поскольку растворы ГЭК значительно дешевле, более того, коллоидно-осмотическое давление, например, 6% раствора ГЭК составляет примерно 30 мм рт. ст. и каждый грамм этого вещества способен связать 20 мл воды. Кроме того, альбумин получают из крови человека и пастеризуют при 60°C в течение 10 часов, а нативную плазму подвергают тщательному скрининговому обследованию на вирусы иммунодефицита человека и гепа-

тата В и С, определенный риск заражения все-таки существует.

В обеих группах больных определяли потребность в белке, энергии, основных электролитах и потребности в жидкости. Определение потребности в белке зависело от функционального состояния почек и рассчитывалось по формуле: масса тела до заболевания — потери массы тела $\times 0,1$. Потребность в энергии рассчитывали в соответствии с тяжестью поражения ПЖ и состояния больного — 20—30 ккал/кг массы тела, что соответствовало среднетяжелому статусу питания, который был зафиксирован у исследуемых нами больных. Потребность больных в электролитах (калий и натрий) рассчитывали путем сложения физиологической потребности (ммоль/кг в сутки) и их дефицита в организме (ммоль/кг в сутки). Нутритивную поддержку проводили согласно протоколу, принятому в клинике.

При исследовании водных секторов организма выявлено, что исходно все больные поступали с явлениями гиповолемии, однако на фоне проведения интенсивной терапии отмечалась достаточно быстрая нормализация ОЦК, причем у больных 2-й группы коррекция дефицита ОЦК происходила быстрее преимущественно за счет ОЦП. Это и понятно, возмещение удаленной плазмы венофундином в сочетании с плазмалитом 148 обеспечивало более длительное присутствие указанных растворов в сосудистом секторе за счет молекулярной массы. Кроме того, в удаляемой жидкости содержатся все простые химические соединения — мочевины, креатинин, билирубины, электролиты — К, Na, Ca, Mg, H и др., низко и среднемолекулярные пептиды, что безусловно делает показанным введение электролитных растворов.

В первый день до инфузионной терапии выполняли дискретный плазмаферез с использованием центрифуги марки РС-6 по общепринятой методике. Из кристаллоидных растворов обычно использовали 0,9% хлорид натрия, плазмалит 148, раствор Рингера, содержащий катионы калия и кальция, а также раствор лактата Рингера, в котором метаболизированный анион лактата частично замещает анион хлора. За один сеанс удаляли до 900 мл объема циркулирующей крови исходя из того, что ОЦК со средней массой тела составляет в норме около 7%, а, при наличии показателя гематокрита легко вычислить объем циркулирующей плазмы по формуле: $ОЦП = ОЦК - (Ht. ОЦК) / 100$, где показатель гематокрита выражен

в процентах, а объем циркулирующей крови и плазмы — в миллилитрах. Кроме того, объем циркулирующей крови определяли и с помощью индикатора — ДЦК. Такая методика ПФ не требующая восполнения удаленной плазмы белковыми препаратами или донорской плазмой, представляется нам более предпочтительной.

У больных 2-й группы уже на следующий день после первого сеанса ПФ снижался уровень эндотоксикоза, в частности средних молекул, креатинина, фибриногена, амилазы, ЛИИ и креатинина. Улучшалось общее самочувствие пациентов, уменьшалась тяжесть в правом подреберье и боль, возрастала связывающая способность альбумина с 60—65% до 80—86%, при норме 90%. Наблюдалась достаточно быстрая нормализация ОЦК, преимущественно за счет плазматического сектора. Это и понятно, возмещение удаленной плазмы ГЭК в сочетании с плазмалитом 148 обеспечивало более длительное присутствие указанных растворов в крови и жидкости из интерстициального сектора. Однако на 4-е сутки степень эндотоксикоза оставалась столь же значительной, что и на момент поступления. Нам представляется, что это связано с тем, что необходимый онкотический градиент кровь-ткань достигается в более поздние сроки. Это служило нам основанием повторить сеанс ПФ с возмещением жидкости меньшей по объему, чем удаляемый субстрат, так как для достижения эффекта местной дегидратации в окружающих органах и тканях ПЖ онкотическая ценность возмещения должна быть очень высокой.

К концу 6-х суток прослеживалась явно положительная динамика в обеих группах, однако в контрольной группе эти показатели выходили за границы нормы. В группе больных, где медикаментозная терапия дополнялась сеансами ПФ, прогрессирование заболевания до панкреанекроза и других осложнений снижалось на 28%, сокращалось время пребывания больных в стационаре.

Таким образом, при использовании ПФ в сочетании с предложенной программой плазмазамещения и коррекции трансминерализации при остром отечном и обострении хронического панкреатита эффективность лечения повышается. У больных быстрее купировался болевой синдром, нормализовалась функция кишечника, наблюдалось восстановление биохимических показателей крови, снижался уровень эндотоксикоза, существенно сокращалось время пребывания в стационаре.

ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА ЖИЗНЕСПОСОБНОГО МИОКАРДА

Новожилов А.Е., Солнышков С.К.

ГУЗ «Кардиологический диспансер», г. Иваново

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»

Выявление жизнеспособного миокарда в зоне поражения у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) признается целесообразным, особенно при наличии систолической дисфункции левого желудочка (Antman E.M. et al., 2004). Используемые в настоящее время методы диагно-

стики дисфункционального, но жизнеспособного миокарда, либо дорогостоящи и доступны только высокоспециализированным центрам (позитронно-эмиссионная томография, перфузионная сцинтиграфия), либо требуют значительного опыта исследователя (стресс-эхокардиография с добута-

мином (ДСЭхоКГ)). Поэтому представляется важным поиск доступных в реальной клинической практике простых неинвазивных маркеров жизнеспособного миокарда у больных ОИМ, позволяющих провести предварительный отбор пациентов для дальнейших более сложных исследований. Исходя из имеющихся в литературе данных о том, что и наличие жизнеспособного миокарда и увеличенная дисперсия интервала QT на электрокардиограмме (ЭКГ) увеличивают риск аритмических и ишемических событий после ОИМ, мы решили проверить гипотезу, что эти параметры миокарда связаны между собой.

В клинике Ивановского кардиологического диспансера проспективно были обследованы 34 пациента с первым неосложненным (I класс по Киллипу) ОИМ с подъемом сегмента ST — 26 мужчин и 8 женщин. Средний возраст обследованных составил 48,7 лет (от 29 до 63 лет). В 20 случаях ОИМ был передней, в 14 — нижней или нижнебоковой локализации. У всех пациентов имелись патологические зубцы Q на ЭКГ.

Для выявления жизнеспособного миокарда на 3-й неделе заболевания (в среднем на 17-е сутки) после 48-часовой отмены β -адреноблокаторов применялась ДСЭхоКГ. Проба проводилась по стандартному протоколу с использованием малых (5—10 мкг/кг/мин) и больших (до 40 мкг/кг/мин) доз добутина с продолжительностью каждой ступени 3 минуты. Локальная сократимость левого желудочка оценивалась исходя из 16-сегментарной модели. За наличие жизнеспособного миокарда принималось улучшение локальной сократимости при введении малых доз добутина хотя бы одного сегмента из гипокинезии в нормокинезию, из акинезии в гипо- или нормокинезию, из дискинезии в а-, гипо- или нормокинезию. За ишемический ответ считали ухудшение локальной сократимости сегмента левого желудочка, за исключением случаев перехода акинетичных сегментов в дискинетичные.

Дисперсию интервала QT измеряли до проведения ДСЭхоКГ в тот же день. ЭКГ в общепринятых 12 отведениях регистрировалась с помощью компьютерного комплекса «Нейрософт» с программным обеспечением для оценки дисперсии QT. Для расчетов использовали только отведения с четко определяемым окончанием зубца T. При этом принималось во внимание не менее 10 отведений у каждого пациента. При наличии зубца U в качестве окончания зубца T использовался надир (нижняя точка) линии между ними. Измеряли максимальный и минимальный интервалы QT, их разницу (дисперсия QT), скорректированные по частоте сердечных сокращений с помощью формулы Базетта максимальный и минимальный интервалы QT и их разницу (корректированная дисперсия QT).

При анализе различий дисперсии интервала QT между группами больных с жизнеспособным ($n = 22$) и с нежизнеспособным миокардом ($n = 12$) достоверных различий не выявлено. Однако у пациентов с большим объемом оживления

миокарда при стимуляции добутином (3 и более сегментов; $n = 7$) дисперсия интервала QT оказалась значительно выше, чем при отсутствии жизнеспособного миокарда или малом его объеме (1—2 сегмента; $n = 15$): соответственно — $75 \pm 15,5$ мс против $56 \pm 17,0$ мс ($p < 0,05$) и против $57 \pm 20,9$ мс ($p < 0,05$). Дисперсия интервала QT ≥ 63 мс была отмечена у 6 из 7 пациентов ОИМ с числом жизнеспособных сегментов более 2 (чувствительность — 86%). В тоже время дисперсия интервала QT ≥ 63 мс выявлена только у 3 из 12 больных без жизнеспособного миокарда и у 6 из 15 пациентов с небольшим его объемом (специфичность — 67%). Кроме того, отмечен недостоверный тренд к повышению дисперсии интервала QT при нижней локализации ОИМ — $72 \pm 16,8$ мс против $62 \pm 18,7$ мс при передних инфарктах. Различий в дисперсии интервала QT между группами с ишемическим ответом на стимуляцию добутином и без такового не выявлено.

Таким образом, полученные данные позволяют предположить, что у больных в подостром периоде неосложненного ОИМ увеличенная дисперсия интервала QT более характерна для пациентов со значительным (3 и более сегментов) объемом жизнеспособного миокарда и, вероятно, при небольших размерах его поражения. В частности, значение дисперсии интервала QT ≥ 63 мс может служить «отрезной» точкой для диагностики большого объема диссинергичного миокарда с потенциально обратимой дисфункцией. В свою очередь, у больных с большим объемом некроза при отсутствии или незначительном улучшении сократимости миокарда при введении малых доз добутина дисперсия QT оказалась достоверно ниже.

Имеются данные, что на неомогенность реполяризации левого желудочка (дисперсию интервала QT) может оказывать влияние степень проходимости инфаркт-связанной коронарной артерии, рецидивирующая, в т.ч. безболевого, ишемия миокарда, проводимая терапия (тромболитис, чрескожное коронарное вмешательство, β -блокаторы), сроки, прошедшие после острого коронарного события, выраженность систолической дисфункции левого желудочка (Malik M, Batchvarov V.N., 2000). В данном исследовании небольшая выборка пациентов не позволила исключить воздействие некоторых из этих факторов. Тем не менее, с учетом доступности и простоты оценки дисперсии интервала QT данная методика представляется перспективным способом ориентировочного выявления жизнеспособного миокарда у больных, недавно перенесших ОИМ.

Дальнейшие исследования, вероятно, позволят определить те подгруппы больных с жизнеспособным миокардом, у которых данный параметр обладает наибольшей специфичностью и чувствительностью.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ И ИНТЕРВАЛЬНЫХ ГИПОКСИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Носкова А.С., Снигирева А.В., Козлова О.Г., Потапова Е.М.
МКУЗ МСЧ ЯЗДА, г. Ярославль

Целью настоящей работы было изучить влияние добавления к традиционной ЛФК интенсивных физических тренировок (ИЛФК) или интервальных гипоксических тренировок (ЛФК + ИГТ) на показатели тяжести и воспалительную активность при РА.

В исследование включено 142 больных достоверным диагнозом РА с невысокой степенью активности. Критерии включения больных в исследование: согласие больных на участие в программах физической реабилитации, наличие у больных невысокой активности РА (СОЭ < 25 мм/час, индекс Ричи < 20 баллов, индекс активности DAS < 3,7), возраст от 30 до 60 лет, физическая способность больных участвовать в тренировочных программах (ФНС 1-2 стадии).

Клиническое обследование проводилось в соответствии с требованиями рекомендаций Ассоциации ревматологов России с определением индекса функциональной недостаточности HAQ (Health Assessment Questionnaire), индекса активности DAS (Disease activity score). Дополнительно определяли интенсивность перекисного окисления липидов, антиперекисную активность плазмы крови, активность супероксиддисмутазы в эритроцитах и фосфолипазы А2 в плазме крови спектрофотометрическими методами.

Программа интенсивной ЛФК включала в себя следующие двигательные режимы: утреннюю гигиеническую гимнастику, лечебную гимнастику с включением комплексов аутогенной тренировки, самостоятельные занятия по заданной программе, дозированную ходьбу, занятия на велотренажерах и бег. Порядок распределения физической нагрузки в течение дня был следующий: утренняя гигиеническая гимнастика проводилась в 6 часов утра; лечебная гимнастика — в 11, 16 и 21 час; вечерняя прогулка — в 19 часов. Кроме того, на протяжении всего дня больным рекомендовалось не находиться непрерывно в положении сидя или лежа более получаса. По истечении каждого такого периода в течение 5 минут рекомендовалось выполнять комплексы дыхательных упражнений и упражнений на растяжение мышц и связок. В группе ЛФК + ИГТ больные проходили три 5-дневных курса 30-минутных интервальных гипоксических тренировок на гипоксикаторе фирмы «Нурохиа Medical». Наблюдение за 39 больными, занимающимися традиционной лечебно-оздоровительной гимнастикой выявило достоверное уменьшение продолжительности утренней скованности (–69%, $p < 0,05$) и индекса Ричи (–39%, $p < 0,05$). Функциональная способность больных по объективной (сила кистей и шаговая проба) и субъективной оценке (индекс функциональной недостаточности HAQ) не изменялась.

В группе 50 больных РА, выполняющих программу интенсивной ЛФК, достоверные благоприятные изменения зафиксированы со стороны всех исследуемых параметров, включая индекс активности DAS (–27,6%, $p < 0,05$). Следует отметить, что по таким показателям, как индекс Ричи, продолжительность утренней скованности, сила кистей и скорость выполнения шаговой пробы достигнутые к концу наблюдения значения были лучше, чем таковые в группе традиционной ЛФК.

Среди 53-х пациентов с РА, дополнительно к традиционной ЛФК получавших курсы нормобарической гипоксии, существенная положительная динамика зарегистрирована в отношении силы кистей и показателей, отражающих субъективную оценку интенсивности боли (ВАШ, индекс Ричи, продолжительность утренней скованности). Изменения таких отражающих тяжесть состояния больных интегральных параметров, как индекс активности DAS, индекс функциональной недостаточности HAQ и время выполнения шаговой пробы, не достигли достоверных значений. Из показателей острой фазы воспаления в ходе настоящего исследования анализировали СОЭ и концентрацию С-реактивного белка.

В группе больных РА, занимающихся в течение трех месяцев лечебно-оздоровительной гимнастикой или получающими интервальные гипоксические тренировки, не отмечено достоверных изменений со стороны СОЭ. У пациентов, участвующих в программе интенсивной ЛФК, СОЭ снижалась на 29% ($p < 0,05$). Концентрация С-реактивного белка снижалась во всех группах на 20-30% ($p < 0,05$). Интенсивность перекисного окисления липидов, оцениваемая по уровню диеновых конъюгат, снижалась при всех видах физической реабилитации, но достигла нормальных значений только у больных, занимающихся по программе интенсивной ЛФК. Накопление малонового диальдегида в ответ на инкубацию эритроцитов с раствором перекиси водорода во многом отражает устойчивость биологических мембран к перекисному воздействию и теоретически может служить показателем антиоксидантной (антиперекисной) обеспеченности организма. Более высокое значение показателя свидетельствует о недостаточности антиперекисной защиты у больных РА. В группе лиц, занимающихся традиционной ЛФК, содержание малонового диальдегида снизилось на 15% ($p < 0,05$), а интенсивной ЛФК — на 19% ($p < 0,05$) по отношению к исходному уровню. При нормобарических гипоксических тренировках показатель достоверно не изменялся. Определенные антиперекисной активности плазмы является одним из наиболее информативных комплексных показателей, отражающих суммарную активность нелипидной антиоксидантной защиты. Это связано

с ролью пероксида водорода как важнейшего интермедиатора свободнорадикальных реакций, имеющего наибольший среди других радикальных форм кислорода период полураспада и, соответственно, больший повреждающий эффект.

Антиперекисная активность плазмы снижена у больных РА на 34% ($p < 0,05$). В группе больных традиционной ЛФК через три месяца отмечалось возрастание антиперекисной активности плазмы на 26% ($p < 0,05$) с достижением уровня нормальных значений (-17% , $p > 0,05$). У лиц, выполняющих программу интенсивной ЛФК, зафиксировано повышение антиперекисной активности плазмы на 76% ($p < 0,05$). Данные значения были достоверно выше ($+43,5\%$, $p < 0,05$) средних цифр в группе традиционной ЛФК, и на 19% ($p < 0,05$) превышали нормальные показатели. В группе гипоксических тренировок антиперекисная активность плазмы сравнялась с нормой. Супероксиддисмутаза — фермент, традиционно изучаемый при исследовании антиоксидантной обеспеченности организма. Активность супероксиддисмутазы в эритроцитах у больных РА была повышена на 81% ($p < 0,05$). После трехмесячного периода занятий лечебно-оздоровительной гимнастикой активность фермента снижалась на 20% ($p < 0,05$), но оставалась выше нормальных значений на 44% ($p < 0,05$). При интенсивных физических и гипоксических тренировках активность супероксиддисмутазы достигла нормы. Активность фосфолипазы A_2 в плазме крови у больных РА была повышена 77% ($p < 0,05$). В группе лиц, выполняющих программу традиционной ЛФК или получавших курсы гипоксической терапии, значимых изменений ферментативной активности не

наблюдалось. У больных группы интенсивной ЛФК активность фосфолипазы A_2 снизилась на 19% ($p < 0,05$), но оставалась выше нормальных цифр ($+47\%$, $p < 0,05$).

Итак, традиционная ЛФК в течение трех месяцев наблюдения приводила у больных РА с невысокой активностью воспалительного процесса к положительным изменениям со стороны перекисно-антиоксидантного дисбаланса. Однако улучшения клинико-лабораторных показателей активности и тяжести РА практически не наблюдалось. Интенсивная ЛФК оказывала более существенное стимулирующее воздействие на мощность антиоксидантной защиты, сопровождаемое снижением активности провоспалительного фермента фосфолипазы A_2 и СОЭ. Наиболее существенным в выраженном клиническом улучшении состояния больных представлялось улучшение объективных и субъективных функциональных показателей.

Дополнительное к традиционной ЛФК назначение нормобарической гипоксической терапии мало изменяло динамику исследуемых биохимических показателей. Клинический эффект интервальных гипоксических тренировок в основном проявился обезболивающим действием.

Таким образом при ревматоидном артрите интенсивные физические тренировки имеют несомненные преимущества перед традиционной ЛФК. Нормобарическая гипоксическая терапия показана больным с низкой функциональной способностью из-за анкилозных изменений в суставах и невозможностью выполнения интенсивных физических тренировок.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА САРКОИДОЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Облогина Л.И., Медведева О.А., Шигарева Э.В., Точилова Т.П.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

ОГУЗ «Ивановский областной противотуберкулезный диспансер имени М.Б. Стоюнина»

Саркоидоз — хроническое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся образованием в органах эпителиоидноклеточных гранул без казеозного некроза с преимущественным поражением органов дыхания (96—98%). Диагностика его и дифференциальная диагностика с другими гранулематозными и интерстициальными болезнями органов дыхания чрезвычайно трудна, поскольку саркоидоз не имеет патогномоничных клинических, лабораторных, рентгенологических и даже гистологических признаков.

Проведен анализ 182 случаев заболевания пациентов, находившихся на обследовании в областном противотуберкулезном диспансере с 2001 по 2006 гг. Доминировали женщины (72,7%) преимущественно в возрасте 20—49 лет (75,9%). В подавляющем большинстве (76,4%) больные саркоидозом — социально благополучные люди со средним специальным или высшим образованием (медицинские работники, педагоги, экономисты и др.) с желанием получить знания о своем заболевании. Вредные привычки (табакокурение) отмечено в 13% случаев. Наличие профессиональных вредностей (химические вещества, текстильное

производство и др.) в анамнезе встречались у 10,8% наблюдаемых.

В последние годы саркоидоз чаще стал выявляться при обращении в учреждения первичной медико-санитарной помощи (55,5%) с клинической манифестацией в виде маловыраженных общих нарушений (слабость, утомляемость, потливость у 29,7%) или грудных симптомов (у 43,2% сухой кашель, одышка при значительной физической нагрузке). В 8,1% случаев обращение за медицинской помощью было обусловлено появлением кожных изменений (узловатая эритема).

Острое начало заболевания с яркой симптоматикой синдромов Лёфгрена (лихорадка, полиартралгии, узловатая эритема) и реже Хеерфордта-Вальденстрёма (лихорадка, увеит, паротит, парез лицевого нерва) констатировано в 25,6% случаев. У 18,2% пациентов отмечено повышение артериального давления, что, возможно, обусловлено увеличением содержания АПФ, продуцируемого эпителиоидно-клеточными гранулемами, у 12,8% — избыточная масса тела.

При проверочных флюорографических обследованиях выявлено 44,5% больных, причем только у 25,9% клинические симптомы отсутствовали. При физикальном исследовании органов дыхания изменения обнаруживались редко и были очень скудными (жесткое или ослабленное дыхание).

При анализе лабораторных данных в 56,5% случаев как единственное изменение отмечено увеличение СОЭ (19—52 мм/час), в 16,7% — лейкопения, в 18,2% — умеренная лимфопения, в 10,8% — эозинофилия.

Из биохимических показателей фиксировалась гипоальбуминемия (23,4%) и диспротеинемия (36,7%) с повышением содержания гамма-глобулина до 23—34%. Ни в одном случае не отмечено повышение содержания кальция в крови и моче.

Всем пациентам проводилась внутрикожная туберкулинодиагностика с 2ТЕ ППД-Л и в 67,1% случаев отмечена анергия, но у 18,8% пациентов пробы были положительными нормергическими с размером папулы от 6—18 мм. Подавляющему большинству больных выполнялась фибробронхоскопия, при которой у 68,8% обнаружены косвенные признаки внутригрудной лимфаденопатии (тупой угол бифуркации трахеи, расширение углов деления долевых и сегментарных бронхов) и только в 3 случаях выявлены «саркоидные эктазии сосудов», в 2 — белесоватые милиарные бугорки на слизистой. При исследовании функции внешнего дыхания нарушения вентиляции I—II степени, преимущественно по рестриктивному типу, выявлены у 37,1% обследуемых. В бронхоальвеолярной жидкости повышение содержания лимфоцитов от 17 до 91% отмечено в 93,5% случаев.

Рентгенологическая картина органов грудной клетки у 97,9% больных характеризовалась увеличением бронхопальмональных лимфатических узлов с обеих сторон, которое в 13,5% сочеталось с поражением узлов верхнего средостения (паратрахеальных и трахеобронхиальных). У 48,6% пациентов внутригрудная аденопатия выявлена одновременно с поражением паренхимы и интерстиция легких в виде мелких множественных диссеминированных очагов без тенденции к слия-

нию с преимущественной локализацией в нижних и средних отделах на фоне мелкопетлистого легочного рисунка. В единичных случаях наблюдалась реакция междолевой плевры или атипичная рентгенологическая картина в виде фокусов затемнения с нечеткими контурами. Изолированное поражение паренхимы легких было только у 2,1% больных.

Учитывая трудности дифференциальной диагностики саркоидоза с туберкулезом, другими гранулематозами, ВИЧ-инфекцией, верификация диагноза в 31,2% случаев осуществлялась гистологически (небольшой процент объясняется наличием у некоторых пациентов противопоказаний или отказа от инвазивных методов исследования). Проводилась чрезбронхиальная или открытая биопсия легкого и внутригрудных лимфатических узлов, видеоторакоскопия с биопсией плевры и легкого. Диагноз саркоидоза подтверждался обнаружением эпителиоидно-клеточных гранулем без казеозного некроза, часто с тенденцией к фиброзированию.

Внегочные локализации процесса (в сочетании с саркоидозом органов дыхания) наблюдались только у 5 пациентов: у 2 — поражение периферических лимфатических узлов и у 3 — кожи. Саркоидоз кожи у наблюдаемых пациентов проявлялся образованием на предплечьях темнокрасных высыпаний 2—3 мм в диаметре или белесоватых блестящих узелков в области лба, спины, груди. Изменения зудом и болями не сопровождалось. Верификация диагноза осуществлялась гистологически.

На основании всего комплекса проведенных исследований саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов (I стадия согласно классификации Всемирной организации саркоидоза и других гранулематозных заболеваний 1999 г.) установлен у 51,4% пациентов, II стадия (саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов и легких) — у 46,5%, III стадия (саркоидоз легких) — у 2,1%. За указанные годы летальный исход констатирован у 2 больных со стажем заболевания 17 и 19 лет с развитием массивных фиброзных и буллезно-дистрофических изменений в легких и обызвествлением внутригрудных лимфатических узлов.

ОПЫТ РАБОТЫ СТАЦИОНАРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Орел В.И., Малеев А.И., Кривохиж В.Н.

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Росздрава»

Для оказания более эффективной медико-социальной помощи в Ленинградской области организована специализированная туберкулезная больница «Дружноселье» для лечения больных туберкулезом с сопутствующей патологией. Утвержден Устав больницы, где указано, что больница создана для «оказания специализированной лечебно-диагностической помощи больным туберкулезом легких, в том числе в комбинации с соматическими заболеваниями, а также туберкулезом

легких в сочетании с психическими расстройствами.

Для достижения уставных целей больница осуществляет в порядке, установленном действующим законодательством, следующие виды деятельности:

- диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза и нетуберкулезных заболеваний на базе качественного обследования;

- консервативное лечение туберкулеза легких, его осложнений, последствий;
- лечение сопутствующих заболеваний у больных туберкулезом легких;
- диагностика психических расстройств, лечение, уход, решение экспертных вопросов, социальная и трудовая реабилитация больных;
- своевременная госпитализация, обеспечение лечебного процесса, выписка с выдачей рекомендаций по дальнейшему лечению;
- формирование системы контроля качества медицинской помощи; организация лечебного питания соответственно приказу МЗ СССР № 540 от 23 апреля 1985 г.

Больница на 200 коек, находится в Гатчинском районе в зоне хвойных лесов. За 2006 г. в больницу поступило 423 больных, в том числе со свежевыявленными процессами — 95 человек, из них с деструкцией — 69 (89,4%), с хроническими процессами — 328, в том числе с деструкцией — 200 (63,8%).

Среди больных с хроническими процессами в уточнении активности процесса нуждались 41 человек, в дифференциальной диагностике — 19. По клиническим формам больные распределились следующим образом: очаговый туберкулез был у 82 (19,85) человек, инфильтративный — у 109 (25,7%), диссеминированный туберкулез легких — у 105 (24,8%), фиброзно-кавернозный —

у 90 (21,5%), туберкулема — у 33 (7,9%), плеврит и эмпиема плевры — у 37 (8,1%). Возрастной состав больных от 20 до 80 лет, наиболее многочисленная возрастная группа — 40—50 лет, удельный вес которых составляет свыше 53%. Среди больных преобладают мужчины (83%). Все больные имели по одному, два и более сопутствующих заболевания. Наиболее часто встречались следующие сопутствующие заболевания: хронический алкоголизм — 51%, сердечно-сосудистая патология — 20%, гепатиты — 19%, ВИЧ-инфекция — 10%. В прошлом находились в местах лишения свободы 20% больных, 40% составляют лица БОМЖ. Средняя продолжительность лечения 1 больного составляет 176 койко-дней.

В больнице, кроме лечения основного заболевания, проводилось лечение и сопутствующей патологии. Все больные перед началом лечения консультированы специалистами: хирургом, невропатологом, психологом, психиатром, гинекологом (женщины), окулистом, ЛОР-врачом, что позволяло проводить эффективное лечение не только основного заболевания, но и сопутствующей патологии.

Таким образом, организация лечения больных туберкулезом с сопутствующей патологией в специализированной больнице значительно повышает эффективность проводимой терапии.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ КЛЕЩЕВЫМ БОРРЕЛИОЗОМ (БОЛЕЗНЬЮ ЛАЙМА)

Орлова С.Н., Федосеева Е.С., Довгалюк Т.И., Федоровых Л.П., Шибачёва Н.Н., Чернобровый В.Ф., Лебедев С.Е., Лаврух И.Ф., Машин С.А.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

В структуре инфекционных заболеваний все большее значение приобретают природно-очаговые инфекции, среди которых выделяется клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), как по уровню заболеваемости, полиморфизму клинических проявлений, так и возможности развития хронических форм с поражением нервной, сердечно-сосудистой, опорно-двигательной систем и кожи, что требует четкой организации помощи больным.

Под наблюдением в инфекционном стационаре 1-й городской клинической больницы г. Иванова находилось 74 человека, больных системным клещевым боррелиозом в возрасте от 14 до 77 лет. Самой многочисленной была группа пациентов старше 60 лет (64%). Женщины болели чаще (56%), чем мужчины. Почти половина больных (48%) были пенсионеры.

Констатирована сезонность заболевания (май-июль) с наибольшим (48%) поступлением больных в июне месяце. Заражение происходило в высокоактивных природных очагах на территории Ивановской области через укусы клещей (*Ixodes ricinus* и *Ixodes persulcatus*) во время работы лю-

дей на приусадебных участках и посещения лесных массивов.

Удаление клещей у 52% пациентов произведено в 1-3 сутки. Развитие клещевой эритемы, которая является маркером болезни Лайма, диагностировано у всех больных. Эритема появилась через 7 (24%), 14 (44%) и более 20 (32%) дней после укуса клеща. Начало болезни сопровождалось повышением температуры тела до 38-39°C, головной болью, вялостью, потливостью, слабостью и мышечными болями. Эритема размерами 8-10-15 см в диаметре, сплошная или кольцевидная, обычно располагалась в аксиллярной, ягодичной, надлопаточной областях, задней и боковой поверхности шеи (излюбленные места укусов клещей). В некоторых случаях отмечалось увеличение регионарных периферических лимфатических узлов (подчелюстных, паховых и бедренных).

На фоне эритемы наблюдалась неврологическая симптоматика у 60% пациентов в виде остеохондроза полисегментарного, поясничного, шейного, грудного с нейромышечным синдромом, явлениями нейротоксикоза. Клинико-эпидемиологический диагноз верифицировался обнаружением специфических антител к *Borrelia burgdorferi* методом

РНИФ в лаборатории ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Ивановской области (титры 1:40 — 1:180). Исследования проводились на платной основе, что затрудняет адекватный динамический контроль за выздоровлением у некоторых пациентов в связи с их затруднительным финансовым положением.

Больные в стационаре обязательно осматривались неврологом, окулистом, производилась ЭКГ и обзорная рентгенограмма грудной клетки для своевременного выявления органической патологии.

У 12 больных отмечена поздняя диагностика заболевания вследствие развития неврологической симптоматики спустя месяц после укуса клеща. Эти больные в первую очередь обращались к невропатологам, специалистам, которые должны быть хорошо информированы о природно-очаговой заболеваемости болезнью Лайма и знать ее неврологические проявления во 2 и 3 стадии болезни. В этой ситуации больные жаловались на упорные головные боли, боли в мышцах предплечий и спины, изменялись глубокие рефлексы, имела место ганглио-радикулопатия D5-D7, головная боль в сочетании с анизокорией, недостаточной конвергенцией, вестибулярной атаксией, вегетативными расстройствами, признаками плексита и полиартрита. Диагноз у всех больных этой группы также был подтвержден серологически.

С целью санации больных от возбудителей и профилактики хронизации процесса всем больным проводилась адекватная антибактериальная терапия (тетрациклины, пенициллины или цефалоспо-

рины) в зависимости от тяжести заболевания не менее 10—14 дней, также назначались патогенетические средства. При наличии органической патологии больные получали преднизолон (120—150 мг на курс), витамины группы В, РР, препараты кальция, ноотропы.

Всем больным, выписанным с клиническим выздоровлением, было рекомендовано наблюдение инфекционистом КИЗа поликлиники по месту жительства в течение двух лет с контролем титров специфических антител к возбудителям через 3, 6, 12, 24 месяца и консультациями терапевта и невролога для исключения хронизации данной инфекции с формированием органической патологии.

Таким образом, больным системным клещевым боррелиозом (болезнью Лайма) необходимо обеспечивать полноценное стационарное лечение (антибиотики не менее 10—14 дней, патогенетические средства), а также контроль за выздоровлением, в том числе во время диспансерного наблюдения в КИЗе поликлиники по месту жительства, до исчезновения специфических антител к боррелиям в крови реконвалесцентов. При выявлении органической патологии к лечению больных боррелиозом и диспансерному наблюдению за реконвалесцентами следует привлекать специалистов (терапевтов, невропатологов, дерматологов). В подострую и хроническую фазу болезни лечение рекомендуется проводить в специализированных (неинфекционных) стационарах в зависимости от выявленной органической патологии (больные не являются источниками инфекции).

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Панфилов Ю.А., Урясьев О.М., Спичкина В.Л.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава»

Распространенность бронхиальной астмы (БА) среди взрослых составляет от 5,6 до 7,3% (Чучалин А.Г., 2006). В мире живет около 300 млн. больных БА, и ежегодно от БА умирают 250 000 человек (Masoli M., Beasley R., 2004). Распространенность метаболического синдрома (МС) среди взрослого населения различных стран также весьма значительна — 25—35% и начинает приобретать характер эпидемии (В.С. Зодиченко и соавт., 2004), что в первую очередь связано с большой распространенностью во всем мире ожирения. По данным ВОЗ в 2003 г. около 1,7 млрд. человек на земном шаре (т.е. практически каждый четвертый человек) имели избыточную массу тела. От заболеваний, связанных с ожирением, в мире ежегодно умирает 2,5 млн. человек (Дедов И.И., 2001). Несмотря на высокую социальную значимость, большое распространение БА и МС в популяции и, следовательно, их достаточно частое совместное течение, особенности такого сочетания остаются мало изученными.

Цель работы — изучить показатели функции внешнего дыхания (ФВД) у больных БА в сочетании с МС.

Задачи исследования: 1) оценка показателей ФВД больных БА; 2) оценка показателей ФВД больных БА в сочетании с МС; 3) сравнительная оценка показателей ФВД обеих групп.

Под наблюдением находились 15 больных БА средней и тяжелой степени тяжести в возрасте от 45 до 57 лет (средний возраст $49,2 \pm 5,2$ года), 25 больных БА в сочетании с МС в возрасте от 42 до 54 лет (средний возраст $47 \pm 4,4$ года). Пациентов обследовали в фазе затихающего обострения и ремиссии БА. Исследование ФВД проводилось с помощью спирографа Spirovit ST «Shiller» (Швейцария). Оценивались основные показатели ФВД: ЖЕЛ, ОФВ1, ОФВ1/ЖЕЛ, ПОС, МОС25%, МОС50%, МОС75%. МС диагностировался в соответствии с критериями диагностики МС Международной диабетической федерации 2005 г.

Проведя анализ полученных данных, у группы больных БА выявлены умеренно выраженные нарушения функции внешнего дыхания по обструктивному типу, выражающиеся, прежде всего, в снижении показателей ОФВ1, всех МОС и индекса Тиффно.

В группе с сочетанной патологией также отмечается умеренное снижение показателей ОФВ1 и всех скоростных показателей. Кроме того, наблюдается достаточно выраженное снижение и показателя ЖЕЛ. При этом индекс Тиффно приближается к норме из-за равновеликого снижения ОФВ1 и ЖЕЛ. Таким образом, у данной группы больных наблюдается нарушение ФВД по смешанному типу. При этом степень выраженности рестриктивных нарушений прямо пропорциональна показателям выраженности абдоминального ожирения: вес тела, индекс массы тела (коэффициент корреляции $r = 0,431$ и $r = 0,483$ для веса тела и индекса массы тела соответственно). Однако данная корреляция недостоверна и требует дополнительного исследования.

Полученные результаты можно объяснить наличием у больных с сочетанной патологией абдоминального ожирения — обязательного компонента МС. Абдоминальное ожирение обуславливает изменение механических свойств легких, ограничивая дыхательную экскурсию и, соответственно, снижая показатель ЖЕЛ. А воспалительный процесс в дыхательных путях при БА вызывает нарушение проходимости дыхательных путей, выра-

жающееся в снижении скоростных показателей и ОФВ1. Полученные данные дают основание предположить, что БА в сочетании с МС оказывает более выраженное негативное влияние на показатели ФВД, нежели отдельно БА. При этом степень выраженности абдоминального ожирения может существенно влиять на параметры ФВД данной группы больных. Следовательно, контроль массы тела больным должен входить в список традиционных рекомендаций, используемых для самоконтроля состояния здоровья больных БА в сочетании МС (использование пикфлоуметра, глюкометра в домашних условиях, измерение АД и др.).

Выводы

1. Больные БА в сочетании с МС имеют более выраженные нарушения показателей ФВД нежели больные БА.
2. Степень выраженности нарушений показателей ФВД больных БА и МС связана со степенью выраженности абдоминального ожирения.
3. Отслеживание динамики массы тела является необходимым для самоконтроля больных с данной сочетанной патологией.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕБНОГО ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ: МАРКЕТИНГОВЫЕ АСПЕКТЫ

Песонина С.П., Лихтшангоф А.З., Карабахцян М.А.
Санкт-Петербургский Центр гомеопатии

Быстрая трансформация современных экономических концепций в России, переход здравоохранения к рыночным отношениям требуют от специалистов и руководителей всех уровней отрасли высокого профессионализма и глубоких теоретических знаний в области маркетинга, так как необходимо оптимизировать объем и структуру потребления медицинских услуг, сбалансировать спрос и потребность на них. Особенно велика актуальность маркетинговых исследований в гомеопатии, изначально ориентированной на оказание платных услуг и вынужденной постоянно доказывать свою эффективность перед лицом негативной позиции официальной медицины и части населения.

В деятельности лечебного гомеопатического учреждения, как и в здравоохранении в целом, проводятся различные виды маркетинга: маркетинг медицинских услуг, организаций, отдельных лиц, места, идей. В ходе анализа применяют такие известные методические приемы, как система специальных тестов, анкет, опросников, позволяющих медицинским учреждениям фиксировать мнение пациентов в отношении тех или иных медицинских услуг.

Проведенный нами по специально разработанной анкете, состоявшей из 20 вопросов, социологический опрос (интервью) 631 пациента, обратившегося за медицинской помощью в Санкт-Петербургский Центр гомеопатии в 2001—2003 гг., показал, что среди пациентов гомеопатических ЛПУ преобладают женщины (68,5%). При анализе возрастного распределения

обращает на себя внимание значительный удельный вес детей и подростков (27,2%); приблизительно такие же доли имели возрастные группы 18—39 лет (29,6%) и 40—59 лет (27,7%), а каждый шестой-седьмой пациент был в возрасте 60 лет и старше. Таким образом, пациентами гомеопатов сегодня являются в основном лица молодого и среднего возраста, а также их дети. Вполне естественно, что абсолютное большинство обратившихся в Центр гомеопатии составляли жители Санкт-Петербурга (90,9%), однако 5,4% проживали в Ленинградской области, а 3,4% — в других регионах страны.

При анализе социально-профессиональной принадлежности пациентов Центра гомеопатии выявлено, что самая распространенная группа — это служащие (42,4%), причем 4,7% в их числе составили медицинские работники. На втором месте — дети младшего возраста (15,7%), затем идут пенсионеры (12,9%) и учащиеся (12,8%); 9,3% обратившихся — лица рабочих профессий, 2,6% — домохозяйки, 0,7% — военнослужащие, а 3,6% не учатся и не работают.

Среди заболеваний, ставших причинами обращений в Центр гомеопатии, первое место занимают болезни органов дыхания (19,2 на 100 обратившихся, из них чаще всего встречались такие нозологические формы, как аденоидит — 6,2, бронхиальная астма — 5,2, аллергический ринит — 3,5, хронический тонзиллит — 3,3, гайморит, фронтит — 1,1); на втором месте по частоте стояли кожные заболевания (16,2 на 100, в т.ч. атопический дерматит — 7,1, псориаз — 3,2, экзема —

2,1, юношеские угри — 1,7, нейродермит — 1,3); на третьем — болезни органов пищеварения (12,4 на 100, в т.ч. пищевая аллергия — 2,5, хронический холецистит — 2,2, дисбактериоз кишечника — 1,4, гастрит и гастроудоденит — 1,3); четвертое место занимали болезни системы кровообращения (11,3 на 100, в т.ч. гипертоническая болезнь — 4,1, ишемическая болезнь сердца — 2,5, атеросклероз — 2,1, варикозное расширение вен — 1,1); пятое — болезни опорно-двигательного аппарата (10,1 на 100, в т.ч. остеохондроз позвоночника — 6,3, ревматический артрит — 3,0); шестое — заболевания нервной системы (9,4 на 100, в т.ч. перинатальная энцефалопатия — 2,4, нейрциркуляторная дистония — 2,4, астено-вегетативный синдром — 1,6); седьмое — заболевания эндокринной системы (5,9 на 100, в т.ч. тиреоидит — 1,4, диффузный, узловатый зоб — 1,4, ожирение — 1,3, сахарный диабет — 1,1). Обращает на себя внимание высокая частота патологии, имеющей аллергическую природу, — 22,0 случая на 100 обратившихся. Всего выявлено 118,2 заболевания на 100 обратившихся.

Следует отметить, что патология, приведшая обследованных пациентов к врачу-гомеопату, весьма разнообразна по характеру: встречаются заболевания терапевтического, хирургического, педиатрического, неврологического, кардиологического, дерматологического, эндокринологического, оториноларингологического, офтальмологического, гастроэнтерологического, гинекологического, урологического, нефрологического, пульмонологического и других профилей. Это говорит о необходимой широте медицинского кругозора, высокой квалификации врача-гомеопата, а также о целесообразности расширения спектра узких врачебных специальностей, представленных в лечебном гомеопатическом учреждении.

Большой интерес в смысле определения маркетинговой политики представлял вопрос анкеты «Из каких источников Вы получили информацию о Центре гомеопатии?». Более половины пациентов указали на советы своих знакомых как на основной источник информации о Центре гомеопатии. Это говорит о высокой удовлетворенности пролеченных пациентов полученной медицинской помощью, результатами и условиями лечения, что превращает их в своеобразных рекламистов-волонтеров Центра.

Как позитивный момент, свидетельствующий о укрепляющемся сотрудничестве гомеопатии и официальной медицины можно расценить тот факт, что на втором месте среди источников информации стоят рекомендации врачей, а на пятом — рекомендации фармацевтов. Таким образом, работа с медицинскими и фармацевтическими работниками, ознакомление их с возможностями гомеопатии — важное направление маркетинговой политики лечебного гомеопатического учреждения. Высок также удельный вес справочных ис-

точников информации — Интернета, телефонного справочника «Желтые страницы» и справочной телефонной службы 003. Это говорит о целесообразности размещения информации о деятельности гомеопатических медицинских учреждений в печатных и электронных справочных изданиях.

Центр гомеопатии не имел возможности размещать рекламу в средствах массовой информации, а также на уличных носителях, поэтому эти источники информации в данном перечне отсутствуют. Очевидно, это следует признать недостатком маркетинговой политики, так как 86,6% опрошенных указали на необходимость дополнительной информации и рекламы Центра. На вопрос о том, где ее следует размещать, 31,2% респондентов назвали газеты, 27,4% — телевидение, 25,4% — радио, 16,5% — метрополитен, 9,5% — другие варианты.

Анализ данных социологического опроса пациентов показал также, что более половины (60,2%) из них посетили Центр гомеопатии повторно, и лишь 39,8% — впервые. Иными словами, несмотря на длительную работу Центра в Санкт-Петербурге, у него не сформировался еще круг постоянных пациентов. С другой стороны, перспективы формирования такого круга наличествуют, ибо на вопрос анкеты «Планируете ли Вы в дальнейшем пользоваться услугами врачей Центра гомеопатии?» почти все респонденты (99,7%) ответили положительно. Это связано с тем, что абсолютное большинство (98,6%) пациентов удовлетворено качеством и объемом полученных медицинских услуг. Удовлетворенность их стоимостью также довольно высока (81,7%), хотя и несколько ниже; 18,3% опрошенных сочли стоимость полученных медицинских услуг слишком высокой.

Несмотря на то, что большинство пациентов посетили данное гомеопатическое медицинское учреждение впервые, более половины (56,0%) из них пользовались гомеопатическими препаратами и ранее, причем около трети (31,5%) — уже более года. Эти данные свидетельствуют высокой популярности гомеопатической медицины среди населения, а следовательно, о наличии значительного ресурса потенциальных пациентов, на которых и должна быть, в первую очередь, направлена маркетинговая политика Центра. Среди фирм, препараты которых используются пациентами, были названы «Heel», «ЭДАС», «Weleda», «Биттнер», «Талион-А» и «Арт-Лайф». Около четверти (24,7%) респондентов высказали предложения по организации врачебных приемов, отпуска лекарственных средств, стоимости медицинских услуг и т.д.

Можно заключить, что регулярно проводимый социологический опрос пациентов является ведущим элементом маркетинговых исследований в гомеопатии, важным инструментом совершенствования деятельности лечебного гомеопатического учреждения.

ТРАНСКАТЕТЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Плеханов В.Г., Золтоев Д.А., Воробьев В.П., Рокотянский А.Н., Алмаев В.В., Крутов А.Е., Чистяков Б.Н., Харламов И.С., Самсонов В.А., Скворцов А.В.
Межрегиональный центр кардиохирургии и интервенционной кардиологии, г. Иваново
ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

К наиболее часто встречающимся врожденным порокам сердца (ВПС) относятся вторичный дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), изолированный стеноз легочной артерии (ИСЛА) и коарктация аорты (КоАо). Внедрение в клиническую практику транскатетерных методов коррекции ВПС, направленных на снижение травматичности вмешательства, помимо косметического аспекта имеет и экономическое обоснование (отсутствие глубокого и продолжительного наркоза и значительное сокращение времени пребывания больного в стационаре).

Цель работы — оценка эффективности эндоваскулярных методов лечения наиболее распространенных врожденных пороков сердца.

В центре кардиохирургии и интервенционной кардиологии ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница» транскатетерная коррекция выполнена у 34 больных с различными формами ВПС. Баллонная вальвулопластика выполнена 10 пациентам с ИСЛА (1 группа), возраст — 8 ± 4 года; средний градиент давления по данным внутрисердечной манометрии между легочной артерией и правым желудочком составлял $56,5 \pm 21,5$ мм рт. ст. (ЛА/ПЖ = $56,5 \pm 21,5$). Для баллонной дилатации было отобрано 11 пациентов с неполной формой КоАо и 1 больной с рекоарктацией аорты (2 группа), развившейся спустя 8 лет после прямой истмопластики, возраст $12,5 \pm 4,5$ лет; средний градиент давления по данным внутрисердечной манометрии составлял $42,5 \pm 12,5$ мм рт. ст. У 13 пациентов (3 группа) в возрасте от 3 до 14 лет с вторичным ДМПП (диаметр потока по данным эхокардиографии: 5—24 мм) выполнено эндоваскулярное закрытие дефекта окклюдером Амплатца.

Все операции выполнены в условиях рентгеноперационной фирмы «Сименс». При проведении процедуры вальвулопластики катетеризация правых отделов сердца осуществлялась чрезбедренным доступом. У трех пациентов для дилатации использовался один баллон-катетер с диаметром, превышающим размеры клапанного кольца легочной артерии (ЛА) примерно в 1,2 раза. У семи больных применялась методика одновременного раздувания двух баллонов с суммарным диаметром приблизительно в 1,4 раза превышавшим

размеры клапанного кольца ЛА. Из 11 пациентов с коарктацией (рекоарктацией) аорты дилатация одним баллоном проведена двоим, остальные вмешательства выполнены с использованием двух баллонов (соотношение диаметров 1:1). Имплантация окклюдеров Амплатца (№7—24) осуществлялась чрезбедренным доступом под контролем флюороскопии и ультразвуковой визуализации).

У всех больных 1 группы вальвулопластика была эффективной: по данным интраоперационной манометрии эндоваскулярная дилатация в зоне клапанного стеноза привела к значительному снижению градиента давления: с $56,5 \pm 21,5$ до $16,5 \pm 4,5$ мм рт. ст.

В группе больных, оперированных по поводу коарктации (рекоарктации) аорты, градиент давления также существенно снизился (с $42,5 \pm 12,5$ до $7,0 \pm 7,0$ мм рт. ст.), отмечено выраженное усиление пульсации бедренных артерий и появление пульсации на артериях стоп. При контрольной реовазографии нижних конечностей у всех больных отмечался магистральный кровоток.

У всех 12 пациентов после транскатетерной окклюзии ДМПП по данным интраоперационной эхокардиографии зафиксировано прекращение сброса крови на уровне МПП. Ультразвуковой контроль осуществлен у всех больных на вторые сутки после оперативного вмешательства. У пациентки 4 лет с большим дефектом (24 мм) по данным Эхо-КГ произошло частичное смещение окклюдера, что послужило поводом для проведения операции на открытом сердце. В условиях искусственного кровообращения после удаления окклюдера Амплатца выполнена радикальная коррекция — ушивание ДМПП с использованием заплаты. Послеоперационный период без особенностей.

Транскатетерные методы лечения наиболее распространенных ВПС (вторичный дефект межпредсердной перегородки, изолированный стеноз легочной артерии и коарктации аорты), обладая рядом преимуществ по сравнению с традиционными операциями, являются высокоэффективными и при соблюдении показаний могут быть рекомендованы в качестве метода выбора в комплексном лечении этой категории больных.

ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ, БЕЛКИ ШОПЕРОНЫ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА И АУТОИММУННЫХ СОСТОЯНИЙ

Подгорнов Д.В., Никуленкова Н.Е.

ОГУЗ «Владимирская областная клиническая больница»

В последнее время достаточно актуальной проблемой является персистирующая хламидийная инфекция (ПХИ). Этому вопросу уделяется большое внимание в терапии, кардиологии, пульмонологий, ревматологии. Персистенция является ответом на стресс, который у других бактерий, как известно, индуцирует фенотипическую резистентность к антибиотикам. Показано, что провоцировать переход инфекции в персистирующее состояние может практически любое негативное воздействие, в том числе и неадекватная антибактериальная терапия.

Причины персистенции различны, персистентные формы могут формироваться в результате: неадекватной антибиотикотерапии и субтерапевтических доз антибиотиков; низких концентраций гамма-интерферона или его индукторов; дефицита в среде обитания хламидий питательных веществ (триптофана; изолейцина; цистеина; валина); недостатка ионов кальция и прочих регуляторов клеточного метаболизма. Существенное значение в патогенезе хронической персистирующей хламидийной инфекции имеет термостабильный белок теплового шока с молекулярной массой 60 кДа (БТШ60). БТШ60 — это мембранный белок стрессорного клеточного ответа, обладающий свойством шаперонов. Под влиянием стрессовых факторов хламидии переходя в персистирующую форму, начинают и продолжают усиленно экспрессировать БТШ60. Важной особенностью хламидийного БТШ60 является высокая, почти 50% гомология с аминокислотным составом человеческого БТШ60 и ряда условно-патогенных бактерий. Благодаря наличию таких идентичных эпитопов, может усиливаться образование аутоантител у хозяина из-за реактивации других реакций гиперчувствительности замедленного типа в пораженных тканях. Хламидийные БТШ60 также, обуславливают неспецифический по отношению к хламидиям иммунный ответ. Под влиянием хламидийного БТШ60 происходит антигенная перегрузка организма и запуск вторичного гуморального ответа с гиперпродукцией IgG и IgA. У больного персистирующей хламидийной инфекцией, разворачивается каскад иммуно-патологических реакций всех звеньев иммунитета неадекватных степеней антигенного раздражения и сопровождается аутоагрессией, что приводит к массе тяжелых осложнений. Без сомнения можно утверждать, что иммунновоспалительные механизмы все больше обсуждаются как возможные патогенетические факторы

развития атеросклероза, болезни Рейтера, бесплодия и др.

Иммунологическая гипотеза о патогенезе атеросклероза базируется на наблюдении, что почти все люди имеют клеточные и гуморальные иммунные реакции против микробного БТШ60. Поскольку высокая степень гомологии существует между микробными (бактериальными и паразитными) и человеческим БТШ60, «цена» иммунитета к микробам может являться опасностью перекрестного реагирования с человеческими БТШ60, экспрессируемыми эндотелиальными клетками артерий, подвергшимися воздействию стрессового фактора. Истинный аутоиммунитет против измененного аутологичного БТШ60 может также запускать этот процесс. Клеточный и гуморальный иммунитет к филогенетически весьма консервативному антигену БТШ60 является иницирующим механизмом самых ранних стадий атеросклероза. Если артериальные эндотелиальные клетки подвергаются воздействию классических факторов риска атеросклероза, это ведет к экспрессии БТШ60, который может стать мишенью для предсуществующего перекрестно реагирующего антимикробного иммунитета к БТШ60 или к аутоиммунным реакциям к биохимически измененному аутологичному БТШ60. Эндотелиальные клетки также могут связывать микробный или аутологичный БТШ60 с помощью сходных с Toll рецепторов, обеспечивая другую возможность для адаптивных или врожденных иммунных эффекторных механизмов. Возможно, что каждый индивидуальный организм вносит вклад в эту восприимчивость за счет разных механизмов, более правдоподобно, что существует один или несколько общих механизмов.

Хочется отметить, что для постановки диагноза ПХИ необходимо учитывать следующие критерии: наличие хламидийной инфекции в анамнезе; неоднократное выявление специфических антител к хламидиям без тенденции к снижению; выявление IgG-АТ к БТШ60 хламидий не ранее чем через 6-8 месяцев после законченного курса антибактериальной терапии или при отсутствии специфического лечения в предшествующие 6-8 месяцев до определения БТШ60. Считаем что, исследования в области белков шаперонов, с применением нанотехнологий, следует считать приоритетными на данном этапе развития медицинской науки.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ГОРОДСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Пришвина Н.В., Костылев А.И., Чураков О.Ю.
МУЗ «Городская больница № 2», г. Кострома

Цель исследования — изучить частоту встречаемости развития тромбэндокардита (ТЭ) у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Обследовано 233 больных с впервые выявленным диагнозом ОИМ, подтвержденным клинико-лабораторными данными, динамикой электрокардиографии (ЭКГ) и эхокардиоскопии (ЭХОКС) на аппарате «Vivid system 5, 2002». Проведен анализ историй болезни у 52 пациентов с ОИМ, осложненным формированием острой аневризмы сердца (ОАС), что составило 22,3 процента от общего количества первичных ОИМ (233 случая). Среди них 28 мужчин (15 работоспособного возраста) и 24 женщины (3 работоспособного возраста).

При распределении острых первичных крупноочаговых инфарктов миокарда, осложненных острой аневризмой левого желудочка и тромбообразованием по локализации встречались передний инфаркт миокарда в 34 случаях (из них с образованием тромба в полости аневризмы у 10 пациентов), нижний инфаркт миокарда — 8 (с тромбом — 1), циркулярный инфаркт миокарда — 10 (2 из которых с образованием тромба). У 12 больных (23%) из 52 в области аневризмы обнаружены пристеночные тромбы, занимающие не более 1/5 полости левого желудочка.

Наиболее часто тромбообразование в полости левого желудочка при острой аневризме ЛЖ возникает у больных острым первичным крупноочаговым инфарктом миокарда передней локализации: у 10 пациентов (19,2%), реже циркулярной локализации: у 2 пациентов (3,8%) и у 1 больного нижним инфарктом миокарда (1,9%).

В большинстве случаев тромбы в полости левого желудочка были неоднородны по структуре, но не было отмечено ни одного эпизода артериальной эмболии. Клинически зафиксировано 7 (13,5%) случаев тромбэндокардита, сопровождающихся лихорадкой различной степени выраженности от 3 до 7 дней, повышением скорости оседания эритроцитов и лейкоцитозом. В 5 (9,6%) случаях развитие тромбэндокардита происходило на фоне пристеночных тромбов в передне-верхушечной

области на фоне острого переднего крупноочагового инфаркта миокарда. В 2 (3,8%) случаях эхокардиографически не удалось выявить пристеночных тромбов в полости левого желудочка.

В 4 случаях диагноз острой аневризмы был поставлен при выписке из стационара (в среднем на 25 день развития острого инфаркта) на основании ЭКГ данных и не был подтвержден на эхокардиоскопическом исследовании. Причина такого «расхождения диагнозов» вероятно в том, что эхокардиоскопическое обследование проводилось в этих случаях на 6—9 день ОИМ и ограниченный двигательный режим не способствовал расширению полости левого желудочка и не вызывал значительной нагрузки на некротизированную сердечную стенку. Кроме того, аневризма во всех 4 спорных случаях не диагностировалась на нижней стенке левого желудочка, где чаще всего встречается плоскостная аневризма, менее выраженная эхокардиоскопически. Так как аневризма формируется в течение 2—3 месяцев после острого некроза миокардиоцитов, целесообразна в этих случаях повторная ЭХОКС через 2—3 месяца после выписки.

Проведенное исследование показало, что ОАС являлась осложнением острого первичного инфаркта миокарда в 22,3 процента случаев (по данным литературы 15—25 процентов), пристеночное тромбообразование в полости аневризмы отмечено у 13 больных (25%), клинические проявления тромбэндокардита у 7 пациентов (13,5%).

ОАС, пристеночное тромбообразование и тромбэндокардит чаще осложняют острые крупноочаговые передней локализации среди первичных крупноочаговых инфарктов. Диагноз аневризмы левого желудочка требует учета ЭКГ и ЭХОКС признаков, а в спорных случаях необходимо решать вопрос о наличии аневризмы в более отдаленный период.

Возможны клинические проявления тромбэндокардита без подтверждения тромбов в полости левого желудочка эхокардиоскопически.

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОТДЕЛЕНИЯ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

**Ратманов А.М., Михайлова Н.А., Верушкин Ю.И., Бурцев В.В.,
Философов С.Ю., Калинина Н.Ю.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

С созданием онкологической службы в Ивановской области и введением в строй нового онкологического диспансера на 500 коек не утрачивается роль общехирургического отделения в оказании экстренной, медицинской помощи онкологическим больным с опухолями толстого кишечника. (Верушкин Ю.И. и соавт., 1996). Такая необходимость обуславливается ростом удельного веса онкологических заболеваний толстого кишечника (в области 12 на 100 тыс. населения) и высокими цифрами летальности (от 25 до 35%).

В хирургической клинике лечебного факультета ИГМА в течение 7 лет оперировано 220 пациентов, поступивших с клинической симптоматикой острой кишечной непроходимости, обусловленной раком ободочной или прямой кишки в возрасте от 38 до 90 лет. Из них женщин было 139 (63,18%), мужчин 81 (36,82%).

Следует отметить, что толстокишечная непроходимость как тяжелое и позднее осложнение рака ободочной кишки (Ю.И. Верушкин и соавт., 1989, 1996), развивается более чем у 40 % больных, чаще при левосторонней локализации опухоли. Тяжесть состояния больных усугубляется развившейся клинической картиной острой, подострой или хронической обтурационной непроходимости, запущенностью опухолевого процесса на фоне разнообразных сопутствующих заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.

Диагностические трудности возникали в связи с нечеткой клинической симптоматикой, особенно при диагностике частичной кишечной непроходимости (у 17 пациентов) и низком уровне локализации опухоли (у 86).

Наиболее информативными методами дополнительного обследования считаем выполнение в обязательном порядке обзорной рентгенографии органов брюшной полости, используя ее в динамике, контроль пассажа бария по кишечнику, УЗИ, в отдельных случаях — ирригографию. Проведение ректороманоскопии, колоноскопии, ирригоскопии в условиях острой толстокишечной непроходимости нередко затруднено. Поэтому считаем, что эти методы диагностики наиболее информативны при подострой и хронической формах.

Консервативные мероприятия проводимые параллельно с диагностическими, особенно у больных с подострой и хронической формой кишечной непроходимости, явились этапом предоперационной подготовки и направлены на уменьшение проявле-

ний эндотоксикоза и лечения сопутствующих заболеваний.

В зависимости от стадии кишечной непроходимости, ее клинической формы, наличия перитонита, продолжительность предоперационной подготовки составляет от 3 часов до 1,5 суток. Отмечено, что проводимая подобная комплексная терапия позволяла стабилизировать состояние больных. Считаем, что основным методом лечения при установленном диагнозе, должно быть раннее оперативное вмешательство. Оно позволяло в первую очередь ликвидировать причину кишечной непроходимости путем радикального удаления опухоли. При диагностике острой формы кишечной непроходимости из 220 больных нами оперировано 67 пациентов (30,45%), подострой — 87 (39,55%), хронической — 66 (30%). В 43,3% наблюдений острая кишечная непроходимость осложнялась перитонитом, в 14,3% перфорацией опухоли. У 78,2% оперированных больных имелась 3—4-я стадия заболевания, что требовало проведения операций паллиативного или условно радикального характера.

Объем вмешательства зависел от стадии опухолевого процесса, формы кишечной непроходимости, наличия перитонита, сопутствующей патологии. При тяжелом состоянии больных и распространенности процесса, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, операции ограничивались наложением разгрузочных кишечных стом. В то же время при стабильном состоянии больных и возможности удаления опухоли выполнялась первичная резекция кишки с опухолью по типу операции Гартмана. При хронической обтурационной кишечной непроходимости, обусловленной опухолью правой половины ободочной кишки проведение адекватной предоперационной подготовки давали возможность выполнить правостороннюю гемиколэктомию и наложить илеотрансверзоанастомоз. При наличии метастазов опухоли, прорастание ее в окружающие органы и ткани формировался обходной анастомоз. Радикальные оперативные вмешательства нам удалось выполнить у 113(51,36%) пациентов, из них умерли 28(24,7%), паллиативные — у 107(48,64%), умерли 16(14,95%). Общая послеоперационная летальность составила 20%.

Таким образом, до сих пор в общехирургических отделениях оказывается медицинская помощь (чаще экстренная) онкологическим больным с обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза. Возможности всестороннего обследования больных и проведения раннего опе-

ративного вмешательства в данном лечебном учреждении позволяет снизить послеоперационную летальность до 20%. Несмотря на необходимость проведения операций по экстренным и срочным показаниям при опухолях толстой кишки предпочтительнее выполнение радикальных оперативных вмешательств с первичным удалением опухоли.

Выбор паллиативных операций (наложение разгрузочных кишечных стом и обходных анастомозов) должны быть индивидуальными в зависимости от формы кишечной непроходимости, распространенности опухоли, состояния больного, конкретной хирургической ситуации.

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕТРАЛЕКСА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Ратманов А.М., Михайлова Н.А., Философов С.Ю., Бурцев В.В., Афанасьев Д.В.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Геморрой все еще остается наиболее частым заболеванием человека. Его распространенность достаточно высока и составляет 118—120 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34,0% до 41,0%.

Ведущими в патогенезе геморроя являются гемодинамический и мышечно-дистрофические факторы. В основе первого лежит дисфункция сосудов, приводящая к усиленному притоку артериальной крови, и уменьшению оттока по кавернозным венам.

Показанием для консервативного лечения является начальная стадия хронического геморроя и острое течение заболевания. Терапия складывается из общего и местного лечения, основой общего лечения является применение флеботропных препаратов. По нашему мнению наиболее действенным в этой группе является детралекс, активным компонентом которого являются микронизированная фракция очищенных флавоноидов.

Детралекс обеспечивает избирательную и четкую реакцию на гемодинамические нарушения, связанные с геморроем: расширение вен геморроидального сплетения, хрупкость стенок капилляров и местное воспаление.

Нами на базе специализированного проктологического отделения ОКБ проведена оценка клинической эффективности детралекса при остром геморрое у 100 пациентов. Суточная дозировка препарата 6 таблеток (по 3 таблетки 2 раза в день) в течении первых 4 дней, далее в суточной дозе 4 таблетки (по 2 таблетки 2 раза в день) в течении следующих 3 дней. Длительность лечения 7 дней.

Обследование больных проводилось как в условиях стационара, так и в поликлинике до лечения и через 7 суток.

Оказалось, что по сравнению с группой, не принимающей детралекс, лечение которых проводилось традиционно, болевой синдром в основной группе больных уменьшился в 84,0% случаев, кровоточивость геморроидальных узлов — в 95,0%. Применение данного препарата позволило более чем в 2 раза уменьшить продолжительность обострений и в полтора раза снизить среднюю тяжесть обострений. Использование детралекса способствовало достоверному уменьшению приема анальгетиков.

Нами проведена оценка эффективности препарата в терапии хронического геморроя. При этом исследовано 100 больных в возрасте от 18 лет и старше с клиническим проявлением геморроя (1—3 степень), с острыми приступами заболевания в течении последних 2 месяцев. В результате наблюдения за больными (50 пациентов) и контрольной группой (50 человек) было установлено что применение детралекса приводит к достоверной положительной динамике симптомов хронического геморроя.

Таким образом, результаты настоящего исследования убеждают нас, что применение детралекса при лечении больных геморроем сопровождается значительным улучшением как субъективных, так и объективных признаков острого приступа геморроя. Более того, при применении детралекса отмечается выраженное уменьшение продолжительности и интенсивности геморроидальных приступов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ДО И ПОСЛЕ ЕГО РЕОРГАНИЗАЦИИ

Рупасова Т.И., Уткина М.Н., Гринденко И.Н., Дементьева Г.Н., Бурсинов А.В., Тентелова И.В., Валиулина Е.Ш., Швагер О.В.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
МУЗ «Городская клиническая больница № 7», г. Иваново

Реорганизация терапевтической службы — укрепление первичного поликлинического звена, организация отделений дневного пребывания привела к изменению состава коечного фонда и сокраще-

нию коек круглосуточного пребывания, что не могло не отразиться на показателях работы стационарных отделений.

Целью настоящего исследования явилось проведение сравнительного анализа работы терапевтического стационара круглосуточного пребывания 7-й городской клинической больницы до, и после реорганизации.

Были проанализированы показатели работы терапевтического отделения № 2 за 2004—2005 гг. (до реорганизации) и 2006 г. (после реорганизации), которое в 2004 г. было развернуто на 55 круглосуточных коек, в 2005 г. на 45 и в 2006 г. на 60 круглосуточных коек. Несмотря на то, что в 2004 г. всего было выписано 1230 человек, а в 2005 г. при снижении количества круглосуточных коек выписано 1310 пациентов, а в 2006 г. при их увеличении всего на 5 коек (по сравнению с 2004 г.) — 1864 человека, что составило 151%. Сопоставление плановой и экстренной госпитализации показало, что в 2006 г. увеличилось количество пациентов, поступивших по экстренной медицинской помощи с 66,4% до 93,6%, из них 70,3% — по скорой медицинской помощи; 20,9% — по неотложной помощи из поликлиник и 8,8% — без направления. Изменился и состав поступивших пациентов по нозологическим формам: существенно возросло количество больных с заболеваниями нервной системы с 5,4% в 2004 г. до 9,3% в 2006 г. Рост госпитализации больных с этой патологией имел место, несмотря на наличие в городе специализированного неврологического отделения. Это были диагностически сложные пациенты, доставленные по скорой медицинской помощи, клинический диагноз которым был установлен во время пребывания в терапевтическом отделении. Существенно возросло количество и удельный вес пациентов с острыми отравлениями в структуре госпитализации: с 104 человек в 2004 г. (9,1%) до 291 пациента в 2006 г. (15,7%), требующих больших затрат врачебного и сестринского труда. Без изменения оказались показатели заболеваний органов кровообращения: 557 человек в 2004 г. (46,5%) и 859 пациентов в 2006 г., что составляет те же 46% общего количества больных. Незначительно уменьшился процент больных с заболеваниями органов дыхания: с 20,4% в 2004 г. до 19,4% в 2006 г., болезней мочевыводящей системы с 1,1% до 0,7% (2004 и 2006 гг. соответственно). Но практически в два раза снизилось количество больных с заболеванием пищеварительной системы: 10,7% в 2004 г. до 6% в 2006 г., что вероятно связано с госпитализацией этих больных на дневной стационар.

При анализе возрастных групп госпитализированных больных выявлена тенденция к росту количества пациентов в возрасте 70 лет и старше (2004 г. — 30%, 2005 г. — 32%, 2006 г. —

34%). Подобные изменения наблюдались и в возрастной группе больных от 30 до 39 лет (2004 г. — 4%, 2005 и 2006 г. — 7%). Социальный состав пациентов за период реорганизации стационара не изменился. Сохраняется значительное преобладание неработающих больных — 76—78% (в группу вошли: учащиеся, безработные, пенсионеры, инвалиды) над работающими — 22—24%. Анализ исходов лечения выписанных больных показал, что процент выздоровевших больных увеличился с 11,7% в 2004 г. до 13,4% в 2006 г., что указывает на преобладание острой патологии. Наряду с этим уменьшилось количество улучшений (2004 г. — 84%, 2006 г. — 79%) и увеличилась смертность (2004 г. — 3,3%, 2005 г. — 5,5%, 2006 г. — 4,6%), что также подтверждает утяжеление контингента госпитализированных больных.

При проведении анализа структуры умерших больных по нозологическим формам выявлено увеличение смертности от пневмоний (с 4,4% в 2005 г. до 9,4% в 2006 г.), кардиопатий различного генеза (с 2,2% в 2004 г. до 7,0% в 2006 г.), хронической обструктивной болезни легких (2,9% и 11,8% соответственно). Среди всех умерших увеличилось количество пациентов острыми нарушениями мозгового кровообращения (с 4,4% в 2005 г. до 14,1% в 2006 г.). Следует подчеркнуть, что госпитализация этих больных в терапевтическое отделение была обусловлена неясностью диагноза или тяжелой сопутствующей патологией. Изменение структуры госпитализированных больных привело к уменьшению смертности от различных форм хронической ишемической болезни сердца (с 20,4% в 2004 г. до 7,1% в 2006 г.) и злокачественных новообразований (с 11,5% до 7,1% соответственно). Интенсификация работы отделения нашла отражение в значительном увеличении оборота койки, который год от года увеличивается: 2004 г. — 116%, 2005 г. — 121% и 2006 г. составил 134,6% от планируемого. Возрастание этого показателя соотносится со снижением среднего пребывания больного на койке: 2004 г. — 16,2 дня; 2005 г. — 13,4 дня; 2006 г. — 11,4 дня.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют об увеличении интенсификации труда медицинских работников, что в свою очередь должно, по нашему мнению, приводить к увеличению материального стимулирования, иначе будет способствовать текучести кадров (врачей, среднего и младшего медицинского персонала). Полученные результаты требуют внесения изменений в организацию труда стационаров круглосуточного пребывания.

«ШКОЛА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ» КАК МЕТОД ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ

Свинаина С.А., Плеханова Л.Г., Алеутская О.Н., Глик М.В.
МУЗ «Городская клиническая больница № 2», г. Иваново

В России в последние 15 лет число болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, выросло на 89%, в связи, с чем диагностика и

лечение больных с заболеваниями суставов является актуальной проблемой для врачей многих специальностей. Высокая инвалидизация лиц тру-

доспособного возраста вследствие поражения опорно-двигательного аппарата побудила экспертов ВОЗ объявить 2000—2010 гг. начавшегося столетия Декадой костно-суставных болезней. В рамках этой Декады приоритетными объявлены исследования и разработки в области следующих пяти направлений: болезни суставов, остеоартроз, боли в спине, в частности Low back pain — боль в нижней части спины, тяжелые травмы конечностей, детские мышечно-скелетные нарушения.

С 2002 г. в Иванове на базе «МУЗ 2-я ГКБ» организован и работает городской центр остеопороза, в терапевтическом отделении развернута палата для пациентов города с хроническим болевым синдромом. В условиях стационара диагноз остеопороза верифицируется, уточняется его этиология, проводится дифференциальный диагноз, составляется индивидуальная программа лечения и реабилитации при этой сложной и социально значимой патологии. На базе терапевтического отделения больницы пациенты с сочетанной суставной патологией проходят учебу в «Школе для больных с хроническим болевым синдромом». Приобретенные знания в этой школе помогают лечению данной патологии, информируют больных о сути заболевания, механизмах развития, прогрессирования болезни, способах избежать их, способствуют формированию комплайенса с лечащим врачом.

Школа для больных с болевым синдромом на фоне костно-суставной патологии включает следующие рекомендации: «ограничение движений, связанных с нагрузкой на сустав», «фиксированные позы, уменьшающие приток крови к больным суставам», «оптимальные стереотипы движений с использованием в помощь трости, ортопедической коррекции», «контроль своей двигательной активности в зависимости от болевого синдрома: «движение не через боль», «ЛФК в безболевого зоне»,

«боль — сторожевой пес здоровья», «лечение заболевания, где режим занимает важнейшее место.

За период с января 2006 по январь 2007 гг. через «Школу для больных с хроническим болевым синдромом» прошли 240 пациентов в возрасте 69—81 лет (средний возраст 75 ± 5 лет) с сочетанием остеоартроза с первичным остеопорозом, находившихся на лечении в терапевтическом отделении МУЗ «2-я ГКБ». Обучение проводилось всем пациентам, страдающим данной патологией, по группам с различным числом участников. Вся программа обучения была рассчитана на 5 занятий по 2 академических часа. Занятия проводились еженедельно с одним преподавателем (врачом-терапевтом первой категории). Исходные знания оценивали по анкете, которая включала знания о проявлениях и осложнениях заболевания, о факторах риска остеопороза, лечении (медикаментозных и немедикаментозных методах). Все больные вели унифицированные дневники самоконтроля. По окончании цикла пациенты заполняли анкету, характеризующую их активность, удовлетворенность качеством лечения.

Для больных с сочетанием остеоартроза с первичным остеопорозом и болевым синдромом, характерен высокий уровень распространенности факторов риска, сочетающийся с недостаточной информированностью по вопросам профилактики заболевания, низкой медицинской активностью. Наиболее эффективным методом повышения роли пациентов в охране собственного здоровья оказались занятия в «Школе для больных с хроническим болевым синдромом», подтвержденные улучшением их информированности по вопросам профилактики заболевания, медицинской активности и формированием приверженности к лечению, проводимые в группах по 6—7 человек.

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ: КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ТРЕХЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ

Селезнев С.В., Якушин С.С., Петров В.С.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава»

Болезни системы кровообращения занимают ведущее место в структуре и заболеваемости и смертности населения. Сердечная недостаточность и ишемическая болезнь сердца (ИБС) — не только «основной диагноз» столетия, но и одна из наиболее актуальных социально-медицинских проблем современности.

В 40—70% случаев основной причиной сердечной недостаточности является ИБС. Для больных с множественным поражением коронарных артерий, увеличенными полостями сердца, клиническими симптомами хронической сердечной недостаточности (ХСН) был предложен термин «ишемическая кардиомиопатия» (ИКМП) (Burch et al., 1970). Проблема данной нозологии обсуждалась и в докладе ВОЗ (1980), где под ИКМП понималась кардиомегалия при ИБС с нарушенной сократи-

тельной функцией, не объяснимой степенью ИБС или ишемическим повреждением. Более современное определение ИКМП принадлежит G.M. Felker et al. (2002), которые данное заболевание верифицируют у пациентов, имеющих инфаркт миокарда в анамнезе, и/или доказательство гипертрофирующего миокарда и/или, при проведении ангиографии, тяжелую коронарную болезнь, Обязательно наличие сердечной недостаточности с систолической дисфункцией левого желудочка (фракция выброса (ФВ) < 35—40%).

Больные с ИКМП составляют 5—8% от общего числа пациентов с ИБС, 40—50% от общего числа включенных в лист ожидания на трансплантацию сердца (Iskandrian A. et al., 1992), 11% от всех кардиомиопатий.

Практически у каждого автора, изучающего проблему ИКМП, имеются свои представления о степени кардиомегалии и выраженности систолической дисфункции при данном заболевании. Существуют 2 группы эхокардиографических критериев диагноза ИКМП: учитывается только снижение сократимости левого желудочка (ФВ по Симпсону < 35%). Данной позиции придерживается большинство авторов; помимо снижения ФВ левого желудочка учитывается степень дилатации камер сердца: конечный систолический размер левого желудочка — более 7,0 см, индекс конечного систолического объема левого желудочка — более 100 мл/м² (Yamaguchi et al.); ФВ левого желудочка — менее 35%, индекс конечного диастолического объема — более 110 мл/м², индекс площади митрального отверстия — более 22 мм/м². В некоторых источниках указано, что для ИКМП обязательно отсутствие аневризм левого желудочка, а также наличие бивентрикулярной дилатации, но данных положений придерживаются не все авторы. Таким образом, на настоящий момент нет общего соглашения относительно эхокардиографических критериев ИКМП. Трехлетняя выживаемость при данном заболевании во многом зависит от жесткости критериев диагноза и колеблется, по данным разных авторов, от 4—6% до 25—35%.

Цель исследования — изучение трехлетней выживаемости больных ИКМП.

Для оценки трехлетней выживаемости под нашим наблюдением находилось 40 больных ИКМП. Их состояние анализировалось дважды: за исходные данные принимался статус на 2003 г., через трехлетний интервал оценивалась выживаемость/летальность — ретроспективная часть. Для оценки клинико-инструментальных особенностей мы наблюдали 30 пациентов ИКМП — проспективная часть.

При наблюдении за 40 пациентами (36 мужчин и 4 женщины, средний возраст — 60,7 ± 7,6 года)

трехлетняя выживаемость составила 35,7%. Сопоставляя полученные результаты с данными литературы, согласно которой показатели трехлетней выживаемости колеблются от 5 до 35%, можно оценить наши показатели как наиболее благоприятный прогноз при ИКМП.

При анализе клинических особенностей у 30 пациентов (28 мужчин, 2 женщины, средний возраст — 59,3 ± 1,6 лет), отмечено, что такой важнейший симптом левожелудочковой ХСН, как одышка, встречался не у всех пациентов (80%), в то же время практически у половины наших больных (43,3%) имела место одышка в покое. 80% пациентов страдали стенокардией. Постинфарктный кардиосклероз выявлялся у 73,3% больных. Более чем у половины наших пациентов (73,3%) определялись признаки бивентрикулярной сердечной недостаточности (гепатомегалия). При анализе ЭКГ у 16,7% больных была выявлена полная блокада левой ножки пучка Гиса. На УЗИ сердца выявлено: левое предсердие — 5,07 ± 0,14 см, конечный диастолический размер левого желудочка — 6,95 ± 0,12 см, конечный систолический размер левого желудочка — 5,69 ± 0,12 см, переднезадний размер правого желудочка — 3,33 ± 0,11 см. ФВ левого желудочка (по Тейхольцу) — 36,44 ± 1,76%. Таким образом, имела место бивентрикулярная дилатация со снижением систолической функции левого желудочка. Оценка степени тяжести ХСН показала: подавляющее большинство наших пациентов относится к IIА—IIБ стадиям (80%), II-III ФК (78,8%).

Таким образом, согласно нашим данным, ИКМП — заболевание с очень неблагоприятным прогнозом: при трехлетнем наблюдении отмечена летальность 2/3 больных. Выявлено отсутствие параллелизма между данными субъективного и объективного исследований: у 20% больных отсутствовал важнейший симптом левожелудочковой недостаточности — одышка.

БЕЗОПАСНОСТЬ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ДОБУТАМИНОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Солнышков С.К.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Несмотря на то что стресс-эхокардиографические (стресс-эхоКГ) исследования с добутамином признаны относительно безопасными ведущими кардиологическими организациями (Antman E.M. et al., 2004; Fox K. et al., 2006), в отечественной литературе имеются лишь единичные публикации, посвященные специальному анализу осложнений этой пробы (Персиянов-Дубров И.В. и соавт., 2003). Неосведомленность врачей в данном вопросе и их опасения относительно упоминаемых в литературе частых побочных реакций во время проведения стресс-эхоКГ препятствуют более широкому внедрению этого информативного неинвазивного метода исследования в общеклиническую практику.

Нами проведен анализ осложнений и нежелательных побочных реакций, возникающих во время

проведения стресс-эхоКГ с добутамином для диагностики ишемической болезни сердца (ИБС), стратификации риска больных с установленной ИБС и выявления жизнеспособного миокарда у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) или постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС).

Основными показаниями к нагрузочному тесту для диагностики ИБС была неспособность пациента выполнять физическую нагрузку и/или ее неинформативность. У больных с установленной ИБС проба выполнялась, кроме того, для определения тактики их дальнейшего ведения. Во всех случаях перед стресс-эхоКГ за 48 часов отменялись β-адреноблокаторы, а в день ее проведения — другие антиангинальные препараты и диуретики. Проба выполнялась по общепризнанному протоколу ступенеобразно, начиная с дозы 5

мкг/кг/мин, с последующим увеличением до 10, 20, 30 и 40 мкг/кг/мин каждые 3 минуты. Если к концу 3-й минуты при введении максимальной дозы не удавалось достичь субмаксимальной частоты сердечных сокращений или других критериев прекращения, то на фоне продолжавшейся инфузии добутина внутривенно вводился атропин по 0,25 мг каждую минуту до максимальной дозы 1 мг. Во время стресс-эхоКГ проводился постоянный мониторинг электрокардиограммы (ЭКГ), в конце каждой ступени — регистрация артериального давления автоматическим устройством. При появлении серьезных нарушений ритма внутривенно вводился обзидан, при развитии ангинозного приступа продолжительностью более 4 минут — обзидан внутривенно или нитроглицерин сублингвально.

Осложнения и нежелательные побочные реакции были разделены на: 1) потенциально опасные для жизни; 2) потребовавшие прекращения пробы; 3) не повлиявшие на состояние пациента и ход исследования.

В течение 2004—2007 гг. в клинике Ивановского кардиологического диспансера было выполнено 165 стресс-эхоКГ исследований с добутином, в том числе для диагностики ИБС — 75, у больных с неосложненным ОИМ на 3-й неделе заболевания — 50, при ПИКС — 30. Средний возраст обследованных — 55 лет (от 29 до 72 лет), из них мужчин — 130 (78%). Максимальная доза добутина составила $28,8 \pm 5,12$ мкг/кг/мин, в том числе у больных ОИМ — $21,2 \pm 2,84$ мкг/кг/мин. Атропин вводился 25 пациентам (15%).

Из всех проведенных проб зарегистрирован только один случай осложнения, потенциально опасного для жизни. У мужчины 50 лет во время диагностического теста был спровоцирован ангинозный приступ, не сопровождавшийся изменениями ЭКГ и приведший к большой зоне огушения миокарда (4 сегмента акинезии), сохранявшейся несколько часов, несмотря на применение антиангинальных препаратов. Исследование маркеров некроза миокарда (миоглобина и тропонина) не выявило их повышения. При коронарографии обнаружено трехсосудистое поражение коронарного русла, пациенту была проведена успешная рева-

скуляризация миокарда с имплантацией трех стентов. Случаев смерти, жизнеугрожающих нарушений ритма сердца, нарушений мозгового кровообращения, тромбоэмболий, упоминавшихся в других исследованиях, не было.

Серьезные побочные реакции, приведшие к прекращению пробы, отмечены у 8 пациентов (5%). Чаще всего это были нарушения ритма сердца: частая политопная одиночная и парная желудочковая экстрасистолия — 3 случая, пробежки неустойчивой желудочковой тахикардии (по 3—5 комплексов) — 2 случая, частая наджелудочковая экстрасистолия с короткими пробежками фибрилляции предсердий — 2 случая; пароксизм трепетания предсердий с проведением 1:1 — 1 случай. Следует отметить, что среди больных с ОИМ проба досрочно была прекращена только в одном случае (2,5%) из-за частой желудочковой экстрасистолии. Повышения артериального давления выше 250/115 мм рт. ст. или его снижения на 20 мм рт. ст. и более от исходного уровня не зарегистрировано. Все нарушения ритма сердца, так же как и затяжные ангинозные приступы, были успешно и быстро купированы введением обзидана, как правило, в суммарной дозе 1—2 мг (всего 12 случаев).

Нежелательные побочные эффекты при введении добутина (парестезии в области лица, ощущение жара, сердцебиение, тошнота и др.) отмечались довольно часто (у 64% пациентов), но всегда были слабовыраженными, легко переносились больными и не требовали прекращения исследования. Неопасные нарушения ритма сердца также нередко регистрировались (одиночная монотопная желудочковая экстрасистолия — 12 случаев, или 7,3%, одиночная наджелудочковая экстрасистолия — 9 случаев, или 5,5%) на разных ступенях пробы без четкой зависимости от дозы препарата.

Таким образом, стресс-эхоКГ с добутином является безопасным методом диагностики ИБС и стратификации риска больных с установленной ИБС, в том числе с недавно перенесенным ОИМ, при условии ее проведения хорошо обученным персоналом, адекватном мониторинге гемодинамики и ритма сердца, знании возможных побочных реакций и способов их купирования.

ИММУННЫЙ СТАТУС ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ВЫЗДОРОВЛЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Сухоруков Ю.В., Сведенцов Е.П., Докшина И.А.

ФГУ «Кировский НИИ гематологии и переливания крови Росмедтехнологий»

Острый лейкоз и его высоко агрессивная полихимиотерапия побуждают предполагать снижение у больных иммунной защиты в стадии длительной, более чем 5-летней ремиссии (онкологическое выздоровление). Изучение у этих больных состояния иммунитета и своевременное выявление его дефицита актуально.

Состояние иммунной защиты организма при онкологическом выздоровлении изучено недостаточно. Связано это, главным образом, с тем, что достижение в значительном числе случаев онкологиче-

ского выздоровления при остром лейкозе стало возможным лишь в последние десятилетия.

Учитывая актуальность проблемы, предприняли клинико-иммунологическое исследование естественного, клеточного и гуморального иммунитета у 49 больных острым лейкозом при фактическом выздоровлении. Больные обоего пола в двух возрастных группах: 12—14 лет (16 пациентов) и 15—25 лет (33 пациента) с длительностью ремиссии соответственно $6,53 \pm 0,41$ года и $10,55 \pm 0,52$ года.

Данные иммунологического исследования сравнивали с аналогичными показателями здоровых лиц соответствующих возрастов (группы сравнения по 50 человек). Различия верифицировали статистически.

В результате проведенного исследования установлено, что у больных острым лейкозом при онкологическом выздоровлении не происходит восстановления некоторых показателей иммунитета до уровней таковых у здоровых лиц, ранее не болевших острым лейкозом. Выявленные изменения существенно не зависели от возраста и продолжительности длительной, более чем 5-летней ремиссии острого лейкоза.

Выявлено, в частности, достоверное снижение уровня IgM, дефицит Т-хелперов, повышение Т-супрессоров.

Несмотря на то, что во всех звеньях иммунитета наблюдались отдельные дефекты, которые, тем не менее, клинически не проявлялись повышенной инфекционной заболеваемостью (ОРВИ, герпес и др.), являющейся, как уже было указано, основным проявлением функциональной недостаточности иммунной системы. Полагаем, что это объясняется небольшой выраженностью (транзиторным характером) абсолютного большинства дефектов иммунной системы (определение степени иммунных расстройств по методу А.М. Земскова и соавт., 2005), наличием функциональных резервов у каждого звена естественного и приобретенного иммунитета, компенсаторными эффектами неизменных звеньев иммунитета, сохраняющих в полной мере свою активность. Небольшие относительно нормы изменения параметров иммунной защиты являются, вполне вероятно, отражением нового структурно-функционального состояния организма, возникшего после перенесенного острого лейкоза и его высокоагрессивной терапии.

Выявленные расстройства иммунитета не требовали применения иммуномодуляторов, но обосновывали целесообразность систематического проведения разнообразных оздоровительных мероприятий (витаминотерапия, санаторное профилактическое лечение и др.).

Естественно, даже незначительно сниженные резервы иммунной системы могут оказаться недостаточными, если к функционированию иммунной системы предъявляются высокие требования. Это несет в себе угрозу возникновения иммунодефицита с его клинических проявлений как в виде увеличения инфекционной и иной заболеваемости, так и повышенного риска рецидива острого лейкоза. Подобная ситуация особенно вероятна, когда иммунная система ослабевает (состояние после тяжелого заболевания, увеличение возраста и старение человека, физическое и психическое переутомление, стрессы, дефицитное питание, хирургические заболевания и др.).

Данные, полученные в результате настоящего исследования, объективно обосновывают необходимость регулярного иммуномониторинга с контролем состояния естественного, клеточного и гуморального иммунитета при проведении клинико-гематологической пожизненной диспансеризации больных в состоянии длительной ремиссии острого лейкоза. Регулярный контроль состояния иммунитета позволяет своевременно установить появление и нарастание клинически значимого ослабления иммунной системы, требующего проведения не только экстраиммунной терапии, но и собственно иммунотерапии, дает возможность вовремя распознать повышенную угрозу рецидива острого лейкоза и обеспечить тем самым возможность наиболее эффективных ранних профилактических и лечебных мероприятий.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Урсова Н. А., Новиков Ю.А.

ОГУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер»

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Адекватная послеоперационная анальгезия — основное условие реализации программы активной послеоперационной реабилитации. Послеоперационные болевые ощущения являются первопричиной развития патологического послеоперационного синдрома. Повышение качества послеоперационного обезболивания стало возможным благодаря внедрению в клиническую практику таких высокотехнологичных методик, как длительная эпидуральная анальгезия, абсолютно показанная у пациентов с высоким риском развития сердечно-легочных осложнений.

В настоящем исследовании для облегчения боли во время и после хирургического вмешательства и активной послеоперационной реабилитации у онкобольных пожилого возраста с сочетанной сопутствующей патологией вводили ропивакаина гидрохлорид посредством непрерывной инфузии при скорости потока 3—5 мл/ч в концентрации

0,2 мас.% в дневной период бодрствования в сочетании с болюсным введением морфина 5 мг в эпидуральное пространство на ночной период сна. Эпидуральный катетер вводился анестезиологом до операции, и эпидуральная инфузия ропивакаина во время хирургического вмешательства позволяла индукцию более лёгкого анестетического сна по сравнению с тем, который наблюдается при общей анестезии, и обеспечивала обезболивание на момент пробуждения. При переводе пациента в отделение интенсивной терапии эпидуральный катетер не удалялся, а продолжал использоваться для продлённой непрерывной инфузии 0,2% ропивакаина гидрохлорида в дозе 3—5 мл/ч, назначаемой анестезиологом индивидуально для каждого пациента.

Для оценки состояния больных применялась пульсовая оксиметрия, ЭКГ мониторинг, динамический контроль артериального давления, пульса и адек-

ватности обезболивания. Длительность эпидуральной инфузии ропивакаина составляла от 2-х до 5-ти суток в зависимости от объема выполненного оперативного вмешательства и течения послеоперационного периода и продолжалась в течение дня с 6 до 24 часов в сочетании с болюсным введением на ночь в 24 часа морфина в количестве 5 мг в эпидуральное пространство.

Эффективность длительной эпидуральной анестезии подтверждается следующими клиническими данными проведенного нами лечения 93 больных в отделении анестезиологии и реаниматологии областного онкологического диспансера г. Иваново.

В зависимости от метода послеоперационной анальгезии больные были разделены на 3 группы. В группе 1 (33 человека) применяли эпидуральное обезбоживание путем длительного введения с помощью инфузomата (Digifusa 3000 arcomed ag Switzerland) 0,2% раствора наропина со скоростью 3—5 мл/час в дневной период бодрствования в сочетании с болюсным введением морфина 5 мг в ЭП на ночной период сна. В группе 2 (30 человек) анальгезию осуществляли эпидуральным длительным инфузионным введением 2% раствора новокаина или лидокаина со скоростью 5—7 мл /час в дневной период бодрствования и морфина 5 мг в ЭП 1—2 раза в сутки. В группе 3 (30 человек) для обезбоживания применяли наркотические анальгетики (промедол, омнопон, бупранал) внутримышечно 4 раза в сутки.

У пациентов сравниваемых групп возрастные и антропометрические характеристики, физический статус достоверно не отличались: возраст — $62,3 \pm 1,3$ лет; рост — $162,2 \pm 0,86$ см; вес — $66,1 \pm 1,1$ кг. Более половины больных относились к лицам пожилого возраста и 44,2% составили пациенты с 3 и 4 стадией рака. С сопутствующими заболеваниями были 60,2%, в том числе с сочетанными — 47,3%, имели исходную анемию 48,4% и соответствовали 2—3 степени риска по ASA. Риск оперативно-анестезиологического пособия (РОАП) составил в среднем 5 баллов, что соответствует значительной степени риска (классификация МНОАР, основанная на градациях физического состояния больных, тяжести оперативного вмешательства и характере анестезии). Пациентам выполнены равноценные по сложности оперативные вмешательства.

При субъективной анальгезиметрии выявлена высокая эффективность разработанной методики длительной инфузионной эпидуральной анальгезии наропином. Анальгезия в группах 1 и 2 оценивалась как хорошая (2 балла) и отличная (3 балла), в группе 3 — как удовлетворительное (1 балл) и как неудовлетворительное (0 баллов) при кашле. Эпидуральная инфузия наропина позволила сократить дополнительное введение морфина до однократного на ночь у 63,6% больных в первые сутки, до 90,9% — во вторые и до 93,9% — в третьи сутки ($p < 0,001$).

Достоверного различия гемодинамических показателей у больных сравниваемых групп в течение всего времени исследования не было. Имелось незначительное повышение АД во всех группах в день операции, которое уже на третьи сутки снижалось до исходных значений. Расчет значений RPP (Rate Pressure Product), предложенного Ро-

бинсоном в 1967 г. (произведение ЧСС на систолическое АД), как общего показателя напряжения сердечно-сосудистой системы выявил, что это напряжение достоверно ниже в группе с ЭА наропином. RPP до операции во всех группах достоверно не отличался. В группе №3 в день операции RPP составил 120,1%, на 2-е сутки — 122,6% от исходных величин и был повышенным и на 3-и сутки — 121,7%; ($p < 0,001$). В группе 2 RPP в день операции, в 1, 2-е и 3-и сутки был также выше исходных величин (107,4%; 115,1% и 112,5% соответственно). В группе 1 прирост RPP был незначительным лишь во вторые сутки (105,5%) и на 3-и сутки вернулся к исходному уровню.

Изучение лабораторных показателей позволило установить, что длительная ЭА не оказывает неблагоприятного влияния на коагуляционное звено гомеостаза, результаты гемограмм и биохимические показатели, которые изменяются в более узких пределах и имеют тенденцию к нормализации. У больных группы 3 происходили достоверные изменения показателей, и их восстановление было более медленным. Так, в этой группе отмечалось возрастание концентрации фибриногена (до $7,6 \pm 0,33$ г/л, $p < 0,01$), превышающее исходную величину на 33,3% и показатели нормы почти в два раза, и достоверное снижение показателя фибринолитической активности (до $8,2 \pm 0,23$ %, $p < 0,05$) после перевода в отделение. Исходные показатели скорости оседания эритроцитов (СОЭ) у пациентов сравниваемых групп были в 1,5—3 раза выше нормы, возрастая в послеоперационном периоде. В отделении в группе №3 показатели СОЭ оставались более высокими, чем в группах 1 и 2 ($36,2 \pm 2,2$ и $24,7 \pm 2,1$ мм/час, $P < 0,01$) и были выше нормы более, чем в 5 раз, количество лейкоцитов так же было более высоким ($9,2 \pm 0,54$ и $6,2 \pm 0,38 \times 10^9$ /л, $p < 0,01$), превышая норму в 1,5 раза, и показатели ЛИИ оставались более высокими ($5,0 \pm 1,12$ и $1,4 \pm 0,33$ у. е., $p < 0,01$) и были выше нормы в 5 раз, что являлось плохим прогностическим признаком гнойно-септических осложнений. Бессимптомная бактериурия (КОЕ $> 10^5$ в 1 мл мочи — при наличии одной и более бактериальных клеток в одном поле зрения микроскопа) и грибы в исходных мазках из мочи обнаруживались в 25,8% и 4,3%, в послеоперационном периоде в ПИТ в 81,7% и 43,0%, а после перевода в отделение в 31,1% и 15,5% соответственно. Наличие такого количества бактерий и грибов в моче, по-видимому, обусловлено массивной длительной антибактериальной терапией проводимой у всех больных в послеоперационном периоде.

Об эффективности продленной ЭА наропином судили по количеству послеоперационных осложнений (3,03% против 10% и 40% в группах сравнения), уменьшению продолжительности лечения больных в отделении интенсивной терапии (до 3 суток у 72,7%).

Предлагаемый нами способ длительной эпидуральной послеоперационной анальгезии с сочетанным использованием местных анестетиков и опиоидов представляется наиболее перспективным, доступным и адекватным методом послеоперационного обезбоживания пациентов пожилого

возраста с сочетанной сопутствующей патологией в онкологической клинике. Индивидуальный подход в анестезиологии и реаниматологии позволяет уменьшить продолжительность лечения больных в

отделении интенсивной терапии, предупредить развитие осложнений и сократить длительность лечения в хирургическом стационаре.

ОПЫТ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Уткина М.Н., Рупасова Т.И., Бурсиков А.В., Тентелова И.В., Швагер О.В., Рожкова С.М.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
МУЗ «Городская клиническая больница № 7», г. Иваново

Необходимость создания дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях связана с совершенствованием организации и повышением качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также повышением экономической эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений на основе внедрения и широкого использования современных ресурсосберегающих медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

В стационарах круглосуточного пребывания находятся больные, требующие интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения, изоляции по эпидемическим показаниям. Определенный процент пациентов не требует постоянного медицинского наблюдения, их направление на госпитализацию не обосновано. Лечение этих больных может быть проведено в условиях дневных стационаров, поликлиник, больничных учреждений и стационаров на дому. Дневной стационар является структурным подразделением лечебного учреждения и предназначен для проведения больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных. В 7 городской клинической больнице дневной стационар развернут на базах поликлиники и терапевтического стационара.

В 2006 г. впервые одно из терапевтических отделений полностью перешло на дневной режим работы. Было развернуто 60 коек. Работа осуществлялась в одну смену. В начале года возникали опасения в неостребованности коек. Что же показала практика? Всего за 2006 г. было пролечено и выписано 1440 больных, которые провели всего 13927 дней лечения. Средний койко день составил 9,6. Среди пролеченных пациентов было 609 пенсионеров (41,4%), 560 человек (38%) — работающие. Инвалиды составили 13,5% (199 человек). В оставшуюся группу вошли безработные (24 человека) и учащиеся (45 человек). По нозологическим формам пролеченные больные распределились следующим образом. 61% всех больных (892 человека) имели болезни системы кровотока, где преобладали гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца. На втором месте находились болезни органов пищеварения — 14,5% (197 человек). Среди них преобладали язвенная болезнь, хронический гастрит,

цирроз. Болезни органов дыхания оказались на третьем месте — 10,2% (147 человек). Подобная структура нозологических форм в дневном стационаре отличалась от стационара с круглосуточным пребыванием больных, где на второе место выходила патология органов дыхания, а болезни пищеварительной системы были на третьем месте. Это можно объяснить частым наличием у этих больных лихорадки, необходимостью выхода на улицу. Реже встречались болезни костно-мышечной системы (68 человек) и нервной системы (47 человек). Эти пациенты поступали по направлению невролога для планового лечения. Редко наблюдались больные и с патологией эндокринной, мочевыделительной систем и крови. Следует заметить, что часть больных была направлена в дневной стационар на обследование перед освидетельствованием во МСЭК (инвалиды) и по линии РВК (учащиеся).

Состояние всех больных, находящихся на лечении в дневном стационаре расценивалось как удовлетворительное. Основная масса (при лечении) выписана с улучшением или без изменений (при обследовании). Было 19 случаев перевода больных в другие отделения. Из них 8 человек — в стационар круглосуточного пребывания больных. Поводом для этого послужила дестабилизация стенокардии (3 случая), пневмония при сохранении фебрильной или субфебрильной температуры (4 случая), проявления симптомов сердечной недостаточности, ограничивающих физическую активность больного (1 случай). 5 пациентов были переведены в хирургическое отделение в связи с возникновением симптомов острой хирургической патологии (острый холецистит, аппендицит, острый панкреатит). 6 человек были направлены для углубленного обследования и продолжения лечения в специализированные отделения (пульмонологическое, гастроэнтерологическое). 15 человек, напротив, были переведены на дневной стационар из стационара круглосуточного пребывания, так как по тяжести состояния они уже не нуждались в круглосуточном врачебном наблюдении. В основном это были пациенты с пневмонией и ишемической болезнью сердца.

Опыт работы дневного стационара 7-й городской клинической больницы показывает оправданность его создания. Было отмечено, что для эффективной работы отделения необходим тщательный отбор больных на уровне поликлинического звена согласно Положению об организации деятельности дневного стационара.

РАЗВИТИЕ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБЪЕДИНЕНИИ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №3 Г. ИВАНОВА

Фролов И.В., Синицына Л.В., Полятыкина Т.С., Шлакова Н.М., Груничева Л.Э., Абдуллаева Г.В.

МУЗ «Городская клиническая больница № 3», г. Иваново

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Курс здравоохранения на развитие ресурсосберегающих, стационарзамещающих технологий отражает необходимость совершенствования первичного звена по оказанию медицинских услуг населению, что повышает доступность и качество медицинской помощи.

Большое количество пациентов нуждается в комплексном курсовом лечении, не требующем круглосуточного медицинского наблюдения.

На базе городской клинической больницы №3 в амбулаторно-поликлинических условиях развернуто стабильно функционирующее отделение дневного стационара. Оно используется для проведения комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из групп риска и длительно, часто болеющим, а также для подбора адекватной терапии, проведения реабилитационных курсов, осуществления вторичной профилактики после перенесенных острых заболеваний.

Анализ деятельности дневного стационара наглядно демонстрирует положительную динамику его развития: если в 2004 г. было развернуто 20 койко-мест, на которых пролечено 880 больных, то в 2005 г. — 30 койко-мест, пролечено 1293 пациента, а за 2006 г. число койко-мест достигло 70, медицинскую помощь получили 1634 человека.

Из числа закончивших лечение в дневном стационаре (99,6%) все трудоспособные лица выписаны к труду, 89,2% закончили лечение с улучшением, у 9,1% состояние осталось без перемен, и 1,7% больных были переведены в круглосуточный стационар.

Использование дневного стационара способствует повышению экономической эффективности деятельности лечебного учреждения, так как стоимость одного койко-дня по тарифам ОМС в среднем в 3,5 раза меньше стоимости койко-дня круглосуточного стационара.

Если в 2004 г. стоимость койко-дня в терапевтическом отделении стационара составила 135,6 рублей, неврологическом — 125,38 рублей, то один

койко-день дневного стационара стоил 39,75 рублей; в 2005 г. стоимость одного койко-дня составила соответственно 154,74 рубля в терапевтическом и 136,65 в неврологическом отделениях, тогда как в дневном стационаре — 45,64 рубля. В 2006 г. один койко-день обошелся в терапии в 201,31 рубля, в неврологии — в 187,91, в дневном стационаре — в 57,1 рубля.

Наибольший удельный вес среди пролеченных в дневном стационаре составили больные с цереброваскулярной патологией (63,2%), страдающие вертеброгенными заболеваниями нервной системы (24,8%), сердечно-сосудистыми (32,8%), болезнями органов дыхания (12,8%). У половины пациентов (41,6%) было сочетание указанных заболеваний. В большинстве случаев лечение в дневном стационаре привело к улучшению состояния больных.

Результаты анкетирования показали, что 92% респондентов считают такую форму удобной и целесообразной. Отмечены следующие преимущества лечения в амбулаторно-поликлинических условиях:

- окончив лечение, больные пребывают в домашней обстановке с родными и близкими — 86,2%;
- сохраняются привычные социальные связи — 51,6%;
- нет тревоги за оставшихся дома членов семьи — 49,4%;
- нет общения с тяжелыми больными, имеющими грубые, выраженные нарушения функций организма — 36,5%;
- быстрее проходит период реабилитации, позитивнее эмоциональный настрой — 68,2%.

Таким образом, организация в объединении городской клинической больницы №3 стационарзамещающих, ресурсосберегающих технологий в форме дневного стационара успешно развивается и положительно оценивается пациентами.

ПЕРИКАРДИТ В ПРАКТИКЕ ФТИЗИАТРА

Цыгина Т.Ю., Облогина Л.И., Репина Э.С., Богданова Л.И., Горбачева Н.Н.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

ОГУЗ «Ивановский областной противотуберкулезный диспансер имени М.Б. Стоюнина»

Перикардит обычно является не самостоятельной патологией, а осложнением различных заболеваний. Он может быть изолированным или сочетанным с поражением других серозных оболочек

(плевры, брюшины). Даже когда клиника перикардита очевидна этиологию его не всегда удается установить, поскольку верификация диагноза должна осуществляться либо гистологически, ли-

бо микробиологически. И если раньше общепризнанно доминировала инфекционная природа перикардита (в том числе туберкулезная), то в настоящее время отмечается тенденция к увеличению числа асептических процессов (аллергических, иммунопатологических, опухолевых, обменных и т.д.).

При туберкулезе возможны 2 формы поражения перикарда: параспецифическая с инфекционно-аллергическим механизмом развития и специфическая вследствие лимфогенного, гематогенного, контактного проникновения микобактерий туберкулеза в полость перикарда и формирования милиарных гранул или туберкуломы.

В связи с трудностями этиологической верификации диагноза перикардита считаем небезыңтересным привести сообщение о 12 клинических наблюдениях за пациентами, находившимися в областном противотуберкулезном диспансере, среди которых было 8 мужчин и 4 женщины в возрасте от 23 до 72 лет. Туберкулез в анамнезе отмечен у 2 больных (очаговый туберкулез в S₁₋₂ правого легкого с исходом в фиброз и фиброзно-кавернозный туберкулез, по поводу которого выполнена паллиативная операция — торакопластика).

Все пациенты были выявлены при обращении в учреждения первичной медико-санитарной помощи с жалобами на симптомы интоксикации (слабость, снижение работоспособности, повышение температуры тела) и грудные проявления (непродуктивный кашель, боли за грудной или в области сердца, обычно без иррадиации, одышка при физической нагрузке). Сроки обращения за медицинской помощью варьировали от 3 недель до года, поскольку симптоматика нарастала постепенно, а некоторые больные были склонны объяснять изменения немолодым возрастом. Только один пациент в крайне тяжелом состоянии был доставлен в терапевтический стационар машиной скорой помощи, а впоследствии с подозрением на скарлатину сердца (в биоптате периферического лимфатического узла обнаружены эпителиоидноклеточные гранулемы без казеоза) переведен в диагностическое отделение диспансера. При поступлении у 9 больных состояние оценивалось как средней тяжести, обусловленного симптомами интоксикации и сердечно-легочной недостаточности.

Изолированный перикардит наблюдался в 2 случаях, полисерозит — в 4, в 6 наблюдениях полисерозит сочетался с изменениями в легочной ткани или внутригрудных лимфатических узлах. Диагноз перикардита ставился на основании клинико-рентгенологических, электрокардиографических и ЭхоКГ исследований. Количество жидкости в полости перикарда было умеренным у 5, значительным — у 5, небольшим и изначально склонным к адгезии — у 2 пациентов.

На основании комплекса проведенных исследований туберкулезная этиология процесса, для подтверждения которой применялись методы специфической диагностики (туберкулиновые пробы, микроскопический и бактериологический анализ материала, ИФА со специфическими антителами, НСТ-тест, стимулированный БЦЖ), установлена у 8 больных. В 2-х случаях перикардит явился осложнением подострого диссеминированного туберкулеза легких, по одному — очагового, цирротического и милиарного с полиорганными поражениями на фоне ВИЧ-инфекции. У всех больных, за исключением одного случая, имевшего летальный исход, наблюдался эффект от специфической химиотерапии.

У 4 наблюдаемых туберкулезная этиология была исключена. В одном случае у больного с геморрагическим перикардитом и плевритом на аутопсии диагностирован метастазирующий перстневидноклеточный рак легких, внутригрудных лимфатических узлов, плевры. В другом случае, также с летальным исходом, выявлена злокачественная мезотелиома перикарда с метастазами во внутригрудные лимфатические узлы.

Наиболее сложной для диагностики явилась пациентка 72 лет, в перикардиальной жидкости у которой были обнаружены кислотоустойчивые микобактерии. Однако отсутствие эффекта от специфической химиотерапии, отрицательный результат культурального исследования, гистологические изменения при биопсии перикарда неспецифического характера, позволили исключить у нее туберкулез. В четвертом наблюдении у пациента с гиперергической кожной туберкулиновой пробой (20 мм с везикулой) и эозинофилией в периферической крови диагностирован вирусный перикардит. Эффект достигнут в результате проведения курса преднизолонотерапии.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СИСТЕМНЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ, ПРОЛОНГИРОВАННЫХ ТЕОФИЛЛИНОВ И β_2 -АДРЕНОМИМЕТИКОВ ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

Чебыкина А.В., Зонов О.А., Зонина Ю.А.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава»

По данным литературы, артериальная гипертензия выявляется у больных с обструктивным синдромом с различной частотой, в среднем — 34,3%, что свидетельствует об актуальности данной коморбидности. Взаимное влияние бронхиальной астмы и артериальной гипертензии прежде всего на состояние гемодинамики усложняет лечение больных бронхиальной астмой, ведет к более тя-

желому течению этого заболевания и ухудшает прогноз жизни. Известно, что основные побочные эффекты препаратов, используемых для лечения обострений бронхиальной астмы, связаны с отрицательным действием на сердечно-сосудистую систему. Так, побочным эффектом системных глюкокортикостероидов (преднизолон) является задержка натрия и воды, что влечет за собой по-

вышение системного артериального давления и, как следствие, может вызвать снижение эффективности антигипертензивных средств у больных с сочетанной патологией бронхиальной астмы и артериальной гипертензии. Побочными эффектами β_2 -адреномиметиков короткого действия являются тахикардия и кратковременное повышение артериального давления после купирования приступа. Полагают, что избирательное подавление активности специфических фосфодиэстераз при приеме пролонгированного теофиллина может также вызывать такие побочные эффекты, как артериальная гипотензия, аритмии, сердечная недостаточность. В зависимости от тяжести обострения бронхообструктивного синдрома назначаются различные комбинации препаратов. Однако в литературе мы не нашли данных, при каком виде терапии обострения бронхообструктивного синдрома удается достичь целевых уровней артериального давления на фоне гипотензивной терапии.

Целью исследования было оценить влияние β_2 -адреномиметиков короткого действия, пролонгированных теофиллинов и системных глюкокортикостероидов при обострении бронхиальной астмы или хронического обструктивного бронхита (ХОБ) на уровень артериального давления у пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией.

Обследовано 58 пациентов, страдающих артериальной гипертензией на фоне обострения бронхообструкции. Среди них 74,1% страдали бронхиальной астмой и 25,9% — ХОБ. По тяжести обструкции 53,5% страдали бронхиальной астмой тяжелой степени тяжести, 39,5% — средней степени тяжести, и 7% больных — бронхиальной астмой легкой степени тяжести. 46,7% больных ХОБ имели тяжелую степень заболевания, 53,3% — среднюю. В анамнезе у 6,9% пациентов регистрировалась 1 степень повышения артериального давления, у 50% — 2 степень и у 43,1% пациен-

тов — 3. У 15,5% пациентов была выявлена I стадия артериальной гипертензии, у 75,9% пациентов — II стадия, и у 8,6% больных — III стадия.

Проводилось пикфлоуметрирование, спирометрия, мониторинг артериального давления, оценка кислородного режима тканей, опрос, анкетирование. Все больные получали гипотензивные препараты в режиме монотерапии: 77,3% пациентов — антагонисты кальция, 5,7% — ингибиторы АПФ, 13,2% — диуретики. Всем назначалась современная терапия обострения бронхообструкции: β_2 -адреномиметики короткого действия по требованию, 12% пациентов получали дополнительно Тео-SR. Для купирования обострения 74% пациентов получали СГКС. В зависимости от терапии бронхообструкции получена разница по достижению целевого уровня артериального давления на фоне гипотензивной терапии. Среди пациентов, получающих только β_2 -адреномиметики короткого действия, 75% достигли целевого уровня артериального давления; у пациентов, получающих комбинацию β_2 -адреномиметиков короткого действия с пролонгированными теофиллинами, 57% достигли целевого уровня артериального давления. Среди пациентов, получавших системные глюкокортикостероиды для купирования обострения бронхообструкции, 55% достигли целевого уровня артериального давления. Пациентам, не достигшим целевого уровня артериального давления, проводилась коррекция гипотензивной терапии путем увеличения дозы препарата или комбинации.

Таким образом, терапия обострения бронхообструкции у части пациентов не способствует компенсации артериальной гипертензии и требует дополнительной коррекции гипотензивной терапии.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Шутова Н.В., Волков И.Е., Гусев Н.В., Борута С.А., Омеляненко М.Г., Шахнис Е.Р., Аркина А.И., Суховой Н.А., Гершевич С.Д., Калинина Э.П., Боровков А.К., Касторская Н.Г., Ростовцева Н.А.
ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрова»

Пульмонологическое отделение Ивановской областной клинической больницы (главный врач — канд. мед. наук И.Е. Волков) существует с 1971 г. Необходимость его создания была продиктована растущими потребностями в диагностике и лечении заболеваний органов дыхания.

Распространенность и смертность от заболеваний легких неуклонно растёт, в том числе среди людей молодого трудоспособного возраста, приводя к немалому социальному и экономическому ущербу. По данным НИИ пульмонологии Росздрова за последние 10 лет уровень заболеваемости бронхиальной астмой (БА) среди населения России вырос более, чем в 3 раза. Тем не менее, эта ситуация не отражает истинного положения вещей, поскольку связана с низкой выявляемостью БА и

хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в первичном звене здравоохранения. Данные о распространенности ХОБЛ и смертности от нее в Российской Федерации не являются полными и требуют уточнения. Как правило, регистрируются лишь выраженные, далеко зашедшие и осложненные стадии заболевания, в ряде случаев болезнь рассматривается как сопутствующая патология и не регистрируется как причина смерти.

В 2006 г. в Ивановской области зарегистрировано 181 340 больных с заболеваниями органов дыхания, в том числе 143 359 (79,1%) с впервые установленным диагнозом, из них острые респираторные вирусные инфекции — 87,6%, ХОБЛ — 8,4%, БА — 2,4%, пневмония — 1,6%. Среднее количество дней нетрудоспособности в Иванов-

ской области по пневмонии в 2006 г. составило 21,9, по ХОБЛ — 13,4, по БА — 17,7. Выход на инвалидность был обусловлен в основном ХОБЛ и БА. В структуре смертности населения Ивановской области удельный вес болезней органов дыхания составляет 4,9% и занимает 4-е ранговое место после онкологических заболеваний. Аналогичная закономерность отмечается и в целом по Российской Федерации, где удельный вес в структуре смертности за 2006 г. составил 4,6% и на протяжении многих лет стойко удерживает 4 ранговую позицию.

Среди причин смертности от болезней органов дыхания в Ивановской области на первом месте находится пневмония с частотой 59 195 случаев на 100 000 населения, на втором месте ХОБЛ — 53 853 случая на 100 000 населения.

Рост смертности от пневмоний в Российской Федерации, по мнению А.Г. Чучалина, обусловлен ошибками в диагностике, большим числом недоагностированных внутрибольничных пневмоний и значительной резистентностью пневмококков к лекарственным препаратам. При выборе методов обследования и лечения следует использовать самую современную и достоверную научную информацию. Должны быть обеспечены преемственность между различными звеньями здравоохранения, единство диагностических критериев и лечебных подходов. Весь комплекс лечебно-

диагностических мероприятий должен быть доступен объективной оценке и контролю, как со стороны администрации лечебного учреждения, так и страховых компаний и государственных контролирующих органов.

Врачи пульмонологического отделения Ивановской областной клинической больницы работают в тесном сотрудничестве с сотрудниками кафедры факультетской терапии и профессиональных болезней ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава (заведующий кафедрой — проф. М.Г. Омеляненко). В структуре отделения выделены профпатологические и аллергологические койки. На базе пульмонологического отделения постоянно обучаются студенты 4 и 5 курсов, врачи-интерны, клинические ординаторы, аспиранты и проходят последипломную профессиональную переподготовку десятки врачей г. Иванова и районов области. Обобщая проводимые научные исследования и опыт клинической работы, сотрудники кафедры и отделения часто выступают с докладами на городских, областных, районных и общероссийских Конгрессах, конференциях и съездах, постоянно публикуют результаты исследований в центральной и местной печати. Врачами уделяется особое внимание профилактике БА и ХОБЛ, обучению больных и вопросам преемственности в работе с больными пульмонологического профиля.

ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Якусевич В.В., Можейко М.Е., Рябихин Е.А., Сударева Н.В., Семенова Н.Е., Попова А.В.

ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Росздрава»

Ярославский областной клинический госпиталь ветеранов войн — международный центр по проблемам пожилых «Здоровое долголетие»

В настоящее время в развитых странах хроническая сердечная недостаточность (ХСН) считается одной из наиболее важных причин смертности. Многочисленные исследования подтвердили, что у лиц старших возрастных групп происходят изменения структуры и функции сердечно-сосудистой системы, которые часто расценивают как адаптивные. Но после срыва адаптации происходит снижение сердечно-сосудистого резерва, возникает клинически выраженная сердечная недостаточность.

Цель исследования — оценить причины и особенности течения хронической сердечной недостаточности у лиц старше 60 лет.

Обследовано 109 пациентов (72 мужчины, 37 женщин) с ХСН I, II, III, IV ФК, средний возраст — $67,4 \pm 4,03$ года. В зависимости от возраста больные были распределены на две группы: I группа включала пациентов от 60 до 70 лет (53 больных: 38 мужчин, 15 женщин); II группа — от 71 года и старше (56 больных: 34 мужчины, 22 женщины). Всем пациентам проводилось клиническое, лабораторное и инструментальное обследование, последнее включало ЭКГ, эхоКС с определением структурных и функциональных параметров.

При проведении диагностических исследований больные распределились следующим образом: ХСН I ФК — 14 пациентов (12,8%), ХСН II ФК — 37 (33,9%), ХСН III ФК — 32 (29,4%), ХСН IV ФК — 26 (23,9%). Самой частой причиной ХСН в I и II группах была ИБС. В I группе её «вклад» составил 88,7% (47 человек), во второй группе — 64,2% (34 пациента). Острый инфаркт миокарда (ОИМ) в анамнезе чаще встречался у лиц моложе 70 лет (23 пациента — 43,4%), во второй группе ОИМ перенесли 16 больных (28,6%). Как сопутствующая патология артериальная гипертензия (АГ) выявлена в I группе у 40 больных (75,5%), во второй группе — у 52 (92,8%). Сахарный диабет чаще диагностировался у лиц старше 70 лет (18 пациентов — 32,1%), а в I группе — у 13 (24,5%). Значительно чаще у лиц II группы регистрировалась фибрилляция предсердий — у 24 человек (42,9%) по сравнению с 10 (18,9%) в I группе.

По данным эхоКС диастолическая дисфункция чаще наблюдалась у лиц старше 70 лет, что объяснялось большим числом больных, имевших АГ основной причиной ХСН. В течение 12 месяцев в I группе по поводу декомпенсации ХСН госпитализирован 31 пациент (58,5%), во II группе — 48 пациентов (86,7%).

Выводы

- ХСН является большой медико-социальной проблемой. Наибольшую значимость в развитии ХСН у лиц старших возрастных групп имеют ИБС и АГ.
- Среди больных старше 70 лет, имеющих ХСН, увеличивается число пациентов с сопутствующей патологией (сахарным диабетом), нарушениями сердечного ритма.

- Необходимо совершенствование методов ведения больных пожилого возраста, страдающих ХСН.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА**Янченко В.А., Бахтин В.А.**

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава»

Цель исследования — количественный и качественный анализ структуры и результатов лечения тяжелых осложненных форм панкреонекроза.

В клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА с января 2002 г. по июль 2007 г. находилось на лечении 582 больных с диагнозом «острый панкреатит». Из них с тяжелыми осложненными формами панкреонекроза наблюдался 121 пациент (20,8%). Высокий процент больных с тяжелым осложненным панкреатитом связан с аккумуляцией этой категории пациентов из хирургических отделений ЦРБ в 1-м ХО Кировской ОКБ — основной базе клиники госпитальной хирургии Кировской ГМА. 40 пациентов были женщины и 81 — мужчины. Возраст больных варьировал от 18 лет до 81 года. Срок от начала заболевания до поступления в клинику составлял от нескольких часов до 27 суток.

Диагноз был установлен на основании клинических, лабораторных, инструментальных (ультрасонография, лапароскопия, пункция жидкостных образований поджелудочной железы или парапанкреатического пространства, компьютерная томография) и интраоперационных данных. Тяжесть состояния больных панкреонекрозом оценивали по интегральным шкалам Ranson (1974), Glasgow (1984), APACHE II (1984).

Алкогольная этиология деструктивного панкреатита установлена у 46 больных (38,0%), преимущественно мужчин, билиарная — у 39 больных (32,2%), преимущественно женщин, травматическая — у 12 пациентов (9,9%), тяжелый послеоперационный панкреатит имел место — у 9 больных (7,4%). У 15 больных (12,4%) причину панкреатита выявить не удалось.

Все больные имели субтотальное либо тотальное поражение поджелудочной железы. Стерильный панкреонекроз отмечен у 57 больных, панкрео-

некроз с микробиологически доказанным инфицированием — у 64 больных. У 31 больного (25,6%) на момент поступления имели место признаки полиорганной недостаточности. Дооперационная диагностика позволила точно установить степень поражения поджелудочной железы и обширность распространения процесса за ее пределы лишь у 81 из 121 больного (66,9%), у 40 больных окончательный диагноз был установлен во время операции.

Среди осложнений тяжелых форм панкреонекроза отмечались: острые ложные кисты поджелудочной железы 41, абсцессы сальниковой сумки в сочетании с парапанкреатическими абсцессами 39, забрюшинные ретро- и параколические флегмоны — 37, из них левосторонних — 25 больных, правосторонних 6, двухстороннее поражение 6, аррозивное кровотечение 12, тонкотолстокишечные свищи — 9, абсцессы печени — 3, механическая желтуха — 3, тромбоз воротной вены — 3, перитонит — 17.

Все больные оперированы. Показаниями к операции являлись инфицированный панкреонекроз, панкреатогенные абсцессы, септическая флегмона забрюшинной парапанкреатической и ретроколической клетчатки, инфицированный перитонит независимо от степени органических дисфункций, острые гнойные кисты при неэффективности дренирующих малоинвазивных вмешательств, отсутствие эффекта от консервативной терапии, проявляющееся стойкой либо прогрессирующей полиорганной недостаточностью. Объем операций варьировал в широких пределах и зависел, в первую очередь, от степени поражения поджелудочной железы и распространения за пределы органа. Из 121 больного с тяжелым панкреонекрозом умерло 12. Летальность в этой группе больных составила 9,9%.

ОСОБЕННОСТИ ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**Ященко Н.И.**

ГОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия Росздрава»

Высокая распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди лиц молодого трудоспособного возраста диктует необходимость углубленного

изучения поражений органов-мишеней, в частности гипертрофии левого желудочка (ЛЖ) и ее связи с особенностями течения заболевания.

Обследовано 206 мужчин в возрасте от 20 до 45 лет ($41,8 \pm 3,7$ лет) с АГ, среди которых АГ I стадии была у 72, АГ II стадии — у 122, АГ III — у 12 больных. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы оценивали по данным суточного мониторирования АД. Эхокардиографическое исследование осуществлялась в М-режиме по общепринятой методике (Мухарлямов Н.М. и др., 1987; Шиллер Н., Осипов М.А., 1993) с анализом следующих параметров левого желудочка: толщина миокарда задней стенки (ТЗС), межжелудочковой перегородки (ТМЖП) в период диастолы (в см), фракции выброса (ФВ, %) и массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ, г) по формуле R. Devereux, N. Reichek (1977) и изучался индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ, г/м²). Для оценки степени концентричности ГЛЖ использовался индекс ОТС — отношение суммарной толщины стенок к величине конечного диастолического диаметра ЛЖ. При индексе более 0,45 диагностировалась концентрическая гипертрофия ЛЖ, при значениях менее 0,45 — эксцентрическая.

При изучении эхокардиографических показателей ЛЖ оказалось, что нормальная геометрия регистрировалась у 133 (65%) пациентов (ОТС — $0,38 \pm 0,0003$, ИММЛЖ — $98,7 \pm 0,15$ г/м², ММЛЖ — $201,6 \pm 0,36$ г, ТМЖП — $10,4 \pm 0,009$ мм, ТЗС — $8,7 \pm 0,006$ мм), у 33 (16%) — концентрическое ремоделирование миокарда (ОТС — $0,49 \pm 0,0012$, ИММЛЖ — $113,7 \pm 0,56$ г/м², ММЛЖ — $214,0 \pm 1,4$, ТМЖП — $11,8 \pm 0,03$ мм, ТЗС — $10,2 \pm 0,03$ мм), у 23 (11%) — концентрическая гипертрофия ЛЖ (ОТС — $0,51 \pm 0,003$, ИММЛЖ — $161,0 \pm 1,4$ г/м², ММЛЖ — $332,6 \pm 3,6$ г, ТМЖП — $14,3 \pm 0,07$ мм, ТЗС — $11,8 \pm 0,03$ мм), эксцентрическая гипертрофия ЛЖ — у 17 (8%) пациентов (ОТС — $0,41 \pm 0,001$, ИММЛЖ — $145,7 \pm 0,8$ г/м², ММЛЖ — $301,3 \pm 3,7$ г, ТМЖП — $12,5 \pm 0,06$ мм, ТЗС — $10,2 \pm 0,08$ мм).

При изучении связи типов геометрии ЛЖ с особенностями течения заболевания оказалось, что наибольшая частота гипертонических кризов наблюдалась у пациентов с эксцентрической (53%) и концентрической гипертрофией ЛЖ (50%), меньше — при концентрическом ремоделировании миокарда (37%) и нормальной геометрией (30%) ЛЖ. Признаки ДЭП I—II стадии чаще (63%) регистрировались у пациентов с эксцентрической гипертрофией ЛЖ, и в равной степени при остальных вариантах геометрии ЛЖ (соответственно 32%, 33%, 36%).

При изучении выраженности ожирения оказалось, что при нормальной геометрии ЛЖ индекс Кетле составил $27,6 \pm 0,38$ кг/м², у пациентов с концентрическим ремоделированием, концентрической гипертрофией миокарда ЛЖ и эксцентрической гипертрофией ЛЖ — соответственно $30,9 \pm 0,38$ кг/м² ($p < 0,05$), $30,0 \pm 0,21$ кг/м² ($p < 0,05$) и $29,6 \pm 0,34$ кг/м² ($p < 0,05$).

Анализ суточного ритма АД показал, что наиболее выраженные неблагоприятные изменения суточного профиля (dippers — 37%, non-dippers — 33%, night-peakers — 8%, over-dippers — 12%) наблюдаются у лиц с концентрическим ремоделированием миокарда, при концентрической гипертрофии соответственно — 61%, 22%, 11%, 6%, при эксцентрической соответственно 72%, 18% и 10%, over-dippers — не регистрировались и при нормальной геометрии ЛЖ dippers встречались в 63% случаев, non-dippers — 25%, night-peakers — 9%, over-dippers — 3%.

Таким образом, у мужчин молодого возраста с АГ нарастание структурных изменений миокарда ЛЖ сочетается с поражением головного мозга, ожирением и выраженными изменениями суточного профиля АД, что необходимо учитывать для определения индивидуальной тактики ведения пациентов и оценки сердечно-сосудистого риска.